



2026

GUÍA DE INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

1 DE ENERO DE 2026 - 31 DE DICIEMBRE DE 2026



TABLA DE CONTENIDO

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

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 27 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 ayudarle.

Gracias por ser miembro de nuestro equipo. Esperamos otro gran año de beneficios 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?

Las Cuentas Médicas y de Ahorros para la Salud tendrán una inscripción activa para el año del plan 2026. Esto significa que DEBE tomar acción y elegir un plan para tener cobertura en el nuevo año.

Todas las demás coberturas tendrán una inscripción pasiva para el año del plan 2026. Esto significa que las coberturas continuarán con los mismos niveles y tarifas sin que se requiera ninguna acción para el nuevo año del plan.

¿Qué pasa si quiero cancelar o cambiar mi cobertura médica ICHRA existente?

Si desea cancelar o cambiar la cobertura médica, los empleados deben completar la cancelación en el sitio de SureCo y también comunicarse directamente con su proveedor médico antes del 1/1/2026 para que la cobertura termine el 31/12/2026. Debido a que este es un plan de propiedad independiente, si el proveedor médico no es notificado por el empleado sobre la fecha de finalización, la opción de pago será desactivada por SureCo y el proveedor enviará las facturas directamente al empleado para que las pague.

¿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 Enero de 2026. El año del plan completo es del 1 de Enero de 2026 hasta 31 de Diciembre 2026.

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 MÉDICOS

BENEFICIOS MÉDICOS – PODER DE ELECCIÓN

Down to Earth ofrece un plan de Acuerdo de Reembolso de Salud de Cobertura Individual (ICHRA) para usted y sus dependientes elegibles.

Down to Earth se ha asociado con un administrador externo, SureCo, para proporcionar a nuestros empleados el "Poder de elección" con respecto a sus beneficios médicos.

La plataforma de inscripción de SureCo aprovecha el mercado directo al operador existente para brindarle la mayor cantidad posible de opciones de planes. Podrá elegir entre una selección de planes individuales ofrecidos en su estado para usted y sus dependientes con su parte de la prima retenida de su cheque de pago como deducción de nómina antes de impuestos.

El poder de Elección COBERTURA INDIVIDUAL SALUD ACUERDO DE REEMBOLSO

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

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

Elija entre una variedad de compañías médicas con varias estructuras de planes y primas (antes de impuestos), en el mercado individual.

Compre e Inscribese en línea SURECO PLATAFORMA DE INSCRIPCIÓN

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

Dependiendo de la compañía médica y el plan que elija; Sus servicios de farmacia acompañarán las políticas de farmacia, los proveedores preferidos y los formularios de ese proveedor.

Inicie sesión en la plataforma de inscripción de SureCo para ver todos los documentos de divulgación y precios del plan resumido.

CONTRIBUCIÓN MENSUAL DEL EMPLEADOR DOWN TO EARTH

Empleado/a: Al menos el 60% del plan de plata de costo más bajo basado en el salario base y la edad del empleado.

**LCS = plan plata de menor costo. Las primas mensuales para todos los planes de ICHRA se calculan en función de la edad y el área de calificación del empleado. La plataforma de inscripción de SureCo identificará el plan de niveles LCS disponible para los empleados y calculará el porcentaje correspondiente. Esa cantidad se utilizará como contribución del empleador.*

Por favor, escanea abajo para un video informativo bajo demanda:



BENEFICIOS MÉDICOS

BENEFICIOS MÉDICOS – PARA EMPLEADOS DE 65 AÑOS O MÁS

Bajo 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 sin impuestos.

Medicare es un programa federal de seguro de salud 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.

Vaya a www.Medicare.gov para comprender 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 SureCo.*

Inscribirse en Medicare no sacrifica la contribución de su empleador para sus primas de atención médica. De hecho, como empleado elegible para Medicare, usted es elegible para recibir un reembolso de gastos no gravados Down to Earth para compensar el costo de sus primas de Medicare. Para finalizar el monto de su reembolso no gravado, se le pedirá que verifique su estado de inscripción en Medicare Parte A y Parte B o Parte C y sus primas mensuales de bolsillo.

Próximos Pasos:

1. Comprenda sus [Opciones de Medicare](#)
2. Llame a la Administración del Seguro Social al (800) 772-1213. Para obtener una estimación inmediata de cuándo es elegible para Medicare y el monto de su prima, use [el Calculadora de elegibilidad y primas de Medicare](#).
3. Informe su actualización de inscripción de Medicare a SureCo lo antes posible. Una vez actualizado, SureCo se comunicará con usted para enviarle una copia de sus avisos de primas para que Down to Earth pueda comenzar a aplicar su reembolso de gastos no gravados a futuros cheques de nómina.

Las cuatro partes de Medicare

Parte A

Seguro de hospital



Parte B

Seguro médico



Parte C

Medicare Advantage



Parte D

Medicamentos recetados



BENEFICIOS MÉDICOS

PLATAFORMA DE INSCRIPCIÓN SURECO – INSTRUCCIÓN DE INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS

Para 2026, 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. Por favor, consulte "Acceda a los beneficios de Yor" en la página 5 para obtener detalles sobre la plataforma Dayforce para completar sus elecciones complementarias.

