



2026

Guía de beneficios

Esta publicación contiene información importante sobre el programa de beneficios para empleados.

Lea detenidamente.

¡Bienvenido a su Guía de beneficios para 2026!

Año del plan: del 1º de enero al 31 de diciembre de 2026

Acme-Company se complace en presentar sus beneficios para empleados para 2026. Esta Guía de beneficios le ayudará a entender mejor sus opciones de beneficios y tomar grandes decisiones con respecto a su cobertura.

Las elecciones que realice durante la inscripción abierta tendrán validez del 1º de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026. ¡Asegúrese de planificar adecuadamente! Si no se inscribe dentro de su período especificado, perderá la oportunidad de hacer cualquier cambio en sus beneficios hasta el próximo año del plan, a menos que tenga un evento de vida calificado. Asegúrese de tomar decisiones inteligentes. Las preguntas específicas pueden tener respuesta en las descripciones resumidas de los planes (SPD).

¿Qué hay de nuevo en 2026?

- ▶ Diseño del plan de acuerdo con los planes de beneficio:
 - ▷ Blue Cross Blue Shield (BCBS) ahora incluirá beneficios de fertilidad para apoyarlo en su viaje hacia la formación de una familia.
 - ▷ La cobertura de su plan médico se mantiene con Blue Cross Blue Shield (BCBS).
 - ▷ Sin cambios en el plan de la vista.
 - ▷ Sin cambios en el plan dental.
- ▶ Cuentas FSA de atención médica y de propósito limitado:
 - ▷ Cualquier saldo no utilizado a finales de 2026 se transferirá a 2027, hasta un máximo de \$680.
- ▶ Cuenta FSA para el cuidado de dependientes:
 - ▷ A partir del 1 de enero de 2026, el límite anual de aporte para la cuenta FSA para el cuidado de dependientes aumentará de \$5,000 a \$7,500.
- ▶ Los beneficios de la cuenta HSA cambian de Flores a Fidelity.
 - ▷ Los aportes del empleador se depositarán dos veces al año.
- ▶ Programa de bienestar HC360
 - ▷ Los incentivos de bienestar ya no incluirán el crédito de bienestar (\$19.03) por lograr una puntuación saludable de más de 71 puntos para los exámenes biométricos de 2026 y terminarán en el último período de pago de 2025. Tendrá la oportunidad de ganar \$100 por trimestre al ganar 200 puntos, con un máximo potencial de ganar hasta \$400 para el año natural.
- ▶ ¡Descubra la nueva intranet de beneficios!
 - ▷ Acme-Company se complace en presentar la nueva intranet, el recurso principal para todo lo relacionado con beneficios y mucho más. Desde las actualizaciones más recientes y eventos próximos, hasta recordatorios y plazos importantes, en [WMFTS Americas](#) encontrará todo lo que necesita para mantenerse informado. Considérela su recurso permanente durante todo el año, diseñado para ayudarlo a aprovechar al máximo todo lo que tiene a su disposición.

Quién es elegible

Si usted es un empleado de Acme-Company de tiempo completo que trabaja 30 horas o más por semana, es elegible para inscribirse en los beneficios que se describen en esta guía. Usted y los dependientes de su familia son elegibles para obtener cobertura médica, dental y de la vista: Por lo general, los dependientes elegibles son su cónyuge e hijos hasta los 26 años. Se le pedirá que demuestre que sus dependientes son elegibles según el plan.

Cómo inscribirse

El primer paso para inscribirse en sus beneficios es revisar esta Guía de beneficios. Después de que elija sus beneficios, no podrá cambiarlos hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que se produzca un cambio calificado en su situación familiar.

Cuándo inscribirse

Si usted es nueva contratación debe inscribirse dentro de los 31 días siguientes a su fecha de contratación. Todos los beneficios comienzan en su primer día de empleo a tiempo completo.

Cómo hacer cambios

Excepto que se produzca un cambio calificado en su situación familiar, no podrá hacer cambios a los beneficios elegidos hasta el siguiente período de inscripción abierta. Los cambios calificados en su situación familiar incluyen: matrimonio, divorcio o separación legal, nacimiento o adopción de un hijo, cambio en el estado de dependencia de un hijo, fallecimiento del cónyuge, hijo u otro dependiente calificado, cambio de residencia debido a un traslado laboral suyo o de su cónyuge, inicio o finalización de los trámites de adopción, o cambio en los beneficios o la situación de empleo de su cónyuge. Los cambios deben realizarse dentro de los 30 días de la fecha del evento.

Definiciones útiles

- ▶ **Dentro de la red:** proveedores que tienen un contrato con una red para proveer servicios cubiertos con una tarifa negociada, es decir con hospitales, médicos, farmacias, proveedores de equipo médico duradero, y más.
- ▶ **Fuera de la red:** proveedores que no tienen un contrato para reembolso en una tarifa negociada.
- ▶ **Copago:** una cantidad específica que usted paga cada vez que se realizan ciertos servicios cubiertos, por ejemplo, visita al consultorio, medicamentos recetados, tratamiento de paciente hospitalizado, etc.
- ▶ **Coaseguro:** un porcentaje específico compartido en el que usted y el plan pagan por el costo de los servicios cubiertos. Por lo general, tiene que alcanzar su deducible antes de que el coaseguro entre en marcha.
- ▶ **Deducible:** cada año debe alcanzar su deducible en el año del plan. Esto significa que debe pagar una determinada cantidad de dinero para cubrir sus gastos antes de que el coaseguro entre en marcha. Los coaseguros y deducibles del año de beneficios que se aplican a los desembolsos máximos fuera de la red también contribuirán a los desembolsos máximos dentro de la red.
- ▶ **Desembolso máximo:** una vez que usted alcance el límite de desembolso pagando su parte del coaseguro, el plan paga el 100% de los gastos médicos cubiertos adicionales en los que usted incurra por el resto del año del plan.

Instrucciones de inscripción en BenManage

Instrucciones

Bienvenido a la pantalla de **autoservicio de empleados a sus beneficios**.

www.spiraxsarcobenefits.com/WM

Para comenzar, haga clic en **“Start Open Enrollment” (Iniciar inscripción abierta)**, después en **“Start New Employee Enrollment” (Iniciar inscripción como nuevo empleado)** o en el botón **“Life Change Event” (Evento de cambio de vida)** en el menú a continuación.

A medida que avanza a través de las categorías de beneficios (médico, dental, etc.), revise los precios del proveedor y el tipo de cobertura que mejor se adapte a las necesidades de su familia. Es importante mencionar que hay opciones para comparar precios y características de los planes con el fin de ayudarle en sus elecciones.

Una vez que se haya decidido por un plan, haga clic en la casilla de verificación “select” (seleccionar) a un lado del plan. Recuerde que tiene la opción de renunciar a la cobertura del plan y puede modificar sus elecciones hasta el final en la pestaña para confirmar sus elecciones.

Después de haber seleccionado su plan, si ha elegido uno que requiere dependientes (por ejemplo, empleado más familia), tendrá que registrarlos. En la mayoría de los casos, sus dependientes ya han sido agregados a sus opciones. Si no, necesitará los contactos, el número de Seguro Social e información de fecha de nacimiento de sus dependientes mientras completa esta sección.

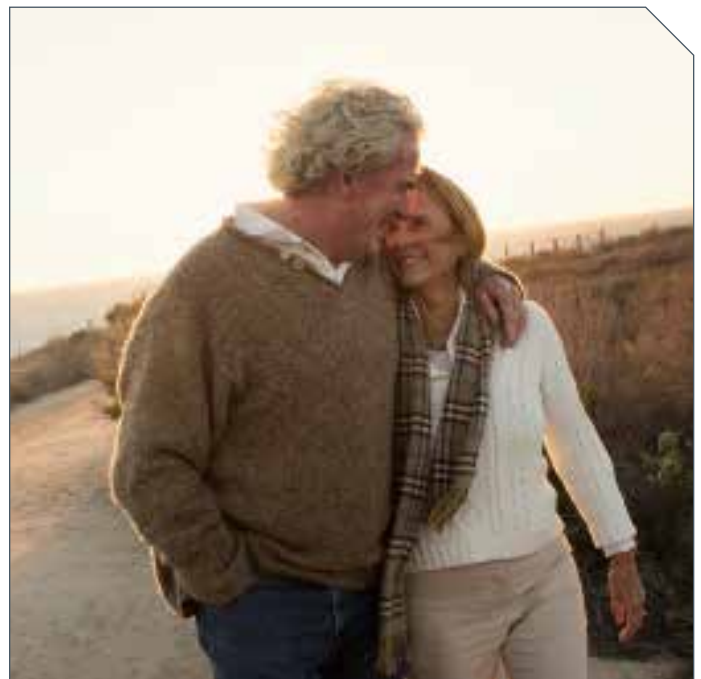
IMPORTANTE: Debe completar la pestaña “Confirmation Selection” (Selección de confirmación) y enviar antes de sus elecciones para ser considerado para la activación.

Instrucciones para la inscripción en el centro de llamadas

Si prefiere hablar con un consejero de beneficios para completar el proceso de inscripción, usted puede comunicarse con el centro de inscripción de BenManage de 8 a.m. a 5 p.m. CT, de lunes a viernes al **803.573.2350**. Los consejeros de beneficios le proporcionarán un resumen de los beneficios que se le ofrecen. También completarán totalmente el proceso de inscripción en los beneficios en su nombre si usted les autoriza a hacerlo.

Su información será enviada a su departamento de RR. HH. para su revisión y aprobación. Siempre puede regresar para revisar el estado de sus beneficios actuales según sea necesario o solicitar un cambio en caso de que experimente un “evento de vida calificado” fuera del período de inscripción abierta.

Si tiene preguntas o alguna situación, póngase en contacto con el departamento de RR. HH..



Confirmar y enviar

Gracias por elegir (o renunciar) a sus nuevos planes de beneficios. Dedique un momento a revisar los costos de sus planes y niveles de cobertura. Seleccione la opción **anterior** en el menú a continuación para realizar cualquier cambio hasta la finalización.

Importante: Si usted renuncia a su cobertura de salud y bienestar por cualquier beneficio, no podrá inscribirse de nuevo en el plan hasta la próxima fecha de inscripción abierta a menos que experimente un "evento de vida calificado".

Si está satisfecho con su elección, por favor agregue/identifique a sus dependientes que serán incluidos en su plan (si corresponde). Una vez que haya identificado a sus dependientes, podrá usar la opción "submit request" (enviar solicitud) para finalizar y enviar sus elecciones.

El departamento de RR. HH. revisará su solicitud y se pondrá en contacto con usted si tenemos alguna pregunta adicional. Muchas gracias.

Confirmación de inscripción

Si desea realizar cambios adicionales, haga clic en "**decline**" (**rechazar**) y volverá al menú de opciones.

Haga clic en "**accept**" (**aceptar**) si está satisfecho con sus elecciones y desea continuar con el proceso de envío.

Es importante saber que no se inscribirá en nuevos planes hasta que complete este proceso de selección y aceptación. Póngase en contacto con su departamento de RR. HH. si tiene alguna pregunta sobre este proceso.

Confirmación verdadera y completa: Las respuestas que he proporcionado a lo largo de esta solicitud de beneficios son, según mi conocimiento y creencias, verdaderas.

Por la presente me inscribo en beneficios para los cuales actualmente soy elegible o para los cuales puedo volverme elegible bajo los contratos de grupo de mi empleador. Si se requieren algunas deducciones para esta cobertura, autorizo dichas deducciones de mis ingresos. Me reservo el derecho de revocar esta autorización de deducción en cualquier momento mediante notificación por escrito a menos que haya optado por usar deducciones antes de impuestos.

Puede revisar el estado de sus beneficios en cualquier momento visitando "**My Account**" (**Mi cuenta**) > "**My Benefits**" (**Mis beneficios**) > "**Review Benefit**" (**Revisar beneficio**).



Centro de recursos de beneficios

Acme-Company se asoció con Lockton On-Call (LOC) para funcionar como nuestra línea de ayuda sobre beneficios. Los especialistas en beneficios están listos para asistirle con cualquier pregunta sobre nuestro paquete integral de beneficios.

¿No tiene claro qué preguntar? A continuación se incluyen algunos ejemplos:

- ▶ Comprender las ofertas de beneficios disponibles.
- ▶ Brindar asistencia con la inscripción de beneficios en BenManage.
- ▶ Preguntar sobre la inscripción abierta para nuevos empleados y eventos de vida calificados (QLE).
- ▶ Explicar los cargos por servicio.
- ▶ Realizar las actualizaciones y los cambios de beneficios si tiene un evento de vida calificado.
- ▶ Transferir o facilitar información de contacto para recursos internos o aseguradoras asociadas.

Línea de ayuda sobre beneficios

Lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m. CT

wmftsbenefits@lockton.com

888.875.1868



Table of Contents

Comparación de los planes médicos para 2026	8	Seguro de accidentes	43
Beneficio de fertilidad.....	10	Seguro de indemnidad hospitalaria	44
Tarifas de los planes médicos	17	Plan de retiro 401(k).....	45
Resumen de la cuenta HSA para 2026.....	25	Planificación financiera	47
Cuenta de ahorros de salud (HSA).....	26	Programa de bienestar	48
Cuenta flexible de gastos (FSA).....	29	Permiso por motivos familiares y médicos (FML).....	49
Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes.....	30	Permiso parental sin distinción de genero.....	51
La diferencia entre una cuenta HSA y una cuenta FSA	32	Permiso para cuidadores.....	52
Plan dental	33	Programa de Asistencia al Empleado (EAP).....	53
Plan de la vista.....	34	Días feriados, vacaciones y tiempo de permiso por enfermedad.....	55
Seguro de vida y por AD&D	36	Línea directa para empleados: Safecall.....	56
Seguro por incapacidad a corto plazo y largo plazo.....	38	Cambios a sus beneficios durante el año	57
Seguro de vida voluntario y por muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D).....	39	Información de contacto	58
Seguro de enfermedades graves	40	Notificaciones legales	59



Comparación de planes médicos para 2026

	Plan PPO		Plan HDHP 1700		Plan HDHP 2500	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Listado de beneficios						
Período del beneficio	1° de enero al 31 de diciembre					
Límite de edad de dependientes	Hasta los 26 años (la cobertura abarca hasta el fin del mes en el cual el dependiente cumple 26 años)					
Máximo vitalicio	Ilimitado					
Deducible anual						
Solo el empleado	\$1,500	\$1,500	\$1,700	\$4,000	\$2,500	\$5,000
Empleado y cónyuge/hijos/familia	\$3,000	\$3,000	\$3,400	\$8,000	\$5,000	\$10,000
Desembolso máximo anual (incluye deducible)						
Solo el empleado	\$3,200	\$4,600	\$3,000	\$8,000	\$5,000	\$10,000
Empleado y cónyuge/hijos/familia	\$6,400	\$9,200	\$6,000	\$16,000	\$10,000	\$20,000
Beneficios médicos						
Coaseguro	80% después del ded.	60% después del ded.	80% después del ded.	60% después del ded.	80% después del ded.	60% después del ded.
Atención preventiva	Cobertura al 100%		Cobertura al 100%		Cobertura al 100%	
Visita a consultorio médico (médico de atención primaria)	\$25	60% después del ded.	80% después del ded.	60% después del ded.	80% después del ded.	60% después del ded.
Visita al consultorio del especialista	\$40	60% después del ded.	80% después del ded.	60% después del ded.	80% después del ded.	60% después del ded.
Centro de atención urgente	\$40	60% después del ded.	80% después del ded.	60% después del ded.	80% después del ded.	60% después del ded.
Visita a la sala de emergencias	El 100% de los primeros \$500 de los cargos elegibles luego sujeto a deducible y coaseguro		80% después del ded.	60% después del ded.	80% después del ded.	60% después del ded.
Estancia de paciente hospitalizado	80% después del ded.	60% después del ded.	80% después del ded.	60% después del ded.	80% después del ded.	60% después del ded.
Terapias para pacientes ambulatorios	80% después del ded.	60% después del ded.	80% después del ded.	60% después del ded.	80% después del ded.	60% después del ded.
Medicamentos recetados						
Copago para medicamentos recetados al por menor (suministro para 30 días)						
Genéricos	\$5	\$5, luego el 40% del costo restante	80% después del ded.	Solo dentro de la red	80% después del ded.	Solo dentro de la red
De marca	\$45	\$45, luego el 40% del costo restante	80% después del ded.	Solo dentro de la red	80% después del ded.	Solo dentro de la red
No aprobados	\$75	\$75, luego el 40% del costo restante	80% después del ded.	Solo dentro de la red	80% después del ded.	Solo dentro de la red
Especializados	\$75	Sin cobertura	80% después del ded.	Solo dentro de la red	80% después del ded.	Solo dentro de la red
Copago para pedidos por correo (suministro para 90 días)						
Genéricos	Copago de \$10	Sin cobertura	80% después del ded.	Solo dentro de la red	80% después del ded.	Solo dentro de la red
Aprobados	\$90	Sin cobertura	80% después del ded.	Solo dentro de la red	80% después del ded.	Solo dentro de la red
No aprobados	\$150	Sin cobertura	80% después del ded.	Solo dentro de la red	80% después del ded.	Solo dentro de la red
Especializados	Sin cobertura	Sin cobertura	80% después del ded.	Solo dentro de la red	80% después del ded.	Solo dentro de la red
Beneficios de la vista						
Proveedores participantes						
Lentes o lentes de contacto	\$200 de subsidio por año					
Armazones	\$200 de subsidio una vez cada 2 años					
Exámenes	\$75 de subsidio por año					

* Visite www.southcarolinablues.com para conocer los proveedores participantes y aproveche al máximo sus beneficios económicos.

Cobertura médica

Blue Cross Blue Shield (BCBS)

Blue Cross Blue Shield es nuestro proveedor exclusivo de atención médica. Existen tres opciones de planes. Cada opción le ofrece la posibilidad de elegir el plan de beneficios que mejor se adapte a sus necesidades de beneficios y presupuesto.

Es importante recordar que todos somos consumidores de atención médica con el poder de tomar decisiones informadas sobre el servicio que recibimos. La atención médica y de medicamentos recetados que utilizamos tienen impacto directo en el costo del seguro médico ofrecido por la empresa.

Puede localizar a un médico poniéndose en contacto con servicios para miembros o iniciando sesión en el sitio web de BCBS en www.southcarolinablues.com.

Blue CareOnDemand: a través de MDLIVE

BCBS ofrece Blue CareOnDemand. Este servicio le permite acceder a un médico cuando no es una emergencia, pero necesita atención urgente. Blue CareOnDemand está ahí 24/7 para ayudarle con:

- ▶ Resfriado común
- ▶ Síntomas similares a los de la gripe
- ▶ Conjuntivitis
- ▶ Infección de garganta
- ▶ Dolor de oído

Utilice una teléfono inteligente, tableta o computadora personal para un fácil acceso, ¡sin importar dónde se encuentre! Descargue la aplicación y cree una cuenta hoy mismo.

Acceda a la nueva Blue CareOnDemand a través de su cuenta de My Health Toolkit: www.southcarolinablues.com.



Beneficio de fertilidad

Estamos muy contentos de anunciar una nueva adición a nuestros beneficios para empleados a través de BCBS: un beneficio de fertilidad de \$15,000 diseñado para apoyarlo en su viaje hacia la formación de una familia.

Qué incluye: Los empleados elegibles ahora pueden acceder hasta a \$15,000 en apoyo financiero para servicios relacionados con la fertilidad, que pueden incluir:

- ▶ Evaluaciones y consultas de fertilidad.
- ▶ Fertilización in vitro (IVF).
- ▶ Congelación de óvulos y espermatozoides.
- ▶ Pruebas genéticas.



