



POR HORA 2026

GUÍA DE BENEFICIOS

DEL COMPAÑERO DE TRABAJO

BAKER[®]
Construction Enterprises



Guía de beneficios de 2026 para empleados por hora

TABLA DE CONTENIDO

NOVEDADES E INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA 2026	4
INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA BENEFICIOS	6
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	7
RECURSOS PARA LA FORTALEZA MENTAL	9
PROGRAMA DE CONTROL DE LA DIABETES LEVEL2	11
PROGRAMA DE REEMBOLSOS MÉDICOS DE GARNER	12
ATENCIÓN MÉDICA	14
PROGRAMA DE DIÁLISIS RENALOGIC	16
TELADOC	17
CUENTA DE AHORROS PARA ATENCIÓN MÉDICA (HSA)	18
BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS	19
PLAN DE SALUD MINIMUM ESSENTIAL COVERAGE (MEC)	20
DENTAL	22
VISIÓN	23
CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)	24
SEGURO DE VIDA Y POR AD&D	27
SEGURO VOLUNTARIO POR ENFERMEDAD GRAVE	28
SEGURO VOLUNTARIO POR ACCIDENTES	29
PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES POR SEGURO VOLUNTARIO POR ENFERMEDAD GRAVE Y ACCIDENTE	30
401(K)	31
AVISOS FEDERALES OBLIGATORIOS	32
RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA (SBC)	47
APLICACIÓN MÓVIL MYCHOICE	62



Le damos la bienvenida

Guía de beneficios para compañeros de trabajo para el año del plan 2026

En Baker Construction Enterprises, sabemos que nuestra mayor inversión es usted. Por eso, nos enorgullece poder ofrecerle un paquete de beneficios diseñado para apoyar su bienestar, tanto dentro como fuera del trabajo. Desde protección en salud y finanzas hasta recursos para su familia, estos beneficios reflejan nuestro compromiso continuo con la satisfacción, la retención y el cuidado de nuestros compañeros de trabajo.

Mantenga esta guía a mano, ya que le ofrece un resumen de lo que está disponible y de cómo utilizar sus beneficios. Tenga en cuenta que esta guía no sustituye a la Descripción resumida del plan (Summary Plan Description, SPD). Puede acceder a la SPD completa en BakerBenefits.com o solicitar una copia al equipo de Beneficios. En caso de que exista alguna diferencia entre esta guía y el Documento del plan, prevalecerá siempre el Documento del plan.

Manténgase conectado. Manténgase informado.

Compartir su correo electrónico nos permite mantenerlo al día con sus beneficios, actualizaciones de seguridad, noticias de la Compañía y recursos para los compañeros de trabajo. Si su correo electrónico está actualizado en nuestros registros, recibirá recordatorios oportunos, anuncios importantes y herramientas que lo ayudarán a aprovechar al máximo su experiencia en Baker. También tendrá acceso directo a BakerBenefits.com y a Sofia, su asistente virtual de beneficios, para que nunca pierda una fecha límite, una actualización o la oportunidad de tomar las mejores decisiones para usted y su familia. No se quede afuera: asegúrese de mantener su correo electrónico actualizado para estar informado y protegido durante todo el año.

NOVEDADES E INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA 2026

LA INSCRIPCIÓN ABIERTA SERÁ “ACTIVA”, LO QUE SIGNIFICA QUE DEBE INSCRIBIRSE PARA QUE SUS BENEFICIOS ENTREN EN VIGOR EN 2026. SUS ELECCIONES DE BENEFICIOS DE 2025 NO SE TRASLADARÁN AUTOMÁTICAMENTE A 2026.

- El período de inscripción abierta para 2026 será del 10/27/25 al 11/07/25. Los beneficios que seleccione estarán disponibles a partir del 01/01/26. Lea la información a continuación sobre cómo inscribirse.
- Este año, implementamos nuestra nueva plataforma de inscripción de beneficios: BenefitSolver. Todas las inscripciones deben realizarse en el sitio web www.bakerbenefits.com. En el folleto adjunto “Guía de inscripción con apoyo para la toma de decisiones” encontrará más información sobre cómo iniciar sesión. El nuevo sistema incluye a “Sofía”, una asistente virtual que lo guiará durante todo el proceso de inscripción.
- Asegúrese de revisar con atención a sus beneficiarios, ya que algunos no se transfirieron al nuevo sistema.
- También es fundamental que proporcione una dirección de correo electrónico válida, ya que toda la información del sistema se envía exclusivamente por esa vía.
- Con respecto a la terminación de beneficios, le recordamos que, cuando finalice su relación laboral con la Compañía, sus beneficios se cancelan en la misma fecha. Por ejemplo, si usted se desvincula el 03/05/2026, ese mismo día finalizan sus beneficios.
- Nos enorgullece anunciar que no habrá aumentos en las deducciones semanales de los planes de la vista y dental para los colaboradores.
- Los empleados con diabetes tipo 2 pueden inscribirse en nuestro Programa Level2 GRATUITO, que incluye un equipo de monitoreo continuo de glucosa y acceso a nutricionistas y especialistas sin cargo.
- El Plan Garner continuará vigente en 2026. Cuando elige médicos de mayor calidad, puede recibir reembolsos en los costos de su plan de salud, lo que representa una EXCELENTE oportunidad para reducir sus gastos de bolsillo.
- All plan designs remain the same for 2026.
- Durante esta inscripción abierta también podrá acceder a una inscripción especial para la cobertura del seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales (Accidental Death and Dismemberment, AD&D) de Hartford. Puede agregar o aumentar su monto asegurado hasta \$150,000 sin necesidad de presentar evidencia de asegurabilidad (Evidence of Insurability, EOI). Todo monto superior deberá evaluarlo Hartford mediante el formulario de EOI.
- Recordatorio: Si una orden judicial exige la cobertura de sus hijos en su seguro, deberá incluirlos en la inscripción.

Cómo inscribirse, cambiar o darse de baja de los beneficios de 2026

Usted realizará la inscripción a través del sitio web BakerBenefits.com, nuestra nueva plataforma diseñada para que el proceso sea sencillo, compatible con dispositivos móviles y adaptado a sus necesidades. También puede usar la aplicación “My Choice”.

PASO 1: Registrarse e iniciar sesión

1. Ingrese en BakerBenefits.com y haga clic en “Register” (Registrarse).
2. Ingrese la clave de la compañía: Baker (distingue entre mayúsculas y minúsculas).
3. Cree su usuario y contraseña y verifique sus datos personales.
4. Configure sus preferencias de autenticación multifactor (Multi-Factor Authentication, MFA). Usará este mismo proceso cada vez que ingrese al sitio.

¿Usuario recurrente? Si tiene problemas, haga clic en “Trouble Logging In?” (¿Tiene problemas para iniciar sesión?) y restablezca sus datos.

PASO 2: Explorar sus opciones

Navegue por el sitio para conocer las distintas coberturas disponibles. En “Reference Center” (Centro de referencias) encontrará herramientas útiles. En la página principal, verá un contador con los días restantes para inscribirse.

PASO 3: Iniciar su inscripción

- Haga clic en “Start Here” (Comenzar aquí).
- Revise su información personal y agregue o actualice a sus dependientes. Tenga a mano:

- Nombre completo legal
- Número de Seguro Social
- Fecha de nacimiento
- Documentos de respaldo para ciertas relaciones (p. ej., actas de matrimonio o de nacimiento)

Sofia, su asistente virtual de beneficios, está disponible todos los días a toda hora para guiarlo en la inscripción desde BakerBenefits.com y desde la aplicación móvil MyChoice®.

PASO 4: Elegir sus beneficios

- Si ya tiene definidos sus planes, elija “I Know What I Want” (Ya sé lo que quiero) y recorra cada opción.
- ¿Necesita ayuda? Si necesita ayuda, use la herramienta “I’d Like Help Choosing Plans” (Quiero ayuda para elegir planes) para obtener recomendaciones personalizadas según sus necesidades.

PASO 5: Confirmar su inscripción

- Revise cuidadosamente sus elecciones, dependientes y beneficiarios.
- Haga clic en “Approve” (Aprobar) y, luego, en “I Agree” (Acepto) para finalizar.
- Recibirá un número de confirmación y podrá imprimir su Resumen de beneficios para conservarlo en sus registros.

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA BENEFICIOS

UMR	N.º de grupo médico: 76-430091 www.umar.com Teléfono principal: 800.837.3711 Reclamaciones: 888.268.7281
Garner Health	N.º de grupo: 866.761.9586 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (EST), en inglés o español www.GetGarner.com Luego, haga clic en "Sign In" (Iniciar sesión)
Optum Rx	Medicamentos recetados www.optumrx.com/mycatamaranrx.com 800.334.8134
Atención de la diabetes con Level2	Programa gratuito que incluye monitores continuos de glucosa y acceso a nutricionistas y asesores de salud www.mylevel2.com/care 844.302.2821
Delta Dental of Ohio	N.º de grupo odontológico: 26909334 www.deltadentaloh.com 800.524.0149
EyeMed	N.º de grupo oftalmológico: 1008914 www.eyemed.com 866.800.5457
The Hartford	Vida, accidente voluntario, enfermedad voluntaria N.º de póliza: 883325 866.547.4205 <i>* Para reclamaciones del seguro de vida, los familiares deben llamar al Departamento de Beneficios al 513-539-4016.</i>
Health Equity	Cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA) y Cuenta de ahorros para atención médica (Health Savings Account, HSA) www.healthequity.com 1.866.346.5800 Reclamaciones: 1.877.472.8632 o por fax: 801.999.7829
ComPsych	Programa de asistencia para colaboradores www.guidanceresources.com 800.964.3577 Nombre de la compañía: ABILI Identificación de la empresa: HLF902 <i>Recursos adicionales disponibles en la página 9 de la Guía</i>
Fidelity	401(k) N.º de plan: 33969 www.netbenefits.com 1.800.835.5095

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

¿Es elegible para los beneficios?

Usted es elegible para participar en el Programa de Beneficios de Baker Construction Enterprises si es compañero de trabajo de tiempo completo con un mínimo de 30 horas semanales. En el caso de los compañeros de trabajo por hora, sus beneficios comienzan el primer día del mes siguiente a completar 2 meses de servicio continuo. Además, debe haber trabajado al menos 130 horas en cada uno de esos 2 meses. Tiene tiempo hasta el final de ese mes para inscribirse, pero le recomendamos hacerlo lo antes posible. Si demora la inscripción hasta el final del mes en que resulta elegible, igual deberá abonar su deducción semanal de beneficios. Si omite una deducción o no paga el monto completo en una semana determinada, tendrá la obligación de reponer esas deducciones en las semanas siguientes.

En caso de desvinculación laboral, los beneficios finalizarán el mismo día de su desvinculación de la Compañía.

Dependientes elegibles:

Puede extender sus beneficios de Baker a los miembros de su familia que sean elegibles. Personas que califican para la cobertura:

- **SU CÓNYUGE LEGAL:** según se define en el estado donde usted reside. (Los cónyuges que trabajan y tienen cobertura médica o dental que patrocina su empleador no son elegibles para participar en los planes médico u dental). Un cónyuge legal no incluye a un cónyuge por unión de hecho, aun cuando esa unión esté reconocida como matrimonio legal en el estado donde la pareja resida. Documentación requerida: acta de matrimonio (si no se presentó previamente) y un comprobante de pago reciente (dentro de los últimos 60 días), como una factura de servicios domésticos, un documento impositivo o un estado bancario en el que figuren tanto el compañero de trabajo como el cónyuge.
- **SUS HIJOS DEPENDIENTES MENORES DE 26 AÑOS:** la cobertura finalizará el último día del mes en que el hijo cumpla 26 años. Documentación requerida: certificado de nacimiento (si no se presentó previamente).
- **SUS HIJOS DEPENDIENTES MAYORES DE 26 AÑOS:** que tengan alguna discapacidad mental o física (se requiere la constancia correspondiente).

Inscripción abierta:

La inscripción abierta es el período anual en el que puede realizar cambios en sus beneficios. Puede cambiar de plan, o bien agregar o dar de baja la cobertura de dependientes, siempre que se cumplan todos los requisitos de elegibilidad. Cualquier cambio realizado durante la inscripción abierta debe mantenerse hasta el siguiente período de inscripción abierta, salvo que ocurra un evento de vida o un cambio en la situación personal o familiar.

Las elecciones de beneficios permanecerán vigentes y no podrán modificarse ni revocarse hasta que realice una nueva elección durante un período de inscripción abierta o debido a un cambio en la situación personal o familiar, de manera coherente con dicho cambio.

Debe notificar al área de Recursos Humanos (RR. HH.) en el plazo de 60 días luego de un evento de vida o un cambio en la situación personal o familiar para poder modificar sus elecciones de beneficios.

LA INSCRIPCIÓN ABIERTA SERÁ “ACTIVA”, LO QUE SIGNIFICA QUE DEBE INSCRIBIRSE PARA QUE SUS BENEFICIOS ENTREN EN VIGOR EN 2026. SUS ELECCIONES DE BENEFICIOS DE 2025 NO SE TRASLADARÁN AUTOMÁTICAMENTE A 2026.