Los empleados deben iniciar sesión en la Plataforma de inscripción para elegir o rechazar beneficios (solo médicos) para 2026. Esta NO es una inscripción pasiva.

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

CÓMO REGISTRARSE:

- Se enviará un correo electrónico de bienvenida e instrucciones de inicio de sesión para la Plataforma de inscripción el primer día de su período de inscripción abierta.
- Vaya al enlace de arriba durante su período de inscripción abierta programado.
- Presione "¿Nuevo usuario? Regístrese aquí" que lo llevará a la página de registro.
- Introduzca 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)
- ¡Crea su contraseña!

The image shows two overlapping 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. Just fill out your information below to get started.' The form fields include 'Email or Phone Number' (with a sub-note 'Your email or phone number'), 'Password (Show password) / Forgot your password?' (with a sub-note 'Show password'), and a 'Login' button. The bottom screenshot is the 'Create your password' page, which includes a header with the SURECO logo and the text 'Create your password'. It has a sub-note 'Password required' and a 'Confirm password' field, followed by a '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 2026 y se le pedirá que firme el formulario de exención de seguro de salud para empleados.

ANTES DE EMPEZAR:

Para ayudarlo a encontrar el plan adecuado para usted, considere algo más que la prima mensual del plan. Hemos preparado las siguientes preguntas frecuentes para prepararlo mejor para hacer sus elecciones médicas.

¿Qué es lo que más te importa? Aquí hay una lista de cosas a considerar al elegir un plan que funcione para usted:

- Referencia requerida para ver a un especialista **VS** Puede ver a un especialista sin una referencia
- 20% de coaseguro (% de la factura que paga) **VS** 50% de coaseguro
- Copagos desde el principio **VS** Pague el costo total hasta que alcance el deducible
- Prima baja con altos costos de atención **VS** Prima alta con bajos costos de atención

BENEFICIOS MÉDICOS

- Su médico en la red **VS** Encontrar un nuevo médico

¿Sus medicamentos están cubiertos?

- Los planes de seguro de salud varían según los medicamentos que cubren y cuánto cobrarán. Cada compañía de seguros tiene una lista de recetas que cubren (llamada 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 tratar de 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 **período de inscripción abierta (OEP)**.
- Muchos empleados tienen preguntas sobre qué planes aceptará su proveedor o hospital existente: La plataforma de inscripción le permitirá buscar planes para los que su(s) proveedor(es) actual(es) están en la red y participan. Esto le ayudará a eliminar los planes que pueden no ser adecuados para usted. Sin embargo, se recomienda que USTED LLAME a su médico para confirmar la elegibilidad en el Plan de Salud Individual específico.
- SureCo utiliza una base de datos de red de 3rd partido para completar los datos del proveedor, y no pueden garantizar que todos los datos del plan y del proveedor se hayan actualizado en el momento en que un empleado está investigando. Dado que los proveedores se van y se unen a los planes con frecuencia, le recomendamos encarecidamente que vaya a lo seguro y llame a su médico para confirmar que actualmente aceptan su plan.

¿NECESITAS AYUDA? SURECO ESTÁ AQUÍ PARA USTED:

Si tiene preguntas relacionadas con la plataforma de inscripción, la cobertura de su plan médico de ICHRA o para obtener ayuda para inscribirse en un plan médico, comuníquese con el Equipo de experiencia del empleado de SureCo.

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

BENEFICIOS MÉDICOS

PROCEO PASO A PASO DE LA PLATAFORMA DE INSCRIPCIÓN DE SURECO:

1. Inicie sesión y confirme el acuerdo de usuario
2. Comience por confirmar su información personal
3. A continuación, edite/agregue cualquier dependiente
4. Seleccione un proveedor (si lo desea)
5. Próximo... Comience a comprar un plan médico desplazándose por las opciones disponibles
6. Finalmente... Confirme sus selecciones y firme electrónicamente y revise su carrito de compras

INFORMACIÓN PERSONAL:

- Es fundamental que verifique los detalles demográficos para usted y cualquier dependiente. Los campos clave que afectarán las selecciones y tarifas de su plan de salud incluyen fecha de nacimiento, código postal y condado.
- Asegúrese de que está utilizando su dirección física donde reside: los proveedores de salud verificarán y rechazarán las direcciones que sean direcciones postales, direcciones comerciales o apartados postales.
- Si desea incluir dependientes como cónyuge, pareja doméstica o hijo en su plan de salud, haga clic en el botón "Agregar un dependiente" para agregar los detalles 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 garantizar que cada miembro obtenga la mejor cobertura disponible para ellos en su área.

