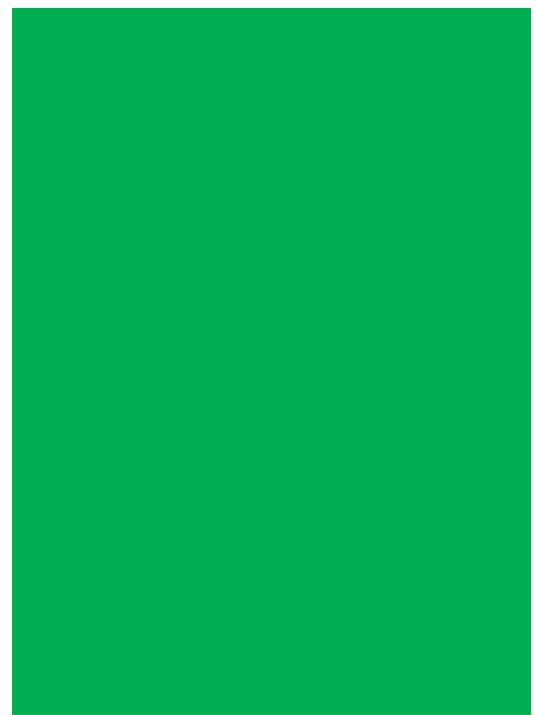




Guía de Beneficios de 2022



¿Qué hay de nuevo para el año 2022?

Down to Earth ofrece un conjunto completo de beneficios para promover la salud y la seguridad financiera para usted y su familia. Este folleto le proporciona un resumen de sus beneficios. Por favor, revíselo cuidadosamente para que pueda elegir la cobertura adecuada para usted.

Sitio en línea para la inscripción de beneficios

- Vea su información en www.dtebenefits.com
- Inscribese y vea sus beneficios
- Agregue dependientes y contacto de emergencia

Consulte las instrucciones de inscripción en la página 21

Acceso en línea al guía de beneficios de 2022 a través de Flipbook y recursos en línea a través de Mobile Wallet.
¡Vea información desde su computadora o teléfono celular!

Fundación DTE I Care

Down to Earth ha creado el fondo DTE I Care para ayudar a nuestros valiosos miembros del equipo en tiempos de crisis personal. Este fondo se compone de donaciones de miembros del equipo y contribuciones



de la empresa. Las contribuciones son deducibles de impuestos y pueden hacerse semanalmente mediante deducciones de nómina o directamente al fondo mediante cheque.

Consulte la página 9 para obtener más detalles.

Beneficios médicos con Aetna

Presentamos una opción de cuenta de ahorros para la salud (HSA) en el plan de salud con deducible alto Aetna OA 5500. Esta cuenta le permite ahorrar hasta \$ 3,600 para sus costos médicos antes de impuestos. Al final de cada trimestre, los afiliados que contribuyan a la HSA recibirán una contribución fija del empleador para su HSA.

Las tarifas médicas aumentarán y para ayudar a reducir los costos realizaremos algunos cambios en los planes que ofrecemos.

El plan Aetna OA 1500 está siendo reemplazado por el plan Aetna OA 3500; los inscritos se trasladarán automáticamente al nuevo plan durante la Inscripción abierta. El plan Aetna OA 5000 se eliminará: los afiliados se trasladarán automáticamente al plan Aetna OA 5500 durante la Inscripción abierta.

Consulte las páginas 4 a 5 para obtener más detalles.

Conceptos básicos

Como empleado de Down to Earth, usted es elegible para beneficios después del período de espera aplicable. El período de espera aplicable se puede encontrar en los certificados del plan.

Usted puede inscribir a sus dependientes elegibles para la cobertura una vez que sea elegible. Sus dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge legal
- Sus hijos hasta los 26 años

Una vez que sus elecciones de beneficios entren en vigor, permanecerán vigentes hasta el final del año. Solo puede cambiar la cobertura dentro de los 30 días posteriores a un evento de vida calificado.

Eventos de vida calificados

Por lo general, puede cambiar sus elecciones de beneficios solamente durante el período de inscripción anual. Sin embargo, usted puede cambiar sus elecciones de beneficios durante el año si experimenta un evento de vida calificado, incluyendo:

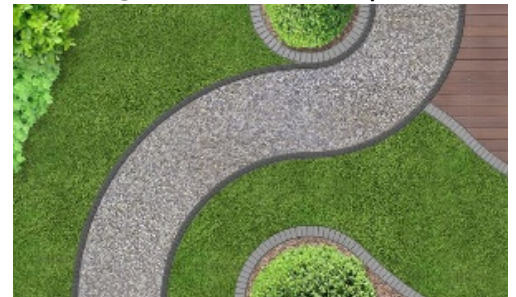
- Boda
- Divorcio o separación legal
- Nacimiento de su hijo
- Muerte de su cónyuge o hijo dependiente
- Adopción o colocación para la adopción de su hijo
- Cambio en la situación laboral del empleado, cónyuge o hijo dependiente
- Calificación por parte del Administrador del Plan de una orden de manutención infantil para la cobertura médica
- Derecho a Medicare o Medicaid

Teladoc®

Aetna proporciona acceso a servicios médicos a través de Teladoc®. Esto significa que puede recibir tratamiento médico virtual bajo demanda en la

Debe notificar a Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores al evento de vida calificado. Dependiendo del tipo de evento, es posible que se le pida que proporcione una prueba del evento. Si no se ponga en contacto con Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores al evento calificado, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción anual para realizar cambios (a menos que experimente otro evento de vida calificado).

Envíe un correo electrónico a Benefits@down2earthinc.com para más



Costo de sus beneficios

La Compañía comparte el costo de muchos de sus beneficios con usted. Usted paga el costo de cualquier beneficio voluntario que elija.

Benefit	Tax Treatment	Who Pays
Cobertura médica	Antes de los impuestos	La compañía y usted
Cobertura HSA	Antes de los impuestos	La compañía y usted
Cobertura dental	Antes de los impuestos	La compañía y usted
Cobertura de la visión	Antes de los impuestos	La compañía y usted
Seguro Voluntario de Accidentes	Después de impuestos	Usted
Seguro Voluntario de Enfermedad Crítica	Después de impuestos	Usted
Seguro de Vida Suplementaria y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)	Después de impuestos	Usted
Seguro Voluntario de Cobertura de Discapacidad	Después de impuestos	Usted
Seguro hospitalario	Después de impuestos	Usted
401(k) Plan de Ahorro para el Retiro	Antes de los impuestos	La compañía y usted

Cobertura médica

Down to Earth ofrece una selección de opciones de planes médicos para que pueda elegir el plan que mejor se adapte a sus necesidades y las de su familia. Cada plan incluye beneficios integrales de atención médica, incluyendo servicios de atención preventiva gratuitos y cobertura para medicamentos recetados.