Deducciones de nómina del plan médico

Por favor, revise la tabla a continuación para encontrar la cuota de su plan médico basada en su rango de sueldo y opción de plan. Si participa en el programa de bienestar, pagará una tarifa más baja en 2026:

No consumidor de tabaco y con examen anual

Acme-Company <\$75K

Plan PPO	Costo EE por período de pago	Costo anual EE
Solo el empleado	\$80.36	\$2,089.46
Empleado y cónyuge	\$174.67	\$4,541.30
Empleado e hijos	\$152.71	\$3,970.54
Empleado y familia	\$242.75	\$6,311.43

Plan HDHP 1700	Costo EE por período de pago	Costo anual EE
Solo el empleado	\$40.53	\$1,053.77
Empleado y cónyuge	\$103.77	\$2,698.04
Empleado e hijos	\$86.32	\$2,244.43
Empleado y familia	\$128.40	\$3,338.36

Plan HDHP 2500	Costo EE por período de pago	Costo anual EE
Solo el empleado	\$31.93	\$830.21
Empleado y cónyuge	\$81.75	\$2,125.61
Empleado e hijos	\$68.09	\$1,770.40
Empleado y familia	\$100.48	\$2,612.48

Acme-Company >\$75K

Plan PPO	Costo EE por período de pago	Costo anual EE
Solo el empleado	\$96.53	\$2,509.81
Empleado y cónyuge	\$211.00	\$5,485.91
Empleado e hijos	\$183.45	\$4,769.69
Empleado y familia	\$292.24	\$7,598.28

Plan HDHP 1700	Costo EE por período de pago	Costo anual EE
Solo el empleado	\$49.65	\$1,290.99
Empleado y cónyuge	\$121.29	\$3,153.58
Empleado e hijos	\$101.87	\$2,648.63
Empleado y familia	\$154.21	\$4,009.45

Plan HDHP 2500	Costo EE por período de pago	Costo anual EE
Solo el empleado	\$39.04	\$1,014.99
Empleado y cónyuge	\$95.56	\$2,484.55
Empleado e hijos	\$80.36	\$2,089.23
Empleado y familia	\$120.68	\$3,137.71

Consumidor de tabaco y sin examen anual

WATSON-MARLOW <\$75K

Plan PPO	Costo EE por período de pago	Costo anual EE
Solo el empleado	\$96.44	\$2,507.35
Empleado y cónyuge	\$209.60	\$5,449.56
Empleado e hijos	\$183.26	\$4,764.64
Empleado y familia	\$291.30	\$7,573.72

Plan HDHP 1700	Costo EE por período de pago	Costo anual EE
Solo el empleado	\$48.64	\$1,264.52
Empleado y cónyuge	\$124.52	\$3,237.65
Empleado e hijos	\$103.59	\$2,693.32
Empleado y familia	\$154.08	\$4,006.03

Plan HDHP 2500	Costo EE por período de pago	Costo anual EE
Solo el empleado	\$38.32	\$996.25
Empleado y cónyuge	\$98.11	\$2,550.74
Empleado e hijos	\$81.71	\$2,124.48
Empleado y familia	\$120.58	\$3,134.97

Acme-Company >\$75K

Plan PPO	Costo EE por período de pago	Costo anual EE
Solo el empleado	\$115.84	\$3,011.77
Empleado y cónyuge	\$253.20	\$6,583.10
Empleado e hijos	\$220.14	\$5,723.63
Empleado y familia	\$350.69	\$9,117.94

Plan HDHP 1700	Costo EE por período de pago	Costo anual EE
Solo el empleado	\$59.58	\$1,549.19
Empleado y cónyuge	\$145.55	\$3,784.29
Empleado e hijos	\$122.24	\$3,178.36
Empleado y familia	\$185.05	\$4,811.34

Plan HDHP 2500	Costo EE por período de pago	Costo anual EE
Solo el empleado	\$46.85	\$1,217.99
Empleado y cónyuge	\$114.67	\$2,981.46
Empleado e hijos	\$96.43	\$2,507.08
Empleado y familia	\$144.82	\$3,765.25

Cobertura de medicamentos recetados de BCBS

Cuando usted elige cobertura médica, usted está cubierto automáticamente por el plan de medicamentos recetados de BCBS. Este cobertura le permite llenar sus recetas en las farmacias al por menor participantes. Hay tres categorías de medicamentos que cubre el plan: genéricos, marca preferida y marca no preferida. Las diferencias entre estas categorías se describen a continuación:

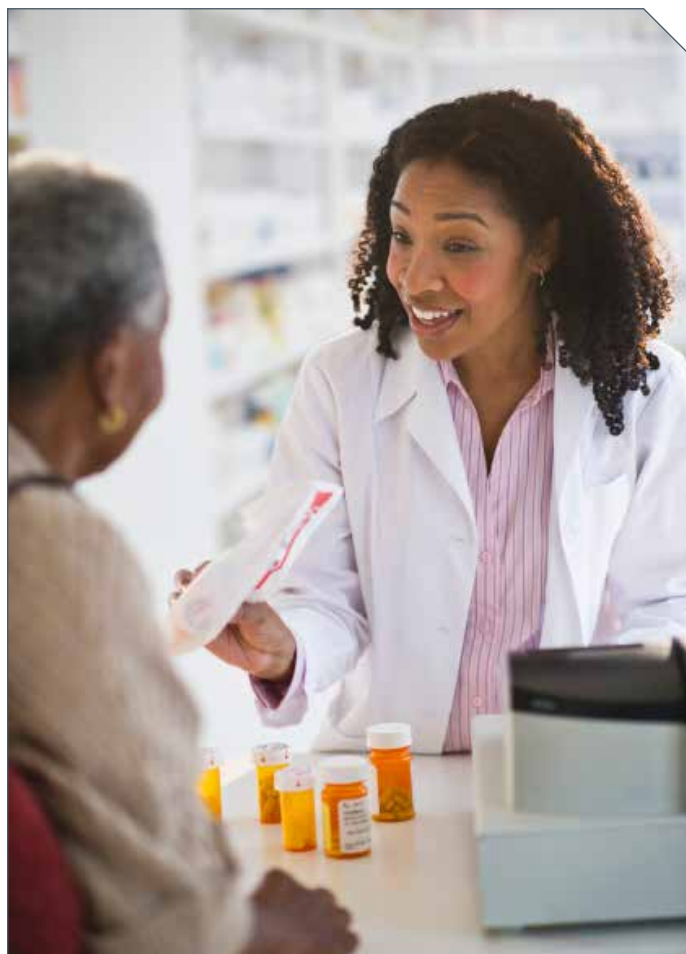
- ▶ Un medicamento genérico es uno que cumple con los mismos estándares que los medicamentos de marca para la seguridad, pureza, fuerza y eficacia. Los medicamentos genéricos suelen ser menos costosos que los medicamentos de marca.
- ▶ Un medicamento de marca preferida es un medicamento (protegido por patente) sin equivalente genérico disponible.
- ▶ Un medicamento de marca no preferida es un medicamento (con patente expirada) con un equivalente genérico disponible.

Farmacia participante.	Su costo para un suministro de hasta 31 días en el plan Core	Su costo para un suministro de hasta 31 días en un plan con cuenta HSA
Genéricos	Copago de \$5	Sujeto a deducible y coaseguro
Marcas preferidas	Copago de \$45	
Marcas no preferidas	Copago de \$75	
Fuera de la red	Sujeto a deducible y coaseguro	

Farmacia con entrega por correo	Su costo para un suministro de hasta 90 días en el plan Core	Su costo para un suministro de hasta 90 días en un plan con cuenta HSA
Genéricos	Copago de \$10	Sujeto a deducible y coaseguro
Marcas preferidas	Copago de \$90	
Marcas no preferidas	Copago de \$150	
Fuera de la red	Sujeto a deducible y coaseguro	

Con el plan de medicamentos recetados, usted tiene la oportunidad de reducir la cantidad que paga eligiendo un medicamento genérico siempre que sea posible. Asegúrese de discutir esta opción con su médico cuando él o ella escriba su receta.

Los medicamentos genéricos tienen una larga historia de seguridad y efectividad. Los fabricantes genéricos deben demostrar que el medicamento genérico tiene el mismo efecto médico que su equivalente de marca midiendo la velocidad y el grado de absorción del medicamento. Debido a que las compañías de medicamentos genéricos no tienen que gastar millones de dólares en investigación y publicidad, pueden vender los genéricos por mucho menos. Estos fabricantes compiten entre sí lo que mantiene los precios genéricos más económicos.



Medicamentos recetados con entrega por correo de BCBS

Como cliente de BCBS, tendrá acceso al servicio de farmacia con entrega por correo de OptumRx. Por favor llame a atención al cliente de entrega a domicilio de OptumRx al **855.811.2218** o visite My Health Toolkit con cualquier pregunta.

Usted disfrutará

- ▶ Resurtidos fáciles: el suministro hasta para 90 días significa menos resurtidos.
- ▶ Línea gratuita las 24 horas para hablar con farmacéuticos registrados por preguntas sobre medicamentos
- ▶ Convenientes servicios de resurtidos por Internet y por teléfono para ordenar sus resurtidos en cualquier momento y cualquier día
- ▶ Actualizaciones útiles de pedidos y recordatorios de resurtidos, por correo electrónico, teléfono o mensaje de texto

Para comenzar

Los miembros pueden llamar a la entrega a domicilio de OptumRx para inscribirse en su servicio FastStart. El representante se pondrá en contacto con sus médicos para sus recetas. Necesitarán su número de identificación de miembro, el nombre de su medicamento, el nombre y el número de teléfono del médico, y su dirección de envío. También tendrá que proporcionar un número de tarjeta de crédito para pagar sus medicamentos recetados con entrega por correo, junto con la fecha de vencimiento de la tarjeta que utiliza.



Resurtido de medicamentos recetados

Después de obtener su receta inicial, puede solicitar un resurtido por Internet, por teléfono o por correo. Tenga su formulario de resurtido de medicamentos recetados con su número de receta cerca cuando vuelva a ordenar. Para resurtidos por Internet, vaya a "My Health Toolkit" y haga clic en el enlace de OptumRx. También puede llamar a atención al cliente de OptumRx al número gratuito **855.811.2218** para resurtir sus medicamentos por teléfono. Si no hay resurtidos disponibles, OptumRx llamará a su médico para pedir autorización para resurtir sus medicamentos. Si su medicamento no tiene resurtidos, por favor permita tiempo adicional para procesar su pedido.

Resurtidos automáticos

Su medicamento se resurtirá automáticamente si se registra en el programa de resurtidos automáticos de Optum en su sitio web o por teléfono. Después de recibir su primer resurtido de medicamentos por correo, vaya a su portal My Health Toolkit o llame a OptumRx al número gratuito **855.811.2218**. Si no se registra en el programa de resurtidos automáticos, tendrá que solicitar sus resurtidos cada vez que esté listo para ellos, ya sea en el sitio web de OptumRx, por teléfono o enviando su formulario de resurtido por correo a OptumRx.

Tarjetas de identificación

Su tarjeta de identificación es una de las tarjetas más importantes que lleva. Los proveedores la aceptarán cuando necesite servicios cubiertos. Contiene información acerca de su cobertura que le ayudará con el procesamiento rápido y preciso de cualquier reclamo.

Notas

1. Las tarjetas de identificación solo incluyen el nombre del titular de la póliza. Cualquier dependiente que tenga cobertura bajo esta póliza (por ejemplo, un cónyuge o un hijo) puede usar la tarjeta de identificación, aunque solo muestre el nombre del titular de la póliza.
2. Prefijo alfa: son los primeros tres caracteres de "identificación del miembro" e identifica su grupo. Un número de grupo no aparece en la tarjeta de identificación.
3. Si Optum es el PBM (a través del contrato con National Alliance), RxBin, RXGRP y código del plan se aplican a toda la población.
4. Los copagos (si corresponde) no aparecen en las tarjetas de identificación.
5. Los miembros solteros reciben una tarjeta, los niveles familiares reciben cuatro tarjetas y otros niveles de cobertura reciben dos. Se pueden solicitar tarjetas adicionales a través de My Health Toolkit® o a través de servicio al cliente al **800.922.1185**.
6. Llame al **844.206.0620** para confirmar la recepción de su tarjeta y obtener actualizaciones del seguro directamente a su dispositivo móvil. Llamar no es obligatorio. La tarjeta estará activa a partir de la fecha de validez.

Sus tarjetas de identificación llegarán en un sobre.



My Health Toolkit de BCBS

Estos programas y servicios de BCBS pueden ayudarle a sacar el máximo provecho de su plan médico

BCBS ofrece numerosas herramientas para facilitar el manejo y el seguimiento de sus reclamos médicos, la búsqueda de proveedores dentro de la red y mucho más. Por favor, revise la información a continuación para conocer más sobre BCBS y sus herramientas en línea.

Acceso a [SouthCarolinaBlues.com](https://www.SouthCarolinaBlues.com) y My Health Toolkit:

- ▶ Obtenga más información sobre su plan, la cobertura y los programas que incluye
- ▶ Vea el historial de reclamos y las transacciones de la cuenta; imprima formularios de reclamo
- ▶ Encuentre información y calcule los costos de los procedimientos y tratamientos médicos
- ▶ Compare los hospitales por número de procedimientos realizados, la duración promedio de estancia de los pacientes y el costo



Haga de South Carolina Blues su lugar de salud personal

Disfrute una manera sencilla de personalizar, organizar y acceder a la información importante de su plan. Regístrese en My Health Toolkit en www.SouthCarolinaBlues.com. Después de hacerlo, puede iniciar sesión en cualquier momento y en cualquier lugar para:

- ▶ Encontrar médicos y comparar las calificaciones de costo y calidad
- ▶ Revisar su cobertura
- ▶ Administre y dé seguimiento a sus reclamos
- ▶ Acceda a las tarjetas de identificación temporales y encuentre cómo pedir nuevas
- ▶ Haga un seguimiento de los saldos y los deducibles de su cuenta
- ▶ Encuentre información y recursos de salud
- ▶ Explore beneficios adicionales y descuentos para miembros
- ▶ Compare la calidad de los hospitales

¡Descargue la aplicación My Health Toolkit!

Con la aplicación, usted puede:

- ▶ Utilizar su tarjeta de identificación digital en cualquier lugar y en cualquier momento
- ▶ Comprobar el estado de sus reclamos
- ▶ Revisar lo que está cubierto por su plan
- ▶ Encontrar un proveedor local que sea adecuado para usted

Member Perks de BCBS

BCBS ofrece descuentos en una gran variedad de productos y servicios para mejorar su calidad de vida. ¡Piense en ellos como beneficios adicionales especiales solo por pertenecer a Blue! Por favor recuerde que estos servicios no están cubiertos por los beneficios de su plan médico habitual. Visite www.southcarolinablues.com y seleccione Member Perks.

Los descuentos están disponibles en artículos tales como:

- ▶ Exámenes de audición
- ▶ Restauración capilar
- ▶ Anteojos
- ▶ Servicios LASIK
- ▶ Programas de pérdida de peso
- ▶ Productos para el alivio de alergias
- ▶ Masajes terapéuticos
- ▶ Gimnasios
- ▶ Asesores de dietas y suplementos
- ▶ Servicios quiroprácticos
- ▶ ¡Y más!

Programa Blue365

¡Regístrese hoy mismo en www.blue365deals.com para empezar a recibir sus descuentos!

Lo que ofrece

Ofertas en productos y servicios para ayudarle a mantenerse feliz y saludable. El programa Blue365 está patrocinado por las empresas Blue participantes. Los miembros pueden recibir actualizaciones regulares sobre ofertas disponibles a través de correo electrónico.

Cómo funciona

Regístrese gratis en línea. A continuación, consulte las ofertas actuales en estas categorías: acondicionamiento físico, cuidado personal, alimentación saludable, salud financiera, estilo de vida y bienestar.

DOS FORMAS DE AHORRAR

Algunas ofertas le dan un código para un cupón que se puede utilizar en una compra en un sitio web de un proveedor, o proporcionarle una opción con descuento. Otros lo llevan directamente a un sitio web del proveedor para realizar una compra con descuento o inscribirse en un programa de descuento especial.



Tarifas del plan médico

Perfil 1: Cam, uso bajo (cobertura solo para empleados)

Cam ha tenido un uso bajo de la atención médica. En este ejemplo, su atención consiste en un examen físico anual, una visita al consultorio por una enfermedad y tres recetas.

	Plan HDHP 1700	Plan HDHP 2500	Plan PPO tradicional
Deducible que se debe alcanzar	\$1,700	\$2,500	\$1,500
Desembolso máximo por cumplir	\$3,000	\$5,000	\$3,200
Financiamiento a la cuenta por el empleador	\$1,000	\$1,000	\$0
Servicios de Cam	Costo de la atención	Costo de la atención	Costo de la atención
1 examen físico preventivo (Se asume un cargo de visita al consultorio de \$125)	\$0	\$0	\$0
1 consulta con el médico de atención primaria (Se asume un cargo de visita al consultorio de \$125)	\$125	\$125	\$25
2 medicamentos recetados al por menor genéricos, no preventivos (se asume un costo total de \$30 o medicamentos recetados para 30 días)	\$60	\$60	\$10
1 medicamento recetado al por menor de marca no preferida (se asume un costo total de \$200 o medicamentos recetados para 30 días)	\$200	\$200	\$75
Total	Costo de la atención	Costo de la atención	Costo de la atención
Gastos de desembolso	\$385	\$385	\$110
Gastos cubiertos por el financiamiento de la cuenta	\$385	\$385	\$0
Desembolso neto	\$0	\$0	\$110
Aportes anuales de nómina (con bienestar < 75K)	\$1,054	\$830	\$2,089
Aportes anuales de nómina (con bienestar > \$75K)	\$1,291	\$1,015	\$2,510
Aportes anuales de nómina (sin bienestar < \$75K)	\$1,265	\$996	\$2,507
Aportes anuales de nómina (sin bienestar < \$75K)	\$1,549	\$1,218	\$3,012
Total (con bienestar < 75K\$)	\$1,054	\$830	\$2,199.36
Total (con bienestar > \$75K)	\$1,291	\$1,015	\$2,619.78
Total (sin bienestar < \$75K)	\$1,265	\$996	\$2,617.44
Total (sin bienestar > \$75K)	\$1,549	\$1,218	\$3,121.84

Perfil 2: Steve, uso alto (cobertura solo para empleados)

Steve ha tenido un uso alto de la atención médica y está controlando una afección cardíaca compleja. Su atención consiste en visitas regulares con su médico de atención primaria y un cardiólogo. Tuvo un procedimiento quirúrgico y toma medicamentos de forma continua para controlar su afección.

	Plan HDHP 1700	Plan HDHP 2500	Plan PPO tradicional
Deducible que se debe alcanzar	\$1,700	\$2,500	\$1,500
Desembolso máximo por cumplir	\$3,000	\$5,000	\$3,200
Financiamiento a la cuenta por el empleador	\$1,000	\$1,000	\$0
Servicios de Steve	Costo de la atención	Costo de la atención	Costo de la atención
1 examen físico preventivo (se asume un cargo de visita al consultorio de \$125)	\$0	\$0	\$0
4 visitas por enfermedad con el médico de atención primaria (se asume un cargo de visita al consultorio de \$125)	\$500	\$500	\$100
1 procedimiento de paciente hospitalizado (se asume un cargo de \$5,000)	\$1,920	\$2,600	\$2,120
8 visitas con el especialista en cardiología (se asume un cargo de \$350 por visita al consultorio)	\$560	\$560	\$320
12 medicamentos recetados al por menor de marca preferida (se asume un costo de \$100 o medicamentos recetados para 30 días)	\$20	\$240	\$540
Total	Costo de la atención	Costo de la atención	Costo de la atención
Gastos de desembolso	\$3,000	\$3,900	\$3,080
Gastos cubiertos por el financiamiento de la cuenta	\$1,000	\$1,000	N/A
Desembolso neto	\$2,000	\$2,900	\$3,080
Aportes anuales de nómina (con bienestar < 75K)	\$1,054	\$830	\$2,089
Aportes anuales de nómina (con bienestar > \$75K)	\$1,291	\$1,015	\$2,510
Aportes anuales de nómina (sin bienestar < \$75K)	\$1,265	\$996	\$2,507
Aportes anuales de nómina (sin bienestar < \$75K)	\$1,549	\$1,218	\$3,012
Total (con bienestar < 75K\$)	\$3,054	\$3,730	\$5,169.36
Total (con bienestar > \$75K)	\$3,291	\$3,915	\$5,589.78
Total (sin bienestar < \$75K)	\$3,265	\$3,896	\$5,587.44
Total (sin bienestar > \$75K)	\$3,549	\$4,118	\$6,091.84

Perfil 3: Jeff, el uso más alto (cobertura solo para empleados)

Jeff ha tenido un uso muy alto de la atención médica y está controlando una afección cardíaca compleja. Su atención consiste en visitas regulares con su médico de atención primaria y un cardiólogo. Tuvo dos procedimientos quirúrgicos y toma medicamentos de forma continua para controlar su afección.

	Plan HDHP 1700	Plan HDHP 2500	Plan PPO tradicional
Deducible que se debe alcanzar	\$1,700	\$2,500	\$1,500
Desembolso máximo por cumplir	\$3,000	\$5,000	\$3,200
Financiamiento a la cuenta por el empleador	\$1,000	\$1,000	\$0
Servicios de Jeff	Costo de la atención	Costo de la atención	Costo de la atención
1 examen físico preventivo (Se asume un cargo de visita al consultorio de \$125)	\$0	\$0	\$0
4 visitas por enfermedad con el médico de atención primaria (se asume un cargo de visita al consultorio de \$125)	\$1,000	\$1,000	\$200
Procedimiento de paciente hospitalizado (se asume un cargo de \$5,000)	\$1,520	\$2,200	\$2,040
8 visitas con el especialista en cardiología (se asume un cargo de \$350 por visita al consultorio)	\$480	\$840	\$480
Procedimiento de paciente hospitalizado (se asumen \$4,000)	\$0	\$800	\$430
12 medicamentos recetados al por menor de marca preferida (se asume un costo de \$100 o medicamentos recetados para 30 días)	\$0	\$160	\$0
Total	Costo de la atención	Costo de la atención	Costo de la atención
Gastos de desembolso	\$3,000	\$5,000	\$3,200
Gastos cubiertos por el financiamiento de la cuenta	\$1,000	\$1,000	N/A
Desembolso neto	\$2,000	\$4,000	\$3,200
Aportes anuales de nómina (con bienestar < 75K)	\$1,054	\$830	\$2,089
Aportes anuales de nómina (con bienestar > \$75K)	\$1,291	\$1,015	\$2,510
Aportes anuales de nómina (sin bienestar < \$75K)	\$1,265	\$996	\$2,507
Aportes anuales de nómina (sin bienestar < \$75K)	\$1,549	\$1,218	\$3,012
Total (con bienestar < 75K\$)	\$3,053.78	\$4,830.18	\$5,289.36
Total (con bienestar > \$75K)	\$3,290.90	\$5,015.04	\$5,709.78
Total (sin bienestar < \$75K)	\$3,264.64	\$4,996.32	\$5,707.44
Total (sin bienestar > \$75K)	\$3,549.08	\$5,218.10	\$6,211.84

Evite un susto con atención preventiva

¿Sabía que la atención preventiva dentro de la red es GRATIS para usted si está cubierto por uno de nuestros planes médicos? Una visita de atención preventiva dentro de la red no le cuesta ni un centavo, y podría ayudarle a vivir más tiempo y más saludable.