BÚSQUEDA DE PROVEEDORES:

- Si está interesado en mantener a 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 vaya a lo seguro y llame a su médico para confirmar que actualmente aceptan el plan que selecciona.
- Si lo prefiere, también puede comunicarse con el proveedor específico (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 vea se basarán en los detalles demográficos que ingresó en el perfil personal.
- El costo por cheque de pago que se muestra en la Plataforma incluirá la contribución de su empleador.
- Cuando compre planes médicos en el mercado individual, notará que se clasifican por colores metálicos: bronce, plata, oro (y platino). Estos colores metálicos están diseñados para mostrar planes que son más "deseados" que otros. Eso no quiere decir que un plan de bronce no sea "deseado". Todo depende de las necesidades de atención médica que usted y su familia estén buscando. Por ejemplo, el bronce probablemente será la

BENEFICIOS MÉDICOS

prima menos costosa deducida de su pago, mientras que el oro será la prima más cara deducida de su pago. 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 bajo ese plan, debe ver el Resumen de beneficios y cobertura (SBC) disponible haciendo clic en el botón Resumen de beneficios.
- Es muy importante que cada empleado se eduque sobre la terminología de la salud. Ahora, más que nunca, es importante que se tome el tiempo para aprender sobre sus beneficios para la salud.

Glosario de términos médicos y seguros de salud



Copago

Una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos. La cantidad puede variar según el tipo de servicio



Deducible

La cantidad que usted debe pagar por los servicios cubiertos antes de que su seguro médico o su plan comience a pagar



Deducible Familiar

La cantidad que su familia debe pagar de su bolsillo antes de que su plan le ofrezca ahorros adicionales y pague por otra parte de los costos. El deducible familiar es el doble del importe de un deducible individual



Gastos del bolsillo

El límite de gastos del bolsillo es lo máximo que un titular de póliza de seguro de salud pagará cada año por los gastos de salud cubiertos. Una vez que se alcance el límite, el plan cubrirá el 100% de los gastos médicos y de salud calificados.



En Red

Hospitales, proveedores médicos y clínicas para quienes el plan de seguro tiene un acuerdo para atender a cualquiera negociando para su miembros. Los más probable es que estos planes cubran una mayor parte de los costos de los proveedores dentro la red porque sus redes brindan servicios a un precio más bajo debido a las compañías de seguros con las que tiene contratos.



Fuera de la Red

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

FINALICE LA INSCRIPCIÓN Y CONFIRME LOS BENEFICIOS:

- Este es el paso final en el proceso de inscripción. ¡Por favor, asegúrese de confirmar sus elecciones!
- Incluso si rechazó la cobertura de salud o ha elegido Medicare, es importante firmar electrónicamente el acuse de recibo en esta página para confirmar y enviar sus elecciones para 2026.

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
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 comienzan en \$100 al año y son 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 2026, el total de tus aportes puede ser de hasta \$4,400 para cobertura individual y \$8,750 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 2026, 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 2026, el total de tus aportes puede ser de hasta \$4,400 para cobertura individual y \$8,750 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	Opción 1: Low PPO		Opción 2: 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 / coseguro) 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 veces 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

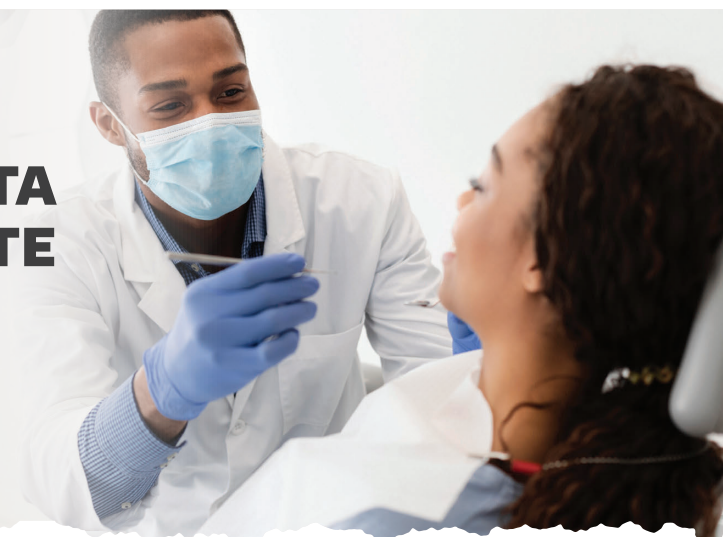
BENEFICIOS DENTALES

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:

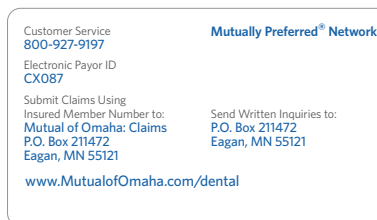
Red: Red de Mutually Preferred/[Red de afiliados]

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.



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 veces por año)	Plan de Visión
Empleado	\$1.51
Empleado + Cónyuge	\$3.02
Empleado + Hijo(s)	\$3.32
Empleado + Familia	\$4.83

BENEFICIOS DE VISIÓN

54373085

SEGURO
OFTALMOLÓGICO

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

- Go to MutualofOmaha.com/vision
- 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