Evento de vida y cambio en la situación personal o familiar:

Se considerará que tuvo un evento de vida o cambio en la situación personal o familiar y será elegible para modificar su plan a mitad de año en las siguientes circunstancias:

- cambio en su estado civil;
- cambio en la cantidad de dependientes por nacimiento, adopción o fallecimiento de un dependiente;
- obtención o pérdida de elegibilidad en un plan que ofrezca el empleador de su cónyuge o dependiente, o de Medicaid o Medicare;
- su dependiente cumple o deja de cumplir los requisitos de cobertura del Plan debido a la edad, condición de estudiante u otra circunstancia similar;
- una orden judicial exige que su hijo reciba cobertura médica en virtud de este Plan.

Deducciones semanales de nómina para compañeros de trabajo

Deducciones semanales de nómina para compañeros de trabajo en 2026

	Plan Copper				Plan Bronze				Plan Silver			
Nivel de cobertura	Individual	Individual + hijos	Individual + cónyuge	Grupo familiar	Individual	Individual + hijos	Individual + cónyuge	Grupo familiar	Individual	Individual + hijos	Individual + cónyuge	Grupo familiar
Atención médica	\$21.44	\$36.45	\$45.02	\$64.31	\$29.47	\$50.11	\$61.89	\$88.44	\$101.18	\$172.00	\$212.47	\$303.52
Dental	\$1.70	\$3.97	\$3.42	\$6.18	\$1.70	\$3.97	\$3.42	\$6.18	\$1.70	\$3.97	\$3.42	\$6.18
Visión	\$1.67	\$3.58	\$3.35	\$5.73	\$1.67	\$3.58	\$3.35	\$5.73	\$1.67	\$3.58	\$3.35	\$5.73

RECURSOS PARA LA FORTALEZA MENTAL

El uso de cualquiera de los servicios que se indican a continuación es confidencial y no se compartirá con la Compañía.

Su centro de apoyo para la fortaleza mental y el bienestar integral

En Baker, la fortaleza significa más que músculo; incluye tener el valor de expresarse, de estar presente y de apoyarse mutuamente. La fortaleza mental es una parte fundamental de cómo construimos lo que importa, y queremos que tenga presente que **NUNCA ESTARÁ SOLO**.

Visite www.BakerBenefits.com para acceder a todos sus beneficios, incluidos el apoyo a la fortaleza mental, el bienestar físico, las herramientas financieras y más.

¿Necesita ayuda para explorar sus opciones? Chatee con **Sofia**, su asistente virtual de beneficios, disponible todos los días y a toda hora.

Pongamos fin al estigma. Juntos. En Baker, pedir ayuda es una muestra de fortaleza, y estamos aquí para acompañarlo en cada paso.

Ayuda inmediata: 988, línea de ayuda para la prevención del suicidio y personas en crisis (disponible para cualquier persona)

Si usted o alguien que conoce está en crisis, puede llamar o enviar un mensaje de texto al 988 en cualquier momento. Este recurso gratuito y confidencial está disponible todos los días a toda hora para brindar apoyo a personas angustiadas o para derivarlas a recursos de ayuda locales. Dado que consejeros locales en los centros de crisis conocen los recursos de salud mental de la comunidad, pueden derivarlo a servicios cercanos.

Visite www.988lifeline.org para obtener más información.

Si le preocupa un compañero de trabajo, siga los pasos TASC que encontrará en su tarjeta de bolsillo de Baker Mental Strength:

T = TOMAR NOTA: observe cambios de conducta o comentarios como “Sería mejor si no estuviera aquí”.

A = AVERIGUAR: sea directo. Pregunte: “¿Estás pensando en quitarte la vida?”.

S = SEÑALAR: explique que el suicidio es grave y no tiene vuelta atrás, y díglele a la persona que es valiosa.

C = CONECTARSE: ayude a la persona a buscar apoyo llamando o enviando un mensaje de texto al 988.

CÓMO FUNCIONA: cuando llame al 988, lo atenderá una grabación que le pedirá indicar si habla español o si es veterano. Luego, permanecerá en espera hasta que lo atienda una persona. Los consejeros están capacitados en técnicas de desescalada y en cómo encontrar recursos locales. También tienen la posibilidad de enviar unidades móviles de intervención en crisis para una persona que esté en una situación inmediata de intento de suicidio.

Apoyo continuo a través de sus beneficios Baker

Todos los compañeros de trabajo y los miembros de su hogar tienen acceso a servicios confidenciales de fortaleza mental mediante distintas plataformas:

Programa de Asistencia al Compañero de Trabajo (Coworker Assistance Program, CAP) de ComPsych (disponible para todos los compañeros de trabajo y sus familiares inmediatos)

En Baker, nos preocupamos por usted. Por eso, ofrecemos a su grupo familiar y a usted acceso al Programa de Asistencia al Compañero de Trabajo de ComPsych de Hartford cuando necesiten apoyo para enfrentar desafíos de la vida. Apoyo gratuito en temas de estrés, relaciones, finanzas, crianza y más. Incluye hasta **cinco sesiones gratuitas por tema, por año** (virtuales o presenciales).

Acceso: 1.800.964.3577 o GuidanceResources.com

Información para iniciar sesión:

- Nombre de la compañía: ABILI
- Identificación de la empresa: HLF902

CÓMO FUNCIONA: cuando llame al número de ComPsych, lo atenderá un representante. Tendrá que indicar el nombre de su empleador (Baker). ComPsych le explicará los beneficios y servicios disponibles. Si se trata de una emergencia que ponga en riesgo la vida, recopilarán su información y realizarán una evaluación de inmediato si es necesario. Si no se trata de una emergencia, ComPsych recopilará su información y los servicios que necesita y lo derivará al recurso correspondiente (ya sea de forma virtual o presencial).

Salud Mental Teladoc (disponible para todos los compañeros de trabajo y sus familiares inmediatos inscritos en el Plan médico UMR)

Salud Mental Teladoc

Conéctese con un consejero por teléfono o videollamada, con acceso todos los días a toda hora.

Para miembros de los planes Bronze y Silver es gratuito; para miembros del plan Copper, cuesta \$49.

Acceso: llame al 1.800.TELADOC o visite teladoc.com

CÓMO FUNCIONA: cuando llame a Teladoc, se le asignará un consejero que se adapte a sus necesidades y preferencias (por ejemplo, hombre o mujer, hablante de inglés o español). Para miembros de los planes Bronze y Silver es gratis; para miembros del plan Copper, cuesta \$49. En las consultas de seguimiento, puede pedir el mismo consejero.

Talkspace (disponible para todos los compañeros de trabajo y sus familiares inmediatos inscritos en el Plan médico UMR)

A través de la terapia en línea de Talkspace, puede comunicarse habitualmente con un terapeuta de manera segura desde su teléfono o computadora, sin necesidad de acudir a un consultorio. Terapia disponible para personas mayores de 13 años. Servicios de psiquiatría disponibles para mayores de 18 años.

Terapia mediante video, audio o chat seguros, en cualquier momento, desde su teléfono o computadora. Disponible para los compañeros de trabajo y sus familiares inmediatos inscritos en el Plan médico UMR.

Costos: \$20 (Silver), \$30 (Bronze), \$49 (Copper)

Acceso: talkspace.com/connect

- Regístrese, elija un terapeuta y descargue la aplicación Talkspace.

CÓMO FUNCIONA: cuando se registre e inicie sesión en Talkspace, se le asignará un consejero que se adapte a sus necesidades y preferencias (por ejemplo, hombre o mujer, hablante de inglés o español).

Salud Mental UMR dentro de la red (disponible para todos los compañeros de trabajo y sus familiares inmediatos inscritos en el Plan médico UMR)

También puede acceder a atención de salud mental presencial con cualquier proveedor dentro de la red de UMR. Ingrese en www.BakerBenefits.com para explorar sus opciones y comparar planes.

PROGRAMA DE CONTROL DE LA DIABETES LEVEL2

Programa de Control de la Diabetes Tipo 2: Level2 (NUEVO Plan de salud UMR)

Enfrente la diabetes tipo 2 de forma distinta con Level2

level2

¿Sabía que puede hacer mucho más que solo controlar la diabetes tipo 2? Con Level2 Specialty Care, incluido en su plan de salud, puede mejorar su diabetes tipo 2.

Cómo funciona:

Tratamos la diabetes tipo 2 como una afección que causa el exceso de glucosa en el organismo. Con Level2 Specialty Care, obtiene información nueva sobre los factores que afectan su glucosa y puede adoptar hábitos saludables para reducirla; básicamente, pasará de decir “No puedo” a “Sí puedo”. Qué experimentan los miembros de Level2:

Perspectivas

Aprenden sobre la glucosa desde el inicio, con un monitor continuo, y descubren qué estrategias funcionan para ellos.

Equipo de atención

Integrado por médicos, asesores, dietistas y otros especialistas que los guían durante todo el Programa Level2.

Método Level2

Un proceso definido para comprender y mejorar el control de la glucosa en distintas fases.



El Programa Level2 está incluido en su plan de salud sin costo adicional.
Mientras tanto, puede obtener más información aquí.

Obtenga más información e inscribese al instante en mylevel2.com/care

O llame al 1-844-302-2821 (TTY 711)

La participación en Level2 Specialty Care no garantiza que mejorará su diabetes tipo 2, y Level2 no asegura a ninguna persona resultados específicos. Consulte con el médico si Level2 es adecuado en su caso. Usted recibe esta información porque, según los datos que tenemos, puede ser elegible para participar en Level2 a través de su plan de salud actual. La participación en Level2 Specialty Care y la obtención de un monitor continuo de glucosa (Continuous Glucose Monitor, CGM) están sujetas a ciertos criterios clínicos y de elegibilidad del plan de salud. Level2 está disponible para miembros elegibles de determinados planes de UnitedHealthcare, sin costo adicional más allá del pago de la prima de su plan. Los afiliados que califican reciben la prescripción para un CGM cuando se inscriben en Level2 Specialty Care. Consulte los detalles del programa en mylevel2.com. UnitedHealthcare Insurance Company o sus filiales prestan la cobertura de salud. La Compañía no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en las actividades de programas de salud. Para comunicarse con el administrador de su plan de salud, llame al número que figura en el reverso de la tarjeta de identificación de miembro.

PROGRAMA DE REEMBOLSOS MÉDICOS DE GARNER

Programa de Reembolsos Médicos | Garner Health

Acceda al 20% de los médicos mejor calificados

Recibirá un reembolso por los gastos médicos de su bolsillo cuando los consulte.

Cree una cuenta en Garner. Luego, use la aplicación o el sitio web de Garner Health para buscar a los mejores médicos en su área. Estos médicos destacados se agregan automáticamente a su lista de proveedores aprobados en cuanto aparecen en pantalla. Una vez que los médicos destacados estén en su lista de proveedores aprobados, podrá recibir un reembolso por los gastos de bolsillo que califiquen.

Los médicos destacados se caracterizan por lo siguiente:

- ✓ Basan su práctica en la investigación médica más reciente.
- ✓ Obtienen las calificaciones más altas de satisfacción de los pacientes.
- ✓ Diagnostican correctamente los problemas de salud.
- ✓ Logran los mejores resultados para sus pacientes.



* Sus gastos médicos de bolsillo se podrán reembolsar en los siguientes casos:

- Creó una cuenta en Garner y agregó al proveedor a su lista de proveedores aprobados antes de la fecha del servicio.
- El proveedor está dentro de la red y el costo lo cubre su plan de salud (hable con su plan de seguro médico).
- El tipo de gasto califica para reembolso en su plan Garner. Según su Plan Garner, costos como medicamentos recetados o servicios de emergencia pueden calificar o no hacerlo para reembolso (consulte la sección "Your Benefits" [Sus beneficios] en la aplicación Garner Health para obtener más información).
- Si su plan de seguro está vinculado a una HSA, tendrá que incurrir en gastos superiores al deducible mínimo (consulte la sección "Your Benefits" [Sus beneficios] en la aplicación Garner Health para verificar si este requisito aplica).

¿Preguntas?

Envíe un mensaje al servicio Conclerge a través de la aplicación móvil de Garner, en el sitio web getgarner.com o escriba a conclerge@getgarner.com

Cree una cuenta



Ingresa a
garner.guide/begin

1

Busque médicos.

Los gastos médicos de bolsillo de médicos con la insignia de Médico destacado califican para reembolso siempre que el servicio sea dentro de la red y lo cubra su plan de salud.

2

Agregue médicos a su lista de proveedores aprobados.

Los médicos destacados se agregan automáticamente a su lista en cuanto aparecen en pantalla.

3

Revise su lista.

Asegúrese de que su médico esté en esa lista antes de visitarlo. Los gastos médicos de bolsillo de proveedores aprobados califican para reembolso una vez que están en la lista.

4

Obtenga un reembolso.