¿Qué es la atención preventiva?

La atención preventiva ayuda a evaluar su estado de salud actual y puede ayudar a detectar problemas de salud a tiempo, antes de que aparezcan signos o síntomas. A través de pruebas y exámenes preventivos regulares, usted y sus médicos pueden trabajar juntos para controlar su salud en general. La atención preventiva incluye lo siguiente:



Revisiones de bienestar son una excelente manera de ver a su médico de atención primaria regularmente para asegurarse de que está recibiendo los exámenes de salud correctos y las vacunas según su edad y estado de salud.



Las vacunas son necesarias tanto por niños como por adultos para ayudar a prevenir enfermedades, como la gripe y la tos ferina.



Las pruebas de detección, como análisis de laboratorio y colonoscopias, pueden ayudar a detectar afecciones como diabetes, colesterol alto o ciertos tipos de cáncer.

Asegúrese de que su visita sea gratuita

Cuando programa una cita, hágale saber que está interesado en obtener solo atención preventiva gratis y quiere que se le informe si algún servicio no cuenta como atención preventiva gratuita.

Si hay un diagnóstico, afección médica, pruebas o tratamiento adicionales involucrados en su visita, es probable que no se indique como una visita preventiva, y usted incurrirá en un cargo.

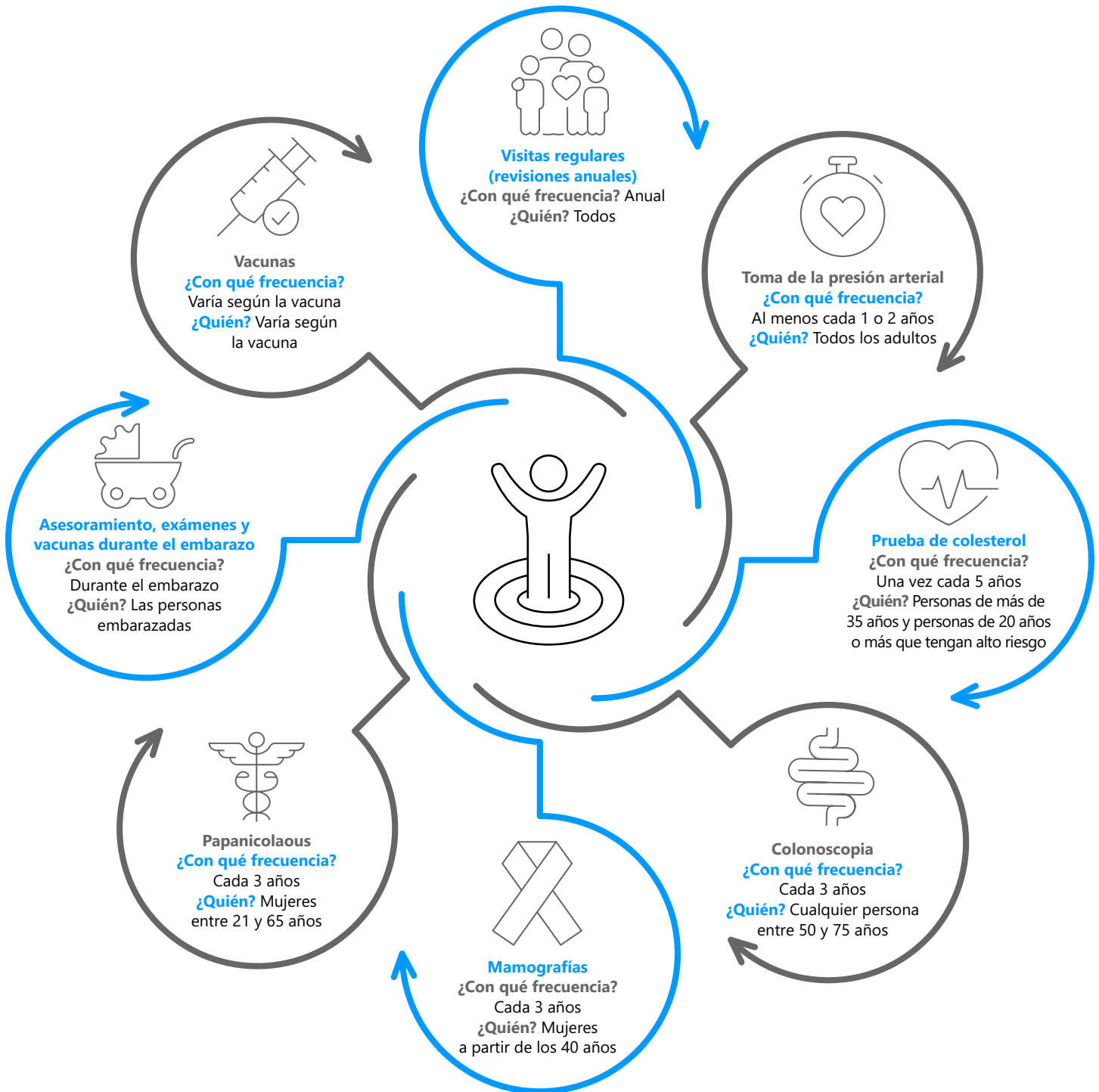
Más de 100,000 vidas podrían salvarse cada año si todos en los Estados Unidos recibieran la atención preventiva clínica recomendada*

¡No se tarde! ¡Llame a su médico y programe la visita de atención preventiva de su familia hoy!

* Estimación de CDC.



SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA



¿Dónde asistir para recibir atención?

Cuando se encuentre lesionado o enfermo, puede ahorrar tiempo y dinero pensando en el MEJOR lugar para recibir atención. Por supuesto, si su afección pone en peligro su vida, llame a una ambulancia o acuda a emergencias. Si puede esperar, eche un vistazo a las listas que figuran a continuación y tenga en cuenta estos consejos.

\$

Telemedicina

Para una enfermedad leve, podría probar Blue CareOnDemand. Es una de las opciones menos caras y está disponible 24/7.

\$\$

Su médico

Su primera parada (durante el horario laboral) es su médico habitual, si está disponible. Tanto si escoge la telemedicina o una visita en persona, su proveedor le conoce y está mejor preparado para proporcionarle una atención personalizada. Usted pagará menos cuando acuda a un médico dentro de la red.

\$\$\$

Clínica al por menor

Son una buena opción para enfermedades y lesiones leves cuando su médico no está disponible. Cuestan un poco menos que los centros de atención urgente, pero no están equipados para coserle ni hacerle radiografías. Los tiempos de espera suelen ser de 30 minutos o menos.

\$\$\$

Centro de atención urgente





Un centro de atención urgente puede ser su siguiente paso. Pueden realizar pruebas sencillas, tomar radiografías y tratar cortadas y esguinces. Normalmente, los pacientes entran y salen en una hora, y muchas visitas cuestan alrededor de \$150.

\$\$\$\$

Sala de emergencias

La sala de urgencias es siempre el mejor lugar para tratar una afección potencialmente mortal. Pero piénselo dos o tres veces antes de utilizarla para una enfermedad o lesión menor. El costo es mucho más elevado, normalmente \$1,000 o más, y los tiempos de espera suelen ser bastante largos.

Elija la opción correcta para su afección

 <p>SU MÉDICO</p>	 <p>TELEMEDICINA</p>	 <p>CENTRO DE ATENCIÓN URGENTE</p>	 <p>SALA DE EMERGENCIAS</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Revisiones y exámenes médicos ▶ Enfermedades comunes ▶ Vacuna antigripal y otras ▶ Enfermedades de la piel ▶ Presión arterial no controlada ▶ Asesoramiento médico ▶ Resurtido de medicamentos o cambios ▶ Remisiones con especialistas ▶ Análisis de rutina ▶ Sus preocupaciones médicas regulares 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dolor de espalda ▶ Tos ▶ Diarrea ▶ Dolor de cabeza ▶ Acidez estomacal ▶ Ojo rojo ▶ Sinusitis ▶ Problemas urinarios ▶ Secreción vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Reacciones alérgicas ▶ Picaduras de insectos o mordeduras de animales ▶ Dolor de espalda agudo o lesión ▶ Asma ▶ Resfriados o gripe fuertes ▶ Cortadas que requieren puntadas (atención urgente) ▶ Dolor de oído ▶ Infección o irritación ocular ▶ Fiebres moderadas ▶ Quemaduras menores ▶ Náusea, vómito y diarrea ▶ Sarpullidos ▶ Dolor de garganta ▶ Esguinces o torceduras ▶ Sospecha de huesos rotos (atención urgente) ▶ Problemas urinarios 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sospecha de huesos rotos ▶ Toser o vomitar sangre; ▶ Dolor en el pecho ▶ Dificultad para hablar ▶ Lesiones en la cabeza o en los ojos ▶ Deshidratación ▶ Intoxicación o sobredosis ▶ Dolor de estómago severo ▶ Signos de un accidente cerebrovascular: entumecimiento o debilidad de las extremidades, caída facial, dificultad para hablar ▶ Dificultad para respirar ▶ Pruebas de laboratorio urgentes ▶ Pérdida de conciencia ▶ Sangrado no controlado

Conozca a “Connie Consumista”

Puntos clave: “Infórmese antes de ir” ya que invertir tiempo puede ayudar a lograr resultados de mayor calidad y ahorrar dinero.

Su historia

Conrad, el médico de Connie Consumista le recomendó una cirugía de reemplazo de cadera. La primera intención de Connie fue que el procedimiento se hiciera dentro del sistema médico del Dr. Conrad, el centro de atención de la ciudad de Centerville, del cual ella y el médico han sido parte durante décadas. Pero, siendo la consumidora consciente de los costos que es Connie (¡le encanta una ganga!), también quiere atención de calidad y lleva a cabo la debida diligencia e investigación sobre su procedimiento propuesto.

Después de iniciar sesión en el sitio web de BCBS (www.southcarolinablues.com), Connie utiliza la herramienta de búsqueda de atención y costo para revisar alternativas, calificaciones y precios, al igual que cualquier consumidor. Un resumen de lo que encontró se muestra a continuación.

LOS CUATRO PUNTOS CLAVE DEL “CONSUMISMO”

1. **Elección:** había cuatro opciones dentro de la red en las que Connie podía realizar su procedimiento.
2. **Conveniencia:** las 4 opciones estaban a solo una distancia de entre 1.1 y 3.8 millas.
3. **Costo:** el total estimado del costo se encuentra entre \$33.0K y \$41.4K, aunque alcanzaría su desembolso máximo de todos modos.
4. **Calidad:** la calificación promedio de estrellas se encuentra entre 3.0 y 4.0.



Resumen de la cuenta HSA para 2026

Los empleados activos con un cuenta de ahorros de salud abierta que deseen mover su cuenta de Flores a Fidelity en 2026 deben elegir la cuenta HSA para 2026 (consulte la Guía de beneficios para verificar su elegibilidad) durante la inscripción abierta y confirmar el eConsent de Flores-Fidelity. Al consentir la transferencia, su saldo con Flores estará disponible en su cuenta de Fidelity a principios de 2026.

Habrà un período en el que no podrá usarla en el primer trimestre de 2026 a medida que los saldos se transfieran a Fidelity. No tendrá acceso a los fondos en su cuenta de Flores durante este período. Su tarjeta de débito de Flores se desactivará el primer día de este período. Si tiene fondos en su nueva cuenta HSA con Fidelity, puede acceder a esos fondos durante este período para cubrir los gastos elegibles (a través de su tarjeta de débito de Fidelity o reembolso a través de Fidelity si el gasto se paga en efectivo, cheque o tarjeta personal).

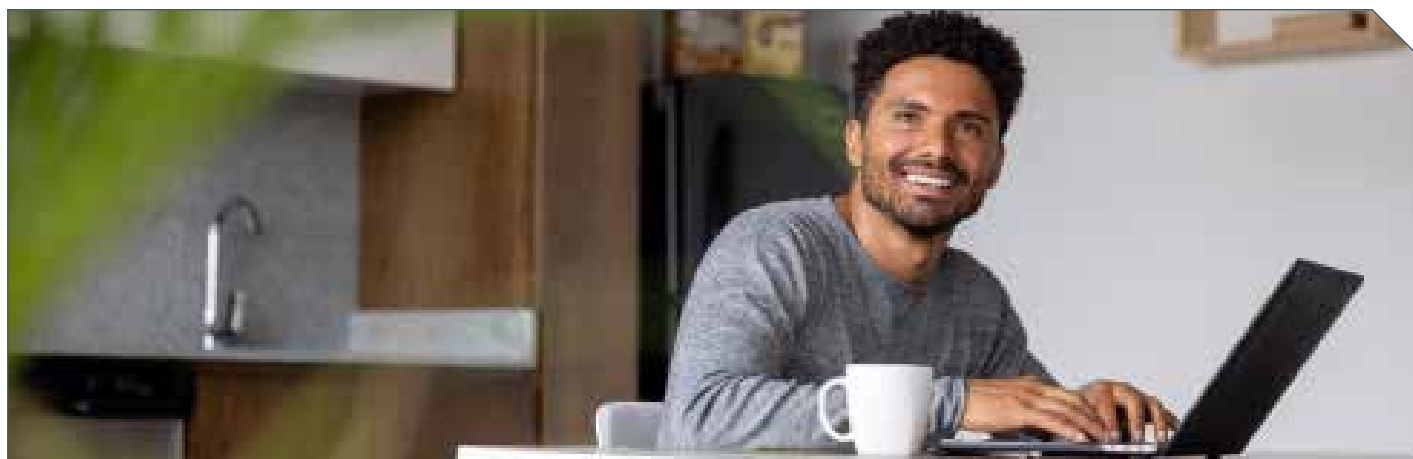
Una vez finalizadas las fechas en que no podrá usar su cuenta y la transferencia, se enviará una comunicación por separado.

Puntos clave

- ▶ Es necesario el EConsent para transferir su saldo de su cuenta HSA de Flores a Fidelity. *Si elige eConsent, la tarifa de transferencia de cuenta y las tarifas mensuales de cuenta para ambas aseguradoras (en enero y febrero) están cubiertas por Acme-Company.*
- ▶ Las tarjetas de débito Fidelity se enviarán por correo en diciembre de 2025.
- ▶ Los aportes del empleador comenzarán en enero de 2026.
- ▶ La transferencia del saldo de la cuenta (si elige cuenta HSA y eConsent) se lleva a cabo después del período en que no podrá usar su cuenta. Las fechas estarán disponibles pronto.
- ▶ Si rechaza eConsent, las cuentas que permanezcan en Flores después del 31 de diciembre de 2025, ya no serán administradas por Acme-Company.

Cuentas que no se transfieren

Si rechaza el proceso de eConsent, su cuenta y los fondos restantes permanecerán en Flores. Después del 31 de diciembre de 2025, cualquier cargo asociado con su cuenta de Flores será su responsabilidad. Si no consiente transferir su cuenta durante la inscripción abierta y desea trasladar su cuenta a Fidelity en una fecha futura, puede solicitar una transferencia individual de activos a través de Fidelity después del 1° de enero de 2026. Cualquier tarifa asociada con la transferencia será su responsabilidad.



Cuenta de ahorros de salud (HSA)

Aplicación móvil de la cuenta HSA de Fidelity

En Fidelity, nuestro objetivo es ayudarle a “Poseer su salud”. La aplicación Fidelity Health se enfoca en brindarle las herramientas para tomar el control y administrar mejor sus cuentas médicas. Siéntase seguro y protegido, la aplicación Fidelity Health ofrece acceso en tiempo real para todas las necesidades de su cuenta, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Es simple, intuitivo y cómodo. Para obtener ayuda, comuníquese con el centro de asistencia al cliente al **800.544.3716**.

Características y beneficios

- ▶ Inicio de sesión sencillo y seguro
- ▶ Consulte el saldo de su cuenta
- ▶ Vea la actividad de la cuenta
- ▶ Revise y verifique los gastos médicos calificados por el IRS
- ▶ Haga un pago desde su cuenta
- ▶ Presente reclamos con imágenes de sus recibos
- ▶ Ingrese y rastree los gastos
- ▶ Fácil acceso al centro de asistencia al cliente

Para empezar, siga estos tres sencillos pasos

- ▶ Cree su nombre de usuario y contraseña registrándose en el sitio web de la cuenta HSA www.netbenefits.com
- ▶ Descargue la aplicación móvil Fidelity Account
- ▶ Inicie sesión en la cuenta de Fidelity y comience a administrar su cuenta sobre la marcha



¿Cuáles son mis opciones en Acme-Company?

Cuenta de gastos de atención médica

Puede usar el dinero libre de impuestos en su cuenta para reembolsarse por:

- ▶ Gastos elegibles no pagados por su cobertura médica y dental, y
- ▶ Gastos de desembolso tales como deducibles y copagos
- ▶ **IMPORTANTE:** Si está inscrito en el plan HDHP y elige un cuenta FSA, se le inscribirá en un cuenta FSA de propósito limitado que se puede utilizar para reembolsar los reclamos de los gastos dentales, y de la vista únicamente.
- ▶ Puede encontrar ejemplos de gastos elegibles y no elegibles en la lista a continuación. Para obtener una lista completa de los gastos elegibles, puede revisar la Publicación 502 del IRS, que está disponible en su oficina local del Servicio de Rentas Internas o descargando una copia de www.irs.gov.

Gastos elegibles	Gastos no elegibles
Deducibles y copagos no cubiertos por otro seguro médico, dental o de la vista	Cirugía cosmética por elección, como liposucción, trasplantes de cabello, electrólisis y estiramientos faciales
Audífonos y pilas	Cuidado con asistencia en una institución
Soluciones para lentes de contacto	Cuotas del seguro de automóviles
Ayuda para dejar de fumar	Cuotas del club de salud, cuotas de YMCA, baños de vapor, etc.

La cuenta de gastos de atención médica puede ser adecuada para usted si usted y sus dependientes elegibles suelen tener gastos médicos o dentales predecibles durante el año.

Si elige la cuenta de ahorros de salud (HSA), el gobierno le permite apartar dinero antes de impuestos en una cuenta separada en el banco. Puede usar el dinero para sus deducibles si lo desea o para otros artículos relacionados con la Sección 125 del Código del IRS, consulte el sitio web del IRS para ver la lista completa.

Puede aportar hasta \$4,400 (soltero) u \$8,750 (familia) para el año del plan 2026.

Los montos aportados son mayores que los deducibles máximos. Los participantes mayores de 55 años tienen un aporte compensatorio de \$1,000 anualmente.

Acme-Company pondrá dinero en su cuenta HSA para usted si elige la opción con cuenta HSA.

Acme-Company hará contribuciones de empleador prorrateadas a su cuenta HSA para los nuevos empleados en función de su fecha de elegibilidad para beneficios:

- ▶ Ejemplo: Fecha de elegibilidad para beneficios con cobertura individual, 1º de marzo = contribuciones del empleador de \$333.33 por adelantado y \$500.00 en julio (\$1,000/6x4 meses) para ese año.
- ▶ Ejemplo: Fecha de elegibilidad para beneficios con cobertura individual, 1º de julio = contribuciones del empleador de \$500 por adelantado (\$500/6x6 meses) para ese año.

Funciona del siguiente modo:

- ▶ Los depósitos seguirán siendo prorrateados. Las nuevas contrataciones reciben la primera mitad prorrateada con base en el mes de contratación y se deposita al final del mes. Esto incluiría de marzo a junio. El segundo depósito será en julio para la porción restante.
- ▶ Los empleados contratados antes del inicio del nuevo año del plan recibirán la primera mitad en enero y la parte restante en julio.

Para todos los empleados actuales que se inscriban en la cobertura médica para el año de beneficios 2026, Watson-Marlow depositará la mitad del aporte del empleador a la cuenta HSA en enero y la otra mitad en julio.

Total de aportes anuales del empleador		
	Enero	Julio
Soltero	\$500	\$500
Empleado y cónyuge	\$1,000	\$1,000
Empleado e hijos	\$1,000	\$1,000
Empleado y dos o más	\$1,000	\$1,000

Para poder contribuir a una cuenta HSA después de los 65 años, no debe inscribirse en Medicare. Si usted no está inscrito en Medicare y es de otro modo elegible para la cuenta HSA, puede continuar aportando a una cuenta HSA después de los 65 años.

Cómo usar su cuenta HSA

Es fácil administrar su cuenta de ahorros de salud (HSA) en línea. Acceda a saldos de sus cuentas en tiempo real, historial de transacciones y estados de cuenta, así como realizar el seguimiento de sus gastos en línea. Regístrese hoy en la banca en línea.