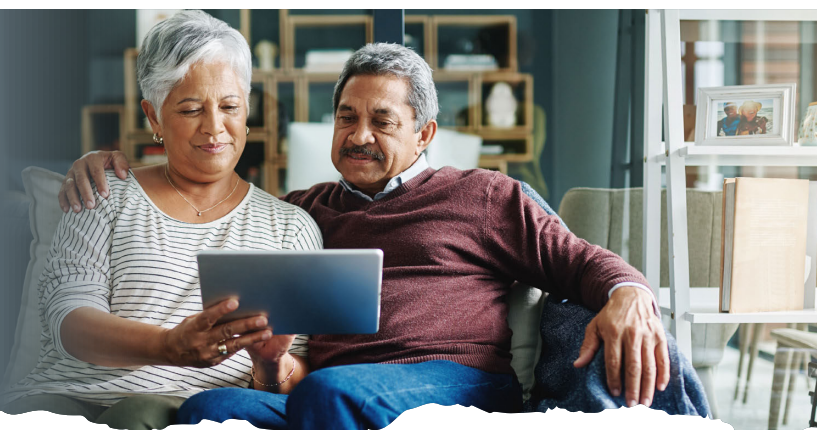
El seguro oftalmológico está suscrito por la compañía aseguradora United of Omaha Life, 3300 Mutual de Omaha Plaza, Omaha, NE 68175, 1-800-769-7159. La compañía aseguradora United of Omaha Life está habilitada en todo el país, excepto en Nueva York. Formulario de póliza número G2018MP o equivalente al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

450101_0723_SP

BENEFICIOS AUDITIVOS

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.

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 \$24,500 para 2026 (\$32,500 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 100% 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 veces 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 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 veces por año)	Indemnización Hospitalaria
Empleado	\$3.23
Empleado + Cónyuge	\$6.92
Empleado + Hijo(s)	\$4.85
Empleado + Familia	\$8.31

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

VISITAS VIRTUALES

DESDE TU CASA
ABIERTO 24/7



- 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

CLINICA SIN CITA PREVIA

CON O SIN
CITA PREVIA



- Alergias
- Infecciones de vejiga
- Herpes labial
- Infecciones del oído
- Infecciones oculares
- Vacunas
- Sinusitis
- Faringitis estreptocócica
- Resfriados
- Piojos de la cabeza
- Diabetes
- Manejo de la presión arterial

ATENCIÓN DE URGENCIAS

TIEMPO DE ESPERA
1/2 HORA
ABIERTO FINES
DE SEMANA



- Torceduras, esguinces o fracturas
- Infecciones
- Quemaduras leves
- Servicios de diagnóstico
- Fractura de huesos pequeños (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

SALA DE EMERGENCIA

TIEMPO DE ESPERA
2 HORAS
ABIERTO 24/7



- 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

71 %

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

5 FORMAS



PARA REDUCIR SUS COSTOS MÉDICOS

DE SER POSIBLE, USE PROVEEDORES DENTRO DE LA RED

1

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 menor costo?

3

MANTENER COSTOS BAJOS EN SU PRESCRIPCIÓN

- Compare en las farmacias locales para encontrar el mejor precio en sureceta.
- 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.

4

PRÁCTICA DE 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

TOME CONTROL DE SU SALUD

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.

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 izquierdo 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 Financial	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 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 menciona. Necesitará considerar que 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 Down to Earth tiene todos los documentos del plan y las descripciones resumidas del plan disponibles para su revisión. Recuerde llamar a Down to Earth si tiene alguna pregunta. En caso de discrepancia, las pólizas de seguro y los contratos prevalecerán.

AVISOS ANUALES

Paquete de avisos de beneficios de salud y bienestar de Season Service Select - DTE Landscapes.

Para 2026 plan year

Estimado Empleado,

Adjunto encontrará un paquete de notificaciones y divulgaciones que pertenecen a los planes de salud y bienestar patrocinados por su empleador, según lo exige la ley federal.

Anexos

- Aviso de derechos de inscripción especial HIPAA
- Aviso de prácticas de privacidad HIPAA
- Aviso General sobre Derechos de Continuación de Cobertura COBRA
- Aviso de la póliza de indemnización fija

Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de los avisos, póngase en contacto con nosotros en 321-222-3106.

AVISOS ANUALES

Aviso sobre inscripción especial HIPAA

Si declina la inscripción en Goodwill of South-Central Wisconsin, Inc. la cobertura de salud de grupo para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la existencia de otro seguro de salud o cobertura de plan de salud de grupo, podrán inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura antedicha (o si el empleador deja de contribuir para dicha cobertura de usted o de sus dependientes). Sin embargo, es necesario solicitar inscripción en un plazo de 30 días de que termine la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después de que el empleador cese sus contribuciones para dicha cobertura).

Además, si usted obtiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrán inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, es necesario solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Finalmente, usted y/o sus dependientes pueden tener derechos especiales de inscripción si se pierde la cobertura bajo Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal ("CHIP"), o cuando usted y/o sus dependientes obtengan la elegibilidad para recibir asistencia para las primas estatales. Usted dispone de 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, Director of Human Resources 321-222-3106.

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Goodwill of South-Central Wisconsin, Inc. patrocina ciertos planes de salud de grupo (colectivamente, el "Plan" o "Nosotros") para proporcionar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Proporcionamos esta cobertura mediante varias relaciones con terceros que establecen redes de proveedores, coordinan su atención y procesan las reclamaciones de reembolso por los servicios que usted recibe. Este Aviso de prácticas de privacidad (el "Aviso") describe las obligaciones legales de Goodwill of South-Central Wisconsin, Inc., 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 su información de salud protegida puede ser utilizada o divulgada para realizar tratamientos, pagos, gestiones de cuidado de salud o para cualquier otro propósito que esté permitido o sea requerido por la ley.

