



2025

GUÍA DE INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

1 DE MARZO DE 2025 - 31 DE DICIEMBRE DE 2025



TABLA DE CONTENIDO

<u>PREGUNTAS FRECUENTES</u>	4
<u>ACCEDA A SUS BENEFICIOS</u>	5
<u>BENEFICIOS MÉDICO</u>	6
<u>CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD (HSA)</u>	12
<u>BENEFICIOS DENTALES</u>	13
<u>BENEFICIOS DE VISIÓN</u>	15
<u>BENEFICIOS AUDITIVOS</u>	17
<u>VIDA VOLUNTARIA Y DISCAPACIDAD</u>	18
<u>401(K)</u>	19
<u>BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS</u>	20
<u>AVISO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA</u>	21
<u>DTE I CARE</u>	22
<u>AHORROS EN RECETAS</u>	23
<u>SABER A DONDE IR</u>	24
<u>5 MANERAS PARA REDUCIR COSTOS MEDICO</u>	25
<u>CÓMO ACCEDER A SUS TARJETAS</u>	26
<u>INFORMACIÓN DEL CONTACTO</u>	27
<u>AVISOS ANUALES</u>	28

MEDICARE PARTE D

REFERENCIA CRUZADA

Si usted (o sus dependientes) tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte la página 28 para obtener más detalles.

Bienvenido a la inscripción abierta! Como miembro de Down to Earth tiene la oportunidad de obtener una serie de seguros valiosos diseñados a:

- Promover la salud y el bienestar de usted y su familia
- Proteger sus ingresos mientras esté trabajando
- Ayudarle a equilibrar sus responsabilidades personales y la vida laboral

Esta Guía de Inscripción destaca sus opciones y proporciona una descripción general de los beneficios disponibles para usted. Durante este período de inscripción de beneficios, tiene la oportunidad de evaluar sus necesidades de salud y las de su familia, y hacer los cambios necesarios.

Revise sus opciones, tome decisiones finales y asegúrese de conectarse en línea para elegir o rechazar sus beneficios a través de Dayforce: www.dayforcehcm.com o el sitio web de beneficios: <https://dtebenefits.com>. Si tienes alguna pregunta, comunícate con nosotros en benefits@down2earthinc.com. Estaremos encantados de ayudarlo.

Gracias por ser miembro de nuestro equipo. Esperamos otro gran beneficio año con usted!

Sinceramente,

Departamento de Recursos Humanos



BIENVENIDOS

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Quién es elegible para los seguros?

Todos los empleados regulares que trabajan por lo menos 30 horas por semana son elegibles para los beneficios. La cobertura también puede ser elegida para los dependientes, incluyendo su cónyuge legal y hijos dependientes a los 26 años de edad, o 30 años en determinadas circunstancias.

¿Qué beneficios requieren elección?

Todos los beneficios deben ser elegidos o rechazados electrónicamente a través del sistema Dayforce. Sus elecciones de beneficios actuales se renovarán para el 1 de Marzo de 2025, con la excepción de las elecciones de cuentas de ahorros para médicos y salud (HSA). Los servicios médicos y HSA solo NO se renovarán y vencerán el 28 de Febrero de 2025 si no visita Dayforce antes del 4 de febrero de 2025. Si no toma ninguna medida, rechazará automáticamente la cobertura de salud para el año calendario 2025 y se le pedirá que firme el formulario de exención de seguro de salud para empleados.

¿Qué pasa si quiero cambiar mis elecciones o me estoy inscribiendo por primera vez?

Los nuevos empleados pueden elegir coberturas por primera vez después de cumplir con el período de espera para nuevos empleados. Una vez que se realizan las elecciones, solo se pueden cambiar una vez al año durante el Período de Inscripción Abierta.

¿Qué pasa si cometo un error en mi cobertura o cambio de opinión?

Una vez que se cierra la inscripción abierta, no se pueden realizar cambios a menos que experimente un evento reconocido por el IRS. Tenga mucho cuidado al seleccionar su cobertura.

¿Qué pasa si tengo un cambio en el estado civil que califique?

Los ejemplos incluyen: el matrimonio, la separación legal, divorcio, nacimiento o adopción, la muerte, el cambio en la situación laboral del cónyuge, y el cambio en la elegibilidad.

¿Por cuál de los seguros recibiré una tarjeta de identificación?

La información de contacto de cada asegurador se encuentra en la contraportada de esta Guía. Tiene la opción de llamar al asegurador para solicitar tarjetas de identificación, o también puede imprimir una tarjeta temporal directamente desde el sitio web del transportista.

¿Cuándo se activarán mis nuevas opciones de seguro?

Los nuevos beneficios entran en vigor el 1 de Marzo 2025. El año del plan completo es del 1 de Marzo 2025 hasta 31 de Diciembre 2025.

Términos Clave Del Seguro

Deducible (Ded.)

El deducible es la cantidad de dinero que paga por gastos médicos elegibles en un año calendario. Para los proveedores dentro de la red, pagará la tarifa negociada. Fuera de la red, pagará el cargo completo. Después de alcanzar el deducible, usted solo es responsable de los montos del coaseguro o copago hasta que alcance el Costo Máximo de Bolsillo.

Coaseguro

El coaseguro es un costo compartido entre usted y la compañía de seguros, una vez que se haya alcanzado su deducible.

Copago

El copago es una tarifa fija que paga en el momento del servicio.

Costo Máximo de Bolsillo

Lo máximo que pagará por los gastos cubiertos durante el año. Luego de alcanzar esta cantidad, el plan pagará el 100% de los gastos cubiertos por el resto del año.

Dentro y Fuera de la Red

Si los proveedores están contratados dentro del plan (dentro de la red), entonces deben brindar atención a una tarifa negociada, lo que resulta en costos de bolsillo más bajos. Los proveedores que no están contratados dentro de la red de su plan (fuera de la red) no tienen que cumplir con las tarifas negociadas contratadas, por lo que pueden cobrarle más. Es una decisión financiera inteligente permanecer dentro de la red siempre que sea posible.

ACCEDA A SUS BENEFICIOS

Acceda al evento de inscripción de beneficios de Down to Earth

Complete su inscripción en beneficios en línea desde cualquier computadora o dispositivo móvil. Revise y actualice a sus dependientes y contactos de emergencia y elija sus beneficios.

Sitio web: <https://dayforcehcm.com> – inicie sesión con el rol “Empleado con WFM”.

El identificador de la empresa: downtoearth

En Favoritos, haga clic en el icono “Down2Earth”.

Seleccione el evento “Inscripción abierta anual” disponible haciendo clic en “Iniciar inscripción”.

Los empleados deben revisar todos los beneficios en la página de resumen de inscripción y confirmar su inscripción haciendo clic en “Enviar inscripción”.

Para obtener más información sobre su cuenta de Dayforce o si tiene problemas para iniciar sesión, consulte a su gerente de oficina local o envíe un correo electrónico a hr@down2earthinc.com.

Accede a la Billetera Móvil DTE

Down to Earth proporciona a los empleados una guía de beneficios e información en inglés y español para que puedan conocer los planes disponibles.

Vaya a <https://dtebenefits.com> para acceder a esta información desde su computadora o teléfono celular.

Accede a la Billetera Móvil DTE

Down to Earth proporciona a los empleados una billetera móvil en inglés y español para que puedan acceder fácilmente a la información del plan y a los contactos
¡Marque <https://dtebenefits.com/view-my-mobile-wallet> hoy y vea información desde su computadora o teléfono celular!

BENEFICIOS MÉDICO

BENEFICIOS MÉDICOS – PODER DE ELECCIÓN

Down to Earth ofrece un plan de Acuerdo de Reembolso de Salud con Cobertura Individual (ICHRA, por sus siglas en inglés) para usted y sus dependientes elegibles.

Down to Earth se ha asociado con un administrador externo, SureCo, para brindarles a nuestros empleados el "poder de elección" con respecto a sus beneficios médicos. La Plataforma de inscripción de SureCo aprovecha el mercado de seguros directos existente para brindarle la mayor cantidad posible de opciones de planes. Podrá elegir entre una selección de planes individuales que se ofrecen en su estado para usted y sus dependientes, y su parte de la prima se retendrá de su salario como deducción de nómina antes de impuestos.

El poder de la elección

ACUERDO DE REEMBOLSO DE GASTOS DE SALUD CON COBERTURA INDIVIDUAL

Con la introducción de la cobertura individual HRA, usted puede comprar su propio plan individual y su empleador puede contribuir con el costo, todo antes de impuestos.

Con la plataforma de inscripción de SureCo, tendrá acceso a la cobertura adecuada al precio justo que se ajuste a sus necesidades.

Elija entre una variedad de proveedores médicos con distintas estructuras de planes y primas (antes de impuestos) en el mercado individual.

Compra e insíbete en línea

PLATAFORMA DE INSCRIPCIÓN SURECO

Las plataformas de inscripción de SureCo facilitan la búsqueda y la toma de decisiones. Todas las descripciones de los planes médicos están disponibles en la plataforma.

Según la compañía de seguros y el plan que elija, sus servicios de farmacia irán acompañados de las políticas de farmacia, los proveedores preferidos y los formularios de esa compañía.

Inicie sesión en la plataforma de inscripción de SureCo para ver todos los documentos de divulgación resumidos de los planes y los precios.

CONTRIBUCIÓN MENSUAL DEL EMPLEADOR CON LOS PIES EN LA TIERRA

Empleado: al menos el 60 % del plan Silver de menor costo según el salario base y la edad del empleado.

**LCS = plan Silver de menor costo. Las primas mensuales de todos los planes ICHRA se calculan según la edad y el área de calificación del empleado. La plataforma de inscripción de SureCo identificará el plan de nivel LCS disponible para el empleado y calculará el porcentaje correspondiente. Ese monto se utilizará como contribución del empleador.*

Escanee a continuación para ver un video informativo a pedido:



BENEFICIOS MÉDICO

BENEFICIOS MÉDICOS – PARA EMPLEADOS DE 65 AÑOS O MÁS

Según la ICHRA, si tiene 65 años o más, debe inscribirse en Medicare Parte A y Parte B o Parte C para que su cobertura de atención médica sea elegible para recibir la contribución y el reembolso del empleador no sujetos a impuestos.