Disposiciones del plan	AETNA OA 5500 con HSA*		AETNA OA 3500**	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual Individuo / Familia	\$5,500 \$11,000	\$14,000 \$28,000	\$3,500 \$7,000	\$9,000 \$18,000
Máximo de su bolsillo (incluye deducible)	\$6,900 \$13,800	\$24,000 \$48,000	\$6,600 \$13,200	\$18,000 \$36,000
Coseguro - Monto que usted paga después del deducible	30%	50%	20%	50%
Cuidado preventivo	100%	Ded entonces 50%	100%	Ded entonces 50%
Visita al consultorio médico primario	Ded entonces 30%	Ded entonces 50%	\$25	Ded entonces 50%
Visita a la oficina de especialistas	Ded entonces 30%	Ded entonces 50%	\$75	Ded entonces 50%
Servicios hospitalarios	Ded entonces 30%	Ded entonces 50%	Ded entonces 20%	Ded entonces 50%
Atención urgente	Ded entonces 30%	Ded entonces 50%	\$50	Ded entonces 50%
Cuidado de la sala de emergencias	Ded entonces 30%	Ded entonces 30%	\$500	\$500
Medicamentos recetados al por menor (suministro de 30 días) Genérico/Formulario/ No formulario Especialidad Preferida Especialidad No Preferida	\$10/\$50/\$80/30% ta \$250 máx	Copago aplicable y luego 50% del costo presentado	\$10/\$45/\$70/30% a \$250 máx	Copago aplicable y luego 50% del costo presentado
Recetas de por correo (suministro de 90 días) Genérico/Formulario/ No formulario	\$20/\$100/\$160	n/a	\$20/\$90/\$140	n/a

* Para el plan de \$ 5500, todos los pagos médicos / Rx se aplican al deducible antes de que se aplique cualquier coseguro

** Para el plan de \$ 3500, todos los pagos con receta se aplican al deducible antes de que se apliquen los copagos

Niveles de cobertura	CANTIDADES SEMANALES DE PRIMA ANTES DE IMPUESTOS	
	AETNA OA 5500 con HSA	AETNA OA 3500
Empleado	\$43.45	\$60.46
Empleado y Cónyuge	\$180.22	\$246.41
Empleado y Niño(s)	\$126.75	\$173.72
Empleado y familia	\$253.51	\$346.04

Cuenta de ahorros para la salud

Una cuenta de ahorros para la salud (HSA) es una cuenta de ahorros que le pertenece y que está emparejada con el plan Aetna OA 5500. Le permite hacer contribuciones libres de impuestos a una cuenta de ahorros para pagar los gastos médicos actuales y futuros de usted y sus dependientes.



Iniciarlo

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



Constrúyelo

- Todo el dinero de su HSA es suyo incluso si deja su trabajo, cambia de plan o se jubila.
- En 2021, el total de sus contribuciones puede ser de hasta \$ 3,600 para cobertura individual y \$ 7,200 para cobertura familiar.
- En 2022, el total de sus contribuciones puede ser de hasta \$ 3,650 para cobertura individual y \$ 7,300 para cobertura familiar.



Úselo

- Puede retirar su dinero libre de impuestos en cualquier momento, siempre que lo use para gastos calificados (puede encontrar una lista 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 renovará, generará intereses y crecerá libre de impuestos con el tiempo.
- Usted decide cómo usar el dinero de la HSA, incluso si lo guarda o lo gasta en gastos elegibles.
- Cuando su saldo sea lo suficientemente grande, puede invertirlo, libre de impuestos.

Detalles de elegibilidad

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

Contribuciones trimestrales de la empresa

- Para el año del plan 2022, Down to Earth proporcionará una contribución trimestral de \$ 50 para cobertura individual y \$ 100 para cobertura familiar.
- Los empleados deben estar inscritos en la HSA y la actividad que contribuye a la cuenta para poder recibir las contribuciones trimestrales de la empresa.
- Los meses de cotización caen en enero, abril, julio y octubre
- Tenga en cuenta que las contribuciones de la empresa cuentan para el máximo anual permitido:
 - En 2021, el total de sus contribuciones puede ser de hasta \$ 3,600 para cobertura individual y \$ 7,200 para cobertura familiar.
 - En 2022, el total de sus contribuciones puede ser de hasta \$ 3,650 para cobertura individual y \$ 7,300 para cobertura familiar.



unum® Cobertura dental

Los exámenes dentales regulares pueden ayudarle a que su dentista detecte problemas en las primeras etapas cuando el tratamiento es más simple y los costos suyos más bajos. Mantener los dientes y las encías limpias y saludables ayudará prevenir la mayoría de las caries dentales y la enfermedad periodontal y eso es una parte importante de mantener su salud médica.

Disposición del plan	Opción 1: Unum PPO Alto	Opción 2: Unum PPO Basico
Deducible Anual (Individual/familia)	\$50 Anual Máximo 3 por familia	\$50 Anual Máximo 3 por familia
Máximo anual por persona	\$1,500	\$1,000
Máximo de beneficios de arrastre*	\$1,250	\$1,000
Cuidados diagnósticos y preventivos: Incluye limpiezas, tratamientos con flúor, selladores y radiografías	100%, sin deducible	100%, sin deducible
Services básicos: Incluye empastes, periodoncia, escalado y raíz y cirugía oral	80% después del deducible	80% después del deducible
Servicios Principales: Incluye coronas, puentes y prótesis completas y parciales	50% después del deducible	50% después del deducible
Ortodoncia (Niños de hasta 26 años)	Vida útil: \$1,500	N/A
Prima antes de los impuestos semanal		
Empleado	\$4.82	\$2.92
Empleado + Cónyuge	\$9.81	\$5.94
Empleado + Niño(s)	\$11.41	\$6.91
Empleado + Familia	\$16.38	\$9.92

*Ambas opciones del plan incluyen un beneficio de prórroga. Durante cada año de beneficio, si recibe al menos una limpieza, un examen regular y sus reclamos dentales totales están por debajo del límite de umbral, una parte del máximo anual se transferirá automáticamente al próximo año



Cobertura de la visión

El plan de visión cubre los exámenes oculares de rutina y paga la totalidad o una parte del costo de los anteojos o lentes de contacto si los necesita.