Estamos obligados a proporcionarle este Aviso en cumplimiento con la ley HIPAA. La Regla de privacidad de HIPAA protege solamente cierta información médica designada como "información de salud protegida". Generalmente, la información de salud protegida es información de salud individualmente identificable, incluyendo información demográfica, recopilada de usted o creada o recibida por un proveedor de atención médica, un centro de información de atención médica, un plan de salud o de su empleador en nombre de un plan de salud de grupo, que se relaciona con:

AVISOS ANUALES

- (1) su salud, condición física o mental pasada, presente o futura;
- (2) la prestación de atención médica para usted; o
- (3) el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a usted.

Nota: Si usted está cubierto por uno o más planes de salud de grupo totalmente asegurados que le ofrece Goodwill of South-Central Wisconsin, Inc., recibirá una notificación por separado con respecto a la disponibilidad de un aviso sobre las prácticas de privacidad aplicables a esa cobertura y cómo obtener una copia de la notificación directamente de la compañía de seguros.

Información de contactos

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de HIPAA de Season Service Select - DTE Landscape HIPAA Privacy Officer or Gemma K. Naiken Director Human Resources:

Season Service Select - DTE Landscape
Attention: HIPAA Privacy Officer
500 Winderley Place Maitland Florida, 32751

Effective Date

Este Aviso revisado entra en vigencia 1/1/2026.

Fecha de vigencia

Este aviso y sus revisiones entrará en vigor a partir del 1/1/2026.

Nuestras responsabilidades

La ley estipula que debemos:

- mantener la privacidad de su información médica protegida;
- proporcionarle ciertos derechos con respecto a su información médica protegida;
- proporcionarle una copia de esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida; y
- cumplir las cláusulas del Aviso que esté actualmente en vigencia.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso y de establecer nuevas provisiones con respecto a su información de salud protegida que mantenemos, según lo permita o requiera la ley. Si realizamos cualquier cambio material a este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También puede obtener una copia de la última versión revisada del Aviso a través del contacto con nuestro Oficial de Privacidad en la información de contactos proporcionada anteriormente o en nuestra Intranet. Con excepción de lo dispuesto en este Aviso, no podemos divulgar su información de salud protegida sin su autorización previa.

AVISOS ANUALES

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida

Según la ley, en ciertas circunstancias podemos usar o revelar sin su permiso su información de salud protegida. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud 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 de salud protegida se incluirán en una de las categorías.

Para el tratamiento

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

Para el pago

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida para determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan, para facilitar el pago del tratamiento y los servicios que usted 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 informar 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 de precertificación. De igual manera, podemos compartir su información de salud protegida con otra entidad a fin de ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamaciones de salud o con otro plan de salud para coordinar el pago de los beneficios.

Para gestiones de cuidados de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para otras gestiones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del Plan. Por ejemplo, podemos utilizar información médica en relación con la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad; suscripción de aseguramiento, clasificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentación de reclamaciones para la cobertura de limitación de pérdidas (o exceso de pérdidas); realización u organización de revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraudes y abusos; planificación y desarrollo empresarial, como la gestión de costos; y gestión empresarial y actividades administrativas generales del Plan. El Plan tiene prohibido usar o divulgar información de salud protegida que sea información genética sobre un individuo con fines de suscripción de aseguramiento.

A asociados empresariales

Podemos suscribir contratos con personas o entidades conocidos como asociados empresariales para realizar diversas funciones en nombre del Plan o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Con el fin de realizar estas funciones o de proporcionar estos servicios, los asociados empresariales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán y/o divulgarán su información de salud protegida, pero solo después de que acuerden por escrito con nosotros implementar las medidas de seguridad apropiadas con respecto a su información de salud protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a un asociado empresarial para administrar reclamaciones o para proporcionar servicios de apoyo, tales como la gestión de la utilización, gestión de beneficios de farmacia o subrogación, pero

AVISOS ANUALES

solo después de que el asociado empresarial suscriba un Acuerdo de asociado empresarial con nosotros.

Según lo estipule la ley

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

Para prevenir una amenaza grave a la salud o a la seguridad

Podemos usar y divulgar su información de salud 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. Sin embargo, cualquier divulgación, solo se haría a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud protegida en un procedimiento relacionado con la autorización de licencia de un médico.

A los patrocinadores del Plan

Para el propósito de administrar el Plan, podemos divulgar a información sobre la salud protegida a ciertos empleados del Empleador. Sin embargo, estos empleados únicamente utilizarán o divulgarán dicha información según sea necesario para realizar funciones administrativas para el Plan o de otra manera que lo requiera la ley HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información de salud protegida no se puede utilizar para fines de empleo si no se cuenta con su autorización específica.

Situaciones especiales

Además de las situaciones antedichas, las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud 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 de salud protegida se incluirán en una de las categorías.

Donación de órganos y tejidos

Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información de salud protegida a organizaciones que manejan la obtención y trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para realizar la donación y trasplante del órgano o tejido.