Medicare es un programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, ciertas personas más jóvenes con discapacidades y personas con insuficiencia renal permanente. Usted es elegible para inscribirse en Medicare 3 meses antes de cumplir 65 años y hasta 3 meses después del mes en que cumpla 65 años.

Visite www.Medicare.gov para conocer sus opciones de Medicare e inscribirse*.

**Tenga en cuenta que la inscripción en Medicare no es automática y no se administra dentro de la Plataforma de inscripción de SureCo.*

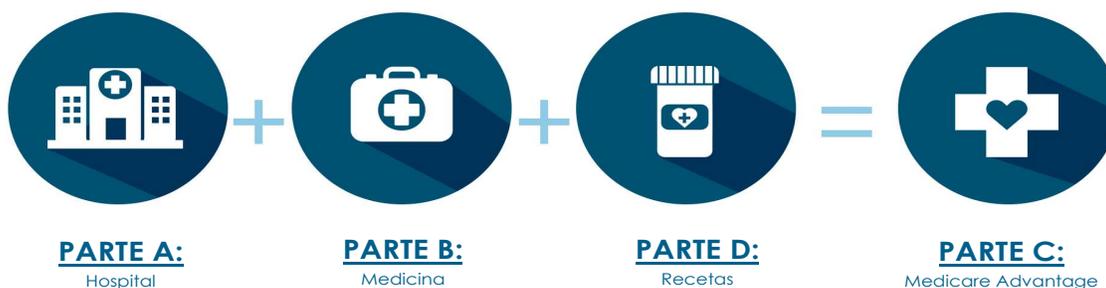
Inscribirse en Medicare no sacrifica la contribución de su empleador a sus primas de atención médica. De hecho, como empleado elegible para Medicare, es elegible para recibir un reembolso de gastos no sujeto a impuestos de Down to Earth para compensar el costo de sus primas de Medicare. Para determinar el monto final de su reembolso no sujeto a impuestos, se le solicitará que verifique su estado de inscripción en la Parte A y la Parte B o la Parte C de Medicare y sus primas mensuales de desembolso personal.

Próximos pasos:

1. Conozca sus [opciones de Medicare](#)
2. Llame a la Administración del Seguro Social al (800) 772-1213. Para obtener un cálculo inmediato de cuándo es elegible para Medicare y el monto de su prima, utilice la [Calculadora de elegibilidad y prima de Medicare](#).
3. Informe la actualización de su inscripción en Medicare a SureCo lo antes posible. Una vez que se actualice, SureCo se comunicará con usted para enviarle una copia de sus avisos de prima para que su empleador pueda comenzar a aplicar su reembolso de gastos no gravados a los cheques de nómina futuros.

Conozca los conceptos básicos de Medicare

Planes de seguro Medicare Advantage



BENEFICIOS MÉDICO

PLATAFORMA DE INSCRIPCIÓN DE SURECO – INSTRUCCIONES PARA LA INSCRIPCIÓN A BENEFICIOS MÉDICOS

Como novedad para 2025, Down to Earth utilizará portales de inscripción separados para sus inscripciones médicas y auxiliares. Las siguientes páginas contienen información importante sobre la plataforma de inscripción de SureCo que se utilizará exclusivamente para las elecciones de beneficios médicos de nuestros empleados. Consulte la sección “Acceda a sus beneficios” en la página 5 para obtener detalles sobre la plataforma Dayforce para completar sus elecciones auxiliares.

Los empleados deben iniciar sesión en la Plataforma de inscripción para elegir o rechazar los beneficios (solo médicos) para 2025. Esta NO es una inscripción pasiva.

CÓMO REGISTRARSE:

<https://enrollme.hixme.com/login>

- El primer día del período de inscripción abierta, se le enviará un correo electrónico de bienvenida y las instrucciones para iniciar sesión en la Plataforma de inscripción..
- Vaya al enlace que aparece más arriba durante el período de inscripción abierta programado.
- Haga clic en el enlace “¿Nuevo usuario? Regístrese aquí” que lo lleva a la página de registro.
- Ingrese la siguiente información para registrar su cuenta:
 - Dirección de correo electrónico
 - Número de teléfono
 - Código postal
 - Fecha de nacimiento
 - Últimos 4 dígitos del número de seguro social (SSN)
- ¡Cree su contraseña!

The image shows two screenshots of the SURECo Enrollment Platform. The top screenshot is the 'Sign up' page, which includes a header with the SURECo logo and the text 'Sign up.' Below this, there is a note: 'If your employer has provided your information, you have an account waiting to be setup. Add it out your information below to get started.' The form fields include 'My number' (with a dropdown arrow), 'Email or Phone Number' (with a sub-note 'Your email or phone number'), and 'Password (Show password) Forget your password?' (with a sub-note 'New password'). There is a blue 'Login' button. The bottom screenshot is the 'Create your password' page, which includes a note '*Email or phone is required', a 'Password (Show password)' field, a 'Password required' error message, a 'Confirm password' field, and a blue 'Sign up' button.

Si no visita la Plataforma de inscripción antes de las 5 p. m. del último día de su período de inscripción abierta, rechazará automáticamente la cobertura de salud por el resto del año calendario 2025 y se le solicitará que firme el formulario de exención de seguro médico para empleados.

ANTES DE COMENZAR:

Para ayudarle a encontrar el plan adecuado para usted, tenga en cuenta más que solo la prima mensual del plan. Hemos preparado las siguientes preguntas frecuentes para que esté mejor preparado para tomar sus decisiones médicas.

¿Qué es lo que más te importa? Aquí tienes una lista de aspectos que debes tener en cuenta a la hora de elegir un plan que se adapte a ti:

- Se requiere una derivación para ver a un especialista **VS** Se puede ver a un especialista sin una derivación
- 20 % de coseguro (porcentaje de la factura que paga) **VS** 50 % de coseguro
- Copagos desde el principio **VS** Pagar el costo total hasta alcanzar el deducible
- Prima baja con costos altos de atención **VS** Prima alta con costos bajos de atención
- Su médico en la red **VS** Encontrar un nuevo médico

¿Están cubiertos sus medicamentos?

- Los planes de seguro médico varían en cuanto a los medicamentos que cubren y el precio que cobran. Cada compañía de seguros tiene una lista de medicamentos que cubre (llamada

BENEFICIOS MÉDICO

Formulario o lista de medicamentos) en su sitio web. Si paga un copago o tiene que pagar el precio completo de un medicamento dependerá del plan que elija.

¿Es importante para usted mantener a sus proveedores actuales?

- Si está interesado en intentar elegir un nuevo plan que tenga a sus proveedores actuales en la red, asegúrese de hacer una lista de esos proveedores/hospitales antes de que comience el OEP.
- Muchos empleados tienen preguntas sobre qué planes aceptará su proveedor u hospital actual: la Plataforma de inscripción le permitirá buscar planes en los que sus proveedores actuales estén en la red y en los que participen. Esto lo ayudará a descartar planes que pueden no ser adecuados para usted; sin embargo, se recomienda que LLAME a su médico para confirmar la elegibilidad en el Plan de salud individual específico.
- SureCo utiliza una base de datos de red de terceros para completar los datos de los proveedores, y no pueden garantizar que todos los datos del plan y del proveedor se hayan actualizado en el momento en que un empleado esté investigando. Dado que los proveedores se van y se unen a los planes con frecuencia, le recomendamos encarecidamente que actúe de manera segura y llame a su médico para confirmar que actualmente aceptan su plan.

¿NECESITA AYUDA? SURECO ESTÁ AQUÍ PARA AYUDARLE:

Si tiene preguntas relacionadas con la Plataforma de inscripción, la cobertura de su plan médico ICHRA o si necesita ayuda para inscribirse en un plan médico, comuníquese con el Equipo de Experiencia de Empleados de SureCo.

- Correo electrónico: employee.experience@sureco.com
- Teléfono: 949.989.4906

Breaking Down Your Benefits

\$175.21
Per month (for 1 person)

Aetna CVS Health
Bronze S

Dr. John Doe - verified

- > Primary Care \$35
- > Specialist Visit \$95
- > Deductible \$0
- > Family Deductible \$0
- > Out-of-Pocket Maximum \$8,200

Benefits Summary Compare

Add to My Benefits

Primary Care: Doctors who are your first point of entry into the health care system

Ex: physicals, necessary medication prescription, minor illnesses or injuries, screening for common health issues

Specialist Visit: Doctors with advanced training and degrees in a special branch of medicine. Many can also perform minor surgeries

Ex: Neurologists, Radiologists, Cardiologists, Psychiatrists, and Oncologist

Deductible: The fixed dollar amount that you must pay each year before your plan coverage kicks in

Family deductible: Each family member has an individual deductible. All individual deductibles funnel into the family deductible

Out of Pocket Maximum: The most a health insurance policy holder will pay each year for covered health expenses. Once the limit is reached, the plan will cover 100% of qualified medical and health expenses

Navigating Drug Formularies

Tier	Drug Type	Cost
1	Preferred Generics	\$
2	Generics	\$\$
3	Preferred Brands	\$\$\$
5	Non-preferred Brands	\$\$\$\$
6	Specialty Drugs	\$\$\$\$\$

The Difference Between Drug Types

Preferred Generics
These drugs have the same active ingredients and work the same way as the brand-name drugs they copy.

Generics
More expensive than preferred generics. They can include some brand-name indications.

Preferred Brands
These drugs are included in a plan's list of covered drugs and may not have a generic version.

Non- Preferred Brands
You will pay more for these drugs than for preferred brand drugs. You may be able to a generic drug, that will cost you less.

Specialty Drugs
These drugs are used to treat ongoing health conditions. They often require special handling and may have to be ordered through a specific pharmacy.