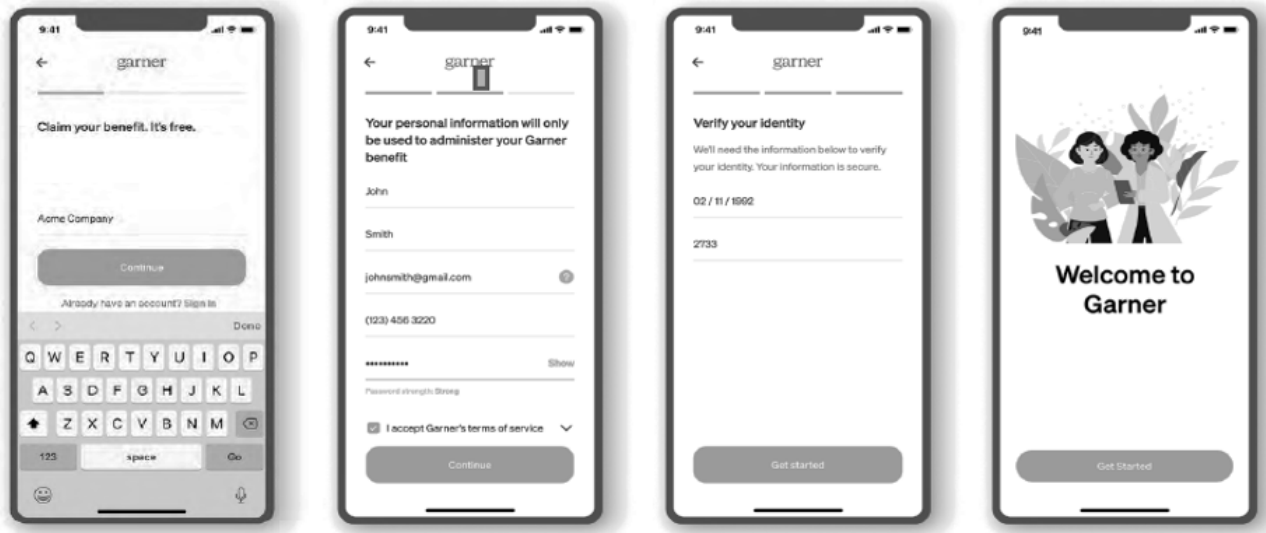
Cuando reciba atención de un proveedor aprobado, pague sus costos iniciales como de costumbre. Después de que su compañía de seguros procese la reclamación, Garner le reembolsará los gastos que califiquen. Debería recibir un cheque de reembolso aproximadamente entre 6 y 8 semanas después de recibir la atención.

* Importante: Los miembros del Plan Copper deben alcanzar un mínimo de \$1,600 para cobertura individual y \$3,200 para cobertura familiar antes de que el Plan Garner comience a reembolsar.

Cómo crear una cuenta en Garner

Cree su cuenta y obtenga acceso al 20% de los médicos mejor calificados en su zona.

Cree una cuenta en garner.guide/start.



¿GARNER ES MI SEGURO MÉDICO?

No, Garner no es su seguro médico. Es un beneficio aparte que se combina con su plan de salud para ayudarlo a encontrar los mejores proveedores y reducir el monto que debe pagar de su bolsillo antes de alcanzar el deducible de su seguro. Garner es un Acuerdo de reembolsos de gastos médicos (Health Reimbursement Arrangement, HRA) que financia íntegramente su empleador.

¿QUÉ ES CONCIERGE DE GARNER?

El equipo especializado de asistentes de atención médica de Garner está disponible para responder sus preguntas sobre cómo encontrar a los mejores médicos y cómo usar su beneficio. Puede enviar mensajes al ConciERGE a través de la aplicación Garner Health, en getgarner.com, al correo concierge@getgarner.com o llamar al 1-866-761-9586 para hablar con un representante. El ConciERGE está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del este) para ofrecerle asistencia personalizada. Se habla español.

¿DÓNDE PUEDO VER MI LISTA DE PROVEEDORES APROBADOS?

Vaya a la sección "Settings" (Configuración) en la aplicación Garner Health, haga clic en el ícono de engranaje en la esquina superior derecha de la pantalla de inicio y seleccione "Approved providers" (Proveedores aprobados) en el menú.

ATENCIÓN MÉDICA

Comparación de planes médicos

	Plan Copper		Plan Bronze		Plan Silver	
Red de proveedores	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Selección de médicos/hospitales	Puede acudir a cualquier médico, clínica u hospital; pero, para reducir los costos de bolsillo, busque proveedores de UnitedHealthcare Choice Plus que ofrecen descuentos.		Puede acudir a cualquier médico, clínica u hospital; pero, para reducir los costos de bolsillo, busque proveedores de UnitedHealthcare Choice Plus que ofrecen descuentos.		Puede acudir a cualquier médico, clínica u hospital; pero, para reducir los costos de bolsillo, busque proveedores de UnitedHealthcare Choice Plus que ofrecen descuentos.	
Deducible anual por año calendario	\$5,000 para cobertura individual \$10,000 para grupo familiar	\$10,000 para cobertura individual \$20,000 para cobertura familiar	\$1,750 para cobertura individual \$3,500 para cobertura familiar	\$4,025 para cobertura individual \$8,050 para cobertura familiar	\$1,000 para cobertura individual \$2,000 para cobertura familiar	\$2,300 para cobertura individual \$4,600 para cobertura familiar
Coseguro	100% de la tarifa en la red PPO	100% de la tarifa PPO	80% de la tarifa PPO	60% de la tarifa UCR	80% de la tarifa PPO	60% de la tarifa UCR
Máximo anual de gastos de bolsillo del plan	\$5,000 para cobertura individual \$10,000 para cobertura familiar (incluye deducible)	\$10,000 para cobertura individual \$20,000 para cobertura familiar (incluye deducible)	\$4,600 para cobertura individual \$9,200 para cobertura familiar (incluye deducible)	\$8,050 para cobertura individual \$16,100 para cobertura familiar (incluye deducible)	\$3,450 para cobertura individual \$6,900 para cobertura familiar (incluye deducible)	\$4,600 para cobertura individual \$9,200 para cobertura familiar (incluye deducible)
Visitas al consultorio médico (incluye telemedicina)	Deducible y coseguro	60% de la tarifa UCR aplicado al deducible	\$30 de copago; el saldo al 100% de la tarifa PPO	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible	\$20 de copago; el saldo al 100% de la tarifa PPO	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible
Sala de emergencias hospitalarias	Deducible y coseguro	Deducible y coseguro	Emergencia real por enfermedad/ accidente \$250 de copago; el saldo al 100% de la tarifa PPO No se aplica copago si lo admiten Uso no urgente de la sala de emergencias 50% de la tarifa PPO sujeto a deducible	Emergencia real por enfermedad/ accidente \$250 de copago; el saldo al 100% de la tarifa PPO No se aplica copago si lo admiten Uso no urgente de la sala de emergencias 50% de la tarifa PPO sujeto a deducible	Emergencia real por enfermedad/ accidente \$250 de copago; el saldo al 100% de la tarifa PPO No se aplica copago si lo admiten Uso no urgente de la sala de emergencias 50% de la tarifa PPO sujeto a deducible	Emergencia real por enfermedad/ accidente \$250 de copago; el saldo al 100% de la tarifa PPO No se aplica copago si lo admiten Uso no urgente de la sala de emergencias 50% de la tarifa PPO sujeto a deducible
Atención ambulatoria	Deducible y coseguro	Deducible y coseguro	80% de la tarifa PPO sujeto a deducible	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible	80% de la tarifa PPO sujeto a deducible	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible
Hospitalización	Deducible y coseguro	Deducible y coseguro	80% de la tarifa PPO sujeto a deducible; se requiere certificación previa	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible; se requiere certificación previa	80% de la tarifa PPO sujeto a deducible; se requiere certificación previa	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible; se requiere certificación previa
Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios	Deducible y coseguro 30 visitas por año	60% de la tarifa UCR aplicado al deducible 30 visitas por año	\$30 de copago Se requiere certificación previa 30 visitas por año	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible; se requiere certificación previa 30 visitas por año	\$20 de copago Se requiere certificación previa 30 visitas por año	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible; se requiere certificación previa 30 visitas por año
Análisis de laboratorio	Deducible y coseguro	No cubierto	100% de la tarifa PPO	No cubierto	100% de la tarifa PPO	No cubierto
Radiografías de diagnóstico	Deducible y coseguro	No cubierto	80% de la tarifa PPO sujeto a deducible	No cubierto	80% de la tarifa PPO sujeto a deducible	No cubierto
Examen físico anual: ginecológico, mamografía, prueba de Papanicolaou	100% de la tarifa en la red PPO	60% de la tarifa UCR aplicado al deducible	100% de la tarifa PPO	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible	100% de la tarifa PPO	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible
Atención preventiva infantil	100% de la tarifa en la red PPO	60% de la tarifa UCR aplicado al deducible	100% de la tarifa PPO	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible	100% de la tarifa PPO	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible
Inmunizaciones y vacunas preventivas	100% de la tarifa en la red PPO	60% de la tarifa UCR aplicado al deducible	100% de la tarifa PPO	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible	100% de la tarifa PPO	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible
Visitas/cuidados de enfermería para atención médica en el hogar	Deducible y coseguro	60% de la tarifa UCR aplicado al deducible	80% de la tarifa PPO sujeto a deducible	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible	80% de la tarifa PPO sujeto a deducible	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible
Visitas al consultorio del quiropráctico	Deducible y coseguro 24 visitas por año	60% de la tarifa UCR aplicado al deducible 24 visitas por año	\$30 de copago 24 visitas por año	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible y máximo 24 visitas por año	\$20 de copago 24 visitas por año	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible y máximo 24 visitas por año
Salud mental/internación	Deducible y coseguro	60% de la tarifa UCR aplicado al deducible	80% de la tarifa PPO sujeto a deducible; se requiere certificación previa	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible; se requiere certificación previa	80% de la tarifa PPO sujeto a deducible; se requiere certificación previa	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible; se requiere certificación previa

	Plan Copper		Plan Bronze		Plan Silver	
Tratamiento por abuso de sustancias como paciente hospitalizado	Deducible y coseguro	60% de la tarifa UCR aplicado al deducible	80% de la tarifa PPO sujeto a deducible; se requiere certificación previa	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible; se requiere certificación previa	80% de la tarifa PPO sujeto a deducible; se requiere certificación previa	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible; se requiere certificación previa
Salud mental como paciente ambulatorio	Deducible y coseguro	60% de la tarifa UCR aplicado al deducible	\$30 de copago Saldo al 100% de la tarifa negociada en la red PPO	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible	\$20 de copago Saldo al 100% de la tarifa negociada en la red PPO	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible
Tratamiento por abuso de sustancias como paciente ambulatorio	Deducible y coseguro	60% de la tarifa UCR aplicado al deducible	\$30 de copago; el saldo al 100% de la tarifa PPO	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible	\$20 de copago; el saldo al 100% de la tarifa PPO	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible
Tratamiento por abuso de sustancias como paciente hospitalizado	Deducible y coseguro	60% de la tarifa UCR aplicado al deducible	80% de la tarifa PPO sujeto a deducible; se requiere certificación previa	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible; se requiere certificación previa	80% de la tarifa PPO sujeto a deducible; se requiere certificación previa	60% de la tarifa UCR sujeto a deducible; se requiere certificación previa

Deducciones semanales por atención médica

	Plan Copper				Plan Bronze				Plan Silver			
Nivel de cobertura	Individual	Individual + hijos	Individual + cónyuge	Grupo familiar	Individual	Individual + hijos	Individual + cónyuge	Grupo familiar	Individual	Individual + hijos	Individual + cónyuge	Grupo familiar
Atención médica	\$21.44	\$36.45	\$45.02	\$64.31	\$29.47	\$50.11	\$61.89	\$88.44	\$101.18	\$172.00	\$212.47	\$303.52

Atención al cliente de UMR

ATENCIÓN AL CLIENTE POR RECLAMACIONES MÉDICAS

Teléfono: 888.268.7281

Teléfono para verificar cobertura: 800.837.3711

Para ver reclamaciones y documentos del plan: www.umar.com

Si su proveedor de atención médica es miembro de la red, usted recibirá tarifas con descuento por los servicios prestados. Para verificar si su proveedor pertenece a la red, llame al número indicado arriba o ingrese a www.umar.com y haga clic en "Find a provider" (Buscar un proveedor). Luego, seleccione la red "UnitedHealthcare Choice Plus" y busque un profesional médico y siga las indicaciones.

Para encontrar proveedores de salud mental o conductual, haga clic en "Find a provider" (Buscar un proveedor). Luego ingrese en la red UnitedHealthcare Choice Plus y en "View directory of behavioral health providers" (Ver directorio de proveedores de salud conductual) y siga las indicaciones.

Coordinación de la atención de UMR

¿Sabía que UMR ofrece un servicio de coordinación de la atención para todos los compañeros de trabajo inscritos en el plan médico? Este servicio lo ayudará a manejar situaciones de salud estresantes. Allí, responderán sus preguntas sobre tratamientos y lo ayudarán a encontrar un proveedor dentro de la red para reducir sus gastos. Si recibe la llamada de un profesional de coordinación de casos de enfermería de UMR, aproveche sus servicios.