Disposición del plan	EyeMed dentro de la red	EyeMed fuera de la red
Examen	Copago de \$10	Reembolso máximo de hasta \$40
Frecuencia		
▪ Examen	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses
▪ Lentes o Contactos		
▪ Marcos		
Marcos	Subsidio al por menor de \$150 20% de descuento en cualquier cantidad de más de \$150	Reembolso máximo de hasta \$105
Lentes		
▪ Lentes singulares de visión	Copago de \$25	Hasta \$30
▪ Lentes Bifocales		Hasta \$50
▪ Lentes Trifocales		Hasta \$70
Lentes de Contacto Médicamente Necesario	Cubierto	Hasta \$210
Prima ante de los impuestos semanal		
Empleado	\$1.36	
Empleado + Cónyuge	\$2.72	
Empleado + Niño(s)	\$2.99	
Empleado + Familia	\$4.34	



Cobertura de seguro de vida voluntaria y muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

- El seguro de vida es una parte importante de su seguridad financiera, especialmente si otros dependen de usted para recibir apoyo.
- El seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) está diseñado para proporcionar un beneficio en caso de muerte accidental o desmembramiento.
- Los empleados pueden elegir entre \$10,000 y el menor de 5x ganancias anuales o \$500,000. Los empleados deben estar activamente en el trabajo para inscribirse en la cobertura.
- Los empleados y dependientes actualmente inscritos en la cobertura pueden aumentar el monto de su cobertura hasta el monto de emisión garantizada (GI) sin tener que responder preguntas médicas.
- Si usted o su dependiente habían renunciado a la cobertura anteriormente, se le pedirá que presente un formulario de Evidencia de asegurabilidad (EOI) por cualquier monto de cobertura.

Acceda al Sistema de Beneficios para Las Tarifas de Vida

Seguro de Indemnización Hospitalaria

El seguro hospitalario está diseñado para ayudar a proporcionar protección financiera a las personas cubiertas mediante el pago de un beneficio debido a una hospitalización. Los empleados pueden usar el beneficio de suma global para satisfacer los gastos de su propio bolsillo y las facturas adicionales que pueden ocurrir. Este es un producto voluntario, 100% pagado por los empleados.

NIVEL	TASA SEMANAL
Solo para empleados	\$4.56
Empleado y Cónyuge	\$10.76
Empleado y Niño(s)	\$7.16
Familia	\$13.36

Cobertura de seguro de accidentes

El seguro de accidentes lo cubre en caso de un accidente cubierto, como una caída. Esta cobertura paga beneficios si su accidente cubierto ocurre en el trabajo, en casa o fuera.

- Protección las 24 horas
- Cubre gastos relacionados como pérdida de ingresos, cuidado de niños, deducibles y copagos
- Beneficios de detección de bienestar pagados directamente a usted cada año

NIVEL	TASA SEMANAL
Solo para empleados	\$2.95
Empleado y Cónyuge	\$5.24
Empleado y Niño(s)	\$6.64
Familia	\$8.94

Cobertura de Seguro de Enfermedades Críti

El seguro de Enfermedades Críticas ayuda a compensar los efectos financieros de una enfermedad catastrófica al pagar un beneficio de suma global cuando los empleados o sus familiares son diagnosticados con una enfermedad cubierta. Usted puede recibir un beneficio en efectivo para ayudar a pagar costos inesperados no cubiertos por su plan de salud.

- Los empleados pueden elegir montos de cobertura de \$10,000 a \$30,000 en incrementos de \$5,000 según lo solicitado por el empleado y aprobado por Unum
- Cobertura infantil incluida automáticamente con la cobertura del empleado. Los niños se cubren automáticamente al 50% del monto de los empleados.
- El empleado debe estar cubierto por Enfermedades Críticas con el fin de asegurar a su cónyuge por Enfermedades Críticas. El monto de la cobertura del cónyuge es el 50% del monto de la cobertura del Empleado.

Acceda al sistema de beneficios para las tasas de enfermedades críticas



Cobertura de Seguro de Discapacidad

Elegibilidad: Gerentes y empleados asalariados quienes trabajan al menos 30 horas por semana

El objetivo de los Planes de Seguro de Discapacidad de la Compañía es proporcionarle reemplazo de ingresos en caso de que se incapacite de trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo. Este beneficio solo está disponible para empleados directivos y asalariados. El seguro de discapacidad es 100% voluntario y la cobertura es pagada por el empleado.

Discapacidad a Corto Plazo (STD)

- Cubre el 60% de sus ingresos semanales antes de discapacidad hasta un máximo semanal de \$2,500
- Los beneficios comienzan el primer día de lesión u octavo día de enfermedad y continúan hasta el principio de la recuperación o 11 semanas

Características de STD

- ✓ Maternidad cubierta como cualquier otra enfermedad
- ✓ Servicios militares continuación LOA
- ✓ Prestaciones por discapacidad parcial



Discapacidad a largo plazo (LTD)

- Cubre el 60% de sus ingresos semanales antes de discapacidad, hasta un máximo mensual de \$12,000.
- Los beneficios comienzan después de noventa días de incapacidad total y no se extenderán más allá de la edad normal de jubilación del Seguro Social o la Duración de los Beneficios descritos en el folleto del plan.

Características de LTD

- ✓ Prestación por discapacidad extendida
- ✓ Incentivos laborales y disposiciones de cuidado infantil
- ✓ Prestaciones por discapacidad residual y parcial

401(k) Plan de Ahorro para el Retiro

El Down to Earth 401(k) Plan ofrece una manera conveniente de ahorrar para su futuro a través de deducciones de nómina.



Elegibilidad

Usted es elegible para participar en el plan a partir del primer día del trimestre siguiente a los 6 meses de servicio con el Empresa.

Contribuciones de los empleados

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 o más (o si alcanzará los 50 años antes del fin del año), puede hacer contribuciones al máximo además del límite anual normal del IRS.

Fortaleza

Los aplazamientos de 401 (k) de los empleados y las contribuciones de puerto seguro siempre tienen derechos adquiridos en un 100%.

Para más información

Para obtener más detalles sobre el Plan de Ahorro para el Retiro 401(k) o para inscribirse o cambiar sus tasas de contribución o elecciones de inversión, comuníquese con Benefits@down2earthinc.com



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™*

La Ley de Ausencia Familiar y Médica

La Ley de Ausencia Familiar y Médica de 1993 (FMLA) fue firmada para proporcionar a los empleados elegibles hasta 12 semanas de trabajo por año de licencia protegida por trabajo para abordar asuntos personales y familiares críticos. Es la política de Seasons Service Select, LLC y sus subsidiarias (la "Empresa" o "empleador") proporcionar a los empleados elegibles ausencia de acuerdo con las disposiciones de FMLA.