BENEFICIOS MÉDICO

PROCESO PASO A PASO DE LA PLATAFORMA DE INSCRIPCIÓN DE SURECO

1. Inicie sesión y acepte el acuerdo de usuario
2. Comience por confirmar su información personal
3. Luego edite o agregue dependientes
4. Seleccione un proveedor (si lo desea)
5. A continuación... comience a buscar un plan médico desplazándose por las opciones disponibles
6. Por último... confirme sus selecciones, firme electrónicamente y realice el pago en su carrito

INFORMACIÓN PERSONAL:

- Es fundamental que verifique los datos demográficos de usted y de sus dependientes. Los campos clave que afectarán las selecciones y tarifas de su plan de salud incluyen la fecha de nacimiento, el código postal y el condado.
- ⓘ Asegúrese de utilizar la dirección física de su lugar de residencia: los proveedores de salud verificarán y rechazarán las direcciones que sean direcciones postales, direcciones comerciales o apartados postales.
- ⓘ Si desea incluir dependientes, como su cónyuge, pareja de hecho o hijo, en su plan de salud, haga clic en el botón "Agregar un dependiente" para agregar los datos de cada individuo al sistema. Al igual que con su cuenta, el precio de los planes disponibles se basará en la edad y la dirección del dependiente.
- ⓘ La Plataforma está equipada para "dividir" a las familias en grupos cuando los miembros de la familia viven en diferentes áreas de calificación. Esto le permitirá comprar planes de salud separados por "grupo" para asegurarse de que cada miembro obtenga la mejor cobertura disponible para ellos en su área.

BÚSQUEDA DE PROVEEDORES:

- Si está interesado en mantener sus proveedores actuales, la Plataforma de inscripción le permitirá buscar planes que sus proveedores actuales acepten. Dado que los proveedores se van y se unen a los planes con frecuencia, le recomendamos encarecidamente que no corra riesgos y llame a su médico para confirmar que actualmente aceptan el plan que seleccionó.
- ⓘ Si lo prefiere, también puede comunicarse con la compañía de seguros específica (como Florida Blue o United Healthcare) o visitar su sitio web para ver una lista de proveedores participantes.

SELECCIONES DE BENEFICIOS:

- Cuando inicie sesión en la Plataforma de inscripción, los planes y precios que verá se basarán en los datos demográficos que haya ingresado en su perfil personal.
- ⓘ El costo por sueldo que se muestra en la Plataforma incluirá la contribución de su empleador.
- ⓘ Cuando busque planes médicos en el mercado individual, notará que están clasificados por colores metálicos: bronce, plata, oro (y platino). Estos colores metálicos están diseñados para mostrar planes que son más "ricos" que otros. Eso no quiere decir que un plan bronce no sea "rico". Todo depende de las necesidades de atención médica que usted y su familia estén buscando. Por ejemplo, lo más probable es que el plan bronce sea la prima menos costosa que se deducirá de su salario, mientras que el plan oro será la prima más cara que se deducirá de su salario. La consideración clave es la frecuencia con la que necesitará utilizar su seguro.
- ⓘ Para comprender completamente lo que cubre cada plan y lo que pagaría por los servicios cubiertos por ese plan, debe ver el Resumen de beneficios y cobertura (SBC) disponible haciendo clic en el botón Resumen de beneficios.

BENEFICIOS MÉDICO

- Es muy importante que todos los empleados se informen sobre la terminología sanitaria. Ahora, más que nunca, es importante que se tome el tiempo de informarse sobre sus beneficios de salud.



Copago

Monto fijo en dólares que se cubre por cada visita al médico. Por ejemplo: copago de \$50 que el empleado cubierto paga durante cada visita al médico.



Deducible

El monto fijo en dólares que el empleado cubierto debe pagar de su bolsillo cada año calendario antes de que el plan comience a reembolsar los gastos de salud no preventivos.



Deducible familiar

Cada miembro de la familia tiene un deducible individual. Todos los deducibles individuales se suman al deducible familiar.



Gastos de bolsillo

El límite de gastos de bolsillo es el monto máximo que pagará un asegurado cada año por los gastos médicos cubiertos. Una vez que se alcanza el límite, el plan cubrirá el 100 % de los gastos médicos y de salud calificados.



Dentro de la red

Hospitales, proveedores médicos y clínicas con los que el plan de seguro tiene un acuerdo para brindar atención por una cantidad negociada para sus miembros. Es muy probable que estos planes cubran una mayor proporción de los costos de los proveedores dentro de la red porque sus redes brindan servicios a un precio más bajo debido a las compañías de seguros con las que tienen contratos.



Fuera de la red

Los médicos u hospitales que no están en su red no aceptarán un monto aprobado a menos que usted esté dentro de la red. Si no está dentro de la red, usted es responsable de pagar la diferencia entre el cargo total del proveedor y el monto aprobado de su plan.

FINALIZAR INSCRIPCIÓN Y CONFIRMAR BENEFICIOS:

- Este es el paso final del proceso de inscripción. ¡Asegúrese de confirmar sus elecciones!
- Incluso si rechazó la cobertura médica, eligió Medicare, es importante que firme electrónicamente el reconocimiento en esta página para confirmar y enviar sus elecciones para 2025.

Confirm Elections & Electronic Signature

If you are finished electing your benefits it's time to **lock** your elections.

To see your elections again, you may still **review your cart**.

I confirm my elections

To sign, type your name in the box below
I understand and acknowledge that providing my name in the box above constitutes a legal signature provided electronically.

Sign here

To proceed, click the "Confirm my elections" button.
Once you click the button below, you will no longer be able to make any changes to your benefit elections.

Confirm my elections

CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD (HSA)

Cuenta de Ahorro Para la Salud

Una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) es una cuenta de ahorros que le pertenece y que está vinculada al plan HDHP con HSA. Le permite realizar contribuciones libres de impuestos a una cuenta de ahorros para pagar gastos médicos actuales y futuros para usted y su dependientes.



Iniciarlo

- Las contribuciones a la HSA están libres de impuestos para usted.
- Los planes con una HSA generalmente cuestan menos que otros planes, por lo que el dinero que ahorra en primas se puede invertir en su cuenta HSA. Ahorra dinero en impuestos y tiene más flexibilidad y control sobre su dinero para atención médica.



Constrúyelo

- Todo el dinero de su HSA es suyo incluso si deja su trabajo, cambia de plan o se jubila.
- En 2025, el total de tus aportes puede ser de hasta \$4,300 para cobertura individual y \$8,550 para familiar cobertura. Si tiene 55 años, puede contribuir \$1,000 adicionales por año.



Úselo

- Puede retirar su dinero libre de impuestos en cualquier momento, ya que lo utiliza para gastos calificados (puede obtener una lista encontrado en www.irs.gov).
- También puede ahorrar este dinero y conservarlo para futuros gastos de atención médica elegibles.



Hazlo Crecer

- El dinero no utilizado en su HSA se transferirá, generará intereses y crecerá libre de impuestos con el tiempo.
- Usted decide cómo utilizar el dinero de la HSA, incluso si lo guarda o lo gasta en gastos elegibles. Cuando su saldo sea lo suficientemente grande, podrá invertirlo, libre de impuestos.

Detalles de Elegibilidad

- Si tiene 55 años o más, puede contribuir \$1,000 adicionales por año.
- No se le permite inscribirse en ninguna otra cobertura de salud y no puede tener una HSA si está inscrito en alguna otra cobertura de salud o Medicare, o reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

Contribuciones Trimestrales de la Empresa

- Para el año del plan 2025, Down to Earth proporcionar á una contribución trimestral de \$25 para cobertura individual y \$50 para cobertura familiar
- Los empleados deben estar inscritos en la HSA y realizar actividades que contribuyan a la cuenta para poder recibir el informe trimestral contribuciones de la empresa
- Las contribuciones se realizarán en el último sueldo de Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre.
- Tenga en cuenta que las contribuciones de la empresa cuentan para el máximo anual permitido:
En 2025, el total de tus aportes puede ser de hasta \$4,300 para cobertura individual y \$8,550 para familiar cobertura (+ \$1,000 de contribución para ponerse al día si tiene más de 55 años).

BENEFICIOS DENTALES

Down to Earth se complace en ofrecerle dos opciones de planes dentales este año a través de Mutual of Omaha. Los planes PPO ofrecen beneficios dentro y fuera de la red. Comuníquese con Mutual of Omaha directamente para ubicar proveedores e instalaciones dentro de la red. Consulte la tabla a continuación que proporciona los aspectos más destacados de la cobertura para ambos planes. Para obtener un resumen completo de los beneficios, consulte los documentos del plan de Mutual of Omaha en <https://dtebenefits.com/more-benefit-information>.

MUTUAL OF OMAHA				
Cobertura	Opción1: Low PPO		Opción2: High PPO	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red*	Dentro de la Red	Fuera de la Red*
Deducible Individual / Familia	\$50 / \$150	\$50 / \$150	\$50 / \$150	\$50 / \$150
Beneficio Máximo Anual (Año Calendario)	\$1,000	\$1,000	\$1,500	\$1,500
Servicios Preventivos	100%	100%	100%	100%
Servicios Básicos	80%	80%	80%	80%
Servicios Principales	50%	50%	50%	50%
Ortodoncia Hijo dependiente y cobertura de adultos	N / A		50% hasta \$1,500 máximo por vida	

*Los planes con beneficios fuera de la red pueden requerir una mayor participación en los costos (deducible / coaseguro) y los cargos pueden exceder la tarifa "razonable y acostumbrada" de la aseguradora o el "cargo máximo permitido", lo que puede ocasionar que se salga de la red. Miembro pagando el saldo. Algunos planes no cubren reclamaciones de proveedores fuera de la red. Consulte el resumen de beneficios o comuníquese con el proveedor para comprender mejor la cobertura fuera de la red.

Deducciones Dentales

Deducciones Semanales (52 por año)	Low PPO	High PPO
Empleado	\$3.57	\$5.89
Empleado + Cónyuge	\$7.25	\$10.98
Empleado + Hijo(s)	\$8.45	\$13.95
Emplado + Familia	\$12.14	\$20.02

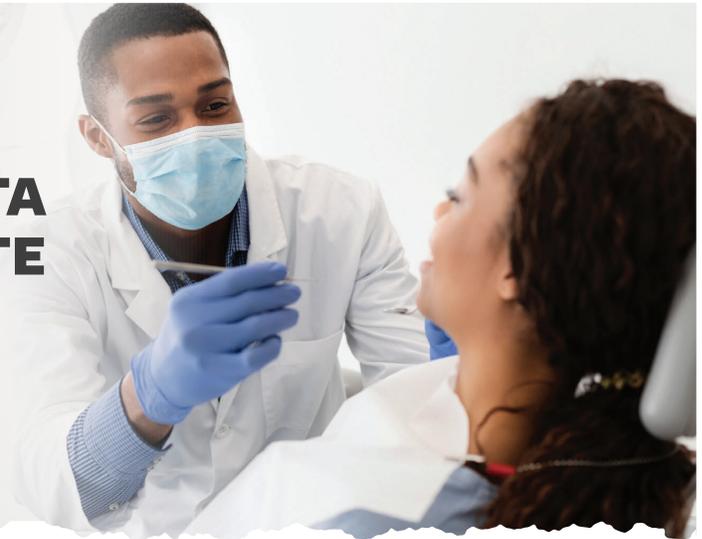
BENEFICIOS DENTALES

SEGURO
DENTAL

ENCUENTRE DENTISTA FÁCIL Y RÁPIDAMENTE

Con nuestro directorio de proveedores en línea

Season Service Select, LLC



Con nuestro seguro dental, tiene total libertad para elegir el dentista que desee, ya sea dentro o fuera de la red. Sin embargo, ahorrará más si elige un dentista que forme parte de la red. La red cuenta actualmente con miles de dentistas en todo el país, por lo que es muy probable que haya un dentista cerca de usted que esté incluido.