Militares y veteranos

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

Seguro de compensación a los trabajadores

Podemos divulgar su información de salud protegida para los fines del seguro de compensación a los trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de salud pública

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

AVISOS ANUALES

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- reportar nacimientos y fallecimientos;
- reportar abuso o abandono infantil;
- reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a personas sobre la retirada del mercado de productos que puedan estar consumiendo;
- para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- notificar a la autoridad gubernamental pertinente 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 así lo requiera o lo autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud

Podemos divulgar su información de salud protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamientos de licencias. El gobierno necesita estas actividades para supervisar el sistema de atención de salud y los programas gubernamentales, y para velar por el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas judiciales y disputas

Si usted está involucrado en una demanda judicial o en una disputa, podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una citatorio, solicitud de descubrimiento u otro proceso judicial 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.

Cumplimiento de la ley

Podemos divulgar su información de salud protegida si así lo solicita un funcionario del orden público,

- en respuesta a una orden judicial, citatorio, requerimiento judicial, emplazamientos o procesos legales similares;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- sobre la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la víctima;
- acerca de una muerte que consideramos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- acerca de una conducta delictiva; y
- en circunstancias de emergencia para reportar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores funerarios

Podemos divulgar información de salud protegida a un juez de instrucción o a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. Además, podemos divulgar la información de salud de pacientes para ayudar a un director funerario según sea necesario para llevar a cabo sus obligaciones.

Actividades de seguridad nacional y servicios de inteligencia

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

AVISOS ANUALES

Internos o reclusos

Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de cumplimiento de la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o al oficial de cumplimiento 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 y protección de la institución correccional.

Investigación

Podemos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando:

- (1) se haya eliminado los identificadores individuales; o
- (2) cuando una junta de revisión institucional o junta de privacidad haya (a) revisado la propuesta de investigación; y (b) establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información solicitada, y aprueba la investigación.

Divulgaciones necesarias

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

Auditorías gubernamentales

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

Divulgaciones a usted

Cuando usted lo solicite, 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 se hizo por razones que no fueran de pago, tratamiento u gestiones de atención médica, y si la información de salud protegida no fue divulgada de conformidad con su autorización individual.

Notificación de una infracción

Estamos obligados a notificarle en caso de que nosotros (o uno de nuestros asociados empresariales) descubra una infracción a su información de salud protegida no segura, según lo define la HIPAA.

Otras divulgaciones

Representantes personales

Divulgaremos su información de salud protegida a las personas que usted autorice, o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre y cuando usted nos proporcione un aviso/autorización por escrito y cualquier documento de apoyo (por ejemplo, un poder notarial). Nota: En virtud de la regla de privacidad de HIPAA, no estamos obligados a divulgar información a un representante personal si tenemos una sospecha razonable de que:

- (1) usted ha sido, o puede ser, víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona;
- (2) tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo en peligro a usted; o

AVISOS ANUALES

- (3) en el ejercicio o juicio profesional, no resulta en su mejor interés tratar a la persona como su representante personal.

Cónyuges y otros familiares

Salvo excepciones limitadas, enviaremos todo 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 el correo con información sobre el uso de los beneficios del Plan por el 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 (ver más adelante bajo "Sus derechos"), y si hemos aceptado la solicitud, le enviaremos un correo electrónico según lo estipulado en la solicitud de Restricciones o Comunicaciones Confidenciales.

Autorizaciones

No se harán sin su autorización por escrito otros usos ni divulgaciones de su información de salud protegida no descritos anteriormente, incluyendo el uso y divulgación de notas de psicoterapia y el uso o divulgación de información de salud protegida para propósitos de recaudación de fondos o comercialización. Usted puede revocar su autorización escrita en cualquier momento, siempre que dicha revocatoria se haga por escrito. Una vez que el Plan reciba su revocatoria de autorización por escrito, esta causará efecto únicamente en las divulgaciones y usos futuros. No será aplicable a ninguna otra información que haya sido utilizada o divulgada en función de la autorización escrita y antes de recibir su revocatoria por escrito. Usted puede optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de nuestra parte en cualquier momento.

Sus derechos

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

Derecho de inspeccionar y copiar

Usted tiene derecho de inspeccionar y copiar cierta información de salud que se pueda utilizar para tomar decisiones acerca de sus beneficios de atención médica. Para inspeccionar y copiar su información de salud protegida, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copiado, envíe por correo u otros materiales relacionados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud protegida en muy limitadas circunstancias. Si se le niega el acceso a su información de salud, puede tener derecho a solicitar que se revise la denegación y se le proporcionarán detalles sobre cómo hacerlo.

Derecho de enmienda

Si usted considera que la información de salud protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre que la información sea mantenida por o para el Plan. Para solicitar una enmienda, debe presentar su solicitud por escrito y enviarla al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Además, usted deberá proporcionar al menos un motivo que respalde su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de enmienda si no se efectúa por escrito o si no incluye un motivo para respaldar la solicitud. Además, podemos rechazar su solicitud si usted nos solicita enmendar información que:

- No es parte de la información de salud conservada por, o para el plan;

AVISOS ANUALES

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para efectuar la enmienda;
- No es parte de la información a la que usted se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- ya es exacta y completa.