FMLA también permite hasta 26 semanas de licencia sin goce de sueldo en un solo período de 12 meses para empleados calificados que cuidan a un miembro del servicio militar o veterano.

Usted es elegible para una ausencia de FMLA bajo la política de la compañía si cumple con los siguientes requisitos:

- Ha completado al menos 12 meses de empleados
- Ha trabajado al menos 1.250 horas durante el período de 12 meses inmediatamente anterior al inicio de la ausencia solicitada.
- Usted está empleado en un lugar de trabajo donde 50 o más empleados son empleados de la Compañía dentro de las 75 millas de ese sitio de trabajo ("empleados elegibles").

En la medida permitida por la ley, las vacaciones tomadas de conformidad con FMLA se ejecutarán simultáneamente con la Compensación al Trabajador, la Incapacidad a Corto Plazo y todas las demás políticas de ausencia de la Compañía.

Procedimiento para solicitar ausencia FMLA

Si desea y requiere una ausencia de FMLA bajo esta política, debe notificar a su supervisor y a su gerente de oficina o Recursos Humanos al menos 30 días calendario antes del inicio de la ausencia cuando la necesidad de dicha ausencia es razonablemente previsible (como en el caso de un nacimiento, la colocación para la adopción de un hijo o hija, o un tratamiento médico planificado para una condición de salud grave). Sin embargo, si la fecha de nacimiento, colocación o tratamiento médico planificado requiere ausencia para comenzar en menos de 30 días calendario, debe proporcionar dicho aviso tan pronto como sea posible y práctico. **Si no se proporciona una notificación oportuna, puede producirse un retraso o una denegación de la ausencia FMLA.**

Tras la notificación de la solicitud de ausencia FMLA, la Compañía le enviará un aviso de información sobre los derechos de FMLA. Se le pedirá que proporcione la

certificación de la ausencia por parte de un proveedor de atención médica. La información debe ser enviada a la Compañía dentro de los 15 días hábiles a partir de la fecha de la información de derechos de FMLA que se le envía.

Si se le concede ausencia bajo la FMLA, es posible que deba presentar informes periódicos cada 30 días calendario a Recursos Humanos. El hecho de no proporcionar a la Compañía la información solicitada dentro de los plazos puede resultar en un retraso en la aprobación de su ausencia o en la denegación de su ausencia.

Razones para la ausencia

La ley permite a los empleados elegibles tomar hasta 12 semanas de trabajo de ausencia durante cualquier período de 12 meses por las siguientes razones:

- La condición de salud grave del empleado
- Para cuidar de un cónyuge, hijo, hija o padre con una condición de salud grave
- El nacimiento de un niño o la colocación de un niño con el empleado para adopción o para cuidado de crianza
- Cualquier exigencia calificada que surja del hecho de que el cónyuge, hijo, hija o padre del empleado es un miembro militar en servicio activo cubierto, llamado a la categoría de servicio activo cubierto, o notificado de una llamada u orden inminente para el servicio activo cubierto

Ausencia Militar Familiar

La FMLA permite a los empleados calificados con familiares activa o anteriormente en el ejército tomar ausencia bajo dos circunstancias:

- Exigencia clasificatoria
- Cuidador militar

Disposiciones de la ley estatal. Además de estos requisitos federales, las leyes estatales también pueden proporcionar derechos de ausencia y adaptaciones al personal militar y sus familias.

La División de Salarios y Horas del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (DOL, por suscite) es responsable de enforcing la ley de FMLA.

Envíe correo electrónico a Benefits@downzeearthinc.com para obtener ayuda.

Continuación de COBRA

La ley federal requiere que la Compañía ofrezca a los empleados y sus familias la oportunidad de una extensión temporal de la cobertura de salud o "cobertura de continuación" a tasas de grupo en ciertos casos donde la cobertura bajo el plan terminaría de otra manera.

Para calificar para la cobertura de COBRA

Empleados – como empleado de la Compañía cubierto por los planes médicos, dentales y/o de visión, usted tiene el derecho de elegir la cobertura de continuación si pierde su cobertura de salud grupal debido a una reducción en sus horas de empleo o la terminación de su empleo por razones distintas de la falta grave por su parte.

Cónyuges – Como cónyuge de un empleado cubierto por el plan de salud de la Compañía, usted tiene el derecho de elegir la cobertura de continuación por sí mismo si pierde la cobertura de salud grupal por cualquiera de las siguientes razones:

- La muerte de nuestro cónyuge que era un empleado de la Compañía
- Una terminación del empleo de su cónyuge por razones distintas de la mala conducta grave

- Una reducción en las horas de empleo de su cónyuge en la Compañía
- Divorcio o separación legal de su cónyuge
- Su cónyuge tiene derecho a Medicare

Niños dependientes – Los hijos dependientes de los empleados de la Compañía cubiertos por el plan de salud del grupo tienen el derecho de continuar la cobertura si se pierde la cobertura de salud grupal por cualquiera de las siguientes razones:

- La muerte de un padre que era un empleado de la Compañía
- La terminación del empleo de un padre por razones distintas a la mala conducta grave o la reducción de las horas de empleo de un padre en la Compañía
- Divorcio de los padres o separación legal
- Un padre que es un empleado de la Compañía tiene derecho a Medicare
- El dependiente deja de ser un niño dependiente bajo los términos del plan de salud.

Divulgación de la protección del paciente

Aetna generalmente permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene el derecho de designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en la red médica y que esté disponible para aceptarle a usted o a sus familiares. En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

Usted no necesita autorización previa de Aetna o de cualquier otra persona (incluyendo un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud en la red médica que se especializa en obstetricia o ginecología. El profesional de atención médica, sin embargo, puede estar obligado a cumplir con ciertos procedimientos, incluyendo la obtención de autorización previa para ciertos servicios, siguiendo un plan de tratamiento aprobado antes, o procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con el número de información del miembro de Aetna que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación de Aetna.



Aviso de HIPAA

Para: Empleados (tanto activos como inactivos), jubilados, dependientes y beneficiarios de COBRA que son elegibles para participar en de los planes de salud ofrecidos por Seasons Service Select y sus subsidiarias (la "Empresa")

En vigor: 1 de noviembre de 2020

De: Departamento de Recursos Humanos

Asunto: Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA

Las regulaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sustanciando) se hicieron efectivas el 14 de abril de 2003. Estas regulaciones federales requieren que las entidades cubiertas, como los planes de salud, proporcionen a los participantes del plan un aviso de prácticas de privacidad que describan la información relacionada con la salud que se recopila de cómo se utiliza, y las formas en que las regulaciones permiten que se divulgue. Estos avisos de privacidad también proporcionan información sobre el derecho de un participante a acceder, revisar y, si es necesario, modificar esta información.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA para los planes de salud patrocinados por la Compañía detalla los usos y la divulgación que el plan puede hacer en su información de salud junto con sus derechos y las obligaciones del plan con respecto a esa información.