Búsqueda de proveedores en línea

Puede encontrar un dentista en línea de forma fácil y rápida.

- 1 Visite MutualofOmaha.com/Dental
- 2 Haga clic en “**Encontrar dentista**”
- 3 Seleccione su **red**
- 4 Ingrese su **código postal** o **ciudad y estado** para encontrar un proveedor cerca de usted
- 5 Los criterios de búsqueda opcionales incluyen:
 - Especialidad
 - Idioma
 - Apellido del proveedor
 - NPI
 - Distancia
 - Número de licencia
 - Género
- 6 Guarde sus resultados exportando la lista de proveedores por correo electrónico o mediante la función de impresión.

Contactar a un proveedor

Si decide llamar directamente a un proveedor, no olvide mencionar la red de afiliación a la que pertenece el proveedor para que se aclare su asociación con nosotros.

Si sigue teniendo dudas o no conoce la red de afiliados, contacte a nuestro equipo de atención para pacientes odontológicos para obtener ayuda.

Nota: Los resultados de la búsqueda mostrarán la red de afiliados de los proveedores participantes. Consulte el ejemplo siguiente:

Red: Red de Mutually Preferred/[Red de afiliados]

Atención al cliente de pacientes odontológicos

Si tiene alguna pregunta o necesita más ayuda durante las horas hábiles, contacte a nuestro equipo de atención al (800) 927-9197.

Su tarjeta de identificación dental

El nombre de su red aparece en la esquina superior derecha (parte posterior) de su tarjeta de identificación dental. Consulte la muestra siguiente.

Customer Service 800-927-9197	Mutually Preferred® Network
Electronic Payor ID CX087	
Submit Claims Using Insured Member Number to: Mutual of Omaha: Claims P.O. Box 211472 Eagan, MN 55121	Send Written Inquiries to: P.O. Box 211472 Eagan, MN 55121
www.MutualofOmaha.com/dental	

Mutually Preferred®



Underwritten by
United of Omaha Life Insurance Company
A Mutual of Omaha Company

BENEFICIOS DE VISIÓN

Down to Earth se complace en ofrecerle una opción de plan de visión este año a través de Mutual of Omaha. Visita un Proveedor dentro de la red para acceder a los beneficios de exámenes anuales de la vista, lentes de contacto recetados o lentes y monturas. Si visita a un proveedor fuera de la red, es posible que deba enviar un formulario de reclamo a Mutual of Omaha para acceder a sus beneficios. Para obtener un resumen completo de los beneficios, consulte los documentos del plan de Mutual of Omaha en <https://dtebenefits.com/more-benefit-information>.

MUTUAL OF OMAHA			
Cobertura	Plan de Visión		
	Nombre de la Red: EyeMed Insight		
	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Frecuencia de Beneficios
Exámen de Visión	\$10 Copago	Reembolsado hasta \$37	Una vez cada 12 meses
Lentes para Espejuelos:	\$25 Copago	Reembolsado hasta: Single \$20 Bifocal \$36 Trifocal \$64	Una vez cada 12 meses
Monturas de Gafas	\$150 Subsidio + 20% de descuento saldo	Reembolsado hasta \$66	Una vez cada 24 meses
Lentes De Contacto (en vez de lentes para espejuelos)	\$150 Subsidio + 15% de descuento saldo	Reembolsado hasta \$120	Una vez cada 12 meses
Corrección de la Visión con Láser	Precios de descuento disponible	N / A	N / A

Deducciones de Visión

Deducciones Semanales (52 por año)	Plan de Visión
Empleado	\$1.51
Empleado + Cónyuge	\$3.02
Empleado + Hijo(s)	\$3.32
Emplado + Familia	\$4.83

Guía de referencia en línea para miembros del plan



Usted tiene un gran seguro oftalmológico. Ahora aprenda cómo puede hacer pleno uso de nuestro sitio web y del plan oftalmológico para garantizar una salud visual adecuada para usted y su familia.

Con el acceso en línea puede:

- Ver información de prestaciones
- Ver historial de reclamos y explicación de prestaciones
- Localizar un proveedor
- Acceda a formularios o presente un reclamo en línea

Empezando

- Inicie sesión en MutualofOmaha.com/vision
- Haga clic en “Ver mis prestaciones oftalmológicas”
- Haga clic en “¿Necesita registrarse?” botón: ingrese su nombre, fecha de nacimiento, número de identificación de miembro (localizado en su tarjeta de identificación de miembro) o los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (si lo proporciona su empleador), código postal y dirección de correo electrónico, y siga las instrucciones para seleccionar su nombre de usuario y contraseña

Iniciar sesión

- Vaya a MutualofOmaha.com/vision
- Haga clic en “Ver mis prestaciones oftalmológicas”
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña
- Haga clic en el botón “Iniciar sesión”

Herramientas y recursos en línea

Ver sus prestaciones

- Cobertura, fechas de vigencia y frecuencia de las prestaciones
- Dependientes incluidos en el plan
- Prestaciones utilizadas por usted y sus dependientes
- Imprimir tarjetas de identificación
- Ofertas especiales
- Herramienta de estimación de costos Know Before You Go

Acceder a un formulario de reclamo

Si visita a un proveedor fuera de la red, deberá pagar los servicios de su bolsillo y enviar un formulario de reclamo que se encuentra en la sección “Reclamos”.

Encuentre un proveedor

Una vez que haya creado una cuenta e iniciado sesión, haga clic en “Localizador de proveedores”. Desde aquí, puede buscar por código postal o “usar mi ubicación” para encontrar un proveedor cerca de usted.

Servicio al Cliente

833-279-4358



Descargue la aplicación EyeMed Members en su iPhone, iPad o Android para ver la información de beneficios y la tarjeta de identificación.

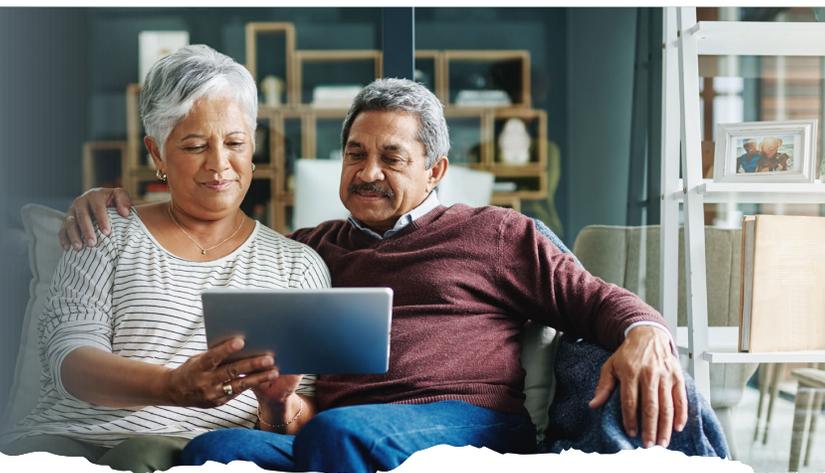


Underwritten by
United of Omaha Life Insurance Company
A Mutual of Omaha Company

El seguro oftalmológico está suscrito por la compañía aseguradora United of Omaha Life, 3300 Mutual de Omaha Plaza, Omaha, NE 68175, 1-800-769-7159. La compañía aseguradora United of Omaha Life está habilitada en todo el país, excepto en Nueva York. Formulario de póliza número G2018MP o equivalente al estado. Se pueden aplicar exclusiones y limitaciones. 450101_0723_SP

SOLUCIONES
MUTUAS

SU PROGRAMA DE DESCUENTO AUDITIVO



Beneficios del programa

Además de su beneficio de cuidado auditivo, tendrá acceso a un cuidado posterior de cortesía*, incluido:

- Soluciones auditivas personalizadas** — amplia selección de productos de las principales marcas de la industria
- Prueba sin riesgo** — pruebe sus audífonos durante 60 días y encuentre su ajuste adecuado
- Atención de seguimiento** — garantiza una transición sin problemas a sus nuevos audífonos
- Soporte de batería** — fuente de batería o estación de carga para mantener sus audífonos encendidos
- Garantía** — Cobertura de 3 años por pérdidas, reparaciones o daños
- Financiación** — no hay interés para aquellos que califican
- Ahorros para familiares y amigos** — sus padres, hermanos, suegros y amigos también califican

**Prueba sin riesgo - Garantía de devolución del 100% del dinero si no está completamente satisfecho, sin cargos de devolución o reposición. Atención de seguimiento - durante un año después de la compra. Baterías - suministro de dos años de baterías (80 celdas/ oído/año) o un cargador estándar sin costo adicional. Garantía - Pueden aplicarse algunas exclusiones y limitaciones. Póngase en contacto con los servicios de atención al cliente (1-844-267-5436) para obtener más información.*

Acceso sus beneficios es fácil

1. Llamar a Amplifon al 1-888-534-1747 y un representante defensor del cuidado del paciente lo ayudará a encontrar un proveedor de audífonos que esté cerca de usted.
2. Nuestro representante defensor le explicará el proceso de Amplifon, le solicitará su información de correo y le ayudará a coordinar una cita con un proveedor de audífonos
3. Amplifon le enviará información al proveedor de audífonos y a usted. Esto asegurará que sus descuentos Amplifon sean activos.

Para obtener más información,
visite amplifonusa.com/mutualofomaha.