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

Derecho de ver el registro de las divulgaciones

Usted tiene el derecho de solicitar un “listado” o reporte de ciertas divulgaciones de su información personal de salud protegida. El listado no incluirá (1) divulgaciones para fines de tratamiento, pago o gestiones de atención médica; (2) divulgaciones hechas a usted; (3) divulgaciones hechas de conformidad con su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones para fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones que de otra manera serían permisibles.

Para solicitar este listado o informe de divulgaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo no mayor de seis años (tres años para expedientes médicos electrónicos) o el periodo que ABC Company haya estado sujeta a las reglas de privacidad HIPAA, si es menor.

Su solicitud debe indicar en qué forma desea el listado (por ejemplo: impreso o en formato electrónico). Intentaremos proporcionar el listado en el formato que usted lo solicitó o en otro formato acordado mutuamente si el formato solicitado no es razonablemente factible. El primer listado que solicite dentro de un periodo de 12 meses se le proporcionará sin costo alguno. Para listados adicionales, podemos cobrarle los costos para suministrar cada listado. Le informaremos sobre el costo involucrado y usted podrá retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en algún costo.

Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre cuánta de su información de salud protegida podemos usar o divulgar para gestiones de tratamiento, pago o atención de salud. Además, tiene el derecho de solicitar un límite sobre su información de salud protegida que divulguemos a alguien que esté involucrado en su atención de salud o en el pago de esta, tal como un familiar o un amigo. Por ejemplo, usted podría solicitarnos que no usemos ni divulguemos información acerca de una cirugía que usted tuvo.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si estamos de acuerdo con la solicitud, respetaremos la restricción hasta que usted la revoque o se lo notifiquemos de manera diferente. Para solicitar restricciones, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. 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 de solicitar comunicaciones confidenciales

Usted tiene el derecho de solicitar que, para asuntos médicos, nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierta localidad. Por ejemplo, usted puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud deberá especificar cómo o dónde desea que se le contacte. Nos acomodaremos a todas las solicitudes

AVISOS ANUALES

razonables si usted proporciona claramente información de que la divulgación parcial o total de su información protegida podría ponerlo en peligro a usted.

Derecho a recibir copia impresa de este aviso

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. En cualquier momento, puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este aviso. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, llame por teléfono o escriba al Oficial de Privacidad según se indica en la sección Información de contactos.

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

Quejas

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido infringidos, puede presentar una queja ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede presentar una reclamación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por medio de una carta dirigida a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, puede llamar al 1-877-696-6775, o visitar <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

Para presentar una queja ante el Plan, llame por teléfono y escriba al Oficial de Privacidad según se indica más arriba en Información de contactos. Usted no recibirá penalización alguna, ni represalias de ningún tipo, por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante el Plan. Le sugerimos conservar para sus registros una copia de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan o al Oficial de Privacidad.

Modelo de Aviso general de derechos de continuación de cobertura COBRA

**** Derechos de continuación de cobertura en virtud de COBRA ****

Introducción

Usted está recibiendo esta notificación porque ha obtenido recientemente la cobertura en virtud de un plan de salud de grupo (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a la continuación de cobertura COBRA, la cual es una extensión temporal de la cobertura en virtud del Plan. **Este aviso explica la continuación de cobertura COBRA, cuando puede estar disponible para usted y su familia, y qué necesita usted para proteger su derecho de obtenerla.** Cuando usted es elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA.

El derecho a la continuación de cobertura COBRA fue creado por una ley federal: la Ley Omnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada de 1985 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985, COBRA). La continuación de cobertura COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud de grupo de otra manera hubiese terminado. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y en virtud de la ley federal le recomendamos consultar la descripción resumida de su Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Puede haber otras opciones disponibles para usted cuando pierde la cobertura de salud de grupo. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de

AVISOS ANUALES

seguros de salud. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros de salud, puede calificar para menores costos en sus primas mensuales y menores gastos de su propio bolsillo. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud de grupo para el cual usted sea elegible (tal como un plan de su cónyuge), incluso si dicho plan por lo general no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la continuación de cobertura COBRA?

La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura del plan, que de otra manera terminaría, en virtud de un evento de vida. Esto se conoce como un “evento calificado”. Los eventos calificados específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, la continuación de cobertura COBRA deberá ofrecerse a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios calificados si se pierde la cobertura en virtud del Plan debido al evento calificado. Bajo el plan, los beneficiarios calificados que eligen cobertura de continuación de COBRA deben pagar la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es empleado, será beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Se reducen sus horas de empleo, o
- Termina su empleo por alguna razón que no sea por faltas graves.

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

- Fallece su cónyuge;
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge;
- Termina el empleo del cónyuge por alguna razón que no sea por faltas graves;
- Su cónyuge se vuelve elegible para recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

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

- Fallece el padre/empleado;
- Se reducen las horas de empleo del padre-empleado;
- Termina el empleo del padre-empleado por cualquier razón que no sea por faltas graves;
- El padre-empleado obtiene elegibilidad para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El menor deja de ser elegible para cobertura en virtud del Plan como “hijo dependiente”.