- ▶ **Aplicación móvil:** use su dispositivo iOS (iPhone, iPod Touch, iPad) o Android para comprobar los saldos disponibles en su cuenta y ver los detalles de las transacciones de su cuenta HSA, guardar y almacenar recibos con la cámara de su dispositivo, recibir estados de cuenta y alertas configurables a través de mensajes de texto, así como acceder a la información de contacto del servicio de atención al cliente.
- ▶ **Panel de control:** utilice esta herramienta para rastrear sus gastos de atención médica, presentar y retener recibos y reclamos de múltiples proveedores de seguros y cuentas financieras. También vea los gastos por proveedor, categoría y más.

Cómo depositar fondos en su cuenta HSA: para maximizar los beneficios en impuestos y ahorros de la cuenta HSA, comience a aportar en su cuenta tan pronto como pueda. Incluso puede transferir fondos de una cuenta HSA anterior. Flores ofrece varios métodos convenientes para hacer aportes a su cuenta HSA:

- ▶ **Deducciones de nómina:** Fidelity facilitará las deducciones de nómina recurrentes antes de impuestos. Inicie sesión en su cuenta para actualizar el aporte a su cuenta HSA en cualquier momento a lo largo de año.
- ▶ **Transferencias en línea:** en el sitio web de Fidelity puede transferir fondos de una cuenta bancaria externa, como una cuenta personal de cheques o de ahorros, a su cuenta HSA.
- ▶ **Compruebe:** envíe su cheque personal y el formulario de aporte completado a Fidelity.

Cómo pagar los gastos de atención médica con su cuenta HSA: ya sea que desee reembolsarse por un gasto médico calificado por el IRS que usted desembolsó o que desee pagar directamente desde su cuenta HSA, Flores ofrece múltiples opciones para acceder a sus fondos:

- ▶ **Tarjeta de débito de beneficios de salud:** sus fondos de la cuenta HSA se cargan en su tarjeta Fidelity MasterCard. Simplemente deslice su tarjeta como si fuera de crédito para mover los fondos de su cuenta HSA para pagar directamente al proveedor.
- ▶ **Pagar a mi proveedor:** también puede transferir sus fondos de la cuenta HSA directamente a un proveedor. A través de su portal de la cuenta HSA en www.netbenefits.com, elija la opción "Bill Pay" (Pago de facturas) en el menú desplegable "My Accounts" (Mis cuentas). Seleccione "Bill Pay" (Pago de facturas) y luego Pay Someone Else (Pagar a otra persona) para enviar un pago una vez, cada semana o cada mes.
- ▶ **Transferencias en línea:** puede transferir sus fondos de la cuenta HSA a su cuenta de cheques o ahorros o enviarse un cheque. A través de su portal de la cuenta HSA en www.netbenefits.com, elija la opción "Bill Pay" (Pago de facturas) en el menú desplegable "My Accounts" (Mis cuentas). Seleccione "Bill Pay" (Pago de facturas) y luego "Pay Me" (Págume) para reembolsarse a sí mismo a través de depósito directo o cheque.



Cuenta flexible de gastos (FSA)

Flores

Las cuentas flexibles de gastos (FSA) son una forma libre de impuestos de cubrir gastos de atención médica, gastos para el cuidado de dependientes y gastos de transporte que, por lo general, pagaría de su bolsillo después de impuestos. El dinero que reserva reduce su ingreso gravable, lo que puede ahorrarle dinero en la temporada de impuestos. Usted puede participar en una cuenta FSA si no está inscrito en un plan médico.

Flores administra las cuentas flexibles de gastos. Están reguladas por el IRS; por lo tanto, se aplican ciertas restricciones y límites.

Cuenta flexible de gastos de atención médica (HCFSAs) de propósito limitado para participantes en un plan médico con deducible alto

Si usted está inscrito en un plan médico con deducible alto, ya sea a través de Acme-Company u otro plan médico de grupo, las regulaciones del IRS limitan los gastos por los cuales puede ser reembolsado por una cuenta HCFSAs. Sin embargo, puede participar solamente en una cuenta HCFSAs de propósito limitado para gastos dentales y de la vista. Todavía puede usar una cuenta de ahorros de salud (cuenta separada) para pagar los gastos médicos elegibles y medicamentos recetados.

Descargue la aplicación Flores Mobile hoy



Cuenta FSA de atención médica

Las cuentas FSA de atención médica se utilizan para pagar los gastos de atención médica elegibles, tales como copagos, deducibles, gastos dentales y de la vista. Se le proporcionará una tarjeta de débito que puede usar para retirar dinero de la cuenta para pagar en el consultorio del médico o farmacia. El aporte máximo establecido por el IRS a una cuenta FSA de atención médica es de \$3,400.

*Sujeto a cambio según el IRS.

Planifique cuidadosamente sus aportes. El dinero que quede en su cuentas después de los plazos de presentación de reclamos se perderá. Esto se conoce como la regla de "úselo o piérdalo" y se rige por las regulaciones del Servicio de Rentas Internas (IRS). Tenga en cuenta que las opciones de la cuenta FSA no continúan automáticamente de un año a otro; usted debe inscribirse activamente cada año.

Recuerde que las cuentas FSA son cuentas de "úselo o piérdalo". Usted perderá cualquier cantidad por encima de \$680 después de la fecha límite de presentación de reclamos el 31 de marzo de 2027. Hasta \$680 se pueden transferir al próximo año del plan si se vuelve a inscribir en una cuenta FSA.

Los gastos elegibles y las cuentas FSA están regulados por el IRS. Para obtener una lista detallada de los gastos elegibles, visite www.irs.gov/publications y busque la Publicación 502 o visite el sitio web de WEX.

Algunos ejemplos de gastos médicos elegibles incluyen:

- ▶ Copagos por visitas al consultorio
- ▶ Medicamentos recetados
- ▶ Gastos dentales, incluida la ortodoncia
- ▶ Gastos de atención de la vista, incluida la cirugía ocular
- ▶ Servicios quiroprácticos
- ▶ Acupuntura
- ▶ Medicamentos de venta libre con receta de un médico

Cuenta de gastos para el cuidado de dependientes

Puede depositar hasta \$7,500 en su cuenta de gastos para el cuidado de dependientes. Esta cuenta le permite reservar dólares antes de impuestos para pagar los gastos del cuidado de dependientes que son necesarios para que usted (y su cónyuge, si está casado) trabaje o asista a la escuela de tiempo completo. Puede encontrar ejemplos a continuación de gastos elegibles y no elegibles. El dinero en la cuenta para el cuidado de dependientes no se transfiere.

Los gastos para el cuidado de dependientes pueden calificar como reembolso si cumple con estos requisitos del IRS:

Gastos elegibles	Gastos no elegibles
Hogar o guardería para hijos dependientes menores de 13 años.	Gastos para días que no está trabajando.
Pagos realizados a una guardería o centro de cuidado infantil con licencia para niños en edad preescolar.	Servicios de cuidado de niños proporcionados por otro de sus hijos dependientes.
Hogar o guardería para dependientes de cualquier edad que son discapacitados mentales o físicamente y no pueden cuidar de sí mismos.	Cuidado de dependientes que tienen un ingreso anual de \$1. Gastos que usted ya reclamó como deducciones o créditos en una declaración federal o estatal de impuestos sobre los ingresos.

- ▶ Si está casado, tanto usted como su cónyuge deben estar trabajando. Los cónyuges que no trabajan deben ser estudiantes de tiempo completo o incapaces de cuidar de sí mismos.
- ▶ Si está casado, la cantidad total anual que deposita no puede ser mayor que el menor de sus ingresos o de los ingresos de su cónyuge.
- ▶ Si usted es soltero, sus gastos de guardería de dependientes deben ser necesarios para que usted pueda trabajar. Puede cambiar su aporte para el cuidado de dependientes durante el año del plan solo si tiene un cambio en su estado familiar.

La cuenta de gastos para el cuidado de dependientes puede ser adecuada para usted si usted tiene gastos de guardería de un dependiente elegible mientras está en el trabajo.

Ejemplos de cómo puede ahorrar

El empleado de muestra gana \$2,000 por mes. Este ejemplo muestra el salario neto de un empleado por mes con y sin una cuenta FSA:

Cheque de sueldo del empleado sin el plan	
Salario	\$2,000
Cuota del seguro	-\$100
Gastos médicos y guardería	-\$300
Impuestos FICA, Federales y Estatales	-\$500
Pago neto sin el plan	\$1,100

Cheque de sueldo del empleado con el plan	
Salario	\$2,000
Cuota del seguro	-\$100
Gastos médicos y guardería	-\$300
Ingresos ajustados	\$1,600
Impuestos FICA, Federales y Estatales	-\$400
Pago neto con el plan	\$1,200



Cómo presentar un reclamo



Portal web de Flores

Puede escanear su reclamo y subirlo a nuestro sitio web seguro o completar los detalles de su reclamo en línea en www.flores247.com.

Aplicación móvil Flores Mobile para teléfonos inteligentes

Use la cámara de su teléfono para tomar fotos de sus documentos y cargarlas. Descargue Flores Mobile a través de Apple Store o Google Play.

Reclamos por correo

Claims Processing
PO Box 31397
Charlotte, NC 28231

Tenga en cuenta que el correo certificado deberá ser enviado a nuestra dirección física en 2013 West Morehead Street, Suite B, Charlotte, NC 28208.

Reclamos por fax

704.335.0818 o 800.726.9982

Todos los recibos de reembolso deben incluir lo siguiente:

- ▶ Fecha del servicio
- ▶ Descripción del servicio
- ▶ Costo de desembolso
- ▶ Nombre del proveedor
- ▶ Nombre del paciente

Cómo subir un reclamo en www.flores247.com

Paso uno: inicie sesión en www.flores247.com con su identificación de participante o nombre de usuario y contraseña. Sugerencia: su identificación de participante estará en cualquier correspondencia que haya recibido de Flores.

Paso dos: Haga clic en "File a new Healthcare or Dependent Care Flexible Spending Account Claim" (Archivar un nuevo reclamo de la cuenta flexible de gastos de atención médica o para el cuidado de dependientes). Presione "Next" (Siguiente).

Paso tres: si ha completado un formulario de reclamo en papel y lo ha escaneado en su computadora, haga clic en "Already Completed" (Ya completado) para cargar su documento. Si aún no ha completado un formulario de reclamo, complete los detalles de su reclamo y presione "Next" (Siguiente).

Paso cuatro Haga clic en "Choose File" (Elegir archivo) y elija el archivo en su computadora que contiene la documentación escaneada que se requiere para procesar su reclamo. Repita el proceso hasta que haya adjuntado todos los documentos. Haga clic en "Submit" (Enviar) para finalizar su reclamo.

Sugerencia: Actualice su correo electrónico o suscríbese a las notificaciones SMS en la pestaña "Settings" (Configuración) para recibir actualizaciones por correo electrónico o texto de su reclamo.

PO Box 31397, Charlotte, NC 28231
800.532.3327
flores247.com

Reembolso por gastos de ortodoncia

Solo se requerirá prueba de pago para futuras presentaciones de reclamo. La ortodoncia será reembolsable a medida que usted pague, lo que significa que el pago solo puede ser reembolsado durante el año del plan en el que se realizó el pago. Si tiene alguna pregunta sobre el reembolso para ortodoncia, puede llamar al administrador de cuentas al 800.532.3327.

Las diferencias entre una cuenta HSA y una cuenta FSA

Las cuentas de ahorros de Salud (HSA) y las cuentas flexibles de gastos (FSA) de atención médica son cuentas con ventajas fiscales disponibles a través de nuestro programa de beneficios. Hemos creado el gráfico a continuación para ilustrar las similitudes y diferencias para ayudarle a elegir cuál es la mejor para usted.

	Cuenta de ahorros de salud (HSA)	Cuenta flexible de gastos (FSA) de atención médica
Requisitos de elegibilidad	Debe ser un empleado de tiempo completo que trabaje un mínimo de 30 horas por semana y está inscrito en un plan con cuenta HSA.	Debe ser un empleado de tiempo completo que trabaje un mínimo de 30 horas por semana y no está inscrito en el plan con cuenta HSA o en ninguna cuenta HSA. Usted no tiene que estar inscrito en un plan médico para contribuir.
Gastos elegibles	Los gastos de desembolso de atención médica que califican para usted y sus dependientes incluyen deducibles, copagos, medicamentos recetados y anteojos o lentes de contacto.	
Límites de los aportes	Aporte hasta \$4,400 para la cobertura de solo empleado y hasta \$8,750 para la cobertura familiar en 2026. Si tiene 55 años o más, puede hacer un aporte compensatorio adicional de \$1,000.	Puede aportar hasta \$3,400 en 2026
Cambio en los aportes	Puede cambiar la cantidad que aporta a su cuenta en cualquier momento durante el año del plan.	Solo puede cambiar cuánto aporta durante la inscripción anual o si experimenta un evento de vida calificado.
¿Cuándo se pueden realizar los gastos?	Los gastos se pueden realizar en cualquier momento después de que haya establecido su cuenta HSA y haya comenzado a financiarla.	Los gastos se pueden realizar entre el 1º de enero y el 31 de diciembre del año del plan.
Plazos para reclamos	Usted puede reembolsarse por gastos médicos pasados en cualquier momento, siempre y cuando el gasto se haya realizado después de que su cuenta HSA fue abierta y tenga suficientes fondos.	Tiene hasta el 31 de marzo para presentar reclamos por los gastos realizados durante el año del plan anterior.
Transferencia	El dinero no usado se transfiere al año siguiente.	Hasta \$680 de los fondos no utilizados se pueden transferir al siguiente año del plan. Perderá cualquier fondo adicional no utilizado.
Conexión con el empleador	La cuenta HSA es suya para siempre, incluso si cambia de trabajo o se retira.	En la mayoría de los casos, perderá su cuenta FSA con un cambio de trabajo a menos que sea elegible para continuar con la cuenta FSA a través de COBRA.
Efecto sobre los impuestos	Las contribuciones son deducibles de impuestos, pero también se pueden tomar de su pago antes de impuestos. El crecimiento y las distribuciones están libres de impuestos.	Las contribuciones son antes de impuestos y las distribuciones no están sujetas a impuestos.
¿Cómo puedo pagar los gastos?	Utilice su tarjeta de débito de la cuenta para pagar automáticamente los gastos calificados en el punto de servicio. También puede presentar reclamos para reembolso.	
Uso	El saldo se puede utilizar durante el año del plan o en cualquier momento en el futuro, incluyendo durante su retiro.	El saldo completo está disponible al inicio de año del plan.
Información de proveedor	Fidelity 800.544.3716 www.netbenefits.com	Flores 800.532.3327 www.flores247.com

*Sujeto a cambio según el IRS.

Plan dental

Guardian Insurance

Acme-Company tiene una lista preferida de dentistas con Guardian, consulte www.guardianlife.com para encontrar un dentista local en la red de Guardian. Si utiliza estos proveedores, tendrá una "protección contractual" con la cual un dentista no puede cobrarle por encima de los cargos razonables y habituales. Si no utiliza la red, el plan dental continuará pagando las cantidades programadas.

- ▶ **Diagnóstico y atención preventiva** (Planes Core y High) son servicios que se proporcionan de forma rutinaria. Estos incluyen exámenes y limpiezas orales, radiografías dentales, aplicación de flúor y selladores para hijos dependientes menores de 15 años, espaciadores y atención básica de emergencia de una condición aguda.
- ▶ **Servicios restaurativos** (Planes Core y High) incluyen anestesia médicamente necesaria, empastes, endodoncias, cirugías de encías y huesos, extracciones simples, biopsias y consultas con un especialista cuando es referido por el dentista tratante.
- ▶ **Servicios restaurativos especializados** (Planes Core y High solamente) incluyen coronas, puentes, implantes dentales, prótesis dentales y reparación de estos artículos.
- ▶ **Servicios de ortodoncia** (Plan High solamente) incluyen aparatos de ortodoncia (frenos), tratamiento activo incluyendo bandas y tratamiento de retención posterior.

Beneficios dentales	Plan High	Plan Core
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura A: servicios de diagnóstico y preventivos	100% de los cargos permitidos	100% de los cargos permitidos
Cobertura B: servicios básicos y restaurativos	100% de los cargos permitidos	100% de los cargos permitidos
Cobertura C: servicios dentales especializados	100% de los cargos permitidos	100% de los cargos permitidos
Cobertura D: ortodoncia	50% de los cargos permitidos	NINGUNO
Beneficio máximo		
EMPLEADO: coberturas A, B y C	\$2,000 al año	\$2,000 al año
A y B solamente		
DEPENDIENTES: cobertura A, B y C	\$2,000 al año	\$2,000 al año
Sólo A y B		
Cobertura D	Máximo vitalicio de \$2,000	N/A

Costo por período de pago

	Plan High	Plan Core
Solo el empleado	\$13.11	\$3.48
Empleado y cónyuge	\$25.23	\$5.96
Empleado e hijos	\$21.94	\$8.20
Familia	\$32.69	\$12.23



Plan de la vista

EyeMed

[EYEMEDVISIONCARE.COM](https://www.eyemedvisioncare.com): RED INSIGHT

Puntos destacados de los beneficios	Dentro de la red	Reembolso fuera de la red
Examen de la vista, anteojos o lentes de contacto, una vez cada 12 meses	Copago de \$10	Hasta \$40
Lentes: una vez cada 12 meses		
Monofocales	Copago de \$20	Hasta \$30
Bifocales		Hasta \$50
Trifocales		Hasta \$70
Tratamiento para lentes: ilimitado		
Recubrimiento con protección UV	\$15	Sin cobertura
Coloreado	\$15	Sin cobertura
Recubrimiento estándar antirrayones	\$15	Sin cobertura
Policarbonato estándar (más de 26 años)	\$40	Sin cobertura
Revestimiento estándar antirreflejo	\$45	Hasta \$23
Lentes progresivos estándar	\$75	Hasta \$50
Otras opciones adicionales y servicios	20% de descuento sobre el precio al por menor	Sin cobertura
Armazones: una vez cada 24 meses hasta \$150 del valor al por menor	Cubiertos en su totalidad; 20% de descuento en el saldo después de \$ 150	Hasta \$75
Lentes de contacto, medicamento necesarios: una vez cada 12 meses	Cobertura completa	Hasta \$300
Lentes de contacto, a elección convencionales: una vez cada 12 meses En lugar de anteojos	Cubierto en su totalidad; 15% de descuento en el saldo sobre \$150	Hasta \$75

Costo por período de pago

Monofocales	\$3.10
Empleado y cónyuge	\$5.89
Empleado e hijos	\$6.20
Toda la familia	\$9.12



BENEFICIOS ADICIONALES DE LA MEMBRESÍA DE LA VISTA: PROVEEDORES PLUS

Este Plus realmente puede sumar

Sus entradas en beneficios adicionales

Son los pequeños extras los que hacen la vida divertida: la decoración del pastel, la salsa en la carne y, por supuesto, el dinero que ahorra cuando visita un proveedor PLUS.

Elegir un oftalmólogo dentro de la red le ayuda a ahorrar en exámenes anuales, armazones y otros beneficios. Pero para ahorrar aún más, visite un proveedor PLUS. ¿Conseguir más sin pagar más? Realmente eso es un beneficio.

Un acuerdo más grande es una oferta más grande

Visite un proveedor PLUS y obtenga acceso a un conjunto de beneficios de gran tamaño: para empezar, pruebe un copago de \$0 para examen y más para gastar en armazones* Eso se suma a los ahorros diarios y otros descuentos de sus beneficios de la vista de EyeMed.

* El subsidio para armazones puede variar según el plan.

Busque la marca de proveedor PLUS

Vea exactamente dónde pueden aumentar sus beneficios en el localizador de proveedores en eyemed.com. Con miles de proveedores PLUS en todo el país (al por menor, independientes y en línea) encontrar uno cerca es fácil.

Simplemente aparece y ahorra

Todos los beneficios adicionales de los proveedores PLUS están integrados directamente en sus beneficios de la vista, sin códigos promocionales, sin cupones, sin papeleo. Fácil, simplificado y libre de estrés.

Busque un proveedor PLUS en eyemed.com

Sus beneficios de proveedor Plus

- ▶ 0\$ de copago por examen
- ▶ Dinero extra para gastar en armazones



Seguro de vida y por AD&D

Guardian

Seguro de vida y por muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D) básico pagado por el empleador

- ▶ El empleado recibe dos veces su remuneración anual, redondeada a los \$1,000 siguientes hasta un máximo de \$450,000
- ▶ Se le cobrará por período de pago el beneficio económico de todas las cantidades de seguro de vida superiores a \$50,000 como especifica la Sección 79 IRC.

Seguro de vida básico para su cónyuge e hijos

- ▶ Cónyuge: \$20,000 de seguro de vida y por AD&D
- ▶ Hijos: de los 14 días a 26 años (26 años si es estudiante de tiempo completo): \$5,000
- ▶ Costo por período de pago: \$2.62
- ▶ Inicie sesión en su cuenta www.spiraxsarcobenefits.com/WM para inscribirse en este beneficio.