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Características de los audífonos	Características estándar	Funciones adicionales y fáciles de usar	Diseñado para el trabajo y el juego	Mejorado para mantenerse en marcha	La tecnología líder te mantiene conectado
Un precio simple	\$995	\$1,295	\$1,495	\$1,895	\$2,195



Esto no es un seguro de salud. Los servicios de audición son administrados por Amplifon Hearing Health Care, Corp. Amplifon Hearing Health Care es el único responsable de la administración de servicios de atención auditiva y de sus propias obligaciones financieras y contractuales. Mutual of Omaha Insurance Company ha sido autorizada para prestar servicios de marketing, inclusive ventas. Mutual of Omaha Insurance Company y Amplifon son compañías independientes, no afiliadas. La póliza o certificado de seguro que pone en efecto la cobertura y los servicios descritos en este aviso se encuentra en idioma inglés únicamente. Toda la documentación de respaldo, notificaciones y comunicados relacionados se encuentran también en idioma inglés únicamente. Recomendamos que tenga acceso a un traductor. Sin embargo, las pólizas y certificados de seguros se encuentran disponibles en español para los residentes de Puerto Rico, bajo pedido.

612212_SP_1024

VIDA VOLUNTARIA Y DISCAPACIDAD

Seguro de Vida Voluntario y AD&D (En Ingles)

El Seguro de Vida Voluntario está disponible para su compra para usted, su cónyuge y su(s) hijo(s) de forma voluntaria y el seguro AD&D. Las primas se basan en su edad y el monto de la cobertura seleccionada, y se deducirán de la nómina. Consulte los documentos del plan de Mutual of Omaha para obtener información completa sobre los beneficios y las tarifas en <https://dtebenefits.com/more-benefit-information>.

Portabilidad y conversión: si termina su empleo, tiene derecho a continuar con su seguro de vida voluntario. La mayoría de los transportistas requieren notificación dentro de los 30 días posteriores a la terminación para ejercer este derecho. Para obtener más información, comuníquese con el transportista. La información de contacto se puede encontrar en la contraportada de esta guía de beneficios.

Asegurado	Incrementos Disponibles	Beneficio Máximo	Cantidad Garantizada
Empleado	\$10,000	5X Salario Anual hasta \$500,000	5X Salario Anual hasta \$150,000
Cónyuge	\$1,000	100% del monto del empleado hasta \$150,000	100% del monto del empleado hasta \$25,000
Hijo(s)	\$2,000	100% del monto del empleado hasta \$10,000	100% del monto del empleado hasta \$10,000

Nota: Es posible que se requiera evidencia de asegurabilidad (cuestionario de historial de salud) si elige cobertura después de su período de inscripción inicial y/o por encima del monto de emisión garantizada.

Seguro de Discapacidad

El seguro de discapacidad brinda protección de ingresos, en caso de que quede discapacitado debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo. **Este beneficio está disponible solo para la gerencia y los empleados asalariados.** Las tarifas se basan en la edad y la cobertura; consulte los documentos del plan de Mutual of Omaha en <https://dtebenefits.com/more-benefit-information> para obtener información completa sobre el plan. El seguro de discapacidad es 100% voluntario y la cobertura es pagada por el empleado.

MUTUAL OF OMAHA		
Cobertura	Discapacidad a Corto Plazo - Voluntario	Discapacidad a Largo Plazo - Voluntario
Beneficio Paga	60% de su Salario base	60% de su Salario base
Beneficio Máximo	\$2,500 por Semanal	\$12,000 por Mes
Beneficios Comienzan	Accidente: Day 1 Enfermedad: Day 8	Day 91
Beneficio Máximo Período	11 Semanas	Edad normal de jubilación del Seguro Social
Condiciones Preexistentes	3 meses en retrospectiva / 6 meses asegurado	3 meses en retrospectiva / 12 meses asegurado

Nota: Es posible que se requiera evidencia de asegurabilidad (cuestionario de historial de salud) si elige cobertura después de su período de inscripción inicial.

401(k)

401(k) Plan de Retiro

El Plan de Retiro 401(k) de Down to Earth ofrece una manera de ahorrar para su futuro a través de deducciones de sueldos. Usted es elegible para participar en el plan el primer día del trimestre siguiente a los 6 meses de servicio en la empresa. Las contribuciones de su salario se realizan antes de impuestos o Roth después de impuestos, hasta el límite anual del IRS. Si tiene 50 años de edad o más (o si cumplirá los 50 años al final del año), puede hacer una contribución adicional además del límite anual normal del IRS. Los aplazamientos del plan 401(k) de los empleados y las contribuciones de Safe Harbor siempre se adquieren al 100%. No se accede a los beneficios 401(k) a través del flujo de inscripción de <https://dtebenefits.com/more-benefit-information>. Para inscribirse en este beneficio, visite <https://americanfunds.retirementpartner.com/participant> y haga clic en el botón de registro para configurar su cuenta.

Elegibilidad: Los empleados son elegibles para hacer contribuciones de aplazamiento en la próxima fecha de ingreso después de cumplir 21 años de edad y completar 6 meses de servicio.

Fechas de Ingreso: 1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre después de haber cumplido con los requisitos de elegibilidad anteriores.

Contribuciones de los Empleados: Puede diferir una parte de su compensación y depositarla en el préstamo antes de impuestos o Roth hasta el máximo anual del IRS de \$19,500 para 2020 (\$26,000 si tiene 50 años o más).

Contribuciones de Compañía: El plan proporciona una contribución de contrapartida de puerto seguro para todos los participantes que realicen contribuciones de aplazamiento del plan 401(k) equivalentes al 1000% hasta el primer 3% de la compensación diferida y al 50% en el siguiente 2% diferido.

La compañía también puede hacer contribuciones adicionales de Contrapartida y/o Participación en las Ganancias cada año del plan. Estas contribuciones son discrecionales, y el monto es determinado por el empleador cada año. Para ser elegible para recibir una parte de la contribución de contrapartida, los participantes deben hacer contribuciones de aplazamiento. Para ser elegible para las contribuciones de participación en las ganancias, un participante debe haber completado 1000 horas de servicio durante el año y estar empleado el último día del año del plan.

Retiros: Su cuenta puede ser retirada en caso de terminación del empleo, jubilación, muerte, discapacidad o cumplimiento de 59.5 años. Las distribuciones se realizarán tan pronto como sea administrativamente posible después del final del año del plan en el que usted termine. Las distribuciones por dificultades económicas también se emiten bajo ciertas circunstancias específicas.

Préstamos: Se permiten los préstamos de los participantes. Solo se le permite tener 2 préstamos pendientes a la vez. Los préstamos están limitados al 50% del saldo de su cuenta adquirida, sin exceder los \$50,000 con un monto mínimo solicitado de \$1,000.

Adquisición de derechos: Los aplazamientos de los empleados al plan 401(k) y las contribuciones a Safe Harbor siempre son 100% consolidadas.

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS

Seguro de Accidentes

El seguro de accidentes de Mutual of Omaha es un plan de indemnización que te brinda a ti y a tu familia beneficios hospitalarios, médicos, muerte accidental y accidentes catastróficos en caso de un accidente cubierto. Estos beneficios pueden ayudar con los gastos médicos y no médicos inesperados de su bolsillo asociados con un accidente. La cobertura es mundial y está vigente las 24 horas del día, los 365 días del año.

Deducciones Semanales (52 por año)	Seguro de Accidentes
Empleado	\$2.31
Empleado + Cónyuge	\$4.15
Empleado + Hijo(s)	\$4.15
Empleado + Familia	\$5.77

Enfermedad Crítica

El seguro de enfermedades críticas de Mutual of Omaha paga un beneficio de suma global si se le diagnostica una enfermedad crítica específica cubierta, como un ataque cardíaco, un derrame cerebral o una enfermedad específica. Esta cobertura está disponible para usted y sus dependientes cubiertos. Incluso aquellos que planifican eventos inesperados con seguros de vida, discapacidad y salud pueden descubrir que algunos gastos asociados con una enfermedad crítica aún pueden quedar sin pagar. Le proporciona beneficios directamente y le permite utilizar los fondos como usted elija. Las tarifas para empleados y cónyuges se basan en la edad de los empleados al comienzo del año del plan; consulte <https://dtebenefits.com/more-benefit-information> para obtener detalles completos del plan y tarifas.

Asegurado	Monto Mínimo	Beneficio Máximo	Incrementos	Cantidad Garantizada
Empleado	\$10,000	\$20,000	\$10,000	\$20,000
Cónyuge	\$5,000	100% del monto del empleado hasta \$20,000	\$5,000	\$20,000
Hijo(s)	25% del monto del empleado hasta \$5,000			\$5,000

Indemnización Hospitalaria

El plan de Indemnización Hospitalaria de Mutual of Omaha le brinda a usted y a su familia pagos en efectivo en el caso de una hospitalización o una estadía no hospitalaria de 20 horas o más. Este plan es particularmente efectivo para cubrir los costos de deducibles y coseguros que pueden aumentar rápidamente debido a una estadía en el hospital. Al igual que con todas las pólizas de Mutual of Omaha, los pagos se le hacen directamente a usted y usted mantiene el control sobre para qué se utilizan los fondos. Los pagos de Mutual of Omaha no se coordinan con ningún seguro médico, centro o médico, lo que le brinda la tranquilidad de tener un control total sobre sus recursos financieros.

Deducciones Semanales (52 por año)	Indemnización Hospitalaria
Empleado	\$3.23
Empleado + Cónyuge	\$6.92
Empleado + Hijo(s)	\$4.85
Empleado + Familia	\$8.31

Aviso de Póliza de Indemnización Hospitalaria

IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO un seguro de salud

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle una cantidad limitada en dólares si está enfermo o hospitalizado. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que recibe no se basa en el tamaño de su factura médica.
- Es posible que haya un límite en la cantidad que esta póliza pagará cada año.
- Esta política no es una substitulina Título para un seguro de salud integral.
- Dado que esta póliza no es un seguro de salud, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican al seguro de salud.

¿Buscas un seguro de salud integral?

- Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura de salud.
- Para averiguar si puede obtener seguro médico a través de su trabajo o del trabajo de un miembro de familia, comuníquese con el empleador.

¿Tiene preguntas sobre esta política??

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros de su Estado. Encuentre su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (naic.org, por sus siglas en inglés) en “Departamentos de Seguros”.