Esto no tiene ningún costo adicional y recibirá asistencia de expertos para orientarlo en el sistema de salud.

COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN DE UMR

Teléfono: 866.494.4502

Para encontrar médicos participantes: www.umar.com

Red: UnitedHealthcare Choice Plus Network

PROGRAMA DE DIÁLISIS RENALOGIC

Programa de Beneficios de Diálisis y Defensa del Afiliado | Renalogic

Renalogic administrará todos los beneficios relacionados con la diálisis. Las llamadas de autorización médica previa se dirigirán a UMR, que transferirá la reclamación a Renalogic.

Los afiliados tendrán asignada personal de enfermería que los ayudará con sus beneficios y opciones para diálisis.

Opciones posibles:

Clínicas con los mejores resultados médicos

- Clínicas sin fines de lucro e independientes que demuestran mejores resultados médicos.

Ventajas de diálisis en el hogar

- La diálisis en el hogar se parece más a la función renal natural.
- Permite un estilo de vida más normal.

Trasplante temprano

- Aumenta la tasa de éxito si el trasplante se realiza antes de iniciar la diálisis.
- Opción de donante familiar

TELADOC

Teladoc | UMR

Teladoc le da acceso todos los días, a toda hora, a un médico certificado en los EE. UU. a través de consultas por teléfono, videollamada o en la aplicación móvil. Es una opción económica para recibir atención médica de calidad.

- Puede hablar con un médico en cualquier momento y lugar para que trate a cualquier miembro de la familia.
- Los médicos de Teladoc pueden atender muchas afecciones médicas, como resfrío y gripe, alergias, conjuntivitis, infecciones respiratorias, sinusitis, problemas de piel y más.
- Reciba atención de calidad por teléfono, videollamada o en la aplicación móvil.
- Reciba tratamientos rápidos: el tiempo promedio de respuesta es de 10 minutos.
- Envío de recetas a la farmacia de su elección si es médicamente necesario.
- Teladoc es más económico que una sala de emergencias. Los costos son \$45,00 para Copper, \$0,00 de copago para Bronze y \$0,00 de copago para Silver.

Cómo usar este servicio:

Disponible en inglés y español en www.teladoc.com o llame al 1.800.Teladoc.

Visite www.teladoc.com para obtener más información.

CUENTA DE AHORROS PARA ATENCIÓN MÉDICA (HSA)

Cuenta de ahorros para atención médica (HSA): solo para el Plan COPPER (opcional) | Health Equity

Una Cuenta de ahorros para atención médica (HSA) puede ser una excelente forma de ahorrar dinero para cubrir gastos médicos de bolsillo, como visitas al consultorio médico, atención dental y de la visión, y medicamentos con receta. Ofrece ventajas fiscales únicas que le permiten conservar más de su dinero ganado con esfuerzo. Además, puede usarla ahora o reservarla para cubrir gastos de atención médica en el futuro. Como está vinculada a un Plan de salud con deducible alto (High Deductible Health Plan, HDHP), **solo los participantes del PLAN COPPER son elegibles para inscribirse**. A continuación, se presentan algunos puntos clave sobre las HSA:

- Las contribuciones a la HSA son antes de impuestos o deducibles de impuestos, el dinero aumenta libre de impuestos y se puede retirar de esa forma.
- Usted recibirá una tarjeta de débito o cheques vinculados al saldo de su HSA y puede usar esos fondos para gastos médicos elegibles. Esto incluye deducibles, copagos y coseguros, además de otros gastos médicos calificados que no cubra su plan.
- A diferencia de una cuenta de gastos flexibles, **el saldo de su HSA se transfiere de un año a otro, por lo que nunca perderá los ahorros.**
- La cuenta le pertenece a usted. Incluso si cambia de plan de salud o de trabajo, o se jubila, los fondos permanecen en su cuenta y son de su propiedad para utilizarlos.
- Una vez que cumpla 65 años y esté inscrito en Medicare, ya no podrá aportar a la HSA, pero aún podrá usar el dinero para gastos médicos de bolsillo.
- No puede tener una HSA y una Cuenta de gastos flexibles (FSA) médica en el mismo año.
- La contribución máxima en 2026 es de \$4,400 para cobertura individual y de \$8,750 para cobertura familiar. Si es mayor de 55 años, puede aportar un adicional de \$1,000 anuales.
- Puede ajustar su contribución a la HSA durante todo el año. Siempre que no supere el máximo anual, puede cambiar el monto que se descuenta de su salario tantas veces como lo desee.

Inscripción en la HSA de Health Equity | Health Equity

¿Elegió el Plan Copper y está interesado en inscribirse en una cuenta HSA?

Durante la inscripción abierta o cuando lo contraten, si selecciona un monto en dólares para destinar a su HSA en cada período de pago, quedará automáticamente inscrito en el Plan HSA de Health Equity. También recibirá un paquete informativo de Health Equity.

Ese paquete incluirá instrucciones para iniciar sesión en su sitio web, consultar la información de su cuenta y revisar los saldos. El sitio web es www.healthequity.com.

No olvide activar su tarjeta de débito de la HSA cuando la reciba en su domicilio.

Si tiene alguna pregunta durante el proceso, puede llamar al servicio de asistencia para asuntos de la HSA al 1.866.346.5800.

BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS

Beneficios de los medicamentos recetados | RxBenefits

	Plan Copper	Plan Bronze	Plan Silver
Medicamentos recetados: compra minorista con Optum	Lista de medicamentos preventivos según la Reforma de Salud: \$0 (suministro para 31 días) Todos los demás: deducible y coseguro	Suministro para 31 días Deducible anual de \$100 por cada familiar Nivel I Genéricos/genéricos especializados: \$15 Nivel II Marcas preferidas/marcas preferidas especializadas: \$30 Nivel III Marcas no preferidas: \$50 Nivel III Especializados sin marca preferida: \$100	Suministro para 31 días Nivel I Genéricos/genéricos especializados: \$15 Nivel II Marcas preferidas/marcas preferidas especializadas: \$30 Nivel III Marcas no preferidas: \$50 Nivel III Especializados sin marca preferida: \$100
Medicamentos recetados: pedido por correo (Optum) o en farmacia dentro de la red (90 días)	Lista de medicamentos preventivos según la Reforma de Salud: \$0 (suministro para 90 días) Todos los demás: deducible y coseguro	Suministro para 90 días Deducible anual de \$100 por cada familiar Nivel I Genéricos/genéricos especializados: \$30 Nivel II Marcas preferidas/marcas preferidas especializadas: \$60 Nivel III Marcas no preferidas: \$100 Nivel III Especializados sin marca preferida: \$200	Suministro para 90 días Nivel I Genéricos/genéricos especializados: \$30 Nivel II Marcas preferidas/marcas preferidas especializadas: \$60 Nivel III Marcas no preferidas: \$100 Nivel III Especializados sin marca preferida: \$200

RXBENEFITS

Teléfono: 800.334.8134

Sitio web: www.optumrx.com/mycatamaranrx.com

(Ingresa a este sitio para registrarse y automatizar sus resurtidos por correo). Rx BIN: 610011

Rx BIN: 610011

Rx PCN: IRX

Rx GRP: RXBENEFIT

RxBenefits es un administrador externo de Optum Rx.

RxBenefits atenderá las llamadas y resolverá sus necesidades con Optum Rx.

PLAN DE SALUD MINIMUM ESSENTIAL COVERAGE (MEC)

Plan Minimum Essential Coverage (MEC) | Imagine360

¡Otra opción médica!

Importante: Imagine360 emite las tarjetas de identificación.

PROMOVER HÁBITOS SALUDABLES. La opción del Plan MEC cubre exámenes físicos anuales, vacunas contra la gripe y neumonía, análisis de laboratorio de rutina e incluso programas para dejar de fumar o consumir tabaco. Estos son solo algunos de los numerosos procedimientos de ATENCIÓN PREVENTIVA que cubre el Plan MEC. Además, el plan cubre hasta 3 visitas al consultorio médico o en atención de urgencias por año con un copago de \$25 cada una.

APOYO EN FARMACIA. El Plan MEC de Baker cubre una lista limitada de medicamentos genéricos preventivos, según lo exige la ley federal, ofrecidos a los participantes con copago de \$0. Además, el plan cubre hasta 3 recetas genéricas por afiliado al año con un copago de \$10 cada una.

PREVENIR GASTOS MÉDICOS FUTUROS. El Plan MEC de Baker cubre la atención preventiva al 100%, hasta un beneficio máximo aprobado, lo que permite detectar enfermedades antes de que se conviertan en afecciones médicas potencialmente costosas.

Plan Minimum Essential Coverage con beneficios de medicamentos preventivos recetados

Beneficios máximos anuales

Máximo anual para todos los beneficios con máximo de gastos de bolsillo	Ilimitado \$7,900 individual/\$15,800 grupo familiar
Todos los proveedores aplicables (tabla de tarifas permitidas)	135% de Medicare

Beneficios preventivos y de bienestar:

Este beneficio se paga únicamente para procedimientos cubiertos como parte de la atención preventiva y de bienestar. **No se paga para el tratamiento de una enfermedad o lesión diagnosticada.** Los servicios deben estar identificados y facturados como de rutina, como parte de un examen físico de rutina o según se especifique abajo.

Porcentaje de beneficio en estos casos:	Beneficio	Límites y disposiciones
Todos los beneficios de bienestar cubiertos	100% de copago exento	Se aplican límites de edad y frecuencia. Otras disposiciones especiales a continuación.
1. Exámenes físicos de rutina	8. Inmunizaciones de rutina	
2. Exámenes anuales de salud de la mujer	9. Vacuna contra la gripe, vacuna contra la neumonía	
3. Prueba anual de Papanicolaou/otros análisis de rutina para mujeres	10. Análisis de laboratorio, radiografías, pruebas diagnósticas y otros exámenes médicos de rutina	
4. Mamografía anual de rutina, a partir de los 40 años o con antecedentes familiares de cáncer de mama	11. Examen de rutina de la vista (menores de 19 años)	
5. Prueba de densidad ósea de rutina: a partir de los 60 años o con factores de riesgo de osteoporosis	12. Exámenes de rutina de la audición (recién nacidos)	
6. Prueba anual de PSA de rutina: a partir de los 60 años o con antecedentes familiares de cáncer de próstata	13. Dejar de fumar o consumir productos con tabaco, limitado a 2 visitas al consultorio médico y un suministro de 3 meses de medicación cubierta con el Programa MEC de medicamentos recetados	
7. Exámenes de cuidado del bebé/exámenes de salud infantil	14. Todos los métodos anticonceptivos femeninos que apruebe la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y los procedimientos de esterilización	

Medicamentos recetados de bienestar obligatorios: límite de suministro de 30 días	100% de copago exento
Límite de suministro para 90 días	100% de copago exento

Individual	Individual + hijos	Individual + cónyuge	Grupo familiar
\$6.25/semana	\$10.50/semana	\$11.00/semana	\$14.50/semana

IMAGINE360

800.827.7223

www.imagine360.com

DENTAL

Dental | Delta Dental of Ohio

Acudir a un dentista de la red PPO o Premiere le permite ahorrar más que con un proveedor fuera de la red.

Deducible anual Individual/Grupo familiar	\$25/\$75
Máximo anual por año calendario Máximo de por vida en cobertura dental	\$1,750 por persona \$1,500 por persona

Característica del beneficio	Porcentaje de UCR	Sujeto a deducible
Limpieza/examen bucal (dos visitas por año calendario)	100%	No
Radiografías de mordida (dos por año calendario)	100%	No
Radiografías de boca completa (una cada tres años)	100%	No
Flúor tópico (para niños menores de 15 años)	100%	No
Restauraciones menores	80%	Sí
Periodoncia	80%	Sí
Endodoncia	80%	Sí
Cirugía bucal	80%	Sí
Restauraciones mayores	80%	Sí
Prótesis	80%	Sí
Ortodoncia	50%	No

Deducciones semanales por cobertura dental

Individual	Individual + hijos	Individual + cónyuge	Grupo familiar
\$1.70	\$3.97	\$3.42	\$6.18

DELTA DENTAL OF OHIO

www.deltadentaloh.com

800.524.0149

N.º de grupo: 26909334

Beneficio	Descripción	Frecuencia y copagos	Beneficios fuera de la red
Examen de bienestar	Examen de la vista anual de bienestar	Cada 12 meses: copago de \$0 si acude a un proveedor Eye360 Plus \$10 si no acude a un proveedor Plus	Hasta \$45
Armazones	\$225 de cobertura, debe usarse un proveedor Eye360 Plus 20% de descuento en cualquier monto que exceda esa suma \$175 de cobertura cuando se usa un proveedor que no sea 360 Plus el vende 20% de descuento sobre cualquier monto que exceda los \$175	Cada 12 meses \$25 de copago para materiales	Hasta \$70
Lentes	Monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea de policarbonato para menores de 19 años	Cada 12 meses, el copago está incluido en los armazones	Monofocales: hasta \$30, bifocales con línea: hasta \$50, trifocales con línea: hasta \$65
Mejoras en los lentes cada 12 meses	Lentes progresivos estándar, lentes progresivos premium de nivel 1 a 3, lentes progresivos premium de nivel 4	\$75 \$95-\$120 \$75 de copago; 20% de descuento sobre el precio minorista menos \$120 de cobertura	Hasta \$50 para lentes progresivos
Lentes de contacto	\$175 de cobertura, 15% de descuento en montos que superen esa cifra	Cada 12 meses	Hasta \$105

BCE ahora utiliza el **Programa Eye360 Plus** con EyeMed. Este programa ofrece lo siguiente:

1. ¡Exámenes de la vista gratuitos cuando use un proveedor Eye360 Plus! Ingrese a EyeMed.com o llame para buscar proveedores dentro de la red de Eye360 Plus. Los exámenes están limitados a uno por año calendario.
2. Hay varias opciones dentro de la red para comprar anteojos en línea.
3. Programa complementario HealthyEyes Wellness con herramientas y videos en línea.