Aviso de prácticas de privacidad de la información de salud

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Usos y Divulgaciones de la PHI. Las principales razones por las cuales la Compañía puede usar y puede divulgar su PHI son con el fin de administrar los programas de beneficios de salud de la Compañía de manera efectiva y para evaluar y procesar solicitudes de cobertura y reclamos de beneficios. A continuación, se describen estos y otros usos y divulgaciones.

Información de salud protegida, información de salud identificable individualmente. La información que la Regla de Privacidad de la HIPAA busca proteger se designa como "información médica protegida" (PHI). La PHI se define en las regulaciones como información de salud identificable individualmente que se transmite por medios electrónicos, se mantiene en forma electrónica, o se transmite o mantiene en cualquier otra forma. Esto significa que la PHI incluye casi toda la información de salud identificable individualmente. La información de salud identificable individualmente es información de salud (incluida la información demográfica) creada o recibida por una entidad cubierta que identifica a la persona o incluye información de la cual la persona podría ser identificada. Las entidades cubiertas son proveedores, planes de salud y centros de compensación de atención médica.

"Información de salud" es información que se relaciona con el pasado, presente o futuro salud física o mental o condición de una persona; la prestación de atención médica a un individuo; o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a una persona.

Planes de salud grupales. Un plan de salud grupal es un plan de bienestar de beneficios para empleados de ERISA en la medida en que proporciona atención médica, ya sea asegurada o auto asegurada.

Tratamiento. Tratamiento significa la prestación, coordinación o gestión de la atención médica y servicios relacionados por parte de los proveedores, incluida la coordinación o gestión por parte de un proveedor con un tercero; consulta entre proveedores relacionados con un paciente; o referencias de un proveedor de atención médica a otro.

Pago. El pago incluye las actividades de un plan de salud para obtener primas o para proporcionar cobertura y beneficios bajo el plan de salud. También abarca las medidas tomadas por un proveedor o el plan para obtener o proporcionar reembolso por la prestación de atención médica.

Operaciones sanitarias. Las operaciones de atención médica incluyen las siguientes actividades de una entidad cubierta que se relacionan con una función cubierta:

- Evaluación y mejora de la calidad, incluidas actividades tales como la evaluación de resultados y el desarrollo de directrices clínicas; actividades poblacionales para mejorar la salud o reducir los costos de atención médica, desarrollo de protocolos, gestión de casos y coordinación de la atención, contacto con proveedores de atención médica y pacientes con información sobre alternativas de tratamiento.
- Revisión de la competencia y cualificaciones del personal sanitario.
- Revisar el rendimiento del profesional y del proveedor.
- Revisión del rendimiento del plan de salud.
- Llevar a cabo programas de capacitación.
- Suscripción, calificación de prima y otras actividades para la creación, renovación o reemplazo de un contrato de seguro de salud o beneficios de salud (incluyendo seguro de pérdida y exceso de seguro de pérdida).
- Llevar a cabo o organizar funciones de revisión médica, servicios legales y auditoría, incluidos los programas de detección y cumplimiento de fraude y abuso.
- Planificación y desarrollo empresarial, como la realización de análisis relacionados con la gestión de costos y la planificación (incluyendo el desarrollo y la administración del formulario, el desarrollo o la mejora de los métodos de pago o las políticas de cobertura).
- Gestión empresarial y actividades administrativas generales que incluyen:
 - Actividades de gestión para cumplir con la Regla de Privacidad de LA HIPAA.

- Servicio al cliente, incluida la preparación de análisis de datos para asegurados, patrocinadores del plan u otros clientes.
- Resolución de agravios internos.
- La venta, transferencia, fusión o consolidación de la totalidad o parte de la entidad cubierta con otra entidad cubierta.
- Creación de información de salud no identificada o un conjunto de datos limitado y recaudación de fondos en beneficio de la entidad cubierta.

Autorización para múltiples propósitos. En la mayoría de los casos, se pueden combinar autorizaciones para diferentes propósitos. Por ejemplo, una autorización, que no sea una autorización para el uso o la divulgación de notas de psicoterapia, puede combinarse con cualquier otra autorización. Sin embargo, una autorización que condicione la provisión de tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o elegibilidad para beneficios en su provisión no puede combinarse con otra autorización. Una autorización para el uso o divulgación de notas de psicoterapia sólo puede combinarse con otra autorización para el mismo propósito. Una autorización para el uso o divulgación de información médica protegida para un estudio de investigación puede combinarse con cualquier otro tipo de permiso por escrito para el mismo estudio de investigación, incluyendo otra autorización para el uso o divulgación de la PHI o un consentimiento para participar en dicha investigación.

Divulgaciones para la compensación de los trabajadores. La Regla de Privacidad no se aplica a las aseguradoras de compensación de trabajadores, agencias administrativas de compensación de trabajadores o empleadores, como tales. Sin embargo, estas entidades necesitan acceso a la información de salud de las personas que se lesionan en el trabajo o que tienen una enfermedad relacionada con el trabajo para procesar o resolver reclamos, o para coordinar la atención bajo los sistemas de compensación de trabajadores. Esta información generalmente se obtiene de proveedores de atención médica que tratan a estas personas y que pueden estar cubiertos por la Regla de Privacidad. Debido a la necesidad legítima de las aseguradoras y otras entidades involucradas en los sistemas de compensación de trabajadores de tener acceso a la información de salud de las personas según lo autorice la ley estatal o de otra manera, y debido a la variabilidad significativa entre dichas leyes, la Regla de Privacidad permite la divulgación de información de salud para fines de compensación de trabajadores de varias maneras diferentes.

Divulgación de los hallazgos: exámenes físicos previos al empleo, pruebas de drogas y exámenes de aptitud para el servicio. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ha declarado que la exención de autorización para la información proporcionada con fines de salud pública puede cubrir la divulgación por parte de un proveedor a un servicio. Esta exención, sin embargo, se aplica en una

circunstancia muy limitada cuando se cumplen las tres condiciones siguientes:

1. El proveedor de atención médica cubierto debe proporcionar el servicio de atención médica a la persona a petición del empleador de la persona o como miembro de la fuerza laboral del empleador.
2. El servicio de salud proporcionado debe estar relacionado con la vigilancia médica del lugar de trabajo o una evaluación para determinar si la persona tiene una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo.
3. El empleador debe tener el deber bajo la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA), la Administración de Seguridad y Salud de Minas, o los requisitos de una ley estatal similar, de mantener registros o actuar sobre dicha información.