NUESTROS VALORES DE I CARE

Integridad: Actuamos con honestidad y transparencia siempre haciendo lo que es mejor para nuestros clientes, el medio ambiente, y nuestro equipo de trabajo.

Comunidad: Nos preocupamos el uno por el otro y nos tratamos con respeto. Nos esforzamos continuamente por embellecer y mejorar las comunidades a las que servimos.

Responsabilidad: Mantenemos las promesas que le hacemos a nuestros valiosos clientes y actuamos de inmediato si no cumplimos con las expectativas.

Persistencia: Somos constantes en nuestros esfuerzos para ofrecer soluciones a los clientes y satisfacer sus necesidades.

Excelencia: Nos esforzamos por ofrecer la mejor calidad y optimizar nuestros servicios diariamente, con las debidas medidas de seguridad.

CÓMO SOLICITAR FONDOS:

Llame a Helping Hands™ al 706.754.6884 (Mencione que es empleado de Down To Earth)

** Debe cumplir con las pautas y condiciones de selección para recibir dinero del Fondo DTE I Care.*

Fondo DTE I Care

Hemos creado el fondo Down To Earth I Care para ayudar a nuestros valiosos miembros del equipo en momentos de crisis personal. Este fondo se compone de donaciones de miembros del equipo y contribuciones de la empresa.

Se puede otorgar un subsidio de hasta \$ 1,000 a un miembro del equipo para ayudar a cubrir gastos fúnebres o una catástrofe en el hogar. También podría igualar una donación de hasta \$500 por el dinero recaudado por nuestros empleados para el miembro de su equipo que lo necesite.

¡CONTRIBUYA HOY AL FONDO DTE I CARE!

Las contribuciones son libres de impuestos y se pueden realizar semanalmente mediante deducción de nómina o directamente al Fondo a través de un cheque enviado a Provision Bridge, PO Box 157, Tallulah Falls, GA 30573 (Nota: Escriba en el memorando: Down to Earth I Care Fund — Fondo n. ° 16085)

Para las deducciones de nómina, puede inscribirse para contribuir al fondo DTE I Care a través del sistema de inscripción de beneficios durante su nuevo período de contratación y anualmente durante el período de inscripción abierta. Durante el año, puede enviar un correo electrónico a ICARE@down2earthinc.com para solicitar un inicio / parada de contribución.

El DTE I Care Fund es una fundación benéfica 501 (c) 3 creada a través de ProvisionBridge y Helping Hands™



AHORROS EN RECETAS

QUIERE AHORRAR DINERO EN SUS RECETAS?

Incluso si tiene seguro, podría pagar menos de su bolsillo que su copago o coseguro a través del plan médico. La siguiente información proporciona consejos útiles y descuentos opcionales que puede usar para ahorrar dinero en sus recetas.

Todos deberían tener medicamentos seguros y accesible con precios transparentes.



Medicamentos Cost Plus de Mark Cuban

Cost Plus Drugs es una farmacia en línea creada por Mark Cuban para entregar al público medicamentos rentables sin todos los recargos. Si no tiene seguro o tiene un plan con deducible alto, sabe que incluso los medicamentos más básicos pueden costar una fortuna. Muchas personas están gastando enormes cantidades de dinero cada mes solo para mantenerse saludables. Actualmente, Cost Plus ofrece una extensa lista de medicamentos disponibles, incluidos los preventivos, para la diabetes, para la salud del corazón, gastrointestinales, para el cáncer y para la salud mental. El programa actualiza continuamente la lista. **(Página de inicio de Mark Cuban Cost Plus Drugs)**

Ir al siguiente sitio web: www.costplusdrugs.com/medications para comprobar si sus medicamentos se pueden surtir mediante el Programa Cost Plus o hable con su médico (haga clic en el enlace para verificar si sus medicamentos están cubiertos (Medicamentos disponibles | Marca Cuban Cost Plus Drugs Company). Si su medicamento está en la lista, lleve el formulario adjunto a su médico o llámelo para



Amazon

¿Sabía que Amazon también ofrece muchas recetas genéricas a un precio sustancialmente reducido? Debe tener una membresía de Amazon Prime para utilizar la farmacia. Una vez que haya iniciado sesión, busque farmacia en el cuadro de búsqueda para comenzar. Muchos medicamentos para condiciones como; Presión arterial alta, colesterol alto, depresión, diabetes, ansiedad y más están disponibles a través de Amazon Pharmacy.



GoodRx

Descargue la aplicación o conéctese en línea para verificar los precios de varios medicamentos en una variedad de farmacias en su área. GoodRx está disponible independientemente de su inscripción en el plan médico. ¡No olvide que GoodRx también se puede usar para los medicamentos de sus mascotas! Hay muchos cupones disponibles a través del programa que puede usar en su farmacia.



Asistencia del Fabricante

Los fabricantes brindan asistencia financiera ya sea que esté inscrito en un plan médico o no; Consulte el sitio web del fabricante para ver si ofrecen un programa de asistencia con copagos o cupones para sus medicamentos de marca. Muchos programas requerirán que se inscriba antes de recoger su receta, consulte el sitio para obtener todos los detalles..



Hable con su Farmacéutico

La mayoría de las farmacias tienen una base de datos de programas de descuento disponibles. Pregúntele a su farmacéutico si sus medicamentos se pueden surtir usando uno de los programas.

Descargo de Responsabilidad: estos beneficios no funcionan en conjunto con su plan médico principal, por lo tanto, cualquier dinero gastado en recetas mientras utiliza estos programas no se destinará a su deducible o desembolso máximo.

SABER A DONDE IR



SABER A DONDE IR

71%

de las visitas a la sala de emergencias son innecesarias o podrían haberse evitado

Sala de Emergencia

- Dolor de pecho
- Dolor abdominal
- Ataque del Corazón
- Lesión Severa en la Cabeza
- Trauma mayor
- Compuestas
- Puñalada o Heridas de Bala
- Quemaduras Moderadas o Severas
- Envenenamiento
- Convulsiones o pérdida de la conciencia
- Lesiones en la Cabeza, el Cuello o la Espalda
- Sangrado Incontrolable

Visitas Virtuales

- Resfriado, Gripe, Fiebre
- Tos
- Erupciones
- Bronquitis
- Dolor de Garganta
- Dolor de Cabeza/Migraña
- Conjuntivitis Aguda
- Hiedra Venenosa/Roble
- Torceduras y Esguinces
- Sinusitis
- Alergias
- Infecciones del Tracto Urinario



Atención de Urgencias

ESPERA PROMEDIO
EL TIEMPO ES
DE 2 HORAS
ABIERTO 24/7

Clinica sin Cita Previa

- Alergias
- Infecciones de vejiga
- Herpes labial
- Infecciones del Oído
- Infecciones Oculares
- Vacunas
- Sinusitis
- Faringitis Estreptococica
- Resfriados
- Piojos de la Cabeza
- Diabetes
- Manejo de la Presión Arterial
- Esguinces, esguinces o roturas
- Infecciones
- Quemaduras Leves
- Servicios de diagnóstico
- Huesos menores rotos (dedos de los pies, dedos)
- Dolor de Garganta Severo o Tos
- Erupciones Cutáneas o Infecciones
- Vómitos, Diarrea o Deshidratación
- Sangrado Controlado, Cortes que Requieren Puntos

DESDE LA
COMODIDAD
DE TU CASA

ABIERTO 24/7

ENTRAR O
CALENDARIO
CITA

FIN DE SEMANA
HORAS
DISPONIBLE

TÍPICAMENTE UN
30 MINUTOS
DE ESPERA

HORAS EXTENDIDAS
EN LOS FINES
DE SEMANA

5 MANERAS PARA REDUCIR SU COSTOS MÉDICOS

1 SIEMPRE USAR PROVEEDORES DENTRO DE LA RED, CUANDO SEA POSIBLE

Un proveedor Dentro de la Red es un proveedor que tiene un contrato con su compañía de seguros de salud para proporcionar servicios a los miembros del plan en tarifas prenegociadas. En general, si visita a un proveedor Dentro de la Red, obtendrá su atención médica en un precio más bajo

2 HACER PREGUNTAS

- ¿Por qué es necesario este tratamiento?
- ¿Cuánto costará mi tratamiento?
- ¿Puedo ser tratado de otra manera que sea igualmente efectiva pero a un costo menor?



- Compare en las farmacias locales para encontrar el mejor precio en su receta.
- Pregúntele a su médico de las alternativas de medicamentos genéricos o de venta libre a los medicamentos recetados de marca.
- Busque programas de descuento para recetas.

3 MANTENER PRESCRIPCIÓN COSTOS BAJOS

Aprenda a buscar valor cuando se trata de atención médica. Hágale a su médico las preguntas correctas, realice comparaciones de precios, lea reseñas y revise cuidadosamente todas las facturas médicas. Con un poco de esfuerzo, puede asegurarse de obtener el mejor valor por su inversión en atención médica.



4 PRÁCTICA PREVENCIÓN

En su definición más amplia, la prevención incluye un estilo de vida saludable, ejercicio, dieta y otros esfuerzos similares. Cuando los servicios de atención preventiva, como el examen físico, las pruebas de detección y las vacunas, se combinan con un estilo de vida centrado en el bienestar, se pueden lograr ahorros significativos.

5 TOMAR CONTROL DE SU SALUD

CÓMO ACCEDER A SUS TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN

TARJETAS MÉDICAS DE VITORI

Después de inscribirse en el plan médico de su elección, su compañía de seguros le enviará algunos o todos los siguientes documentos directamente:

- Paquete de resumen
- Tarjetas de identificación médica
- Explantación de Beneficios (EOB)

Registro en el Portal de Miembros:

Una vez que haya recibido su número de identificación de miembro, puede registrarse en línea en el sitio web del operador o descargar la aplicación del operador.

Si necesita más ayuda, puede enviar un ticket a través de la plataforma de widgets de autoayuda en el sitio web de SureCo o enviar un correo electrónico a: employee.experience@sureco.com.

TARJETAS DENTALES DE LA MUTUAL DE OMAHA

No necesita una tarjeta de identificación para visitar a un proveedor, o para que su proveedor presente un reclamo, simplemente infórmele a su proveedor que usted es miembro de Mutual of Omaha y que pueden ubicarlo a través del portal de proveedores usando su Número de Seguro Social.