Si un nuevo empleado se inscribe dentro de su inscripción inicial, la cuota debe ser deducida el primer día de pago en que se realizan las deducciones por la inscripción del empleado. Si no se inscribe en esta cobertura durante su período inicial de inscripción, entonces deben ser aprobados por la aseguradora para vincular esta cobertura (prueba de asegurabilidad (EOI)) antes de tomar deducciones.

Seguro de vida adicional para el empleado

- ▶ Incrementos de \$10,000.
- ▶ El nivel de cobertura mínimo es de \$10,000 y el máximo es de \$500,000.
- ▶ Existe una cantidad de aceptación garantizada de \$200,000, lo que significa que no se requiere completar preguntas médicas si se inscribe dentro de su inscripción inicial (o inscripciones abiertas posteriores).
- ▶ Esto solo se aplica a las nuevas coberturas o aumentos de cobertura.
- ▶ Consulte la tabla para las tarifas de solo seguro de vida.
- ▶ Reducciones basadas en la edad cuando tiene 65 años o más; sus beneficios de seguro de vida se reducirán a:
 - ▷ 35% del beneficio original a los 65 años
 - ▷ 50% del beneficio original a los 70 años
- ▶ Inicie sesión en su cuenta www.spiraxsarcobenefits.com/WM para inscribirse en este beneficio.

Grupos de edad	Tarifas para solo seguro de vida por cada \$1,000
Menor de 29 años	\$0.06
De 30 a 34	\$0.08
De 35 a 39	\$0.10
De 40 a 44	\$0.14
De 45 a 49	\$0.21
De 50 a 54	\$0.37
De 55 a 59	\$0.63
De 60 a 64	\$0.97
De 65 a 69	\$1.86
70 y más	\$3.02

Seguro de vida adicional para el cónyuge

Guardian

- ▶ Puede comprar seguro de vida adicional para su cónyuge solo si compra seguro de vida adicional para el empleado.
- ▶ Puede seleccionar un mínimo de \$10,000 a \$250,000 en incrementos de \$5,000, sin superar el 100% de la cantidad del empleado
- ▶ Existe una cantidad de aceptación garantizada de \$50,000, lo que significa que no se requiere completar preguntas médicas si su cónyuge se inscribe dentro de su inscripción inicial (o inscripciones abiertas posteriores). Esto solo se aplica a las nuevas coberturas o aumentos de cobertura.
- ▶ Consulte la tabla para las tarifas de solo seguro de vida en la página 36. La tarifa del cónyuge se basa en el grupo de edad de los empleados.
- ▶ Inicie sesión en su cuenta www.spiraxsarcobenefits.com/WM para inscribirse en este beneficio.

Seguro de vida adicional para hijos

Guardian

- ▶ Usted puede comprar una cantidad fija de \$10,000 de solo seguro de vida por hijo dependiente.
- ▶ El costo para usted es el mismo, sin importar cuántos hijos estén cubiertos por el plan.
- ▶ Si no se inscribe en este cobertura durante su período inicial de inscripción o inscripciones abiertas subsecuentes, entonces usted o su familia deberán responder preguntas de salud y ser aprobados por la aseguradora para vincular este cobertura (EOI). Acme-Company no deducirá ninguna cuota hasta que usted sea aprobado por la aseguradora en esta situación.
- ▶ Costo por período de pago \$0.78
- ▶ Inicie sesión en su cuenta www.spiraxsarcobenefits.com/WM para inscribirse en este beneficio.

Seguro de vida y accidentes en viajes de negocios

New York Life

Usted tiene un seguro de vida y accidentes en viaje de negocios por \$50,000.

Seguro por incapacidad

Guardian

Su salud financiera es una parte importante de su bienestar general. Sus beneficios de Acme-Company incluyen protección para sus ingresos en caso de que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo.

Los empleados de tiempo completo son elegibles para recibir beneficios para la continuación del sueldo el primer día del mes siguiente al mes en el que completan un período de espera de 30 días. Un empleado de Acme-Company que no puede trabajar debido a una enfermedad no ocupacional o lesión puede solicitar que su sueldo continúe con la cantidad mostrada a continuación durante los primeros 180 días de dicho incapacidad, dependiendo de la duración del servicio de la persona con la empresa.



Seguro por incapacidad a corto y a largo plazo

Seguro por incapacidad a corto plazo (STD)

La continuación del sueldo reemplaza un porcentaje de sus ingresos por un período corto cuando no puede trabajar debido a razones médicas. Si aún no puede trabajar después de 26 semanas, puede ser elegible para la cobertura por incapacidad a largo plazo (LTD), y comenzará después de cualquier período de espera aplicable, proporcionando reemplazo de ingresos a largo plazo.

Años de antigüedad	Cantidad de la continuación del sueldo
Menos de 30 días	No es elegible.
Más de 30 días pero menos de 1 año	Hasta 26 semanas al 60%
Más de 1 año pero menos de 5 años	Hasta 4 semanas al 100%; ajuste a las 26 semanas al 60%
Más de 5 años pero menos de 10 años	Hasta 12 semanas al 100%; ajuste a las 26 semanas al 60%
10 años o más	Hasta 26 semanas al 100%

Seguro por incapacidad a largo plazo (LTD)

Guardian

Si no puede regresar al trabajo debido a una enfermedad o lesión después de agotar el seguro por incapacidad a corto plazo, y está aprobado para el seguro por incapacidad a largo plazo, continuará recibiendo beneficios por el tiempo que permanezca elegible o hasta la edad normal de retiro del Seguro Social.*

Seguro por LTD proporcionado por empleador

Plan Core
Inicio de los beneficios
Los pagos de beneficios comenzarán después de que no haya podido trabajar durante 180 días debido a su incapacidad. Durante los dos primeros años de incapacidad, recibirá pagos de beneficios mientras no pueda trabajar en su ocupación. Después de dos años, continuará recibiendo beneficios si no puede trabajar en ninguna ocupación basada en capacitación, experiencia y educación.
Cantidad del beneficio
Cubre el 60% de su compensación mensual actual* si sufre de un accidente o enfermedad incapacitante hasta un máximo de \$8,500 por mes. La incapacidad total y parcial están cubiertas.
Tarifa
El costo es pagado por Acme-Company.

* Vea el certificado de clase para la elegibilidad y las disposiciones.

Si un nuevo empleado se inscribe dentro de su inscripción inicial, la cuota debe ser deducida el primer día de pago en que se realizan las deducciones por la inscripción del empleado. Si no se inscribe en esta cobertura durante su período inicial de inscripción, entonces deben ser aprobados por la aseguradora para vincular esta cobertura (prueba de asegurabilidad (EOI)) antes de tomar deducciones.

¿Por qué querría cobertura adicional por LTD?

Algunas estimaciones indican que el empleado promedio con cobertura por LTD pierde 2.5 años de trabajo. La cobertura por LTD asegura que un empleado todavía recibirá un porcentaje de sus ingresos mientras está fuera del trabajo.

Seguro por LTD voluntario

Plan con cobertura adicional
Inicio de los beneficios
Los pagos de beneficios comenzarán después de que no haya podido trabajar durante 180 días debido a su incapacidad. Durante los primeros dos años de incapacidad, recibirá pagos de beneficios mientras no pueda trabajar en su ocupación. Después de dos años, continuará recibiendo beneficios si no puede trabajar en ninguna ocupación basada en capacitación, experiencia y educación.
Cantidad del beneficio
Cubre el 70% de su compensación mensual actual* si sufre de un accidente o enfermedad incapacitante hasta un máximo de \$10,000 por mes. La incapacidad total y parcial están cubiertas.
Tarifa
\$0.200 de su sueldo mensual.

* Compensación anual significa el salario o sueldo anual de un empleado según lo informado por el empleador por el trabajo realizado para el empleador a la fecha en que se produce la pérdida cubierta. Incluye ingresos recibidos como comisiones, bonos y pago de horas extra, pero no cualquier otra compensación adicional. Las comisiones, los bonos y el pago de horas extra se promediarán conforme los 12 meses justo antes de la fecha en que ocurra la pérdida cubierta, o los meses empleado, si es un lapso menor a 12 meses.

Seguro por muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D) voluntario

Guardian

El seguro por muerte accidental y pérdida de extremidades voluntario está disponible solamente para usted o para usted y sus dependientes elegibles cubiertos por el plan familiar. Si lo selecciona, el plan proporciona protección adicional en todo el mundo las 24 horas del día y 365 días del año contra pérdidas por accidentes cubiertos dentro o fuera del trabajo, ya sea por negocios, vacaciones o en casa.

Seguro por muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D) voluntario

Compensación anual significa el salario o sueldo anual de un empleado según lo informado por el empleador por el trabajo realizado para el empleador a la fecha en que se produce la pérdida cubierta. Incluye ingresos recibidos como comisiones, bonos y pago de horas extra, pero no cualquier otra compensación adicional. Las comisiones, los bonos y el pago de horas extra se promediarán conforme los 12 meses justo antes de la fecha en que ocurra la pérdida cubierta, o los meses empleado, si es un lapso menor a 12 meses.

Inicie sesión en su cuenta www.spiraxsarcobenefits.com/WM para inscribirse en este beneficio.

Plan solo EE	Plan familiar
Incrementos específicos de \$10,000 hasta un máximo de \$500,000 que no exceda 5 veces sus ingresos anuales como empleado.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Puede seleccionar un mínimo de \$10,000 a \$250,000 en incrementos de \$5,000 ▶ Hijo: \$10,000

	Tarifas cada \$1,000
Empleado	\$0.02
Cónyuge	\$0.02
Hijos	\$0.02



Seguro de enfermedades graves

Con el seguro enfermedades graves, también obtiene acceso a servicios de apoyo de atención médica. Puede hablar con expertos médicos y de reclamos sobre su cobertura médica, beneficios, diagnóstico y opciones de tratamiento.

Ayuda a proteger sus finanzas de una enfermedad

Cuando usted, su cónyuge o su hijo son diagnosticados con una afección cubierta, puede recibir un beneficio en efectivo para ayudar a pagar costos inesperados que no están cubiertos por su plan médico.

Ayuda a cubrir los gastos relacionados

Si bien los planes de salud pueden cubrir los costos directos asociados con una enfermedad grave, puede usar su beneficio para ayudar con los gastos relacionados, como la pérdida de ingresos, el cuidado de los hijos, los viajes hacia y desde el tratamiento, los deducibles y los copagos.

Paga un beneficio en efectivo directamente a usted

El seguro de enfermedades graves se puede usar como guste, y paga de forma adicional a cualquier otra cobertura que ya tenga. Es más, todos los miembros de la familia en su plan son elegible para un beneficio de evaluación médica también pagado directamente a usted una vez cada año por persona cubierta.

Beneficios (puedes comprar esta cobertura en una tarifa de grupo)

Para usted	Puede optar por una cobertura de entre \$10,000 y \$30,000 en incrementos de \$10,000. Sin tener que responder preguntas médicas.
Para su cónyuge	Si elige cobertura para usted, puede elegir entre \$10,000 y \$30,000 de cobertura, en incrementos de \$10,000. Sin tener que responder preguntas médicas. No puede exceder el 100% de la cantidad del empleado.
Para sus hijos	Si elige cobertura por usted, su hijo está cubierto automáticamente sin ningún costo adicional al 50% de su cantidad elegida.

¿Qué cubre?

Una vez que su cobertura tiene validez, puede presentar un reclamo para afecciones cubiertas diagnosticadas después de la fecha de validez de su plan de seguro. A la derecha está la lista completa de afecciones.

Afecciones cubiertas: el plan paga el 100% de la cantidad del beneficio a menos que se indique lo contrario

Condiciones básicas	Ataque cardíaco R Accidente cerebrovascular R: moderado 50% Accidente cerebrovascular R: severo 100% Insuficiencia orgánica mayor (corazón, hígado, páncreas, pulmones) R Enfermedad arterial coronaria R: 10% Enfermedad arterial coronaria	Enfermedad con Bypass R: 50% Marcapasos R: 10% Ataque isquémico transitorio (TIA) R: 10% Embolia pulmonar R: 30% Aneurisma R: 10% Insuficiencia renal R
Afecciones cancerosas	Cáncer invasivo R Cáncer no invasivo R: 30% Cáncer de piel: \$250 BRCA1 o BRCA2	Mutación: 30% Insuficiencia de la médula ósea R Tumor benigno de cerebro o médula espinal R
Otras afecciones	Enfermedad de Addison 30% Coma Pérdida de la audición, de la vista o del habla Parálisis permanente Quemaduras graves Enfermedad de Alzheimer: etapa temprana 50% Enfermedad de Alzheimer: etapa avanzada 100% ALS (Enfermedad de Lou Gehrig) Demencia: otras causas 100% Enfermedad de Huntington 30%	Esclerosis Múltiple (EM): etapa temprana 50% Esclerosis Múltiple (EM): etapa avanzada 100% Miastenia Gravis 30% Enfermedad de Parkinson: etapa temprana 50% Enfermedad de Parkinson: etapa avanzada 100% Enfermedad de Crohn 30% Epilepsia 10% Lupus 30% Colitis ulcerosa 30%
Las afecciones de la infancia aplican solo a los hijos dependientes	Trastorno del espectro autista Parálisis cerebral Labio o paladar hendido Pie zambo Defecto cardíaco congénito Fibrosis quística	Diabetes de tipo 1 Síndrome de Down Hemofilia Síndrome inflamatorio multisistémico (MIS) Distrofia muscular Espina bífida
Beneficio de exámenes de bienestar	Pagadero a cualquier persona cubierta en su plan una vez cada año, una vez que proporcione una prueba de un examen de salud elegible.	Empleado: \$50 Cónyuge \$50 Hijo - \$50

R = beneficio de recurrencia disponible.

¿Cuándo necesitaría el beneficio de recurrencia?

A veces, las personas son diagnosticadas con la misma afección dos veces. Si esto le sucede a usted, y han pasado 6 meses consecutivos sin tratamiento, entre el primer y el segundo diagnóstico, le pagaremos un beneficio adicional (la cantidad la cual se indica en su certificado). Solo las condiciones marcadas (R) en la tabla anterior son elegible para el beneficio de recurrencia. Una vez que se le haya pagado un beneficio de recurrencia, no se pagará ningún beneficio adicional por esa enfermedad grave.

Preguntas frecuentes

¿Necesito responder a alguna pregunta de salud para inscribirme?

Usted no necesita contestar ninguna pregunta de salud para inscribirse en el seguro de enfermedades graves, todas las pólizas tienen garantía de que no habrá preguntas de salud. Si no elige cobertura durante esta inscripción abierta, puede elegir cobertura durante un evento de vida calificado o una futura inscripción anual sin hacer preguntas de salud.

¿Cómo presento un reclamo?

Si tiene un diagnóstico después de la fecha de validez of cobertura, puede presentar un reclamo con nosotros descargando formularios de nuestro sitio web. Le pediremos que usted y su médico proporcionen información sobre su condición médica.

¿Cómo obtengo el beneficio de evaluación médica?

Es posible que le paguen el beneficio cuando usted o un miembro de su familia cubierto presenten una prueba de un examen cubierto cada año, como análisis de sangre específicos, exámenes de cáncer, pruebas de esfuerzo cardíaco, vacunas, exámenes deportivos escolares y más (pueden variar según el estado). El formulario de reclamo también se puede descargar desde nuestro sitio web.

¿Puedo recibir beneficios por más de una enfermedad grave?

Sí. Si usted tiene dos diagnósticos de enfermedades graves calificadas, se le pagará por ambos. No hay período de espera entre diagnósticos. Solo puede recibir beneficios de reclamos una vez por cada afección cubierta a menos que se pague un beneficio de recurrencia.

Los aportes se hacen con dinero después de impuestos por lo que la cantidad del beneficio pagadero a usted no está gravado.

¿Puedo llevarme mi seguro si dejo el trabajo con mi empleador?

Dependiendo de las variaciones estatales y del plan de su empleador, usted puede tener la opción de continuar la cobertura cuando su empleo termine. Su empleador puede asesorarle sobre sus opciones.

Tarifas

Las tarifas son válidas a partir del 1° de enero de 2026. Las tablas a continuación muestran posibles cantidades de cobertura y sus costos cada dos semanas. Busque su grupo de edad (según el fecha de validez de la cobertura) para ver el costo por la cantidad de cobertura que elija.

Seguro de enfermedades graves

EMPLEADO

Cantidades cada dos semanas del empleado	Menos de 30	De 30 a 39	De 40 a 49	De 50 a 59	De 60 a 69	70 años o más
\$10,000	\$1.89	\$3.05	\$6.00	\$11.86	\$20.12	\$33.88
\$20,000	\$3.78	\$6.09	\$12.00	\$23.72	\$40.25	\$67.75
\$30,000	\$5.68	\$9.14	\$18.00	\$35.58	\$60.37	\$101.63

CÓNYUGE

Cantidades cada dos semanas del cónyuge	Menos de 30	De 30 a 39	De 40 a 49	De 50 a 59	De 60 a 69	70 años o más
\$10,000	\$1.85	\$3.05	\$6.00	\$11.86	\$20.12	\$33.88
\$20,000	\$3.78	\$6.09	\$12.00	\$23.72	\$40.25	\$67.75
\$30,000	\$5.68	\$9.14	\$18.00	\$35.58	\$60.37	\$101.63

HIJOS

Se ofrecerá a los hijos el 50% de la cantidad de cobertura elegida por el empleado automáticamente sin cargo adicional.

Dato rápido sobre enfermedades graves

La mayoría de las víctimas de ataques cardíacos son de mediana edad o mayores; el riesgo de un ataque cardíaco aumenta para los hombres después de los 45 años y para las mujeres después de los 55 años.



Seguro de accidentes

Los accidentes que ocurren fuera del trabajo pueden estar protegidos con el seguro de accidentes de Guardian. Este plan está diseñado para pagarle efectivo directamente a usted, el empleado. Este apoyo en efectivo adicional se puede usar para ayudar a pagar gastos de desembolsos relacionados con la lesión. Los pagos se hacen libres de impuestos y los puede usar según lo decida.

Beneficio de bienestar: \$50 por empleado o dependiente cubierto al año por completar exámenes de bienestar de rutina.

Algunos beneficios cubiertos	Cantidad del beneficio
Ingreso hospitalario	\$1,500
Hospitalización diaria (hasta 365 días)	\$300
Hospitalización diaria en UCI (hasta 15 días)	\$600
Quemaduras	Hasta \$12,000
Ambulancia (terrestre/aérea)	\$200/\$1,000
Rotura del cartílago de la rodilla	\$500

Plan de seguro de accidentes	Tarifas cada dos semanas
Empleado	\$5.81
Empleado y cónyuge	\$9.65
Empleado e hijos	\$9.68
Familia	\$13.51

Ejemplo: Fractura de tobillo	Cantidad del beneficio
Sala de emergencias con radiografías	\$340
Fractura de tobillo, reducción cerrada (no cirugía)	\$2,000
Fisioterapia (10 sesiones)	\$350
Consulta médica de seguimiento (por consulta)	\$50
Total pagadero al empleado	\$2,740



Seguro de indemnidad hospitalaria

El seguro de indemnidad hospitalaria de Guardian está diseñado para brindar asistencia financiera en caso de un evento que dé como resultado una hospitalización, para complementar su cobertura actual. Los empleados pueden usar el beneficio que se muestran a continuación para cubrir gastos de desembolso y facturas adicionales en las que puedan incurrir. Los beneficios se le pagan directamente a usted, independientemente del costo real del tratamiento. A continuación hay un ejemplo de cómo se pagaría un viaje al hospital para un parto.

Beneficios cubiertos	Cantidad del beneficio
Beneficio de admisión hospitalaria (máximo 2 admisiones combinadas con UCI)	\$1,000
Beneficio de admisión a la UCI (pagado si se admite directamente a la UCI)	\$2,000
Hospitalización diaria (hasta 30 días por año)	\$200
Hospitalización diaria en UCI (hasta 30 días por año)	\$400

Plan de seguro de indemnidad hospitalaria	Deducciones cada 2 semanas
Empleado	\$8.34
Empleado y cónyuge	\$18.07
Empleado e hijos	\$14.07
Empleado y familia	\$23.79

Ejemplo: Parto con estancia de 3 días	Cantidad del beneficio
Beneficio de admisión hospitalaria	\$1,000
Hospitalización diaria (empezando el segundo día)	\$200
Cantidad total del beneficio	\$1,400



Plan de retiro 401(k)

Fidelity

Un empleado es elegible para participar a la edad de 18 años, y los aportes comenzarán en la primera nómina después de un mes de servicio. El diferimiento predeterminado es el 6% de su ingresos. Todas las nuevas contrataciones y los empleados tienen la opción de "salirse" del plan 401(k) en cualquier momento.

Adquisición de derechos

La adquisición de derechos se refiere a la propiedad del dinero en su cuenta. Usted siempre adquiere plenos derechos al 100% en sus aportes (incluyendo cualquier transferencia de aportes que haya hecho al plan), además de cualquier ingreso generado por esos aportes.

Ahorre más de forma automática con el aumento automático

Acme-Company está listo para ayudarlo a construir su nido para el retiro más rápidamente con un aumento anual automático del 1%.

Puede optar por no participar en este momento, iniciando sesión en NetBenefits de Fidelity en www.netbenefits.com.

¡Eso es todo lo que hay!