Divulgar la PHI al patrocinador del plan

La Regla de Privacidad de la HIPAA reconoce que, si bien un plan de salud grupal y el patrocinador del plan son entidades jurídicas distintas, eso para fines prácticos no hay distinción. Los patrocinadores del plan con frecuencia realizan funciones para el plan. Las regulaciones, por lo tanto, permiten que los planes de salud grupales, las aseguradoras y los HMO compartan la PHI con el patrocinador, pero solo para "planificar funciones administrativas". Un plan o asegurador no puede revelar la PHI al patrocinador para ningún otro propósito sin autorización específica. Además, a menos que la PHI se limite a "información médica resumida" e "información de inscripción", el plan tendrá que ser modificado de maneras especificadas antes de que se permita el intercambio de la PHI. Las funciones administrativas del plan son funciones administrativas realizadas por el patrocinador del plan en nombre del plan de salud del grupo y excluyen las funciones realizadas por el patrocinador del plan en relación con cualquier otro plan de beneficios o beneficios que patrocine (Reg. Sec. Sec. 164.504).

Las modificaciones requeridas del plan deben:

1. Establecer los usos permitidos y requeridos y divulgaciones de la PHI por el patrocinador del plan,
2. Proporcionar que el plan de salud del grupo divulgará la PHI al patrocinador del plan solo después de recibir una certificación por parte del patrocinador del plan de que los documentos del plan han sido modificados para incorporar una serie de restricciones y obligaciones relacionadas con el uso y la divulgación de la PHI por parte del patrocinador del plan que el patrocinador del plan acepta, y
3. Prever la separación adecuada entre el plan de salud del grupo y el patrocinador del plan de maneras específicas.

Información de salud resumida

La información de salud resumida es información que puede ser información de salud identificable individualmente y resume el historial de reclamos, los gastos de reclamos o el tipo de reclamos patrocinador del plan ha proporcionado beneficios de salud bajo un plan de salud grupal y que ha sido des identificada

excepto que la información geográfica solo necesita ser agregada al nivel de un código postal de cinco dígitos (Reg. Sec. 164.504).

Los planes de salud grupales que solo reciben usan y divulgan información médica resumida están exentos de muchos requisitos. Y los planes que solo divulguen información médica resumida al patrocinador del plan no tienen que ser modificados para cumplir con la Regla de Privacidad de la HIPAA.

Desidentificación

La información de salud no identificada es la PHI de la cual se han eliminado los elementos que podrían utilizarse para identificar a una persona (Reg. Sec. 164.514). Dicha información no es información de salud identificable individualmente y no es PHI.

Una entidad cubierta puede determinar que la información se desidentifica de dos maneras. Bajo el primer método, una persona cualificada con conocimientos y experiencia en estadísticas y los principios científicos de la desidentificación determinaría que el riesgo de que la información pueda ser utilizada para identificar el tema es muy pequeño.

En el segundo método, los identificadores específicos se quitan de la información. Los identificadores que deben eliminarse para desidentificar la información son:

- Nombres.
- Todas las subdivisiones geográficas más pequeñas que un estado, incluida la dirección de la calle; ciudad; condado; recinto; El código postal y los geo códigos equivalentes, excepto los tres dígitos iniciales de un código postal si la unidad geográfica formada por la combinación de todos los códigos postales con los mismos tres dígitos iniciales contiene más de 20.000 personas y los tres dígitos iniciales de un código postal para todas esas unidades geográficas que contienen 20.000 o menos personas se cambia a 000.
- Todas las fechas (excepto el año) para las fechas directamente relacionadas con una persona, incluyendo la fecha de nacimiento, la fecha de admisión, la fecha de alta, la fecha de fallecimiento; y todas las edades mayores de 89 años y todos los elementos de fechas (incluido el año) indicativo de dicha edad (estas edades pueden ser agregadas a una sola categoría de 90 años o más).
- Números de teléfono.
- Números de fax.
- Direcciones de correo electrónico.
- Números de Seguro Social.
- Números de registro médico.
- Números de beneficiarios del plan de salud.
- Números de cuenta.
- Números de certificado/ ausencia.
- Identificadores de vehículos y números de serie, incluidos los números de matrícula.
- Identificadores de dispositivo y números de serie.
- Web Universal Resource Locators (URL).
- Números de dirección del Protocolo de Internet (IP).
- Identificadores biométricos, incluidas las impresiones de dedos y de voz.
- Imágenes fotográficas a plena cara y cualquier imagen comparable.
- Cualquier otro número de identificación único, característica o código, excepto ciertos códigos o medios de identificación de registros que serán utilizados por la entidad cubierta para volver a identificar la información.

Estándar mínimo necesario

Uno de los principios fundamentales de la Regla de Privacidad de la HIPAA es que al usar o divulgar PHI o solicitar PHI a otra entidad cubierta, una entidad cubierta debe hacer un esfuerzo razonable para limitar la PHI al "mínimo necesario" para lograr el propósito del uso, divulgación o solicitud (Reg. Sec. 164.502).

Nota: Se proporciona flexibilidad en la aplicación de la norma "mínima necesaria" porque las entidades cubiertas pueden hacer su propia evaluación de lo que la PHI es razonablemente necesaria para un propósito particular, dadas las características de su negocio y fuerza de trabajo, e implementar políticas y procedimientos en consecuencia. HHS ha declarado que no se requiere un estándar absoluto, y las entidades cubiertas no necesitan limitar los usos o divulgaciones de información a aquellos que son absolutamente necesarios para servir al propósito. Todas las entidades cubiertas deben implementar una política mínima necesaria que incluya identificar quién en su fuerza de trabajo necesita acceso a la PHI para llevar a cabo sus funciones, la categoría o categorías de PHI que cada persona necesita, y cualquier condición apropiada para dicho acceso (Reg. Sec. 164.514).

Para divulgaciones rutinarias y recurrentes, una entidad cubierta debe implementar políticas y procedimientos (que pueden ser protocolos estándar) que limiten la PHI divulgada a la cantidad razonablemente necesaria para lograr el propósito de la divulgación. Para todas las demás solicitudes de divulgación, una entidad cubierta debe desarrollar criterios diseñados para limitar la PHI divulgada a la información razonablemente necesaria para lograr el propósito para el cual se solicita la divulgación y hacer que su oficial de privacidad revise cada solicitud de manera individual de acuerdo con dichos criterios.