* Si no necesita anteojos ni lentes de contacto, el plan médico UMR cubre GRATIS un examen de la vista anual de bienestar. Ingrese a www.umar.com para buscar proveedores dentro de la red.

EyeMed también ofrece MUCHOS otros descuentos a los afiliados a través de su sitio web y en la aplicación. Ingrese a eyemed.com y vaya a "Members" (Afiliados), luego a "Benefits" (Beneficios) e inicie sesión en el "Member Portal" (Portal del afiliado) para ver las ofertas especiales en otros servicios de la vista, como mejoras gratuitas en los recubrimientos de lentes, ahorros en un segundo par y descuentos en LASIK y audífonos. Las ofertas cambian regularmente, así que revíselas con frecuencia.

Deducciones semanales por cobertura dental

Individual	Individual + hijos	Individual + cónyuge	Grupo familiar
\$1.67	\$3.58	\$3.35	\$5.73

EYEMED

www.eyemed.com

866.800.5457

N.º de grupo: 1008914

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

Cuenta de gastos flexibles (FSA) | Health Equity

¡Conserve más de lo que gana!

Aumente su salario neto | Reduzca sus gastos médicos | Disminuya sus impuestos sobre la renta

Una Cuenta de gastos flexibles (FSA) funciona como una cuenta para los gastos. Usted guarda automáticamente una parte de su salario (antes de impuestos) para pagar gastos médicos calificados o cuidado de dependientes. Ahorra dinero porque no paga impuestos sobre ese monto. Puede usarla para pagar cuidado diurno, gastos médicos y de medicamentos recetados que no cubra el seguro.

Acceder al dinero de su cuenta es sencillo.

Más del 80% de los gastos de FSA médicos se aprueban automáticamente, por lo que, en la mayoría de los casos, no tendrá que presentar reclamaciones ni documentación para usar la tarjeta de la FSA*. Sin embargo, le recomendamos que siempre conserve copias de los recibos y otra documentación de respaldo.

NUEVO: la tarjeta de débito que reciba es SOLO PARA LA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES MÉDICA. No puede usarse para la FSA para el cuidado de dependientes. Esas reclamaciones deben presentarse de forma manual.

Sea conservador.

El Departamento de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) tiene una regla de “úselo o piérdalo”, que establece que usted pierde todo saldo sobrante de su cuenta al final del año del plan. La FSA funciona por año del plan, de enero a diciembre. Solo puede inscribirse en la FSA durante el período de inscripción abierta.

Cuenta de gastos flexibles (FSA) médica

Una FSA médica le permite planificar y ahorrar para gastos médicos calificados que planea tener a lo largo del próximo año calendario.

La FSA también se puede usar para cubrir su deducible, coseguro, copagos de medicamentos recetados, así como gastos de atención dental y de la visión que no estén cubiertos al 100% por el plan de seguro médico.

El monto máximo que puede aportar a su FSA es de **\$3,400**.

Cuenta de gastos flexibles (FSA) para el cuidado de dependientes **Las reclamaciones de la FSA para el cuidado de dependientes deben presentarse manualmente.**

Una FSA para el cuidado de dependientes es una forma sencilla de ahorrar dinero en atención de calidad para sus seres queridos. Le permite apartar dinero antes de impuestos para pagar gastos de cuidado diurno.

Si está casado y presenta una declaración conjunta, o presenta como soltero o jefe de familia, el límite anual del IRS es de **\$7,500**. Si está casado y presenta declaraciones por separado, cada uno puede elegir **\$3,750** para el año calendario. Para calificar, usted y su cónyuge (si corresponde) deben estar empleados, o su cónyuge debe ser estudiante a tiempo completo.

Los dependientes elegibles son hijos menores de 13 años que se reclaman como dependientes a efectos fiscales o un cónyuge o un dependiente con discapacidad de cualquier edad.

Cómo presentar una reclamación

Por internet:

- Para ver reclamaciones e información de la cuenta visite www.HealthEquity.com.

Por correo:

- Complete el formulario de reclamación de la FSA y envíelo por correo con la documentación (conservar copias de su documentación).
- Complete y envíe el formulario junto con sus comprobantes a:
Health Equity, Attn: Reimbursements Accounts, PO Box 14374, Lexington, KY 40512;
o envíelo por fax al 801.999.7829.

FSA DE HEALTH EQUITY

www.healthequity.com

866.346.5800

Gastos médicos que cubre y no cubre la FSA

Gastos médicos calificados de la cuenta (si se incurren durante el año del plan):

Tratamientos para el acné	Insumos para diabéticos	Monitores y kits de prueba
Acupuntura	Servicios de diagnóstico	Medicamentos para las náuseas
Tratamiento del alcoholismo	Tratamiento de la drogadicción	Pulverizadores y tiras nasales
Medicamentos para alergias y sinusitis	Gotas para los oídos	Honorarios de obstetricia/ginecología
Servicios de ambulancia/emergencias médicas	Extracción de cerumen	Protectores oculales
Anestesia	Gotas y tratamientos para los ojos	Terapia ocupacional
Antiácidos	Examen de la vista	Trasplantes de órganos
Pomada antibiótica	Kit de reparación de anteojos	Soportes ortopédicos y quirúrgicos
Aspirina u otro analgésico	Botiquines de primeros auxilios	Productos medicinales y medicamentos de venta libre
Tratamientos/soportes ortopédicos deportivos	Vacunas contra la gripe	Monitor de ovulación
Vendajes	Medicamentos gastrointestinales	Exámenes físicos
Anticonceptivos	Asesoramiento genético	Fisioterapia
Monitor de presión arterial	Glucosamina y condroitina	Pruebas de embarazo
Extractor de leche materna	Audífonos y pilas	Anteojos recetados/lentes de contacto
Clases de lactancia materna	Servicios y honorarios hospitalarios	Medicamentos recetados
Clases de preparación para el parto (solo para madres)	Inmunizaciones	Visita al médico de cabecera
Cuidados quiroprácticos	Insumos para la incontinencia	Prótesis
Kits y suministros para pruebas de colesterol	Terapia individual	Lentes de lectura
Medicamentos para resfríos y gripe	Tratamiento de la infertilidad	Programas para dejar de fumar
Preservativos	Tarifas de laboratorio	Visita a un especialista
Solución para lentes de contacto	Insumos para la lactancia	Terapia del habla
Anticonceptivos	Clases de Lamaze (solo para madres)	Espemicidas
Caramelos para la tos	Cirugía LASIK	Lentes de sol (recetadas)
Jarabe para la tos	Laxantes	Protector solar con SPF 15+
Máquina de presión positiva continua en la vía aérea	Toallitas para lentes y tratamiento contra piojos	Cirugías (con fines no estéticos)
Desfibrilador	Tratamientos	Unidad de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea
Dental	Aborto médico	Ligadura de trompas
Puentes dentales	Orientación médica	Vacunas
Dentadura postiza	Equipos médicos y reparaciones	Vasectomía
Implantes dentales	Cargos por registros médicos	Tratamientos/cirugías para corrección de la vista
Selladores dentales	Productos menstruales	Ayudas para caminar (bastones, muletas, etc.)
Adhesivo para dentaduras	Partera	Sillas de ruedas y reparaciones

Esta no es una lista exhaustiva. Para ver la lista completa, visite www.irs.gov.

No se requiere justificación	Puede requerir documentación	No se puede utilizar la tarjeta de la FSA
Prestadores de atención médica con copagos: • Hospitales • Productos medicinales y medicamentos de venta libre • Farmacia • Consultorio médico • Proveedores de atención de la vista • Atención de urgencias • Centros de cirugía ambulatoria	Recibirá una notificación por correo si se necesita documentación para lo siguiente: • Deducibles y coseguro • Gastos de bolsillo del seguro del cónyuge • Gastos dentales	• Algunos artículos de venta libre requieren receta • Cualquier gasto no calificado • Cualquier prestador, comercio o minorista no participante

SEGURO DE VIDA Y POR AD&D

Seguro de vida y por AD&D | The Hartford

Seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidental (AD&D) que paga la compañía

	Compañeros de trabajo por hora a tiempo completo
Elegibilidad	Todos los compañeros de trabajo por hora de tiempo completo activos que trabajen un mínimo de 30 horas por semana
Monto del beneficio	\$10,000
Beneficio del seguro por AD&D	Igual al monto del seguro de vida
Reducción del beneficio	67% a los 75 años
Prima que paga	Baker Construction Enterprises

SEGURO VOLUNTARIO POR ENFERMEDAD GRAVE

Enfermedad grave | The Hartford

¿Cómo podrían ayudarme estos beneficios?

A nadie le gusta enfermarse, y una enfermedad grave puede tener un fuerte impacto económico en su vida. El seguro médico puede ayudar con algunos gastos médicos, pero los **beneficios por enfermedad grave** pueden ayudarlo a cubrir otras cuentas.

Estos beneficios alivian la carga económica con pagos en efectivo por enfermedades cubiertas, como cáncer, infarto o accidente cerebrovascular. Puede utilizar el dinero como lo necesite. Estos son algunos ejemplos:



Alimentos



Vivienda



Servicios
públicos



Gastos
médicos

No es posible predecir una enfermedad grave, pero sí puede protegerse económicamente. Los beneficios por enfermedad grave le permiten enfocarse en su recuperación, en lugar de preocuparse por los gastos. Contar con esta cobertura le brinda tranquilidad hoy y un gran alivio mañana.



Mire un breve video que lo ayudará a decidir.
TheHartford.com/bia/criticalillness

PRIMAS POR EMPLEADO (52 DEDUCCIONES DE NÓMINA POR AÑO)

MONTO DE COBERTURA	EDAD												
	<25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+
\$10,000	\$0.62	\$0.83	\$1.06	\$1.38	\$1.92	\$2.95	\$4.02	\$5.28	\$7.25	\$9.85	\$12.99	\$16.55	\$20.10
\$20,000	\$1.25	\$1.66	\$2.12	\$2.77	\$3.83	\$5.91	\$8.03	\$10.57	\$14.49	\$19.71	\$25.98	\$33.09	\$40.20

PRIMAS POR CÓNYUGE/PAREJA (52 DEDUCCIONES DE NÓMINA POR AÑO)

MONTO DE COBERTURA	EDAD												
	<25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+
\$10,000	\$0.62	\$0.83	\$1.06	\$1.38	\$1.92	\$2.95	\$4.02	\$5.28	\$7.25	\$9.85	\$12.99	\$16.55	\$20.10
\$20,000	\$1.25	\$1.66	\$2.12	\$2.77	\$3.83	\$5.91	\$8.03	\$10.57	\$14.49	\$19.71	\$25.98	\$33.09	\$40.20

PRIMAS POR HIJOS (52 DEDUCCIONES DE NÓMINA POR AÑO)

MONTO DE COBERTURA	\$10,000	\$20,000
TODAS LAS EDADES	\$1.38	\$2.77

THE HARTFORD

N.º de póliza: 883325

866.547.4205

www.thehartford.com/benefits/myclaim

SEGURO VOLUNTARIO POR ACCIDENTES

Seguro voluntario por accidentes | The Hartford

¿Cómo podrían ayudarme estos beneficios?

Cuando una lesión accidental, como una fractura, dislocación o conmoción cerebral, interrumpie su vida diaria, el seguro médico lo protege de los costos médicos y de las visitas al consultorio. Pero los **beneficios por lesión accidental** le otorgan un beneficio extra en efectivo después de un accidente.

Puede utilizar ese dinero como usted prefiera, por ejemplo:



Deducibles
o copagos de
radiografías



Alimentos



Vivienda



Servicios
públicos

Los accidentes ocurren. Los beneficios por lesión accidental le brindan tranquilidad cuando más la necesita. Protéjase hoy para poder disfrutar mañana.



BENEFICIOS EN ACCIÓN

¿ESTÁ CUBIERTO PARA MÍ?