La mejor parte es que apenas notará una diferencia en su salario, pero verá una gran diferencia en la cantidad que ahorra para su retiro a largo plazo. Por supuesto usted puede cambiar o interrumpir sus aportes en cualquier momento.

Considere transferir cuentas anteriores de retiro a Fidelity Investments para agilizar sus ahorros y simplificar su vida.

Descripción resumida del plan: Los puntos destacados anteriores representan solo una breve descripción general de las características del plan y no constituyen un documento legalmente vinculante. Por favor, consulte la descripción resumida del plan para obtener más información sobre las disposiciones específicas del plan.

Sus aportes al plan

- ▶ Usted puede optar por hacer los siguientes aportes del 1% al 80% de su pago de elegible.
 - ▷ Antes de impuestos.
 - ▷ Aportes Roth después de impuestos.
- ▶ También se aplica un límite del IRS para 2026 (ajustado anualmente por la inflación).
- ▶ Usted puede optar por hacer un aporte compensatorio, siempre y cuando tenga 50 años o más al final del año natural.
- ▶ No se puede determinar que los aportes sean aportes compensatorios hasta que los aportes regulares antes de impuestos del sueldo diferido del participante superen un límite aplicable conforme al plan. (Estos límites podrían incluir el límite de 402(g), el límite de 415, los límites del plan o los límites que se aplican a los empleados con altas compensaciones como resultado de la prueba 401(k) ADP o las disposiciones específicas del plan.)
- ▶ Si tiene una cuenta de plan de retiro existente con un empleador anterior, puede transferir el dinero o la cuenta al plan.
- ▶ Puede detener sus aportes en cualquier momento.
- ▶ Usted puede incrementar o disminuir la cantidad de sus aportes en cualquier momento.

Aportes del empleador

Acme-Company se complace en proporcionar un plan competitivo que incluye un aporte fijo de la empresa del 5% de su sueldo a su plan 401(k) y un aporte correspondiente del 50% de su primer 6% de pago diferido (máximo 3% del aporte correspondiente de la empresa). Esto representa la oportunidad de un total combinado del 8% del aporte de la empresa y el aporte correspondiente a su 401(k).

Fácil acceso a su cuenta de retiro

El sitio web de su plan es el primer paso para todo lo que quiera saber sobre su cuenta. Úselo para iniciar sesión en su cuenta, encontrar información sobre sus beneficios del plan de retiro y saber más sobre cómo ahorrar para su futuro. Una vez que haya iniciado sesión, puede revisar el estado actual de su cuenta, realizar cambios y acceder a herramientas que le ayuden a personalizar su estrategia de retiro. Desde el menú principal, desplácese sobre las pestañas a la izquierda y seleccione la acción que desea realizar de las listas desplegables.

Consultar el saldo de su cuenta

- ▶ El saldo aparece automáticamente en la página "Overview" (Resumen) (en el menú "Home" (Inicio) en la parte superior de la pantalla).
- ▶ Para el saldo de la cuenta por fondo, haga clic en "Details" (Detalles).

Revisar el rendimiento de las inversiones

- ▶ Para obtener detalles de rendimiento y tarifas para todos los fondos de su plan, en el menú "Review" (Revisar), haga clic en "Fund and Fee Information" (Información de fondos y tarifas).

Cambio en la cantidad del aporte

- ▶ Para elegir o cambiar la cantidad de su aporte e inscribirse en aumentos automáticos anuales, en el menú "Manage" (Administrar), haga clic en "Contributions" (Contribuciones).

Cambiar las asignaciones de inversión futuras (nuevos aportes)

- ▶ Para elegir o cambiar cómo se invertirán los nuevos aportes, en el menú "Manage" (Administrar), haga clic en "Future Allocations" (Asignaciones futuras).

Transferencia entre opciones de inversión (activos corrientes)

- ▶ Para transferir saldos entre individuos o grupos de fondos, en el menú "Manage" (Administrar), haga clic en "Transfers" (Transferencias).
- ▶ Para cambiar su combinación de inversión general, en el menú "Manage" (Administrar), haga clic en "Current Allocations" (Asignaciones actuales).

Obtenga detalles de su préstamo

- ▶ Para revisar el estado de su préstamo y obtener los detalles del pago de los préstamos actuales (si corresponde), en el menú "Review" (Revisión), haga clic en "Loans" (Préstamos).

Revise sus perspectivas de retiro

- ▶ Para ver su pronóstico actual de retiro, en el menú "Are you OnTrack", haga clic en "Brighten Your Outlook" (Ilumine sus perspectivas).
- ▶ Para actualizar sus objetivos de retiro, como la edad y los ingresos deseados para el retiro, en el menú "Are You OnTrack", haga clic en "Profile and Goals" (Perfil y objetivos).

Calcule escenarios hipotéticos de retiro

- ▶ En el menú "Resources" (Recursos), haga clic en "Calculators" (Calculadoras).
- ▶ Vea el impacto de cambiar sus aportes.
- ▶ Calcule sus ingresos del Seguro Social.
- ▶ Determine el verdadero costo de tomar un préstamo de su cuenta.

Atención al cliente

- ▶ Desde la parte inferior izquierda en cualquier página, selecciona "Help" (Ayuda).

www.netbenefits.com

Planificación financiera

CapTrust Asesor Financiero

Acme-Company se asocia con CapTrust para ayudarle a tomar decisiones financieras seguras. Todos los colegas tienen acceso ilimitado a asesoramiento profesional e imparcial para ayudarle a adaptar sus objetivos financieros.

Estamos aquí para ayudarle

- ▶ **Planee:** CapTrust le ayudará a desarrollar un plan que mire su panorama financiero ahora y en el futuro.
- ▶ **Ahorre:** trabaje con CapTrust para crear pequeños pasos para acercarlo a sus objetivos de ahorro.
- ▶ **Invierta:** CapTrust está aquí para darle consejos para que pueda tomar decisiones con seguridad.
- ▶ **Retírese:** A medida que se acerca a su retiro, es importante que verifique regularmente su progreso y plan.

Asesores financieros dedicados lo esperan, y nuestro mostrador de asesoramiento está siempre a su disposición. Programe una cita llame al **800.967.9948**. También puede visitar www.captrustatwork.com.



Reembolso de colegiatura de Acme-Company

Acme-Company fomenta el desarrollo profesional y personal de nuestros colegas para mejorar sus conocimientos y habilidades, mejorando así su potencial para futuras oportunidades de empleo.

Principales beneficios

- ▶ **Apoyo financiero:** los empleados elegibles reciben un 70% de los costos de reembolso de colegiatura, hasta \$5,250 por año natural, libres de impuestos.
- ▶ **Opciones flexibles de aprendizaje:** cubre cursos de matriculación y no matriculación de instituciones acreditadas, incluido el aprendizaje electrónico.
- ▶ **Coberturas adicionales:** incluye los costos académicos y libros relacionados.
- ▶ **Elegibilidad:** disponible para empleados de tiempo completo con seis meses de servicio.
- ▶ **Basado en el rendimiento:** el reembolso se otorga para cursos completados con una calificación mínima de B-.

Reglas adicionales

Cualquier beneficio financiero solicitado y aprobado bajo este programa de reembolso de colegiatura será coordinado con cualquier otra asistencia de colegiatura, como el G.I. Bill. Esto significa que los empleados pueden recibir un 100% de reembolso del total de fuentes disponibles. Cualquier beneficio otorgado a un empleado debe proceder primero de fuentes de asistencia externa, con este programa de reembolso de colegiatura actuando como un complemento, hasta el 100% del costo de colegiatura, con un máximo del 70% del programa de la empresa. El empleado no puede recibir pagos duplicados.

Para obtener detalles completos sobre cómo solicitarlo y el proceso de aprobación, consulte la póliza de reembolso de colegiatura en el Manual del Empleado.



¡Bienvenido!



El bienestar de por vida comienza aquí

Acme Company continúa asociándose con HealthCheck360 en los beneficios de sus empleados. Queríamos contarle un poco sobre lo que ganará al participar en HealthCheck360. HealthCheck360 es una empresa de bienestar dedicada a mejorar la salud y el bienestar general. HealthCheck360 le proporciona las herramientas, la motivación y el apoyo para ayudarlo a lo largo de su viaje hacia una vida más saludable. Tendrá acceso a asesores de salud que pueden ayudarlo a aprender más sobre sus resultados y establecer metas personales. Esté atento a los desafíos de bienestar, recetas, seminarios web y más para que enfocarse en su salud sea divertido y fácil.

Recompensas de bienestar

Además de obtener información poderosa y personalizada sobre su salud y bienestar, ofreceremos recompensas de bienestar por participar en el programa.

Requisitos del programa y recompensas:

- Los asociados en el plan médico recibirán una reducción de la cuota del 20% al completar una evaluación biométrica y no ser consumidor de tabaco antes del 10/16/2026.
- Los asociados puede participar en actividades adicionales de bienestar para ganar puntos/dólares
 - Ganará \$100 por trimestre por alcanzar 200 puntos, con un potencial máximo de ganancias de \$400 entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2026.

¡Comience hoy mismo!

- Descargue myHC360 y su aplicación móvil.
- Seleccione "Register" (**Registrarse**) e introduzca su información:
 - Su código de la empresa es **SPIRX**
 - Su ID único son los últimos 4 números de su **SSN**
- Complete el formulario, acepte los términos y condiciones y seleccione "Create Account" (**Crear cuenta**)



Código de la empresa: **SPIRX**

Identificación única:
últimos 4 números de su **SSN**



Si no puede obtener un resultado de salud para obtener un incentivo bajo el programa HealthCheck360, puede trabajar con HealthCheck360 para obtener la oportunidad de ganar el mismo incentivo a través de un proceso alternativo razonable. Para hablar con un representante sobre las opciones disponibles para usted, comuníquese con HealthCheck360 al 1-866-511-0360 antes del 16 de octubre de 2026.

Permiso médico familiar (FML)

Su permiso médico familiar es administrado por Guardian en nombre de la empresa. Las solicitudes de Ley de Permisos por Motivos Familiares y Médicos (FMLA) de los empleados serán aprobadas y administradas por Guardian para proteger sus beneficios y asegurar que se presenten reclamos calificados. Una vez que falte 5 días consecutivos al trabajo, se le pedirá que envíe una solicitud de FMLA.

El FMLA le brinda hasta 12 semanas de permiso con protección del empleo y sin remuneración a los empleados elegibles por ciertos motivos familiares y médicos. Los empleados son elegibles si han trabajado para Acme-Company un mínimo de un año, y un total de 1,250 horas durante los 12 meses anteriores.



Razones para permiso bajo la Ley de Permisos por Motivos Familiares y Médicos (FMLA)

Se otorgará un permiso sin goce de sueldo por cualquiera de los siguientes motivos, que son:

- ▶ cuidado de su hijo luego del nacimiento, preadopción o llegada a una familia de acogida;
- ▶ cuidado de su cónyuge, hijo, hija o alguno de sus padres que tenga una afección grave;
- ▶ por una afección grave que no le permita llevar a cabo su trabajo;
- ▶ permiso para "Exigencia Calificada": cubriría a un empleado o al cónyuge de un empleado, hijo o padre, que haya recibido una llamada para apoyar una operación militar calificada
- ▶ permiso para cuidar de un miembro en servicio lesionado: el cónyuge, hijo, padre o "pariente más cercano" (definido como el "pariente de sangre más cercano") de un miembro en servicio cubierto tiene derecho a permiso para cuidar del miembro en servicio cubierto

Beneficios y protección del trabajo

- ▶ Durante el permiso de la ley FMLA, Acme-Company debe mantener su cobertura de médica bajo cualquier "plan de salud grupal" en las mismas condiciones que si el empleado hubiera seguido trabajando.
- ▶ Al reincorporarse al trabajo después del permiso en virtud de la FMLA, la mayoría de los empleados vuelven a sus cargos originales o a puestos equivalentes con un sueldo, beneficios y demás condiciones de trabajo.
- ▶ El uso del permiso en virtud de la FMLA no puede resultar en la pérdida de ningún beneficio laboral que se haya acumulado antes del comienzo del permiso del empleado.

¿Cómo solicitar un permiso conforme a la FMLA.

Comuníquese con Guardian llamando al **888.889.2953** o inicie sesión en <https://g00056068.glicleavepro.com>.

- ▶ Su información será verificada por un especialista en beneficios que iniciará el proceso del permiso médico familiar y responderá a cualquier pregunta que pueda tener.
- ▶ Se le notificará el estado de su solicitud de permiso por la Ley de Permisos por Motivos Familiares y Médicos (FMLA) una vez que se haya procesado.
- ▶ Comuníquese con su Supervisor o Recursos Humanos para reportar su ausencia de acuerdo con las pautas de solicitud de tiempo libre en el sitio. (Ver Manual del Empleado)

Notificación previa y certificado médico

Se le podrá exigir que presente una notificación previa del permiso y un certificado médico. El permiso podría denegarse si no se cumplen los requisitos:

- ▶ Una vez que falte 5 días consecutivos al trabajo, se le pedirá que envíe una solicitud de FMLA.
- ▶ Por lo general, usted debe avisar con 30 días de anticipación si el permiso es previsible.
- ▶ Acme-Company podría solicitar la presentación de un certificado médico que justifique la solicitud del permiso debido a una afección grave y podría exigir la obtención de una segunda o tercera opinión (a cargo del empleador), así como un informe de aptitud para el trabajo antes de que el empleado se reintegre.

888.889.2953

<https://g00056068.glicleavepro.com>

Permiso parental por género neutro

La empresa se compromete a garantizar el mejor comienzo para las nuevas familias al dar a cada colega que se convierte en un nuevo padre hasta 16 semanas de permiso parental con pago completo, dondequiera que se encuentren, quienquiera que sean y como sea que inicien su nueva familia. Este permiso funcionará simultáneamente con el permiso de Ley de Permisos por Motivos Familiares y Médicos (FMLA), incapacidad y cualquier permiso ofrecido por el estado.

Elegibilidad de los empleados

Todos los empleados (incluidos de tiempo completo y empleados de tiempo parcial) pueden ser elegibles por hasta 16 semanas de permiso parental con pago completo con el fin del nacimiento o adopción de un niño menor de 18 años de edad (menos de 23 años si la persona adoptada es mental o físicamente discapacitada) dentro de los primeros 18 meses de la llegada del hijo. Si dos empleados de la empresa tienen un nacimiento o adoptan al mismo hijo, entonces esos dos empleados tienen derecho a un total de 16 semanas de permiso.

Los empleados que han tenido un nacimiento pueden ser elegibles para beneficios por la póliza por incapacidad a corto plazo de Acme-Company. Se anima a los empleados a solicitar los beneficios por incapacidad a corto plazo notificando a Guardian tan pronto como sea razonablemente posible después de creer que la elegibilidad ha comenzado. Si un empleado no es elegible para tal beneficio, se le anima a utilizar el tiempo de vacaciones acumulado durante el período de permiso parental. Una vez agotadas las vacaciones acumuladas, el saldo del permiso será sin pago.

Notificación del permiso

Para ser elegible para el permiso parental, el empleado debe dar a su gerente y a Guardian con por lo menos 30 días, aviso de su fecha prevista de salida y la intención de regresar al trabajo o aviso tan pronto como sea posible si el retraso en la notificación es por una razón fuera del control del empleado.

Compensación y beneficios durante un permiso

Mientras estén en permiso, los empleados continuarán recibiendo el pago completo a menos que sean elegibles para permisos pagados por el estado. Los empleados siguen siendo responsables de su parte de los costos de los beneficios de médicos y de bienestar. Un lapso en el pago de más de 30 días puede resultar en la terminación de los beneficios.



Permiso de cuidador.

Acme-Company cree que cada colega que es un cuidador debe recibir apoyo para equilibrar sus responsabilidades de cuidado con su trabajo. Esto puede dificultar el equilibrio entre el trabajo y la atención que necesitan para otros que dependen de ellos. Para ayudar en estas situaciones, todos los colegas (incluidos empleados de tiempo completo y empleados de tiempo parcial) pueden acceder a hasta 15 días pagados por permiso de cuidador cada año, lo que les permite proporcionar atención esencial y seguir contribuyendo al éxito de nuestro grupo.

Lo que queremos decir con un dependiente

Un dependiente es alguien que confía en el colega para su cuidado o apoyo. Esto podría incluir a niños, adultos vulnerables, personas con discapacidades, personas con afecciones a largo plazo o terminales, adultos mayores, veteranos, personas con afecciones emocionales o relacionadas con la demencia, u otros.

Notificación del permiso

Los colegas deben discutir cualquier permiso de cuidador con su gerente por adelantado. El permiso se puede tomar por hora, como un día, o en bloques de días, según sea razonable y disponible desde el primer día de empleo.

Para obtener una lista completa de las políticas pagadas y no pagadas, consulte el Manual del Empleado. Acme Company cumple con los programas estatales y federales de permiso.



Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Acme-Company ofrece un Programa de Asistencia al Empleado (EAP) a través de First Sun EAP para que los empleados y sus familiares calificados puedan tener un lugar para buscar asesoramiento y ayuda. Cualquier cosa que discuta con ellos se mantiene confidencial.

Las primeras ocho (8) consultas de bienestar son gratuitas. Se incluyen cinco (5) sesiones de trabajo-vida sin cargo; estas sesiones pueden cubrir temas como administración financiera, consulta legal, consultas sobre personas mayores y de cuidado infantil.

Los servicios disponibles incluyen

SERVICIOS DE ASESORAMIENTO

- ▶ Inquietudes personales
- ▶ Duelo y pérdida
- ▶ Problemas de traumas
- ▶ Control de la ira
- ▶ Conflictos familiares
- ▶ Control del estrés
- ▶ Preocupaciones en el lugar de trabajo
- ▶ Ansiedad

CONSULTAS FINANCIERAS

- ▶ Presupuesto
- ▶ Asesoramiento sobre deudas
- ▶ Refinanciación
- ▶ Fondos para la universidad
- ▶ Planes de retiro o planes 401(k)

SERVICIOS LEGALES

- ▶ Domésticos o familiares
- ▶ Civiles o del consumidor
- ▶ Penales
- ▶ Planificación del patrimonio
- ▶ Bienes raíces.
- ▶ Documentos legales

RECURSOS PARA EL CUIDADO DE ADULTOS

- ▶ Apoyo de cuidadores
- ▶ Recursos comunitarios
- ▶ Educación financiera y legal

RECURSOS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

- ▶ Desarrollo infantil
- ▶ Inquietudes acerca de necesidades especiales
- ▶ Selección de escuelas
- ▶ Información sobre tutorías
- ▶ Inquietudes sobre padres o hijos
- ▶ Información sobre guarderías
- ▶ Información sobre campamentos de verano

RECURSOS PARA CRIANZA O ADOPCIÓN

- ▶ Habilidades y apoyo para crianza
- ▶ Consultas e información sobre adopción

RECURSOS DE CONSULTA UNIVERSITARIA:

- ▶ Selección de la escuela conveniente
- ▶ Comprender el proceso de solicitud y admisión
- ▶ Preguntas sobre exámenes de admisión
- ▶ Sitios web de ayuda financiera

Los profesionales del EAP están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para ayudarlo. Llame gratis al **800.968.8143** o de manera local en SC al **803.376.2668**. También puede visitar www.firstsuneap.com.

Programa de Asistencia al Empleado (EAP) mundial

El nuevo EAP para todo el grupo está disponible para todos los empleados y sus dependientes en todo el mundo, en su idioma local e incluye los servicios a continuación:

- ▶ Asesoramiento 24 horas
- ▶ Asesoramiento jurídico y financiero
- ▶ 6 sesiones de asesoramiento presenciales (o virtuales)
- ▶ Asesoramiento en incidentes críticos
- ▶ Recursos en línea
- ▶ Apoyo a la gestión

Siga los pasos a continuación para acceder a los servicios EAP directamente a través del sitio web:

Visite www.guidanceresources.com.

1. Registrarse utilizando la identificación web de la organización: HealthAssuredEAP
2. Haga clic en la bandera o el icono del globo en la esquina superior derecha
3. Elija su país
4. Elija el servicio que necesita: se le proporcionará un número local para llamar



Días feriados, vacaciones, y permiso por enfermedad

Días feriados

Acme-Company, Inc. Proporciona días feriados con goce de sueldo como parte de su paquete de beneficios integral para apoyar al personal en su esfuerzo por equilibrar las responsabilidades laborales y familiares. Por favor tome nota del siguiente programa de vacaciones para 2026:

Días festivos flotantes: como solo hay 9 días feriados programados, habrá un día festivo flotante que se puede tomar en cualquier momento en todo el año.