Excepciones. Este requisito mínimo necesario no se aplica a:

- Divulgaciones o solicitudes de tratamiento por parte de los proveedores
- Divulgaciones a la persona que es objeto de la información
- Divulgaciones hechas de conformidad con la autorización de una persona
- Divulgaciones al Departamento de Salud y Servicios Humanos con fines de observancia
- Usos o divulgaciones requeridos por la ley

- Usos o divulgaciones necesarias para el cumplimiento de las Reglas de Simplificación Administrativa de la HIPAA

Nota: Sin la política sobre divulgaciones de rutina, cada divulgación de rutina tendrá que ser revisada individualmente por el oficial de privacidad. Una entidad cubierta puede presumir, si las circunstancias son razonables, que una divulgación solicitada es el mínimo necesario para el propósito indicado en las siguientes circunstancias:

- Al hacer divulgaciones permitidas a funcionarios públicos, si el funcionario público declara que la información solicitada es el mínimo necesario para el propósito indicado.
- La información es solicitada por otra entidad cubierta.
- La información es solicitada por un profesional que es miembro de su fuerza de trabajo o es un asociado comercial de la entidad cubierta con el propósito de prestar servicios profesionales a la entidad cubierta, si el profesional representa que la información solicitada es el mínimo necesario para los fines declarados.
- La documentación o las representaciones que cumplen con los requisitos especificados del Artículo 164.512(i) del Reg. han sido proporcionadas por una persona que solicita la información con fines de investigación.

Una entidad cubierta también debe limitar cualquier solicitud que haga para la PHI de otra entidad cubierta a la que sea razonablemente necesaria para lograr el propósito para el cual se realiza la solicitud. Se puede implementar una política o procedimiento para solicitudes rutinarias y periódicas.

Para todas las demás solicitudes, una entidad cubierta debe desarrollar criterios diseñados para limitar la solicitud de PHI a la información razonablemente necesaria para lograr el propósito para el cual se hace la solicitud y revisar las solicitudes de divulgación de manera individual de acuerdo con dichos criterios.

Para todos los usos, divulgaciones o solicitudes a las que se aplica el requisito mínimo necesario, una entidad cubierta no puede usar, divulgar o solicitar un registro médico completo, excepto cuando todo el expediente médico esté específicamente justificado como la cantidad que es razonablemente necesaria para cumplir con el propósito del uso, divulgación o solicitud.

Derechos individuales

La Regla de Privacidad de la HIPAA no solo protege la privacidad de la PHI de las personas, sino que también les otorga derechos sobre la información protegida (Reg. Sec. 164.522). Las personas tienen los siguientes derechos:

- El derecho a inspeccionar y obtener una copia de la PHI excepto para las notas de psicoterapia, información que se compila en anticipación de un procedimiento legal, y en ciertas otras circunstancias.
- Existe el derecho de solicitar una revisión de una denegación en determinadas circunstancias, como una denegación a un representante personal sobre la base de que la provisión de acceso al representante es razonablemente probable que cause un daño sustancial a la persona. Las entidades deben actuar en una solicitud a más tardar 30 días después de la recepción. Se puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo por las copias. Las denegaciones están sujetas al procedimiento de reclamación requerido.
- El derecho a solicitar una modificación de la PHI que pueda ser denegada. Una denegación está sujeta al procedimiento de reclamación.
- El derecho a una contabilidad de ciertas divulgaciones de la PHI durante los seis años anteriores a la solicitud.
- El derecho a solicitar restricciones a ciertas divulgaciones limitadas que pueden o no concederse.
- El derecho a recibir información de proveedores y planes de salud por medios alternativos en lugares alternativos si la persona declara que la divulgación podría poner en peligro a la persona.

Oficial de Privacidad de Información de Salud

Puede ejercer los derechos descritos en este Aviso poniéndose en contacto con la oficina identificada a continuación, que le proporcionará información adicional.

SSS Down to Earth Opc LLC

Oficial de Privacidad de Información de Salud

2701 Maitland Center Parkway, Suite 200

- Maitland, FL 32751

Ley de Protección de la Salud del Recién Nacido y de la Madre

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, bajo la ley federal, restringir los beneficios por cualquier duración del hospital estancia en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal en general no prohíbe que el proveedor de atención a la madre o el recién nacido, después de consultar con la madre, de descargar a la madre o a su recién nacido antes de 48 horas o 96 horas, según corresponda. En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, bajo la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estancia no superior a 48 horas o 96 horas, según corresponda.

Ley de Salud de la Mujer y Derechos del Cáncer (WHCRA)

Si usted ha tenido o va a tener una mastectomía, usted puede tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Salud de la Mujer y los Derechos del Cáncer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico asistente y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; Y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido la linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al número de servicios para miembros de Aetna que aparece en su tarjeta de identificación.

Aviso del Programa de Bienestar

Su plan de salud está comprometido a ayudarlo a lograr su mejor salud. Cualquier premio para participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si crees que podrías no poder cumplir con un estándar para una recompensa bajo un programa de bienestar, podrías calificar para una oportunidad de ganar la misma recompensa por diferentes medios. Póngase en contacto con el administrador del plan y trabajaremos con usted para encontrar un programa de bienestar adecuado para usted.

Aviso de inscripción especial

Si usted está rechazando la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes).

Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura). Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para la adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para la adopción.

También pueden existir derechos especiales de inscripción en las siguientes circunstancias:

- Si usted o sus dependientes experimentan una pérdida de elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de seguro médico para niños (CHIP) estatal y solicita la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la cobertura; o
- Si usted o sus dependientes se vuelven elegibles para un subsidio estatal de asistencia para las primas a través de Medicaid o un CHIP estatal con respecto a la cobertura de este plan y solicita la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de elegibilidad para dicha asistencia.