Mire un breve video que lo ayudará a decidir.
TheHartford.com/bia/accident

PRIMAS

Los montos indicados son importes semanales (52 deducciones por nómina al año):⁴

NIVEL DE COBERTURA	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2
Empleado solamente	\$1.37 (\$0.19 por día)	\$1.14 (\$0.31 por día)
Empleado y cónyuge/pareja	\$2.15 (\$0.31 por día)	\$3.37 (\$0.48 por día)
Empleado e hijos	\$2.35 (\$0.34 por día)	\$3.67 (\$0.52 por día)
Empleado y grupo familiar	\$3.67 (\$0.32 por día)	\$5.74 (\$0.82 por día)

THE HARTFORD

N.º de póliza: 883325

866.547.4205

www.thehartford.com/benefits/myclaim

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES POR SEGURO VOLUNTARIO POR ENFERMEDAD GRAVE Y ACCIDENTE

Cómo presentar una reclamación por seguro voluntario por enfermedad grave y accidente | The Hartford

ACCIÓN	
¿Cuándo se debe presentar una reclamación?	Enfermedad grave* - Después de que un médico les haya diagnosticado a usted o a un dependiente cubierto una enfermedad cubierta. - Después de realizarse un examen preventivo de salud que otorgue derecho a un beneficio de bienestar o de control médico.
	Accidente - Después de que usted o un dependiente cubierto reciban atención médica por un accidente. - Después de realizarse un examen preventivo de salud que otorgue derecho a un beneficio de bienestar o de control médico.
¿Quién puede presentar una reclamación y cómo se hace?	Cualquier persona asegurada en la póliza, o un representante autorizado, puede presentar una reclamación en cualquier momento y lugar. Puede presentar la reclamación de diferentes maneras según lo que más le convenga: EN LÍNEA - Visite el Portal de Reclamaciones de Seguros Suplementarios en http://thehartford.com/benefits/myclaim - Regístrese para acceder si aún no lo ha hecho. (Nota: Debemos tener la elegibilidad actual de su administrador de beneficios para que usted y cualquier dependiente sean elegibles para registrarse en el portal). - Inicie sesión en el portal. - Haga clic en "Complete Your Claim Form Online" (Completar el formulario de reclamo en línea) en la sección "Quick Links" (Enlaces rápidos). - Siga las instrucciones para completar y enviar una reclamación. 2. PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN POR TELÉFONO (Solo se aplica a beneficios por evaluación de salud/beneficios de protección por accidente) - Presente su reclamación llamando al 866-547-4205. - Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., EST. 3. ENVIAR UNA RECLAMACIÓN POR CORREO O FAX - Descargue un formulario de reclamación en TheHartford.com/benefits/myclaim - Complete el formulario y envíelo por correo o fax a: The Hartford Supplemental Insurance Benefit Department P.O. Box 99906 Grapevine, TX 76099 Número de fax: 469-417-4952 Para obtener ayuda con la presentación de su reclamación, llame al 866-547-4205.

ACCIÓN	
¿Qué información deberá proporcionar cuando presente la reclamación?	- En el formulario tendrá que brindar cierta información sobre usted y, si está presentando la reclamación para un dependiente, la información de esa persona también. - Luego, tendrá que seleccionar el tipo de reclamación que está presentando. Continúe con el formulario y complete únicamente las secciones correspondientes. - En la sección "Benefit Information" (Información de beneficios), marque cada casillero que corresponda al evento o a los servicios que recibió como resultado de su enfermedad cubierta, accidente o internación hospitalaria. - Asegúrese de firmar la Autorización para obtener y divulgar información (lo que nos permite solicitar información a los proveedores médicos si fuera necesario) y también de firmar el formulario de reclamación. Además de completar el formulario, deberá proporcionar documentación de respaldo que justifique la reclamación. Algunos documentos son los siguientes: constancias de emergencias; atención de urgencia; consultas médicas o papeles de alta hospitalaria; resultados o informes de exámenes; análisis o pruebas de laboratorio; notas del médico; explicaciones de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de su proveedor de seguro médico; facturas médicas u hospitalarias detalladas; registros médicos. Llámenos para recibir orientación sobre la presentación de su reclamación. Con gusto lo ayudaremos a entender cómo completarla correctamente. Cuando complete todo el formulario y reúna la documentación necesaria, podremos atenderlo mejor y asegurarnos de que su reclamación se procese lo más rápido posible. También podríamos tener que trabajar con proveedores médicos para verificar completamente su reclamación, pero le informaremos durante el proceso si esto es necesario.
¿Qué sucede después?	Después de enviar su reclamación, nuestro equipo especializado la revisará y se pondrá en contacto con usted si tiene preguntas o necesita información adicional. Nuestro objetivo es asegurarnos de que reciba todos los beneficios a los que tiene derecho, lo más rápido posible. Revisaremos toda su cobertura de beneficios voluntarios con The Hartford para determinar si pudiera ser elegible para beneficios adicionales según otras pólizas de seguro que haya adquirido. Por ejemplo, si presenta una reclamación por enfermedad grave y olvidó informarnos sobre una estadía hospitalaria que podría calificar para una reclamación de indemnización hospitalaria, lo tendremos en cuenta. Cuando se apruebe la reclamación, el tiempo estándar para que los beneficios se paguen es de entre 3 y 10 días hábiles. Se aplicarán los plazos habituales del correo estándar (si corresponde). Mientras tanto, si presentó la reclamación en línea, puede usar el sitio para monitorear el estado y acceder a información adicional relacionada en TheHartford.com/benefits/myclaim. Para todas las reclamaciones, consultas sobre el estado o preguntas, también puede llamar al 1-866-547-4205.

401(K)

401(k) | Fidelity

¿Cuándo puedo inscribirme?

- Es elegible para inscribirse si es mayor de 18 años y tiene 3 meses de servicio. Se vuelve elegible el primer día del mes que coincida o siga a los 3 meses de servicio.

¿Baker iguala sus aportes?

- ¡Sí! Baker igualará cada centavo de su aporte al Plan 401(k) sobre el primer 3% de su salario que usted difiera. Además, Baker igualará el 50% del siguiente 2% de su salario que usted difiera.
- El plan es un plan Safe Harbor, lo que significa que sus aportes a la cuenta tienen una titularidad inmediata del 100%.
- Las contribuciones de contrapartida de Safe Harbor para compañeros de trabajo de la empresa se acreditarán en su cuenta antes de impuestos y estarán sujetas a tributación al momento del retiro.

¿Cómo puedo inscribirme?

- Puede ingresar a www.netbenefits.com o llamar al 1.800.835.5095. Asegúrese de designar a sus beneficiarios, ya sea en el sitio web o por teléfono.

¿Qué tipo de cuentas tenemos?

Existen dos opciones de inscripción en el Plan 401(k).

- Puede inscribirse mediante una cuenta con aportes antes de impuestos o
- mediante una cuenta Roth (con aportes después de impuestos).
- O puede distribuir aportes en ambas.

Asegúrese de agregar un beneficiario a su cuenta. Este es un paso MUY importante para proteger su cuenta y a sus seres queridos.

Cuando reúna todos los requisitos, puede inscribirse o hacer cambios en cualquier momento si visita el sitio web de Fidelity o llama a su equipo de atención al cliente.

Para trasposos, comuníquese con el servicio al cliente de Fidelity al 1.800.835.5095.

No se olvide de ingresar a www.netbenefits.com para designar beneficiarios.

AVISOS FEDERALES OBLIGATORIOS

Aviso sobre Medicaid y CHIP

Asistencia para primas con Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) y también son elegibles para la cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con primas que le ayude a pagar esa cobertura con fondos de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no calificará para estos programas de asistencia con primas, pero podría comprar un seguro médico individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, ingrese a www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para verificar si está disponible la asistencia con primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP y considera que podrían ser elegibles, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, llame al **1-877-KIDS NOW** o ingrese a www.insurekidsnow.gov para obtener información sobre cómo inscribirse. Si califica, averigüe si en su estado hay algún programa que lo ayude a pagar las primas del plan que patrocina el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con primas de Medicaid o CHIP y participar en el plan de su empleador, este debe permitirle inscribirse en su plan si aún no está inscrito. Esto se denomina una oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar la cobertura en el plazo de 60 días luego de la determinación de elegibilidad para la asistencia con primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo (Department of Labor) en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en alguno de los estados enumerados a continuación, puede ser elegible para recibir asistencia con el pago de las primas de su plan de salud que patrocine el empleador. La lista que figura a continuación corresponde a la información vigente al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA Medicaid	CALIFORNIA Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
ALASKA Medicaid	COLORADO Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)
The AK Health Insurance Premium Payment Program Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/mcicaid/default.aspx	Health First Colorado Sitio web: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/ State Relay 711 CHP+ : https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/ State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program HIBI Customer Service: 1-855-692-6442
ARKANSAS Medicaid	FLORIDA Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA Medicaid	MASSACHUSETTS Medicaid and CHIP
Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext 2131	Sitio web: https://www.mass.gov/info-details/masshealth-premium-assistance-pa Teléfono: 1-800-862-4840
INDIANA Medicaid	MINNESOTA Medicaid
Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 All other Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584	Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739
IOWA Medicaid and CHIP (Hawki)	MISSOURI Medicaid
Medicaid Sitio web: https://dhs.iowa.gov/ime/members Medicaid Teléfono: 1-800-338-8366 Hawki Sitio web: http://dhs.iowa.gov/Hawki Hawki Teléfono: 1-800-257-8563 HIPP Sitio web: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp HIPP Teléfono: 1-888-346-9562	Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
KANSAS Medicaid	MONTANA Medicaid
Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884	Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084
KENTUCKY Medicaid	NEBRASKA Medicaid
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov KCHIP Sitio web: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Sitio web: https://chfs.ky.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
LOUISIANA Medicaid	NEVADA Medicaid
Sitio web: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)	Medicaid Sitio web: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Teléfono: 1-800-992-0900
MAINE Medicaid	NEW HAMPSHIRE Medicaid
Enrollment Sitio web: https://www.maine.gov/dhhs/ofl/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofl/applications-forms Teléfono: -800-977-6740. TTY: Maine relay 711	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext 5218

NEW JERSEY Medicaid and CHIP	SOUTH DAKOTA Medicaid
Medicaid Sitio web: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Medicaid Teléfono: 609-631-2392 CHIP Sitio web: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Teléfono: 1-800-701-0710	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
NEW YORK Medicaid	TEXAS Medicaid
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
NORTH CAROLINA Medicaid	UTAH Medicaid and CHIP
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Medicaid Sitio web: https://medicaid.utah.gov/ CHIP Sitio web: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
NORTH DAKOTA Medicaid	VERMONT Medicaid
Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825	Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
OKLAHOMA Medicaid and CHIP	VIRGINIA Medicaid and CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Medicaid Teléfono: 1-800-432-5924 CHIP Teléfono: 1-800-432-5924
OREGON Medicaid	WASHINGTON Medicaid
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075	Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
PENNSYLVANIA Medicaid	WEST VIRGINIA Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HI-PP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462	Sitio web: http://mywvhipp.com/ Número gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
RHODE ISLAND Medicaid and CHIP	WISCONSIN Medicaid and CHIP
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct RIte Share Line)	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
SOUTH CAROLINA Medicaid	WYOMING Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para confirmar si algún otro estado agregó un programa de asistencia con primas después del 31 de julio de 2025 o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de los EE. UU.

Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61565

Otros avisos importantes

Ley de Derechos de Salud de la Mujer y Cáncer

Si se sometió o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos de Salud de la Mujer y Cáncer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se brindará de la forma determinada en consulta con el médico tratante y el paciente:

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

Estos beneficios estarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos en este plan. Para obtener más detalles, consulte la Descripción resumida del plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con el administrador del plan al 513-539-4016.

Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres

Los planes de salud de grupo y las aseguradoras de salud, por ley federal, no pueden limitar los beneficios de hospitalización por parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, ni a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal no prohíbe que el médico tratante de la madre o del recién nacido, tras consultar con la madre, autorice el alta antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En ningún caso, los planes y las aseguradoras pueden exigir, por ley federal, que el proveedor obtenga una autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estancia hospitalaria que no exceda las 48 horas (o 96 horas). Si desea obtener más información sobre los beneficios de maternidad, comuníquese con el Administrador del plan al 513-539-4016.

Aviso conforme a la ley HIPAA sobre derechos de inscripción especial

Si rechaza la inscripción en el plan de salud de Baker Construction Enterprises para usted o sus dependientes (incluso su cónyuge) porque tiene otro seguro médico o cobertura de un plan de salud de grupo, usted o sus dependientes podrían inscribirse en el plan de salud de Baker Construction Enterprises sin esperar al siguiente período de inscripción abierta en los siguientes casos:

- Pierde el otro seguro médico o la cobertura de un plan de salud de grupo. Debe solicitar la inscripción en el plazo de 60 días después de la pérdida de la otra cobertura.
- Adquiere un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Debe solicitar la inscripción en el plan de salud en el plazo de 60 días luego del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.
- Pierde la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque deja de ser elegible. Debe solicitar la inscripción en el plan médico en el plazo de 60 días luego de la pérdida de dicha cobertura.