Día festivo	Fecha
Año Nuevo	Jueves 1º de enero
Día de Martin Luther King Jr.	Lunes 19 de enero
Día de Conmemoración de los Caídos (Memorial Day)	Lunes, 25 de mayo
Día de la Liberación (Juneteenth)	Viernes 19 de junio
Día de la Independencia	Viernes 3 de julio
Día del Trabajo	Lunes, 7 de septiembre
Día de Acción de Gracias	Jueves, 26 de noviembre
Día después del Día de Acción de Gracias	Viernes, 27 de noviembre
Navidad	Viernes 25 de diciembre
1 día festivo flotante	Para ser utilizado en cualquier momento durante el año antes del 31 de diciembre de 2026

Vacaciones

Todos los empleados regulares de tiempo completo acumulan vacaciones sobre una base prorrateada de año natural (enero a diciembre) de la siguiente manera:

Años cumplidos de servicio continuo	Acumulación de vacaciones	Acumulación cada dos semanas
Desde el inicio hasta el final del 4º año	15 días	4.62
Inicio del 5º año	17 días	5.23
Inicio del 10º año	20 días	6.15
Inicio del 15º año	22 días	6.76
Inicio del 20º año	25 días	7.69

Acumulación de vacaciones y progresión de nivel

Los empleados acumularán tiempo de vacaciones de acuerdo con el programa de acumulación estándar a menos que un contrato o estado especifique términos diferentes. En tales casos, la acumulación de vacaciones seguirá los términos del contrato.

A medida que continúe su viaje con nosotros, su tiempo de vacaciones crecerá con usted. Nuestro sistema de nómina actualiza automáticamente su acumulación de vacaciones en función de cuánto tiempo ha estado con la empresa. Por ejemplo, cuando llegue a 5 años de servicio continuo, comenzará a acumular 17 días de vacaciones al año. En lugar de recibir todos sus días extra a la vez, su tiempo de vacaciones se acumulará constantemente en todo el año con la nueva tarifa. Por favor, consulte el programa de vacaciones.

Estamos emocionados de compartir que una nueva mejora a nuestra política de vacaciones ya está en marcha. A partir de 2025, puede transferir hasta 40 horas de tiempo de vacaciones acumulado al siguiente año, lo que le da más flexibilidad para utilizar su tiempo libre.

Para obtener más detalles sobre el programa de días festivos, la política de vacaciones y el permiso por enfermedad, visite el portal de empleados de Watson-Marlow en www.spiraxsarcobenefits.com/WM y haga clic en el Manual del Empleado en la barra de herramientas superior.

Permiso por enfermedad

A los empleados se les proporcionará un cantidad global de 80 horas de permiso por enfermedad al inicio de cada año de beneficios. Los empleados pueden usar hasta 80 horas de permiso por enfermedad por año natural. El permiso por enfermedad se prorratea en función de la primera fecha de trabajo real del empleado.

Línea directa para empleados: Safecall



Safecall es su sistema personal de reporte de incidentes las 24 horas

Como organización, estamos comprometidos a reducir el fraude y las prácticas poco éticas en el lugar de trabajo y convertirlo en un lugar seguro e inclusivo para trabajar, un compromiso que se sustenta en nuestras políticas internas, procedimientos y Código de Conducta que ya está disponible para usted. El incumplimiento puede tener serias implicaciones para nuestro negocio y su reputación. Le animamos a plantear cualquier inquietud que pueda tener sobre una conducta potencialmente poco ética o actividad ilegal mediante:

- ▶ Reportarlos a su gerente de línea o
- ▶ Hablar con un gerente senior o
- ▶ Llamando a Safecall

Safecall debe usarse cuando no desea comunicarse directamente con alguien dentro del empresa. Safecall proporciona una línea de informes independiente y externa donde puede plantear sus preocupaciones y estar seguro de que serán abordadas por completo.

Cada llamada es tratada con total confianza por personal capacitado de Safecall que resumirá el contenido de la llamada y enviará un informe confidencial para su revisión y manejo adecuado. Safecall no revelará su nombre a nadie si desea permanecer en el anonimato.

¡Acceso confidencial 24/7!

www.safecall.co.uk/reports

866.901.3295

Informes confidenciales independientes acerca de

- ▶ Irregularidades contables
- ▶ Robo
- ▶ Abuso de sustancias
- ▶ Fraude
- ▶ Soborno y corrupción
- ▶ Conducta poco ética
- ▶ Accidentes industriales
- ▶ Prácticas laborales desleales
- ▶ Acoso
- ▶ Discriminación
- ▶ Comportamiento anticompetitivo
- ▶ Preocupaciones ambientales
- ▶ Salud y seguridad
- ▶ Fijación de precios
- ▶ Malos tratos
- ▶ ¡Y más!

Puede ponerse en contacto con Safecall en cualquier momento y pedir hablar con alguien en su idioma preferido (más de 40 están cubiertos).

Línea directa para casos de ética y cumplimiento

- ▶ De forma anónima
- ▶ Confidencial
- ▶ Fácil de usar
- ▶ Es rápido
- ▶ Siempre accesible
- ▶ Gratis

Estamos comprometidos a ayudarle a disfrutar de un ambiente laboral seguro, saludable y amigable. Use Safecall para informar sobre cosas que le preocupan y que se escuchen. Háganos saber cómo se siente.

Cambios a sus beneficios durante el año

El IRS requiere que las elecciones realizadas durante el período de inscripción anual sean efectivas para el próximo año del plan del 1º de enero al 31 de diciembre. Usted no puede cambiar su elección de beneficio después del período de inscripción anual a menos que experimente un evento de vida calificado.

Debe actualizar el portal dentro de los 30 días posteriores a su evento de vida Calificado y proporcionar toda la documentación requerida. Si no actualiza el portal con su evento de vida calificado y no proporciona documentación, debe esperar hasta el próximo período de inscripción anual para cambiar sus elecciones de beneficios.

A menos que el cambio que motiva el uso de su derecho de inscripción especial sea la pérdida de la elegibilidad de Medicaid o CHIP, debe solicitar su inscripción en el plazo de los 30 días posteriores a la terminación de la cobertura, suya o de sus dependientes (o posteriores al momento en que el empleador que patrocina la cobertura deja de hacer los aportes correspondientes).

Si el cambio que motiva el uso de su derecho de inscripción especial es la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP, puede solicitar su inscripción en este plan en el plazo de los 60 días posteriores a la fecha en que usted o sus dependientes pierden esa cobertura. De igual modo, si usted o sus dependientes se vuelven elegibles para recibir un subsidio para pagar las cuotas de este plan otorgado por el estado, usted puede solicitar la inscripción al plan dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que Medicaid o CHIP determinen que usted o sus dependientes cumplen con los requisitos para obtener el subsidio.

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una preadopción, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse. Sin embargo, debe solicitar su inscripción en el plazo de los 30 días posteriores al matrimonio, el nacimiento, la adopción o la preadopción.

Tipo de cambio en su situación familiar	Documentación requerida
	(Además de uno de los documentos a continuación, debe proporcionar la prueba adecuada del estado de su cónyuge o dependiente de la lista en la página anterior, si corresponde.)
Añadir o perder otra cobertura a través de otro plan patrocinado por su empleador	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Copia de la carta del empleador con una fecha de validez y el nombre de los dependientes que adquirieron o perdieron cobertura, O ▶ Copia de la carta del seguro con una fecha de validez y el nombre de los dependientes que adquirieron o perdieron cobertura, O ▶ Copia del certificado de cobertura acreditable de HIPAA con la fecha de validez y el nombre de los dependientes que perdieron cobertura, O ▶ Copia de la tarjeta de identificación del seguro con la fecha de validez y el nombre de los dependientes que adquirieron cobertura
Añade o pierde un dependiente elegible	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Copia de acta de nacimiento mostrándole como padre, O ▶ Copia del acuerdo de adopción, o ▶ Copia de los documentos de custodia o tutela de la corte, o
Nacimiento, adopción, colocación de adopción o muerte de su cónyuge o hijo	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Copia de la porción del grado de divorcio que muestra el dependiente, O ▶ Copia de una orden calificada de manutención o cobertura médica infantil (QMCSO), o ▶ Copia del certificado de defunción (si procede)
Orden calificada de manutención o cobertura médica infantil (para un hijo dependiente)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Copia de orden calificada de manutención o cobertura médica infantil (QMCSO)
Matrimonio, divorcio, separación legal o anulación	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Copia de los documentos legales con fechas de vigencia y nombre del dependiente

Información de contacto

Navegar a través de opciones de seguro, planes médicos y redes preferidas puede ser confuso y abrumador. A continuación encontrará algunos sitios web útiles para hacer este proceso más fácil para usted. El sitio web de beneficios le da acceso las 24 horas del día a información sobre sus beneficios, desde el trabajo o desde casa. También hace que sea fácil para usted obtener formularios de uso frecuente para que pueda mantener la información de sus beneficios al día. Tómese un minuto para explorar el sitio web en la siguiente dirección y vea cómo puede facilitarle la administración de sus beneficios. Revise cobertura de los beneficios, formularios y las descripciones resumidas de los planes (DPS) en: www.spiraxsarcobenefits.com/WM.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Lockton On-Call al **888.875.1868** o WMFTSBenefits@lockton.com.



PREGUNTAS SOBRE BENEFICIOS ¡ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDARLE!

Póngase en contacto con nuestro equipo de Lockton On-Call en **888.875.1868** o WMFTSBenefits@Lockton.com.

PLAN MÉDICO Y DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Blue Cross Blue Shield
800.922.1185

www.southcarolinablues.com

Blue CareOnDemand

www.bluecareondemandsc.com/landing.htm

Entrega a domicilio de OptumRx
855.811.2218

CUENTA DE AHORROS DE SALUD (HSA)

Fidelity
800.544.3716

www.netbenefits.com

CUENTA FLEXIBLE DE GASTOS (FSA)

Flores
800.532.3327

www.flores247.com

PLAN DENTAL

Guardian
800.541.7846

www.guardianlife.com

PLAN DE LA VISTA

EyeMed

www.eyemedvisioncare.com

SEGURO DE VIDA Y POR AD&D, SEGURO POR INCAPACIDAD

Guardian
Seguro de vida: **800.525.4542**
STD: **800.268.2525**
LTD: **800.538.4583**
www.guardianlife.com



SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

Guardian
800.541.7846

www.guardianlife.com



SEGURO DE INDEMNIDAD HOSPITALARIA

Guardian
800.541.7846

www.guardianlife.com



SEGURO DE ACCIDENTES

Guardian
800.541.7846

www.guardianlife.com



PLANIFICACIÓN FINANCIERA

CapTrust
800.967.9948

www.captrustatwork.com



VIAJES DE NEGOCIOS

New York Life
800.244.6224

www.myCIGNA.com



EAP

First Sun EAP
803.376.2668

www.firstsuneap.com



EAP MUNDIAL

ComPsych

<https://www.guidanceresources.com/>

Registrarse utilizando la identificación web de la organización:
HealthAssuredEAP



PLAN 401(k)

Fidelity
800.294.4015

www.netbenefits.com

Acme Company Inc.

HEALTH PLAN

NOTICES

1. Medicare Part D Creditable Coverage Notice
2. HIPAA Comprehensive Notice of Privacy Policy and Procedures
3. Notice of Special Enrollment Rights
4. General COBRA Notice
5. Women's Health and Cancer Rights Notice
6. Michelle's Law Notice
 - This notice is still required when a health plan permits dependent eligibility beyond age 26, but conditions such as eligibility on student status. Further, the notice is still necessary if the plan permits coverage for non-child dependents (e.g., grandchildren) that is contingent on student status. The notice must go out whenever certification of student status is requested.
7. ADA Wellness Program Notice
8. Premium Assistance Under Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP)

IMPORTANT NOTICE

This packet of notices related to our health care plan includes a notice regarding how the plan's prescription drug coverage compares to Medicare Part D. If you or a covered family member is also enrolled in Medicare Parts A or B, but not Part D, you should read the Medicare Part D notice carefully. It is titled, "Important Notice From Acme Company Inc. About Your Prescription Drug Coverage and Medicare."

IMPORTANT NOTICE FROM Acme Company INC. ABOUT YOUR PRESCRIPTION DRUG COVERAGE AND MEDICARE

Please read this notice carefully and keep it where you can find it. This notice has information about your current prescription drug coverage with Acme Company Inc. and about your options under Medicare's prescription drug coverage. This information can help you decide whether you want to join a Medicare drug plan. Information about where you can get help to make decisions about your prescription drug coverage is at the end of this notice.

If neither you nor any of your covered dependents are eligible for or have Medicare, this notice does not apply to you or your dependents, as the case may be. However, you should still keep a copy of this notice in the event you or a dependent should qualify for coverage under Medicare in the future. Please note, however, that later notices might supersede this notice.

1. Medicare prescription drug coverage became available in 2006 to everyone with Medicare. You can get this coverage if you join a Medicare Prescription Drug Plan or join a Medicare Advantage Plan (like an HMO or PPO) that offers prescription drug coverage. All Medicare drug plans provide at least a standard level of coverage set by Medicare. Some plans may also offer more coverage for a higher monthly premium.
2. Acme Company Inc. has determined that the prescription drug coverage offered by the Acme Company Inc. Employee Health Care Plan ("Plan") is, on average for all plan participants, expected to pay out as much as standard Medicare prescription drug coverage pays and is considered "creditable" prescription drug coverage. This is important for the reasons described below.

Because your existing coverage is, on average, at least as good as standard Medicare prescription drug coverage, you can keep this coverage and not pay a higher premium (a penalty) if you later decide to enroll in a Medicare drug plan, as long as you later enroll within specific time periods.

Enrolling in Medicare—General Rules

As some background, you can join a Medicare drug plan when you first become eligible for Medicare. If you qualify for Medicare due to age, you may enroll in a Medicare drug plan during a seven-month initial enrollment period. That period begins three months prior to your 65th birthday, includes the month you turn 65, and continues for the ensuing three months. If you qualify for Medicare due to disability or end-stage renal disease, your initial Medicare Part D enrollment period depends on the date your disability or treatment began. For more information you should contact Medicare at the telephone number or web address listed below.

Late Enrollment and the Late Enrollment Penalty

If you decide to *wait* to enroll in a Medicare drug plan you may enroll later, during Medicare Part D's annual enrollment period, which runs each year from October 15 through December 7. But as a general rule, if you delay your enrollment in Medicare Part D, after first becoming eligible to enroll, you may have to pay a higher premium (a penalty).

If after your initial Medicare Part D enrollment period you go **63 continuous days or longer without "creditable" prescription drug coverage** (that is, prescription drug coverage that's at least as good as Medicare's prescription drug coverage), your monthly Part D premium may go up by at least 1 percent of the premium you would have paid had you enrolled timely, for every month that you did not have creditable coverage.

For example, if after your Medicare Part D initial enrollment period you go 19 months without coverage, your premium may be at least 19% higher than the premium you otherwise would have paid. You may have to pay this higher premium for as long as you have Medicare prescription drug coverage. *However, there are some important exceptions to the late enrollment penalty.*

Special Enrollment Period Exceptions to the Late Enrollment Penalty

There are “special enrollment periods” that allow you to add Medicare Part D coverage months or even years after you first became eligible to do so, without a penalty. For example, if after your Medicare Part D initial enrollment period you lose or decide to leave employer-sponsored or union-sponsored health coverage that includes “creditable” prescription drug coverage, you will be eligible to join a Medicare drug plan at that time.

In addition, if you otherwise lose other creditable prescription drug coverage (such as under an individual policy) through no fault of your own, you will be able to join a Medicare drug plan, again without penalty. These special enrollment periods end two months after the month in which your other coverage ends.

Compare Coverage

You should compare your current coverage, including which drugs are covered at what cost, with the coverage and costs of the plans offering Medicare prescription drug coverage in your area. See the Acme Company Inc. Plan’s summary plan description for a summary of the Plan’s prescription drug coverage. If you don’t have a copy, you can get one by contacting us at the telephone number or address listed below.

Coordinating Other Coverage With Medicare Part D

Generally speaking, if you decide to join a Medicare drug plan while covered under the Acme Company Inc. Plan due to your employment (or someone else’s employment, such as a spouse or parent), your coverage under the Acme Company Inc. Plan will not be affected. For most persons covered under the Plan, the Plan will pay prescription drug benefits first, and Medicare will determine its payments second. For more information about this issue of what program pays first and what program pays second, see the Plan’s summary plan description or contact Medicare at the telephone number or web address listed below.

If you do decide to join a Medicare drug plan and drop your Acme Company Inc. prescription drug coverage, be aware that you and your dependents may not be able to get this coverage back. To regain coverage you would have to re-enroll in the Plan, pursuant to the Plan’s eligibility and enrollment rules. You should review the Plan’s summary plan description to determine if and when you are allowed to add coverage.

For More Information About This Notice or Your Current Prescription Drug Coverage... Contact the person listed below for further information, or call 978-988-2622. **NOTE:** You’ll get this notice each year. You will also get it before the next period you can join a Medicare drug plan, and if this coverage through Acme Company Inc. changes. You also may request a copy.

For More Information About Your Options Under Medicare Prescription Drug Coverage... More detailed information about Medicare plans that offer prescription drug coverage is in the “Medicare & You” handbook. You’ll get a copy of the handbook in the mail every year from Medicare. You may also be contacted directly by Medicare drug plans.

For more information about Medicare prescription drug coverage:

- Visit www.medicare.gov.
- Call your State Health Insurance Assistance Program (see the inside back cover of your copy of the “Medicare & You” handbook for their telephone number) for personalized help,
- Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

If you have limited income and resources, extra help paying for Medicare prescription drug coverage is available. For information about this extra help, visit Social Security on the web at www.socialsecurity.gov, or call them at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Remember: Keep this Creditable Coverage notice. If you decide to join one of the Medicare drug plans, you may be required to provide a copy of this notice when you join to show whether or not you have maintained creditable coverage and whether or not you are required to pay a higher premium (a penalty).

Date:	January 1, 2026
Name of Entity/Sender:	Jessica Nelson
Contact—Position/Office:	HR Operations and Projects Lead
Address:	37 Upton Drive, Wilmington, MA 01887
Phone Number:	978-437-7482

Nothing in this notice gives you or your dependents a right to coverage under the Plan. Your (or your dependents') right to coverage under the Plan is determined solely under the terms of the Plan.

**HIPAA COMPREHENSIVE NOTICE OF PRIVACY POLICY
AND PROCEDURES**

**Acme Company INC.
IMPORTANT NOTICE
COMPREHENSIVE NOTICE OF PRIVACY POLICY AND PROCEDURES**

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE
USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.
PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

This notice is provided to you on behalf of:

These plans comprise what is called an “Affiliated Covered Entity,” and are treated as a single plan for purposes of this notice and the privacy rules that require it. For purposes of this notice, we will refer to these plans as a single “Plan.”

For the remainder of this notice, Acme Company Inc. is referred to as Company.

1. Introduction: This Notice is being provided to all covered participants in accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) and is intended to apprise you of the legal duties and privacy practices of the Company's self-insured group health plans. If you are a participant in any fully insured group health plan of the Company, then the insurance carriers with respect to those plans is required to provide you with a separate privacy notice regarding its practices.

2. General Rule: A group health plan is required by HIPAA to maintain the privacy of protected health information, to provide individuals with notices of the plan's legal duties and privacy practices with respect to protected health information, and to notify affected individuals follow a breach of unsecured protected health information. In general, a group health plan may only disclose protected health information (i) for the purpose of carrying out treatment, payment and health care operations of the plan, (ii) pursuant to your written authorization; or (iii) for any other permitted purpose under the HIPAA regulations.

3. Protected Health Information: The term "protected health information" includes all individually identifiable health information transmitted or maintained by a group health plan, regardless of whether or not that information is maintained in an oral, written or electronic format. Protected health information does not include employment records or health information that has been stripped of all individually identifiable information and with respect to which there is no reasonable basis to believe that the health information can be used to identify any particular individual.

4. Use and Disclosure for Treatment, Payment and Health Care Operations: A group health plan may use protected health information without your authorization to carry out treatment, payment and health care operations of the group health plan.

- An example of a "treatment" activity includes consultation between the plan and your health care provider regarding your coverage under the plan.
- Examples of "payment" activities include billing, claims management, and medical necessity reviews.

- Examples of "health care operations" include disease management and case management activities.

The group health plan may also disclose protected health information to a designated group of employees of the Company, known as the HIPAA privacy team, for the purpose of carrying out plan administrative functions, including treatment, payment and health care operations.

5. Disclosure for Underwriting Purposes. A group health plan is generally prohibited from using or disclosing protected health information that is genetic information of an individual for purposes of underwriting.

6. Uses and Disclosures Requiring Written Authorization: Subject to certain exceptions described elsewhere in this Notice or set forth in regulations of the Department of Health and Human Services, a group health plan may not disclose protected health information for reasons unrelated to treatment, payment or health care operations without your authorization. Specifically, a group health plan may not use your protected health information for marketing purposes or sell your protected health information. Any use or disclosure not disclosed in this Notice will be made only with your written authorization. If you authorize a disclosure of protected health information, it will be disclosed solely for the purpose of your authorization and may be revoked at any time. Authorization forms are available from the Privacy Official identified in section 23.

7. Special Rule for Mental Health Information: Your written authorization generally will be obtained before a group health plan will use or disclose psychotherapy notes (if any) about you.

8. Uses and Disclosures for which Authorization or Opportunity to Object is not Required: A group health plan may use and disclose your protected health information without your authorization under the following circumstances:

- When required by law;
- When permitted for purposes of public health activities;
- When authorized by law to report information about abuse, neglect or domestic violence to public authorities;
- When authorized by law to a public health oversight agency for oversight activities;
- When required for judicial or administrative proceedings;
- When required for law enforcement purposes;
- When required to be given to a coroner or medical examiner or funeral director;
- When disclosed to an organ procurement organization;
- When used for research, subject to certain conditions;
- When necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the public and the disclosure is to a person reasonably able to prevent or lessen the threat; and
- When authorized by and to the extent necessary to comply with workers' compensation or other similar programs established by law.