Asistencia Premium bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia de prima que puede ayudar a pagar la cobertura, usando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia de prima, pero es posible que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en un estado que aparece a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia premium disponible. Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted piensa que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitarlo. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que podría ayudarlo a pagar las primas por un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia de prima bajo Medicaid o CHIP, así como elegibles bajo su plan de empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina una oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar cobertura dentro de los 60 días de haber sido determinado elegible para la asistencia de prima**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en su plan de empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, usted puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados es actual a partir del 31 de julio de 2020. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

<p style="text-align: center;">ALABAMA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447</p>	<p style="text-align: center;">COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</p> <p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Relevo de Estado 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ State Relay 711 Programa de Compra de Seguros Médicos (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>
<p style="text-align: center;">ALASKA – Medicaid</p> <p>El Programa de Pago de Primas de Seguro Médico de AK Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx</p>	<p style="text-align: center;">FLORIDA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>
<p style="text-align: center;">ARKANSAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p style="text-align: center;">GEORGIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext 2131</p>
<p style="text-align: center;">CALIFORNIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAU_cont.a.spx Teléfono: 916-440-5676</p>	<p style="text-align: center;">INDIANA – Medicaid</p> <p>Plan saludable de Indiana para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono 1-800-457-4584</p>

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	MONTANA – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid:</p> <p>https://dhs.iowa.gov/ime/members Medicaid: 1-800-338-8366</p> <p>Sitio web de Hawki:</p> <p>http://dhs.iowa.gov/Hawki</p> <p>Teléfono Hawki: 1-800-257-8563</p>	<p>Sitio web:</p> <p>http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</p> <p>Teléfono: 1-800-694-3084</p>
KANSAS – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm</p> <p>Teléfono: 1-800-792-4884</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</p> <p>Teléfono: 1-855-632-7633</p> <p>Lincoln: 402-473-7000</p> <p>Omaha: 402-595-1178</p>
KENTUCKY – Medicaid	NEVADA – Medicaid
<p>Sitio web del Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro Médico de Kentucky (KI-HIPP):</p> <p>https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</p> <p>Teléfono: 1-855-459-6328</p> <p>Correo electrónico: KIHIP.P PROGRAM@ky.gov</p> <p>Sitio web de KCHIP:</p> <p>https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</p> <p>Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Kentucky Medicaid: https://chfs.ky.gov</p>	<p>Sitio web de Medicaid: http://dhcftp.nv.gov</p> <p>Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>
LOUISIANA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp</p> <p>Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm</p> <p>Teléfono: 603-271-5218</p> <p>Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext 5218</p>
MAINE – Medicaid	NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/formularios-de-aplicaciones</p> <p>Teléfono: 1-800-442-6003</p> <p>TTY: Relé de maine 711</p> <p>Página web privada de la prima de seguro médico:</p> <p>https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</p> <p>Teléfono: 800-977-6740</p> <p>TTY: Relé de maine 711</p>	<p>Sitio web de Medicaid:</p> <p>http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clientes/medicaid/</p> <p>Teléfono de Medicaid: 609-631-2392</p> <p>Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html</p> <p>Teléfono CHIP: 1-800-701-0710</p>
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
<p>Sitio web:</p> <p>http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/</p> <p>Teléfono: 1-800-862-4840</p>	<p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</p> <p>Teléfono: 1-800-541-2831</p>
MINNESOTA – Medicaid	CAROLINA DEL NORTE – Medicaid
<p>Sitio web:</p> <p>https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp</p> <p>Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/</p> <p>Teléfono: 919-855-4100</p>

MISSOURI – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005	Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
OREGON – Medicaid	VERMONT – Medicaid
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075	Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
PENNSYLVANIA – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462	Sitio web: https://www.coverva.org/hipp/ Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono CHIP: 1-855-242-8282
RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP	WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea de Participación Directa Rite)	Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://mywvhipp.com/ Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
DAKOTA DEL SUR - Medicaid	WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
TEXAS – Medicaid	WYOMING – Medicaid
Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han añadido un programa de asistencia premium desde el 31 de julio de 2021, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de EE. UU.
Administración de seguridad de beneficios para empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Centros de servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

Información de contacto

Plan	Provider	Phone Number	Website
Plan médico	Aetna	1-800-238-6716	www.aetna.com <i>Seleccione Soporte para miembros</i>
HSA	PayFlex	1-844-729-3539	www.payflex.com
Plan de Visión	Unum impulsado por EyeMed	888-400-9304	www.alwaysassist.com
Seguro de accidentes	Unum	855-652-8686	www.eyemedvisioncare.com/unum
Seguro de Enfermedades Críticas	Unum	1-800-635-5597	www.unum.com
Indemnización hospitalaria	Unum	1-800-635-5597	www.unum.com
Seguro de Vida Voluntaria y AD&D	Unum	1-800-635-5597	www.unum.com
Seguro de Incapacidad Voluntaria <i>empleados asalariados solamente</i>	Estándar de confianza	1-800-421-0344	www.unum.com
Down to Earth 401(k) Plan	Fondos Americanos	1-800-351-7500	www.rsli.com
Plan de Visión	Unum impulsado por EyeMed	1-800-204-3731	myretirement.americanfunds.com/
DTE I Care Fondo	Helping Hands	706-754-6884	www.DTEbenefits.com

Para preguntas generales sobre sus beneficios, comuníquese con:

Benefits@down2earthinc.com
(321) 263-2700

Acerca de la guía

Este resumen de beneficios proporciona aspectos destacados seleccionados del programa de beneficios para empleados de Down to Earth. No es un documento legal y no se interpretará como una garantía de beneficios ni de empleo continuo en la Compañía. Todos los planes de beneficios se rigen por políticas maestras, contratos y documentos del plan. Cualquier discrepancia entre la información proporcionada a través de este resumen y los términos reales de las políticas, contratos y documentos del plan se rige por los términos de estas políticas, contratos y documentos del plan. Con los pies en la tierra se reserva el derecho de modificar, suspender o terminar cualquier plan de beneficios, en su totalidad o en parte, en

Acceda al sitio web de Beneficios con los pies en la tierra

Inscripción completa de beneficios en línea desde cualquier computadora o dispositivo móvil. Revise y actualice su información de contacto, dependientes y contactos de emergencia y conozca y elija sus beneficios.

Sitio web: www.DTEbenefits.com - luego presione "iniciar sesión en sus beneficios"

Su identificación: Utilice su número de Seguro Social sin guiones

PIN: Los últimos cuatro de su número de seguro social más los dos últimos números de su año de nacimiento. Se le pedirá que cambie su PIN.

Ejemplo:
 Número de Seguro Social: 949-12-1234
 Fecha de nacimiento: 08/12/1989
 anclar: 123489



Vea cada sección y elija una opción. Una vez completada la inscripción:

- Revise y firme con su PIN
- ¡La inscripción se completa cuando veas las **FELICIDADES!** mensaje

Utilice el mismo inicio de sesión para acceder al sistema para revisar sus elecciones de beneficios, procesar cambios en la inscripción de eventos de vida o actualizar a los beneficiarios. También puede cambiar su PIN (contraseña) en *cualquier* momento utilizando la opción *Cambiar mi Pin* en el menú *Usted y su familia*.

Acceda 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 y los contactos del plan.

¡Agregue a favoritos www.mymobilewallet.com/dte hoy y **vea la información desde su computadora o teléfono celular!**