Para obtener información sobre la cuenta, puede acceder al sitio web de Mutual of Omaha <https://mutualofomahamwp.skygenusystems.com/MWP/Landing>. El botón para registrarse como nuevo usuario se encuentra en el lado izquierda de la página hacia la parte inferior.

También puede llamar al 800-927-9197 para solicitar una tarjeta de identificación.

TARJETAS MUTUAL OF OMAHA VISION

No necesita una tarjeta de identificación para visitar a un proveedor, o para que su proveedor presente un reclamo, simplemente infórmele a su proveedor que usted es miembro de EyeMed Vision (parte de la red Mutual of Omaha EyeMed) y pueden ubicarlo a través de el portal de proveedores usando su Número de Seguro Social.

Para obtener información sobre la cuenta, puede acceder al sitio web de EyeMed usando su número de seguro social visitando <https://member.eyemedvisioncare.com/mutual/en/>. Una vez que haya iniciado sesión, debería haber una opción para imprimir su ID en caso de que lo desee.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Cobertura	Compañía	Teléfono / Sitio Web
Beneficios de Médico	SureCo	866-235-5515 www.SureCo.com
Medicare	EMS	804-898-3412 www.elitemedicarespecialists.com
Cuenta de Ahorros Para la Salud (HSA)	PayFlex ahora es: Inspira Financiamiento	844-729-3539 www.payflex.com
Beneficios Dentales	Mutual of Omaha	800-927-9197 www.mutualofomaha.com
Beneficios de Visión	Mutual of Omaha	800-775-6000 www.eyemedvisioncare.com/ mutualofomaha
Seguro de Accidentes	Mutual of Omaha	800-927-9197 www.mutualofomaha.com
Seguro de Enfermedades Críticas		
Seguro de Indemnización Hospitalaria		
Seguro de Vida Voluntario	Mutual of Omaha	888-493-6902 www.mutualofomaha.com/support/ claims
Seguro de Discapacidad Voluntario Solo para Empleados Asalariados	Mutual of Omaha	800-388-9606 www.mutualofomaha.com/disability- insurance
Down to Earth Plan de 401(k)	American Funds	800-204-3731 https://americanfunds.retirementpartner. com
DTE I Care Fund	Helping Hands	706-754-6884 https://dtebenefits.com/dte-i-care email: icare@downtoearth.com
Preguntas Generales	Down To Earth	321-263-2700 Benefits@down2earthinc.com

Este folleto y las tablas del plan contienen los aspectos más destacados de las opciones de beneficios disponibles a través del paquete Down to Earth. Se pretende que sean solo un resumen para ayudarlo a comprender las opciones que están disponibles para usted y algunos de los términos importantes que usted mencionará necesitará considerar. Las tablas no pretenden reflejar todas las disposiciones del plan. Para obtener detalles completos, asegúrese de leer todas las políticas de opciones de seguro. Esa información es importante para ayudarlo a decidir qué opciones son las adecuadas para usted. El Departamento de Recursos Humanos tiene todos los documentos del plan y las descripciones resumidas del plan disponibles para su revisión. Recuerde llamar a Recursos Humanos si tiene alguna pregunta. En caso de discrepancia, las pólizas de seguro y los contratos prevalecerán.

Season Service Select, DTE's Paquete de Aviso Anual

Para el año del plan 2025

Estimado Empleado Valioso,

Se adjunta un paquete de avisos y divulgaciones requeridos por la ley federal.

Encierros:

- Aviso de Derechos de Inscripción Especial de HIPAA
- Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA
- Aviso General de Derechos de Continuación de COBRA

Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de los avisos, comuníquese con nosotros al 321-222-3106.

AVISOS ANUALES

Aviso de Derechos de Inscripción Especial de HIPAA

Si rechaza la inscripción en Season Service Select, la cobertura de salud grupal DTE para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Por último, usted y/o sus dependientes pueden tener derechos especiales de inscripción si se pierde la cobertura de Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal ("CHIP"), o cuando usted y/o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia estatal para las primas. Tiene 60 días a partir de la ocurrencia de uno de estos eventos para notificar a la compañía e inscribirse en el plan.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Gemma K. Naiken, Directora de Recursos Humanos al 321-222-3106.

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Season Service Select, DTE patrocina ciertos planes de salud grupales (colectivamente, el "Plan" o "Nosotros") para brindar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Proporcionamos esta cobertura a través de diversas relaciones con terceros que establecen redes de proveedores, coordinan su atención y procesan las reclamaciones de reembolso por los servicios que recibe. Este Aviso de Prácticas de Privacidad (el "Aviso") describe las obligaciones legales de Season Service Select, DTE, el Plan y sus derechos legales con respecto a su información de salud protegida en poder del Plan bajo HIPAA. Entre otras cosas, este Aviso describe cómo se puede usar o divulgar su información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica, o para cualquier otro propósito que esté permitido o requerido por la ley.

Estamos obligados a proporcionarle este Aviso de conformidad con la HIPAA. La Regla de Privacidad de HIPAA protege solo cierta información médica conocida como "información de salud protegida". Por lo general, la información de salud protegida es información de salud de identificación individual, incluida la información demográfica, recopilada de usted o creada o recibida por un proveedor de atención médica, un centro de intercambio de información de atención médica, un plan de salud o su empleador en nombre de un plan de salud grupal, que se relaciona con:

- (1) su salud o condición física o mental pasada, presente o futura;
- (2) la prestación de atención médica a usted; o

AVISOS ANUALES

(3) el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a usted.

Nota: Si está cubierto por uno o más planes de salud grupales totalmente asegurados ofrecidos por Season Service Select, DTE, recibirá un aviso por separado sobre la disponibilidad de un aviso de prácticas de privacidad aplicables a esa cobertura y cómo obtener una copia del aviso directamente de la compañía de seguros.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con Season Service Select, DTE HIPAA Privacy Officer o Gemma K. Naiken, Directora de Recursos Humanos:

Season Service Select, DTE
Atención: Oficial de privacidad de HIPAA
500 Winderley Place Maitland Florida, 32751

Fecha de entrada en vigor

Este Aviso, en su versión revisada, entra en vigor en marzo de 2025.

Nuestras responsabilidades

Estamos obligados por ley a:

- mantener la privacidad de su información médica protegida;
- proporcionarle ciertos derechos con respecto a su información médica protegida;
- proporcionarle una copia de este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida; y
- seguir los términos del Aviso que está en vigor.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y de hacer nuevas disposiciones con respecto a su información de salud protegida que mantenemos, según lo permita o exija la ley. Si realizamos algún cambio sustancial en este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También puede obtener una copia del último Aviso revisado poniéndose en contacto con nuestro Oficial de Privacidad a través de la información de contacto proporcionada anteriormente. A excepción de lo dispuesto en este Aviso, no podemos divulgar su información médica protegida sin su autorización previa.

Cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida

Según la ley, podemos usar o divulgar su información médica protegida bajo ciertas circunstancias sin su permiso. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información médica protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información médica protegida caerán dentro de una de las categorías.

Para el tratamiento

AVISOS ANUALES

Podemos usar o divulgar su información médica protegida para facilitar el tratamiento médico o los servicios de los proveedores. Podemos divulgar información médica sobre usted a proveedores, incluidos médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que esté involucrado en su atención. Por ejemplo, podríamos divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para determinar si una receta pendiente es inapropiada o peligrosa para su uso.

Para el pago

Podemos usar o divulgar su información médica protegida para determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan, para facilitar el pago del tratamiento y los servicios que recibe de los proveedores de atención médica, para determinar la responsabilidad de los beneficios bajo el Plan o para coordinar la cobertura del Plan. Por ejemplo, podemos informarle a su proveedor de atención médica sobre su historial médico para determinar si un tratamiento en particular es experimental, de investigación o médicamente necesario, o para determinar si el Plan cubrirá el tratamiento. También podemos compartir su información de salud protegida con un proveedor de servicios de revisión de utilización o precertificación. Del mismo modo, podemos compartir su información de salud protegida con otra entidad para ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamaciones de salud o con otro plan de salud para coordinar los pagos de beneficios.

Para operaciones de atención médica

Podemos usar y divulgar su información médica protegida para otras operaciones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del Plan. Por ejemplo, podemos utilizar la información médica en relación con la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad; suscripción, calificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentar reclamaciones de cobertura de stop-loss (o sobre-pérdida); llevar a cabo o organizar revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraudes y abusos; planificación y desarrollo empresarial, como la gestión de costes; y la gestión empresarial y las actividades administrativas del Plan General. El Plan tiene prohibido usar o divulgar información de salud protegida que sea información genética sobre un individuo con fines de suscripción.

A los Socios Comerciales

Podemos contratar a personas o entidades conocidas como Socios Comerciales para realizar diversas funciones en nuestro nombre o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Con el fin de realizar estas funciones o proporcionar estos servicios, los Socios Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, usarán y/o divulgarán su información de salud protegida, pero solo después de que acuerden por escrito con nosotros implementar las salvaguardas apropiadas con respecto a su información de salud protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a un Socio Comercial para administrar reclamaciones o proporcionar servicios de apoyo, como administración de utilización, administración de beneficios de farmacia o subrogación, pero solo después de que el Socio Comercial celebre un Acuerdo de Socio Comercial con nosotros.

Según lo exija la ley

Divulgaremos su información médica protegida cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida cuando así lo exijan las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de salud pública.

Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad

Podemos usar y divulgar su información médica protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier divulgación, sin embargo, solo sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida en un procedimiento relacionado con la licencia de un médico.

AVISOS ANUALES

A los patrocinadores del plan

Con el fin de administrar el Plan, podemos divulgar a ciertos empleados del Empleador información médica protegida. Sin embargo, esos empleados solo usarán o divulgarán esa información según sea necesario para realizar las funciones de administración del Plan o según lo requiera la HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información médica protegida no puede ser utilizada para fines de empleo sin su autorización específica.

Situaciones Especiales

Además de lo anterior, las siguientes categorías describen otras posibles formas en que podemos usar y divulgar su información médica protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos a qué nos referimos y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información entrarán dentro de una de las categorías.