9. Minimum Necessary Standard: When using or disclosing protected health information or when requesting protected health information from another covered entity, a group health plan must make reasonable efforts not to use, disclose or request more than the minimum amount of protected health information necessary to accomplish the intended purpose of the use, disclosure or request. The minimum necessary standard will not apply to: disclosures to or requests by a health care provider for treatment; uses or disclosures made to the individual about his or her own protected health information, as permitted or required by HIPAA; disclosures made to the Department of Health and Human Services; or uses or disclosures that are required by law.

10. Disclosures of Summary Health Information: A group health plan may use or disclose summary health information to the Company for the purpose of obtaining premium bids or modifying, amending or terminating the group health plan. Summary health information summarizes the participant claims history and other information without identifying information specific to any one individual.

11. Disclosures of Enrollment Information: A group health plan may disclose to the Company information on whether an individual is enrolled in or has disenrolled in the plan.

12. Disclosure to the Department of Health and Human Services: A group health plan may use and disclose your protected health information to the Department of Health and Human Services to investigate or determine the group health plan's compliance with the privacy regulations.

13. Disclosures to Family Members, other Relations and Close Personal Friends: A group health plan may disclose protected health information to your family members, other relatives, close personal friends and anyone else you choose, if: (i) the information is directly relevant to the person's involvement with your care or payment for that care, and (ii) either you have agreed to the disclosure, you have been given an opportunity to object and have not objected, or it is reasonably inferred from the circumstances, based on the plan's common practice, that you would not object to the disclosure.

For example, if you are married, the plan will share your protected health information with your spouse if

he or she reasonably demonstrates to the plan and its representatives that he or she is acting on your behalf and with your consent. Your spouse might do so by providing the plan with your claim number or social security number. Similarly, the plan will normally share protected health information about a dependent child (whether or not emancipated) with the child's parents. The plan might also disclose your protected health information to your family members, other relatives, and close personal friends if you are unable to make health care decisions about yourself due to incapacity or an emergency.

14. Appointment of a Personal Representative: You may exercise your rights through a personal representative upon appropriate proof of authority (including, for example, a notarized power of attorney). The group health plan retains discretion to deny access to your protected health information to a personal representative.

15. Individual Right to Request Restrictions on Use or Disclosure of Protected Health Information: You may request the group health plan to restrict (1) uses and disclosures of your protected health information to carry out treatment, payment or health care operations, or (2) uses and disclosures to family members, relatives, friends or other persons identified by you who are involved in your care or payment for your care. However, the group health plan is not required to and normally will not agree to your request in the absence of special circumstances. A covered entity (other than a group health plan) must agree to the request of an individual to restrict disclosure of protected health information about the individual to the group health plan, if (a) the disclosure is for the purpose of carrying out payment or health care operations and is not otherwise required by law, and (b) the protected health information pertains solely to a health care item or service for which the individual (or person other than the health plan on behalf of the individual) has paid the covered entity in full.

16. Individual Right to Request Alternative Communications: The group health plan will accommodate reasonable written requests to receive communications of protected health information by alternative means or at alternative locations (such as an alternative telephone number or mailing address) if you represent that disclosure otherwise could endanger you. The plan will not normally accommodate a request to receive communications of protected health information by alternative means or

at alternative locations for reasons other than your endangerment unless special circumstances warrant an exception.

17. Individual Right to Inspect and Copy Protected Health Information: You have a right to inspect and obtain a copy of your protected health information contained in a "designated record set," for as long as the group health plan maintains the protected health information. A "designated record set" includes the medical records and billing records about individuals maintained by or for a covered health care provider; enrollment, payment, billing, claims adjudication and case or medical management record systems maintained by or for a health plan; or other information used in whole or in part by or for the group health to make decisions about individuals.

The requested information will be provided within 30 days if the information is maintained on site or within 60 days if the information is maintained offsite. A single 30-day extension is allowed if the group health plan is unable to comply with the deadline. If access is denied, you or your personal representative will be provided with a written denial setting forth the basis for the denial, a description of how you may exercise those review rights and a description of how you may contact the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services.

18. Individual Right to Amend Protected Health Information: You have the right to request the group health plan to amend your protected health information for as long as the protected health information is maintained in the designated record set. The group health plan has 60 days after the request is made to act on the request. A single 30-day extension is allowed if the group health plan is unable to comply with the deadline. If the request is denied in whole or part, the group health plan must provide you with a written denial that explains the basis for the denial. You may then submit a written statement disagreeing with the denial and have that statement included with any future disclosures of your protected health information.

19. Right to Receive an Accounting of Protected Health Information Disclosures: You have the right to request an accounting of all disclosures of your protected health information by the group health plan during the six years prior to the date of your request. However, such accounting need not include disclosures made: (1) to carry out treatment, payment or health care operations; (2) to individuals about

their own protected health information; (3) prior to the compliance date; or (4) pursuant to an individual's authorization.

If the accounting cannot be provided within 60 days, an additional 30 days is allowed if the individual is given a written statement of the reasons for the delay and the date by which the accounting will be provided. If you request more than one accounting within a 12-month period, the group health plan may charge a reasonable fee for each subsequent accounting.

20. The Right to Receive a Paper Copy of This Notice Upon Request: If you are receiving this Notice in an electronic format, then you have the right

to receive a written copy of this Notice free of charge by contacting the Privacy Official (see section 23).

21. Changes in the Privacy Practice. Each group health plan reserves the right to change its privacy practices from time to time by action of the Privacy Official. You will be provided with an advance notice of any material change in the plan's privacy practices.

22. Your Right to File a Complaint with the Group Health Plan or the Department of Health and Human Services: If you believe that your privacy rights have been violated, you may complain to the group health plan in care of the HIPAA Privacy Official (see section 24). You may also file a complaint with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services, Hubert H. Humphrey Building, 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201. The group health plan will not retaliate against you for filing a complaint.

23. Person to Contact at the Group Health Plan for More Information: If you have any questions regarding this Notice or the subjects addressed in it, you may contact the Privacy Official.

Privacy Official

The Plan's Privacy Official, the person responsible for ensuring compliance with this notice, is:

Jessica Nelson
HR Operations and Projects Lead
978-437-7482

Organized Health Care Arrangement Designation

The Plan participates in what the federal privacy rules call an “Organized Health Care Arrangement.” The purpose of that participation is that it allows PHI to be shared between the members of the Arrangement, without authorization by the persons whose PHI is shared, for health care operations. Primarily, the designation is useful to the Plan because it allows the insurers who participate in the Arrangement to share PHI with the Plan for purposes such as shopping for other insurance bids.

The members of the Organized Health Care Arrangement are:

Effective Date

The effective date of this notice is: January 1, 2026.

NOTICE OF SPECIAL ENROLLMENT RIGHTS**Acme Company INC. EMPLOYEE HEALTH CARE PLAN**

If you are declining enrollment for yourself or your dependents (including your spouse) because of other health insurance or group health plan coverage, you may be able to later enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if the employer stops contributing toward your or your dependents' other coverage).

Loss of eligibility includes but is not limited to:

- Loss of eligibility for coverage as a result of ceasing to meet the plan's eligibility requirements (e.g., divorce, cessation of dependent status, death of an employee, termination of employment, reduction in the number of hours of employment);
- Loss of HMO coverage because the person no longer resides or works in the HMO service area and no other coverage option is available through the HMO plan sponsor;
- Elimination of the coverage option a person was enrolled in, and another option is not offered in its place;
- Failing to return from an FMLA leave of absence; and
- Loss of eligibility under Medicaid or the Children's Health Insurance Program (CHIP).

Unless the event giving rise to your special enrollment right is a loss of eligibility under Medicaid or CHIP, you must request enrollment within *60 days* after your or your dependent's(s') other coverage ends (or after the employer that sponsors that coverage stops contributing toward the coverage).

If the event giving rise to your special enrollment right is a loss of coverage under Medicaid or CHIP, you may request enrollment under this plan within *60 days* of the date you or your dependent(s) lose such coverage under Medicaid or CHIP. Similarly, if you or your dependent(s) become eligible for a state-granted premium subsidy toward this plan, you may request enrollment under this plan within *60 days* after the date Medicaid or CHIP determine that you or the dependent(s) qualify for the subsidy.

In addition, if you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your dependents. However, you must request enrollment within *60 days* after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

To request special enrollment or obtain more information, contact:

Jessica Nelson
HR Operations and Projects Lead
978-437-7482

** This notice is relevant for healthcare coverages subject to the HIPAA portability rules.*

GENERAL COBRA NOTICE

Introduction

You're getting this notice because you recently gained coverage under a group health plan (the Plan). This notice has important information about your right to COBRA continuation coverage, which is a temporary extension of coverage under the Plan. **This notice explains COBRA continuation coverage, when it may become available to you and your family, and what you need to do to protect your right to get it.** When you become eligible for COBRA, you may also become eligible for other coverage options that may cost less than COBRA continuation coverage.

The right to COBRA continuation coverage was created by a federal law, the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA). COBRA continuation coverage can become available to you and other members of your family when group health coverage would otherwise end. For more information about your rights and obligations under the Plan and under federal law, you should review the Plan's Summary Plan Description or contact the Plan Administrator.

You may have other options available to you when you lose group health coverage. For example, you may be eligible to buy an individual plan through the Health Insurance Marketplace. By enrolling in coverage through the Marketplace, you may qualify for lower costs on your monthly premiums and lower out-of-pocket costs. Additionally, you may qualify for a 30-day special enrollment period for another group health plan for which you are eligible (such as a spouse's plan), even if that plan generally doesn't accept late enrollees.

What is COBRA continuation coverage?

COBRA continuation coverage is a continuation of Plan coverage when it would otherwise end because of a life event. This is also called a "qualifying event." Specific qualifying events are listed later in this notice. After a qualifying event, COBRA continuation coverage must be offered to each person who is a "qualified beneficiary." You, your spouse, and your dependent children could become qualified beneficiaries if coverage under the Plan is lost because of the qualifying event. Under the Plan, qualified beneficiaries who elect COBRA continuation coverage must pay for COBRA continuation coverage.

If you're an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your hours of employment are reduced, or
- Your employment ends for any reason other than your gross misconduct.

If you're the spouse of an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your spouse dies;
- Your spouse's hours of employment are reduced;
- Your spouse's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- Your spouse becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); or
- You become divorced or legally separated from your spouse.

Your dependent children will become qualified beneficiaries if they lose coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- The parent-employee dies;
- The parent-employee's hours of employment are reduced;
- The parent-employee's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- The parent-employee becomes entitled to Medicare benefits (Part A, Part B, or both);
- The parents become divorced or legally separated; or
- The child stops being eligible for coverage under the Plan as a "dependent child."

When is COBRA continuation coverage available?

The Plan will offer COBRA continuation coverage to qualified beneficiaries only after the Plan Administrator has been notified that a qualifying event has occurred. The employer must notify the Plan Administrator of the following qualifying events:

- The end of employment or reduction of hours of employment;
- Death of the employee;
- Commencement of a proceeding in bankruptcy with respect to the employer;]; or
- The employee's becoming entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both).

For all other qualifying events (divorce or legal separation of the employee and spouse or a dependent child's losing eligibility for coverage as a dependent child), you must notify the Plan Administrator within 60 days after the qualifying event occurs. You must provide this notice in writing to the Plan Administrator. Any notice you provide must state the name of the plan or plans under which you lost or are losing coverage, the name and address of the employee covered under the plan, the name(s) and address(es) of the qualified beneficiary(ies), and the qualifying event and the date it happened. The Plan Administrator will direct you to provide the appropriate documentation to show proof of the event.

How is COBRA continuation coverage provided?

Once the Plan Administrator receives notice that a qualifying event has occurred, COBRA continuation coverage will be offered to each of the qualified beneficiaries. Each qualified beneficiary will have an independent right to elect COBRA continuation coverage. Covered employees may elect COBRA continuation coverage on behalf of their spouses, and parents may elect COBRA continuation coverage on behalf of their children.

COBRA continuation coverage is a temporary continuation of coverage that generally lasts for 18 months due to employment termination or reduction of hours of work. Certain qualifying events, or a second qualifying event during the initial period of coverage, may permit a beneficiary to receive a maximum of 36 months of coverage.

There are also ways in which this 18-month period of COBRA continuation coverage can be extended:

Disability extension of 18-month period of COBRA continuation coverage

If you or anyone in your family covered under the Plan is determined by Social Security to be disabled and you notify the Plan Administrator in a timely fashion, you and your entire family may be entitled to get up to an additional 11 months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 29 months. The disability would have to have started at some time before the 60th day of COBRA continuation coverage and must last at least until the end of the 18-month period of COBRA continuation coverage. If you believe you are eligible for this extension, contact the Plan Administrator.

Second qualifying event extension of 18-month period of continuation coverage

If your family experiences another qualifying event during the 18 months of COBRA continuation coverage, the spouse and dependent children in your family can get up to 18 additional months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 36 months, if the Plan is properly notified about the second qualifying event. This extension may be available to the spouse and any dependent children getting COBRA continuation coverage if the employee or former employee dies; becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); gets divorced or legally separated; or if the dependent child stops being eligible under the Plan as a dependent child. This extension is only available if the second qualifying event would have caused the spouse or dependent child to lose coverage under the Plan had the first qualifying event not occurred.

Are there other coverage options besides COBRA Continuation Coverage?

Yes. Instead of enrolling in COBRA continuation coverage, there may be other coverage options for you and your family through the Health Insurance Marketplace, Medicare, Medicaid, [Children's Health Insurance Program \(CHIP\)](#), or other group health plan coverage options (such as a spouse's plan) through what is called a "special enrollment period." Some of these options may cost less than COBRA continuation coverage. You can learn more about many of these options at www.healthcare.gov.

Can I enroll in Medicare instead of COBRA continuation coverage after my group health plan coverage ends?

In general, if you don't enroll in Medicare Part A or B when you are first eligible because you are still employed, after the Medicare initial enrollment period, you have an 8-month special enrollment period¹ to sign up for Medicare Part A or B, beginning on the earlier of

- The month after your employment ends; or
- The month after group health plan coverage based on current employment ends.

If you don't enroll in Medicare and elect COBRA continuation coverage instead, you may have to pay a Part B late enrollment penalty and you may have a gap in coverage if you decide you want Part B later. If you elect COBRA continuation coverage and later enroll in Medicare Part A or B before the COBRA continuation coverage ends, the Plan may terminate your continuation coverage. However, if Medicare Part A or B is effective on or before the date of the COBRA election, COBRA coverage may not be discontinued on account of Medicare entitlement, even if you enroll in the other part of Medicare after the date of the election of COBRA coverage.

If you are enrolled in both COBRA continuation coverage and Medicare, Medicare will generally pay first (primary payer) and COBRA continuation coverage will pay second. Certain plans may pay as if secondary to Medicare, even if you are not enrolled in Medicare.

For more information visit <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

If you have questions

Questions concerning your Plan or your COBRA continuation coverage rights should be addressed to the contact or contacts identified below. For more information about your rights under the Employee Retirement Income Security Act (ERISA), including COBRA, the Patient Protection and Affordable Care Act, and other laws affecting group health plans, contact the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA) in your area or visit www.dol.gov/ebsa. (Addresses and phone numbers of Regional and District EBSA Offices are available through EBSA's website.) For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov.

Keep your Plan informed of address changes

To protect your family's rights, let the Plan Administrator know about any changes in the addresses of family members. You should also keep a copy, for your records, of any notices you send to the Plan Administrator.

Plan contact information

For additional information regarding your COBRA continuation coverage rights, please contact the Plan Administrator below:

Jessica Nelson
HR Operations and Projects Lead
37 Upton Drive
Wilmington, MA 01887
978-437-7482

¹ <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>

WOMEN'S HEALTH AND CANCER RIGHTS NOTICE

Acme Company Inc. Employee Health Care Plan is required by law to provide you with the following notice:

The Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 ("WHCRA") provides certain protections for individuals receiving mastectomy-related benefits. Coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient for:

- All stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;
- Surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance;
- Prostheses; and
- Treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedemas.

The Acme Company Inc. Employee Health Care Plan provide(s) medical coverage for mastectomies and the related procedures listed above, subject to the same deductibles and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under this plan. Therefore, the following deductibles and coinsurance apply:

PPO Plan	In-Network	Out-of-Network
Individual Deductible	\$1,500	\$1,500
Family Deductible	\$3,000	\$3,000
Coinsurance	20%	40%
HDHP 1700	In-Network	Out-of-Network
Individual Deductible	\$1,700	\$4,000
Family Deductible	\$3,400	\$8,000
Coinsurance	20%	40%

HDHP 2500	In-Network	Out-of-Network
Individual Deductible	\$2,500	\$5,000
Family Deductible	\$5,000	\$10,000
Coinsurance	20%	40%

If you would like more information on WHCRA benefits, please refer contact your Plan Administrator at:

Jessica Nelson
 HR Operations and Projects Lead
 978-437-7482

MICHELLE'S LAW NOTICE

(To Accompany Certification of Dependent Student Status)

Michelle's Law is a federal law that requires certain group health plans to continue eligibility for adult dependent children who are students attending a post-secondary school, where the children would otherwise cease to be considered eligible students due to a medically necessary leave of absence from school. In such a case, the plan must continue to treat the child as eligible up to the earlier of:

- The date that is one year following the date the medically necessary leave of absence began; or
- The date coverage would otherwise terminate under the plan.

For the protections of Michelle's Law to apply, the child must:

- Be a dependent child, under the terms of the plan, of a participant or beneficiary; and
- Have been enrolled in the plan, and as a student at a post-secondary educational institution, immediately preceding the first day of the medically necessary leave of absence.

"Medically necessary leave of absence" means any change in enrollment at the post-secondary school that begins while the child is suffering from a serious illness or injury, is medically necessary, and causes the child to lose student status for purposes of coverage under the plan.

If you believe your child is eligible for this continued eligibility, you must provide to the plan a written certification by his or her treating physician that the child is suffering from a serious illness or injury and that the leave of absence is medically necessary.

If you have any questions regarding the information contained in this notice or your child's right to Michelle's Law's continued coverage, you should contact Jessica Nelson, HR Operations and Projects Lead, 978-437-7482.

NOTICE FOR EMPLOYER-SPONSORED WELLNESS PROGRAMS

Acme Company Inc. Wellness Program is a voluntary wellness program available to All employees regardless of enrollment. The program is administered according to federal rules permitting employer-sponsored wellness programs that seek to improve employee health or prevent disease, including the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), the Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008 (GINA), and the Health Insurance Portability and Accountability Act, as applicable, among others.

Details about the wellness program, including criteria and incentives, can be found in the Benefits Guide & Wellness Document provided by HC360.

If you are unable to participate in any of the health-related activities or achieve any of the health outcomes required to earn an incentive, you may be entitled to a reasonable accommodation or an alternative standard. You may request a reasonable accommodation or an alternative standard by contacting HealthCheck360 support at 866.511.0360 or support@healthcheck360.com.

The information from the Biometric Screening and will be used to provide you with information to help you understand your current health and potential risks, and may also be used to offer you services through the wellness program, such as . You also are encouraged to share your results or concerns with your own doctor.

Protections from Disclosure of Medical Information

We are required by law to maintain the privacy and security of your personally identifiable health information. Although the wellness program and Acme Company Inc. may use aggregate information it collects to design a program based on identified health risks in the workplace, the wellness program will never disclose any of your personal information either publicly or to the employer, except as necessary to respond to a request from you for a reasonable accommodation needed to participate in the wellness program, or as expressly permitted by law. Medical information that personally identifies you that is provided in connection with the wellness program will not be provided to your supervisors or managers and may never be used to make decisions regarding your employment.

Your health information will not be sold, exchanged, transferred, or otherwise disclosed except to the extent permitted by law to carry out specific activities related to the wellness program, and you will not be asked or required to waive the confidentiality of your health information as a condition of participating in the wellness program or receiving an incentive. Anyone who receives your information for purposes of providing you services as part of the wellness program will abide by the same confidentiality requirements. The only individual(s) who will receive your personally identifiable health information is (are) A doctor in order to provide you with services under the wellness program.

In addition, all medical information obtained through the wellness program will be maintained separate from your personnel records, information stored electronically will be encrypted, and no information you provide as part of the wellness program will be used in making any employment decision. Appropriate precautions will be taken to avoid any data breach, and in the event a data breach occurs involving information you provide in connection with the wellness program, we will notify you immediately. You may not be discriminated against in employment because of the medical information you provide as part of participating in the wellness program, nor may you be subjected to retaliation if you choose not to participate. If you have questions or concerns regarding this notice, or about protections against discrimination and retaliation, please contact Jessica Nelson.



Esta guía de beneficios tiene el único objetivo de destacar algunas de las principales disposiciones de los beneficios del plan de beneficios de la empresa y no se debe considerar como una representación completa ni detallada del plan. Consulte las descripciones resumidas de los planes para obtener información adicional. Si esta guía difiere de las descripciones resumidas de los planes, prevalecerán estas últimas.