Si solicita un cambio por un evento de inscripción especial en el plazo de 60 días, la cobertura será efectiva desde la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción. En todos los demás casos, la cobertura será efectiva el primer día del mes siguiente a la solicitud de inscripción. Además, puede inscribirse en el plan de salud de Baker Construction Enterprises si se vuelve elegible para un programa estatal de asistencia con primas de Medicaid o CHIP. Debe solicitar la inscripción en el plazo de 60 días luego de la fecha en que adquiera elegibilidad para la cobertura del plan médico. Si solicita este cambio, la cobertura será efectiva el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción. Pueden aplicarse restricciones específicas según las leyes federales y estatales.

Nota: Si su dependiente adquiere el derecho a una inscripción especial, usted puede agregarlo a su cobertura actual o cambiarse a otro plan de salud.

Medicare Parte D: cobertura acreditable (planes Bronze y Silver)

Aviso importante de Baker Construction Enterprises Inc. sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare.

Lea este aviso atentamente y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Baker Construction Enterprises Inc. y sobre sus opciones con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando afiliarse, debe comparar su cobertura actual —incluso qué medicamentos están cubiertos y a qué costo— con la cobertura y los costos de los planes de medicamentos recetados de Medicare disponibles en su área. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos recetados.

Hay dos cuestiones importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible desde 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos recetados de Medicare o en un Plan Medicare Advantage (como una HMO o una PPO) que incluya cobertura de medicamentos. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura que define Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer mayor cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
2. Baker Construction Enterprises Inc. determinó que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida en los planes Bronze y Silver Rx, en promedio y para todos los participantes, se estima que pagará lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Dado que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantenerla sin pagar una prima más alta (penalización) si más adelante decide afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y todos los años del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde la cobertura acreditable actual de medicamentos recetados, sin que sea su culpa, también será elegible para un Período de inscripción especial (Special Enrollment Period, SEP) de dos (2) meses para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual con Baker Construction Enterprises Inc. no se verá afectada. La cobertura de Baker Construction Enterprises Inc. se coordinará con la cobertura de la Parte D.

Si decide afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Baker Construction Enterprises Inc., debe saber que usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará una prima más alta (penalización) por afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare?

Debe saber también que, si cancela o pierde su cobertura actual con Baker Construction Enterprises Inc. y no se afilia a un plan de medicamentos de Medicare en el plazo de 63 días consecutivos luego de la finalización de su cobertura, es posible que deba pagar una prima más alta (una penalización) cuando se afilie a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa más de 63 días continuos sin cobertura válida para medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podría aumentar de manera permanente al menos un 19% por encima de la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, podría tener que esperar hasta el siguiente mes de octubre para afiliarse.

Para obtener más información sobre sus opciones en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

Puede encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que incluyen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare & You" (Medicare y usted). Cada año, Medicare le enviará por correo una copia de este manual. También es posible que reciba contactos directos de los planes de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare: ingrese a www.medicare.gov.

Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (consulte la parte de atrás de su manual "Medicare & You" para encontrar el número de teléfono) para recibir ayuda personalizada o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta ayuda, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Fecha: 1 de enero de 2026
Nombre de la entidad/remitente: Sherry Phelps
Contacto y cargo/oficina: administradora de beneficios
Dirección: 900 N. Garver Rd. Monroe, OH 45050
Teléfono: 513-539-4016

Medicare Parte D: cobertura no acreditable (Plan Copper y Plan MEC)

Aviso importante de Baker Construction Enterprises Inc. sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare.

Lea este aviso atentamente y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Baker Construction Enterprises Inc. y sobre sus opciones con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos recetados.

Hay tres cuestiones importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

3. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible desde 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos recetados de Medicare o en un Plan Medicare Advantage (como una HMO o una PPO) que incluya cobertura de medicamentos. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura que define Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer mayor cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
4. Baker Construction Enterprises Inc. determinó que la cobertura de medicamentos recetados que ofrecen el Plan Copper y el Plan MEC, en promedio y para todos los participantes del plan, NO se espera que cubra tanto como lo cubre la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Por lo tanto, su cobertura se considera no acreditable. Esto es importante porque, en la mayoría de los casos, recibirá más ayuda para cubrir los gastos de sus medicamentos si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare en lugar de depender únicamente de la cobertura de medicamentos recetados de Baker Construction Enterprises Inc. También es importante porque podría implicar que tenga que pagar una prima más alta (una penalización) si no se afilia a un plan de medicamentos de Medicare en el momento en que sea elegible por primera vez.
5. Puede conservar la cobertura actual de Baker Construction Enterprises Inc. Sin embargo, debido a que su cobertura es no acreditable, debe tomar decisiones sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare que pueden afectar cuánto pagará por esa cobertura, según si se afilia o cuándo lo haga. Cuando tome la decisión, debe comparar su cobertura actual —incluso qué medicamentos están cubiertos— con la cobertura y el costo de los planes de medicamentos recetados de Medicare disponibles en su área. Lea este aviso con atención, ya que explica sus opciones.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y todos los años del 15 de octubre al 7 de diciembre. ¿Cuándo pagará una prima más alta (penalización) por afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare?

Dado que la cobertura de Baker Construction Enterprises Inc. no se considera acreditable, según el tiempo que pase sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, podría tener que pagar una penalización cuando se afilie a un plan de medicamentos de Medicare. A partir del final del último mes en que usted era elegible para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare y no lo hizo, si pasa más de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar en al menos un 1% de la prima base de beneficiario de Medicare por cada mes que estuvo sin esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podría aumentar de manera permanente al menos un 19% por encima de la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (penalización) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, podría tener que esperar hasta el siguiente mes de octubre para afiliarse.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual con Baker Construction Enterprises Inc. no se verá afectada.

Si decide afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Baker Construction Enterprises Inc., debe saber que usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados:

Comuníquese con la persona que se indica más abajo para recibir información adicional. NOTA: Usted recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura de Baker Construction Enterprises Inc. cambia. Además, puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

Puede encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que incluyen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare & You" (Medicare y usted). Cada año, Medicare le enviará por correo una copia de este manual. También es posible que reciba contactos directos de los planes de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Ingrese a www.medicare.gov.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (mire la contraportada de su manual "Medicare & You" para encontrar el número de teléfono) para recibir ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta ayuda, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Fecha: 1 de enero de 2026

Nombre de la entidad/remitente: Sherry Phelps

Contacto y cargo/oficina: administradora de beneficios

Dirección: 900 N. Garver Rd. Monroe, OH 45050

Teléfono: 513-539-4016

Aviso sobre la disposición de privacidad

Fecha de entrada en vigor: 01/01/2026

Plan de Salud y Bienestar de Baker Construction Enterprises, Inc.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO ATENTAMENTE.

INTRODUCCIÓN

Algunos planes de salud que patrocina el empleador están obligados por las reglamentaciones de privacidad emitidas conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996 a mantener la confidencialidad de la información médica protegida (Protected Health Information, PHI), que incluye todos los datos que el plan genera, solicita o administra en su nombre. El plan también debe proporcionarle, como participante, dependiente cubierto o beneficiario calificado, un aviso sobre sus obligaciones legales y prácticas de privacidad en relación con dicha información médica protegida.

Este Aviso de prácticas de privacidad ("Aviso") se aplica al plan médico (incluida la cobertura de medicamentos recetados), al plan dental y al plan de la visión que patrocina Baker Construction Enterprises Inc. Para usar conceptos más simples, este Aviso utiliza el término "Plan" para referirse a estos beneficios.

Este Aviso explica cómo el Plan puede usar y divulgar su PHI para realizar pagos, operaciones relacionadas con la atención médica y otros fines que permite o exige la ley. Para fines administrativos, el Plan crea registros (como registros de reclamaciones médicas), que constituyen la "PHI". La ley exige que el Plan mantenga la confidencialidad de la información médica protegida de los participantes y que les proporcione un aviso sobre sus deberes legales y prácticas de privacidad respecto a dicha información. Su información médica es altamente personal y el Plan se compromete a proteger su privacidad. Lea este Aviso con atención.

El Plan está obligado a cumplir con los términos de este Aviso mientras permanezca en vigor. El Plan se reserva el derecho de modificar los términos de este Aviso según sea necesario y de hacer que el nuevo Aviso sea aplicable a toda la PHI que el Plan administre. Se enviarán copias de los Avisos revisados, cuando incluyan cambios pertinentes, a todos los participantes que tengan cobertura del Plan. Puede solicitar copias del Aviso vigente en cualquier momento si llama a la Oficina de Privacidad al número de teléfono o escribe a la dirección que se indican más adelante.

DEFINICIONES

Patrocinador del plan: Baker Construction Enterprises Inc. y cualquier otro empleador que mantenga el Plan en beneficio de sus colaboradores. Información médica protegida (PHI): la información médica individualmente identificable, según la define la ley como un subconjunto de información médica —incluida la información demográfica— que crea o recibe el Plan y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura; los servicios de atención médica que usted recibe; o los pagos pasados, presentes o futuros por dichos servicios y que lo identifican o respecto de la cual existe una base razonable para considerar que puede ser utilizada para identificarlo.

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Las siguientes categorías describen las distintas formas en que el Plan puede usar y divulgar su PHI. Para cada categoría de usos y divulgaciones explicaremos lo que significa y, cuando corresponda, proporcionaremos ejemplos ilustrativos. No todos los usos o divulgaciones posibles dentro de una categoría se enumerarán aquí. No obstante, todos los usos y divulgaciones de la PHI que la ley permite o exige entrarán en alguna de estas categorías.

Su autorización: salvo lo indicado a continuación o en la medida que lo permita la ley, el Plan no usará ni divulgará su PHI, a menos que usted firme un formulario que lo autorice a usar o divulgar información específica para un fin concreto y a una persona o grupo de personas determinados. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia solo se realizarán con su autorización. Los usos y divulgaciones de su PHI con fines de comercialización o para la venta de su PHI requieren su autorización. Tiene derecho a revocar cualquier autorización por escrito, excepto en la medida en que el Plan ya haya actuado según dicha autorización.

Usos y divulgaciones para fines de pago: el Plan puede usar y divulgar su PHI según sea necesario para el pago de beneficios sin necesidad de obtener su autorización. Las personas a quienes el Plan puede divulgar su PHI con fines de pago incluyen sus proveedores de atención médica que facturan o solicitan una autorización previa para los servicios y tratamientos que usted recibe, otros planes de salud que le brindan cobertura, y el familiar o tutor autorizado responsable de los montos que no cubre el Plan, como deducibles y coseguros.

Por ejemplo, el Plan puede usar o divulgar su PHI —incluida información sobre los procedimientos y tratamientos médicos que usted haya recibido, esté recibiendo o recibirá— a su médico, al plan de salud de su cónyuge u otro plan con el cual esté cubierto, y a su cónyuge u otros familiares, salvo que usted se oponga, con la finalidad de procesar sus beneficios en virtud del Plan. Otros ejemplos de actividades relacionadas con el pago incluyen la determinación de su elegibilidad o cobertura del Plan, el cálculo de primas anuales según el estado de salud y las características demográficas de las personas cubiertas, la facturación, la gestión de reclamaciones, las reclamaciones de reaseguro, la revisión de servicios médicos con relación a la necesidad médica, las actividades de revisión de utilización y las divulgaciones a agencias de información al consumidor.

Usos y divulgaciones para trámites de atención médica: el Plan puede usar y divulgar su PHI según sea necesario para fines de trámites de atención médica sin necesidad de su autorización. Los trámites de atención médica son aquellas funciones que el Plan necesita para operar a diario y las actividades que lo ayudan a evaluar su eficacia. Algunos ejemplos de trámites de atención médica incluyen la suscripción a pólizas, la fijación de primas u otras actividades relacionadas con la creación, modificación o terminación del Plan, así como la obtención de cobertura de reaseguro. Otras funciones consideradas trámites de atención médica incluyen la planificación y el desarrollo empresarial; la realización o coordinación de actividades de evaluación y mejora de calidad, revisión médica, servicios legales y auditorías; y la ejecución de la administración empresarial y las tareas administrativas generales del Plan, incluida la prestación de servicios de atención al cliente para usted y sus dependientes cubiertos.

Uso o divulgación de información genética prohibida: la Ley de No Discriminación por Información Genética (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) de 2009 y las reglamentaciones correspondientes prohíben expresamente el uso, la divulgación o la solicitud de PHI que constituya información genética con fines de suscripción a pólizas. Se considera información genética: (1) sus pruebas genéticas; (2) las pruebas genéticas de sus familiares; (3) el historial médico familiar; o (4) cualquier solicitud o recepción de servicios genéticos de usted o de sus familiares. Esto significa que su información genética no puede utilizarse para fines de inscripción, continuidad de elegibilidad, cálculo de primas u otras actividades relacionadas con la suscripción, incluso si dichas actividades están vinculadas a operaciones de atención médica o se realizan según su autorización por escrito.