Donación de órganos y tejidos

Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información médica protegida a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Militares y Veteranos

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica protegida según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar información médica protegida sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Compensación de Trabajadores

Es posible que divulguemos su información médica protegida para programas de compensación laboral o programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos para la salud pública

Podemos divulgar su información médica protegida para acciones de salud pública. Estas acciones generalmente incluyen lo siguiente:

- para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- para notificar nacimientos y defunciones;
- para denunciar el abuso o la negligencia infantil;
- para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- para notificar a las personas sobre retiros del mercado de productos que puedan estar usando;
- para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- para notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo, o cuando lo exija o autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud

AVISOS ANUALES

Podemos divulgar su información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas y disputas

Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Aplicación de la ley

Podemos divulgar su información médica protegida si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:

- en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- sobre la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la víctima;
- sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal;
- Sobre la conducta delictiva; y
- en circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Médicos Forenses, Médicos Forenses y Directores de Funerarias

Podemos divulgar información médica protegida a un médico forense o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica sobre los pacientes a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia

Podemos divulgar su información médica protegida a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Internos

Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o al oficial de la ley si es necesario (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.

Estudios

Podemos divulgar su información médica protegida a los investigadores cuando::

- (1) Se han eliminado los identificadores individuales; o

AVISOS ANUALES

- (2) Cuando una junta de revisión institucional o una junta de privacidad (a) haya revisado la propuesta de investigación; y (b) estableció protocolos para garantizar la privacidad de la información solicitada, y aprobó la investigación.

Divulgaciones requeridas

La siguiente es una descripción de las divulgaciones de su información médica protegida que estamos obligados a hacer.

Auditorías Gubernamentales

Estamos obligados a divulgar su información médica protegida al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el Secretario está investigando o determinando nuestro cumplimiento con la regla de privacidad de HIPAA.

Divulgaciones a usted

Cuando usted lo solicita, estamos obligados a divulgarle la parte de su información de salud protegida que contiene registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones con respecto a sus beneficios de atención médica. También estamos obligados, cuando se nos solicite, a proporcionarle un informe de la mayoría de las divulgaciones de su información médica protegida si la divulgación fue por razones distintas al pago, tratamiento u operaciones de atención médica, y si la información médica protegida no se divulgó de conformidad con su autorización individual.

Notificación de una violación

Estamos obligados a notificarle en caso de que nosotros (o uno de nuestros socios comerciales) descubramos una violación de su información médica protegida no segura, según lo definido por HIPAA.

Otras divulgaciones

Representantes Personales

Divulgaremos su información médica protegida a las personas autorizadas por usted, o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre y cuando nos proporcione una notificación/autorización por escrito y cualquier documento de respaldo (es decir, poder notarial). Nota: Según la regla de privacidad de HIPAA, no tenemos que divulgar información a un representante personal si tenemos una creencia razonable de que:

- (1) Ha sido, o puede ser, objeto de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona;
- (2) Tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo en peligro; o
- (3) En el ejercicio o juicio profesional, no es en su mejor interés tratar a la persona como su representante personal.

Cónyuges y otros miembros de la familia

Con solo excepciones limitadas, enviaremos todo el correo al empleado. Esto incluye el correo relacionado con el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia que están cubiertos por el Plan, e incluye correo con información sobre el uso de los beneficios del Plan por parte del cónyuge del empleado y otros miembros de la familia e información sobre la denegación de cualquier beneficio del Plan al cónyuge del empleado y otros miembros de la familia. Si una persona cubierta por el Plan ha solicitado Restricciones o Comunicaciones Confidenciales (consulte a continuación en "Sus Derechos"), y si hemos aceptado la solicitud, le enviaremos correo según lo dispuesto en la solicitud de Restricciones o Comunicaciones Confidenciales.

AVISOS ANUALES

Autorizaciones

Otros usos o divulgaciones de su información médica protegida no descritos anteriormente, incluido el uso y la divulgación de notas de psicoterapia y el uso o divulgación de información médica protegida para fines de recaudación de fondos o marketing, no se realizarán sin su autorización por escrito. Puede revocar la autorización por escrito en cualquier momento, siempre y cuando la revocación se haga por escrito. Una vez que recibamos su revocación por escrito, solo será efectiva para usos y divulgaciones futuros. No será efectivo para ninguna información que pueda haber sido utilizada o divulgada en base a la autorización por escrito y antes de recibir su revocación por escrito. Puede optar por no recibir nuestras comunicaciones de recaudación de fondos en cualquier momento.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida:

Derecho a inspeccionar y copiar

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar cierta información de salud protegida que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre sus beneficios de atención médica. Para inspeccionar y copiar su información médica protegida, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa razonable por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a su información médica, es posible que tenga derecho a solicitar que se revise la denegación y se le proporcionarán detalles sobre cómo hacerlo.

Derecho de enmienda

Si cree que la información médica protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que modifiquemos la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda durante el tiempo que la información sea conservada por o para el Plan. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. Además, debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- no es parte de la información médica mantenida por o para el Plan;
- no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
- no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- ya es preciso y completo.

Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y cualquier divulgación futura de la información en disputa incluirá su declaración.

Derecho a un Inventario de las Divulgaciones

Usted tiene el derecho de solicitar un "informe" de ciertas divulgaciones de su información médica protegida. La contabilidad no incluirá (1) divulgaciones con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) las divulgaciones que se le hacen; (3) divulgaciones realizadas de conformidad con su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o

AVISOS ANUALES

debido a una emergencia; (5) divulgaciones con fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones que de otro modo estarían permitidas.

Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. Su solicitud debe indicar un período de tiempo de no más de seis años (tres años para los registros de salud electrónicos) o el período en que ABC Company ha estado sujeta a las reglas de privacidad de HIPAA, si es más corto.

Su solicitud debe indicar en qué forma desea que se publique la lista (por ejemplo, en papel o electrónica). Intentaremos proporcionar la contabilidad en el formato que solicitó o en otro formato mutuamente aceptable si el formato solicitado no es razonablemente factible. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses se le proporcionará de forma gratuita. En el caso de listas adicionales, es posible que le cobremos los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en ningún costo.

Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de su información médica protegida que usamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en su información médica protegida que divulguemos a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podría solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía a la que se sometió.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si estamos de acuerdo con la solicitud, respetaremos la restricción hasta que la revoque o se lo notifiemos. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. Atenderemos todas las solicitudes razonables si proporciona claramente información de que la divulgación de toda o parte de su información protegida podría ponerlo en peligro.

Derecho a recibir una copia impresa de este aviso

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, llame por teléfono o escriba al Oficial de Privacidad como se indica anteriormente en Información de contacto.

Para obtener más información, consulte [Sus derechos en virtud de la HIPAA](#).

AVISOS ANUALES

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html> .

Para presentar una queja ante el Plan, llame por teléfono al Oficial de Privacidad como se indica anteriormente en Información de contacto. No se le penalizará, ni se tomarán represalias de ninguna otra manera, por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante nosotros. Debe guardar una copia de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan o al Oficial de Privacidad para sus registros.

Modelo de Aviso General de Derechos de Continuación de Cobertura de COBRA

**** Derechos de Continuación de Cobertura Bajo COBRA ****

Introducción

Recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y lo que debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando se vuelve elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA.

El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal terminaría de otra manera. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, debe revisar la Descripción resumida del plan del plan o comunicarse con el administrador del plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el que sea elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscritos tarde.

¿Qué es la continuación de la cobertura de COBRA?

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando de otro modo terminaría debido a un evento de la vida. A esto también se le llama "evento clasificatorio". Los eventos clasificatorios específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, se debe ofrecer la continuación de la cobertura de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura del Plan se pierde debido al evento calificado. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura de COBRA deben pagar la continuación de la cobertura de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Sus horas de trabajo se reducen, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:

AVISOS ANUALES

- Muere su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier razón que no sea su mala conducta grave;
- Su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Fallece el padre-empleado;
- Se reducen las horas de trabajo de los padres-empleados;
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier razón que no sea su mala conducta grave;
- El padre-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como un "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan de los siguientes eventos calificados:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- Fallecimiento del trabajador;
- o
- El hecho de que el empleado tenga derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o que un hijo dependiente pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento calificado. Usted debe proporcionar este aviso a: Gemma K. Naiken Director de Recursos Humanos.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación de que ha ocurrido un evento calificado, se ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de

AVISOS ANUALES

trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento que califica durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay maneras en las que se puede extender este período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA:

Extensión del período de 18 meses por discapacidad de la continuación de la cobertura de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA. Usted debe proporcionar una copia del aviso del Seguro Social con respecto a su determinación de incapacidad dentro de los 60 días posteriores a la fecha del aviso para recibir la extensión adicional.

Extensión del período de continuación de 18 meses para el segundo evento calificado

Si su familia experimenta otro evento calificado durante los 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si el Plan es notificado adecuadamente sobre el segundo evento calificado. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de la cobertura de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado habría causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento calificado.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la Continuación de la Cobertura de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, el [Programa de Seguro Médico para Niños \(CHIP\)](#) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de en la continuación de la cobertura de COBRA después de que finalice la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía tiene empleo, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un

AVISOS ANUALES

período de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, comenzando la primera de las siguientes fechas.:

- El mes después de que termine su empleo; o
- El mes después de que finalice la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la continuación de la cobertura de COBRA en su lugar, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y es posible que tenga una interrupción en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura de COBRA, el Plan puede cancelar su continuación de la cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en o antes de la fecha de la elección de COBRA, la cobertura de COBRA no puede suspenderse debido a su derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de la cobertura de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador principal) y la continuación de la cobertura de COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si usted no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información, visite: <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Si tiene preguntas

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de continuación de la cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. más cercana en su área o visite www.dol.gov/agencies/ebsa. (Las direcciones y números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

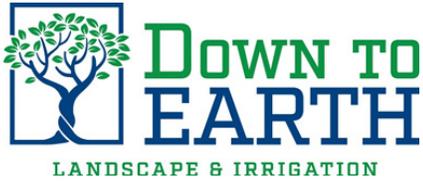
Mantenga su Plan informado de los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto del plan

Gemma K. Naiken , 500 Winderley Place Maitland Florida, 32751, 321-222-3106

¹ <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>. Estas reglas son diferentes para las personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).



GUÍA DE INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

1 DE MARZO 2025 - 31 DE DICIEMBRE 2025

2025