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura COBRA?

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

- El cese de empleo o la reducción de horas de empleo;

AVISOS ANUALES

- Fallecimiento del empleado;
- o
- El empleado es ahora elegible para recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas).

Para todos los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o la pérdida de la elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento calificado. Debe proporcionar este aviso a: Michelle Teasdale, HR Manager.

¿Cómo se proporciona la continuación de cobertura COBRA?

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

La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura temporal que dura por lo general 18 meses debido al cese de empleo o a la reducción de horas de trabajo. Algunos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir a un beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que este período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA pueda ser prorrogado:

Prórroga por incapacidad del período de 18 meses de la continuación de cobertura COBRA

Si usted o alguien en su familia, cubiertos en virtud del Plan, recibe una determinación de incapacidad por parte del Seguro Social y usted lo notifica al Administrador del Plan en forma oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta por un máximo de 29 meses. La incapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de cobertura Cobra y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA.

Segundo evento calificado para la prórroga del período de 18 meses de continuación de cobertura

Si su familia tiene otro evento calificado durante los 18 meses de la continuación de cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta un máximo de 36 meses, si el Plan recibe la notificación correspondiente del segundo evento calificado. Esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y para cualesquier hijos dependientes que estén recibiendo la continuación de cobertura COBRA si el empleado o ex empleado fallece, adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas) se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta prórroga está disponible únicamente si el segundo evento calificado habría provocado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiesen la cobertura en virtud del Plan si el primer evento calificado no hubiese ocurrido.

¿Existen otras opciones a parte de la continuación de cobertura COBRA?

Sí. En vez de inscribirse en la continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, [el Programa de Seguro de Salud Infantil \(CHIP\)](#), u otras opciones de cobertura de un plan de salud de grupo (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina "período de inscripción especial". Algunas de

AVISOS ANUALES

estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA. Puede conocer más sobre muchas de esas opciones en www.HealthCare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de continuar la cobertura de COBRA después de que termine la cobertura de mi plan de salud de grupo?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, dispone de un período de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza en la más temprana de las fechas siguientes:

- El mes siguiente a la terminación de su empleo; o
- El mes siguiente a la terminación de la cobertura del plan de salud de grupo basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y en su lugar elige la continuación de cobertura de COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y además tenga un lapso de cobertura si decide que quiere inscribirse en la Parte B posteriormente. Si elige la continuación de cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la continuación de cobertura de COBRA, el Plan puede terminar su continuación de cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura COBRA no podrá interrumpirse a causa del derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura COBRA.

Si está inscrito en la continuación de cobertura de COBRA y en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la continuación de cobertura de COBRA pagará segundo. 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 respecto a su Plan o a sus derechos de continuación de cobertura COBRA deben dirigirse a la persona o personas de contacto que se identifican más adelante. Para obtener más información acerca de sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Beneficios de los Empleados (ERISA), incluida la continuación de cobertura COBRA, y la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud de Precio Bajo, y otras leyes que afectan los planes de salud de grupo, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Labour's Employee Benefits Security Administration (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su región o visite www.dol.gov/agencies/ebsa. (Las direcciones y números de teléfonos de las oficinas regionales y de Distrito de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga informado a su Plan sobre los cambios de dirección

Con el fin de proteger los derechos de su familia, comuníquese al Administrador del Plan cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. Además, le sugerimos conservar una copia, para sus registros, de cualesquier avisos que usted envíe al Administrador del Plan.

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 terminante (End Stage Renal Disease (ESRD)).

AVISOS ANUALES

Información de contactos del Plan

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

Aviso de la póliza de indemnización fija

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

Esta póliza de indemnización fija podría pagarle una cantidad en dólares limitada si se enferma o lo hospitalizan. Usted aún es responsable de pagar el costo de su atención.

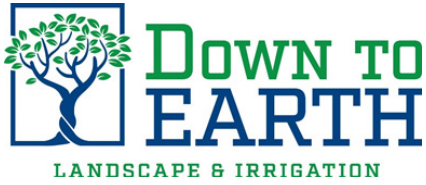
- El pago que usted recibe no se basa en la cantidad de su factura médica.
- Podría haber un límite en la cantidad que esta póliza pagará cada año.
- Esta póliza no sustituye un seguro médico integral.
- Como esta póliza no es un seguro médico, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales del consumidor que aplican a los seguros médicos.

¿Anda en busca de un seguro médico integral?

- Visite **HealthCare.gov** o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura médica.
- Para saber si puede obtener un seguro médico a través de su empleo, o del empleo de un miembro de su familia, comuníquese con el empleador.

¿Tiene preguntas sobre esta póliza?

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros estatal. Puede encontrar su número en el sitio web de la Asociación de Comisionados de Seguros (Association of Insurance Commissioners) (naic.org) bajo "Insurance Departments" (Departamentos de seguros).
- Si obtiene esta póliza a través de su empleo, o del empleo de un miembro de su familia, comuníquese con el empleador.



GUÍA DE INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

1 DE ENERO DE 2026 - 31 DE DICIEMBRE DE 2026

2026