Familiares y amigos involucrados en su atención: si usted puede responder y no se opone, el Plan podría divulgar su PHI a sus familiares, amigos u otras personas involucradas en su atención o en el pago de una reclamación. Si usted no puede responder o se encuentra incapacitado, y el Plan determina que una divulgación limitada es lo que más le conviene, el Plan podría compartir cierta PHI con esas personas. Por ejemplo, el Plan puede usar su criterio profesional para divulgar PHI a su cónyuge en relación con la tramitación de una reclamación. Si no desea que compartamos su PHI con su cónyuge u otras personas, puede ejercer su derecho a solicitar una restricción en nuestras divulgaciones de su PHI (ver a continuación), lo que incluye que la correspondencia que el Plan le envíe se realice por correo a una dirección alternativa. El Plan también debe cumplir con ciertas leyes estatales que son más estrictas que los estándares de privacidad de la HIPAA. Por ejemplo, algunos estados otorgan a un menor el derecho de consentir su propio tratamiento y, en virtud de la HIPAA, a decidir quién puede conocer la atención que recibe. Puede haber casos en que su hijo menor de edad solicite que usted no sea informado sobre su tratamiento y el Plan esté obligado a respetar esa solicitud.

Socios comerciales: algunos aspectos y componentes de los servicios del Plan se realizan mediante contratos con personas u organizaciones externas. Algunos ejemplos de estas personas u organizaciones incluyen a nuestro administrador externo, la aseguradora de reaseguro, agentes, abogados, contadores, bancos y consultores. En ocasiones, puede ser necesario que proporcionemos parte de su PHI a una o más de estas personas u organizaciones externas. Sin embargo, si el Plan divulga su PHI a cualquiera de ellas, estarán obligadas por contrato o por ley a seguir las mismas políticas y procedimientos respecto a su PHI que se detallan en este Aviso.

Patrocinador del Plan: el Plan puede divulgar un subconjunto de su PHI, denominado información médica resumida, al Patrocinador del Plan en determinadas situaciones. La información médica resumida incluye el historial, los gastos y los tipos de reclamaciones de los individuos que tienen cobertura del Plan, pero excluye toda información que permita identificar de manera efectiva a las personas cuyos historiales se resumen. Esta información puede proporcionarse al Patrocinador del Plan cuando lo solicite para obtener cotizaciones de primas, brindar cobertura del Plan o modificar, enmendar o cancelar el Plan. El Plan también puede informar al Patrocinador si usted está inscrito o se dio de baja del Plan.

Otros productos y servicios: el Plan puede comunicarse con usted para brindarle información sobre otros productos y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle, sin necesidad de contar con su autorización. Por ejemplo, el Plan puede usar y divulgar su PHI para informarle sobre productos o servicios de beneficios de salud que complementen o sustituyan la cobertura existente del Plan, como beneficios de salud a largo plazo o cuentas de gastos flexibles. El Plan también puede contactarlo sobre productos y servicios relacionados con la salud, como programas de manejo de enfermedades que puedan aportarle valor como persona con cobertura del Plan. Sin embargo, el Plan debe contar con su autorización antes de enviarle información sobre productos o servicios no relacionados con la salud, como entradas de cine, seguros de vida u otros descuentos o servicios disponibles al público en general.

Otros usos y divulgaciones: a menos que la ley lo prohíba, el Plan puede realizar ciertos otros usos y divulgaciones de su PHI sin necesidad de su autorización, tales como los que se mencionan a continuación.

- El Plan puede usar o divulgar su PHI en la medida en que lo exija la ley.
- El Plan puede divulgar su PHI a las autoridades competentes si sospecha de abuso o negligencia infantil. También puede divulgar su PHI si creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- El Plan puede divulgar su PHI, cuando la ley lo autorice, a una agencia gubernamental de supervisión (p. ej., un departamento estatal de seguros) que lleve a cabo auditorías, investigaciones o procedimientos civiles o penales.
- El Plan puede divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial que autorice específicamente dicha divulgación, o en el marco de un procedimiento judicial o administrativo (por ejemplo, para responder a una citación o solicitud de exhibición de documentos), siempre que la parte solicitante haya hecho esfuerzos escritos y documentados para (1) notificarlo sobre la divulgación y el propósito del litigio o (2) obtener una orden de protección calificada que prohíba el uso o la divulgación de su PHI para fines distintos al litigio o procedimiento en cuestión.
- El Plan puede divulgar su PHI a las autoridades competentes para fines de cumplimiento de la ley. Esto incluye la divulgación de
- cierta información de identificación que solicite la policía para ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; la divulgación de su PHI si se sospecha que es víctima de un delito y se encuentra incapacitado; o si se sospecha que cometió un delito contra el Plan (p. ej., fraude).
- El Plan puede usar o divulgar su PHI para evitar una amenaza grave contra la salud o la seguridad.
- El Plan puede usar o divulgar su PHI si usted es miembro de las fuerzas armadas, cuando lo exijan los servicios militares, y también puede revelar su PHI para otras funciones gubernamentales especializadas, como actividades de seguridad nacional o de inteligencia.
- El Plan puede divulgar su PHI a agencias estatales o federales de compensación laboral para determinar sus beneficios por accidentes de trabajo.
- El Plan puede, según lo exija la ley, divulgar su PHI al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) para hacer cumplir las normas de privacidad de la HIPAA.

Requisitos de verificación: antes de divulgar su PHI a cualquier solicitante, el Plan debe verificar la identidad del solicitante y su autoridad para acceder a la PHI. El Plan puede basarse en pruebas razonables de esa autoridad, como una placa, credenciales oficiales, declaraciones escritas en papel membretado oficial, declaraciones orales o escritas de autoridad legal, órdenes judiciales, citaciones u otros documentos que emita un tribunal.

SUS DERECHOS

Tiene el derecho de solicitar inspeccionar, copiar, enmendar u obtener un registro de las divulgaciones de su información médica protegida (PHI) que tenga el Plan. Para esto, puede comunicarse con el encargado del área de Privacidad en Baker Construction Enterprises, Inc., 900 N. Garver Rd., Monroe, OH 45050, (513) 539-4016.

Tiene el derecho de inspeccionar y copiar su PHI: puede solicitar una copia o inspeccionar la PHI que mantiene el Plan, salvo que esa información se haya recopilado en previsión razonable de un litigio o contenga notas de psicoterapia. En ciertas circunstancias excepcionales, el Plan puede denegar su solicitud de copiar o inspeccionar su PHI. En la mayoría de esas circunstancias, un profesional médico autorizado debe determinar que la entrega de la PHI a usted, o a una persona que autorice como su “representante personal”, podría causarle un daño a usted o a otra persona identificada en la PHI. Si se rechaza su solicitud, puede tener derecho a que un profesional médico autorizado y designado, que no haya participado en la decisión original, revise la denegación. Las solicitudes de acceso a su PHI deben hacerse por escrito y estar firmadas por usted o por su representante personal. Puede solicitar al Plan, a través de la Oficina de Privacidad, un formulario para inspeccionar su

PHI como participante. Si pide al Plan que le copie o envíe su PHI por correo, se podría cobrar una tarifa por el costo de las copias y el franqueo. Si pide al Plan que prepare un resumen de la PHI y este accede a hacerlo, también se podrían cobrar los costos asociados a la preparación de ese resumen.

Derecho a solicitar modificaciones a su PHI: tiene derecho a pedir que la PHI que el Plan mantiene sobre usted sea modificada o corregida. El Plan no está obligado a realizar cambios en la PHI que no haya creado, que no mantenga, que no esté disponible para su revisión o que ya sea precisa y completa. El Plan considerará cada solicitud con atención. Para que su solicitud sea considerada, debe hacerse por escrito, estar firmada por usted o por su representante personal, indicar los motivos de la modificación solicitada y enviarse a la Oficina de Privacidad a la dirección indicada más abajo. Si el Plan rechaza su solicitud de modificación, le explicará las razones del rechazo, le informará sobre su derecho a preparar una declaración de desacuerdo —que se incorporará a su PHI— y le indicará cómo presentar una queja ante el Plan o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

El Plan puede limitar la extensión de su declaración de desacuerdo y adjuntar su propia réplica para acompañarla. Si el Plan acepta su solicitud de modificación, hará un esfuerzo razonable para proporcionar la corrección a las personas que usted identifique como que necesitan esa información, o a quienes el Plan considere que podrían basarse en el PHI sin corregir en su perjuicio.

Derecho a solicitar un registro de las divulgaciones de su PHI: puede solicitar un informe de las divulgaciones de la PHI que realice el Plan. Su solicitud debe indicar un período que no puede ser superior a seis años ni incluir fechas anteriores

al 14 de abril de 2004. No todas las divulgaciones de su PHI tienen que figurar en el registro. Las divulgaciones que sí deben registrarse incluyen, por ejemplo, aquellas realizadas en virtud de un proceso legal válido o para fines de cumplimiento de la ley.

Las divulgaciones que no están sujetas a registro son, por ejemplo, las que se hacen para llevar a cabo los pagos o las operaciones de atención médica del Plan, o aquellas que se realizan con su autorización. Para ser considerada, su solicitud de registro debe hacerse por escrito, estar firmada por usted o por su representante personal y enviarse a la Oficina de Privacidad a la dirección indicada más abajo. El primer registro solicitado en cualquier período de 12 meses es gratuito; sin embargo, el Plan puede cobrarle una tarifa por cada solicitud adicional de registro que realice dentro del mismo período de 12 meses.

Derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI: puede pedir restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI que hace el Plan, ya sea para pagos u operaciones de atención médica, para compartir con personas involucradas en su cuidado o con fines de asistencia en casos de desastre. Por ejemplo, puede solicitar que el Plan no divulgue su PHI a su cónyuge. Su pedido debe describir en detalle la restricción que solicita. El Plan no está obligado a aceptar la restricción, pero intentará resolver solicitudes razonables cuando corresponda. El Plan también se reserva el derecho de poner fin a una restricción previamente aceptada si considera que corresponde hacerlo. En caso de que el Plan decida finalizar una restricción, se lo notificará. También tiene derecho a cancelar cualquier restricción previamente aceptada, ya sea por escrito o de manera verbal. Las solicitudes para establecer o cancelar una restricción pueden hacerse comunicándose con la Oficina de Privacidad al número de teléfono o a la dirección indicados más abajo.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: puede pedir que las comunicaciones sobre su PHI se hagan por medios alternativos o en lugares distintos. Por ejemplo, puede solicitar que no se dejen mensajes en el correo de voz o que no se envíen comunicaciones a una dirección específica.

El Plan está obligado a atender solicitudes razonables si usted informa que la divulgación de toda o parte de su información podría ponerlo en riesgo. El Plan también puede aceptar otras solicitudes de comunicaciones confidenciales a su exclusivo criterio. Estas solicitudes deben hacerse por escrito, estar firmadas por usted o por su representante personal y enviarse a la Oficina de Privacidad a la dirección indicada más abajo. **Derecho a una copia del Aviso:** puede recibir, a pedido, una copia impresa de este Aviso si se comunica con la Oficina de Privacidad al número de teléfono o a la dirección que se indican más abajo.

Derecho a recibir un Aviso en caso de incumplimiento: puede recibir un aviso si su PHI se utiliza o divulga de manera indebida por una violación de la seguridad de la PHI no protegida.

Quejas: si considera que se han vulnerado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito al Plan a través de la Oficina de Privacidad, a la dirección indicada más abajo. También puede presentar una queja por escrito ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., en Washington D.C., en el plazo de 180 días luego del evento de violación de sus derechos. No se tomarán represalias por presentar una queja.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Si tiene preguntas o necesita más ayuda con respecto a este Aviso, puede escribir a nuestra Oficina de Privacidad a la siguiente dirección: Privacy Office Baker Construction Enterprises, Inc. 900 N. Garver Rd. Monroe, OH 45050

Aviso de contribuciones equivalentes Safe Harbor (año del plan 2026): Plan 401k de Baker Companies

Si usted es un participante elegible en el Plan 401(k) de Baker Companies (el “Plan”), puede realizar contribuciones (llamadas “contribuciones diferidas de salario”) directamente de su cheque de pago al Plan. La posibilidad de realizar contribuciones diferidas de salario le brinda un método sencillo de ahorrar para la jubilación con ventajas fiscales, ya que se difieren los impuestos. Si realiza contribuciones diferidas de salario al Plan, en general no pagará impuestos sobre esas contribuciones ni sobre las ganancias que generen hasta que retire esos montos del Plan. No obstante, consulte la sección “Tributación de las contribuciones diferidas de salario” más abajo para conocer las reglas fiscales especiales que se aplican si hace contribuciones diferidas Roth en el marco del Plan.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para realizar contribuciones diferidas de salario al Plan o cualquier otra pregunta sobre el Plan que no esté cubierta en este Aviso, lea la Descripción resumida del plan. Por ejemplo, el artículo 5 de la Descripción resumida del plan contiene información sobre las condiciones de elegibilidad aplicables a las contribuciones diferidas de salario y a las contribuciones de contrapartida Safe Harbor. Además, de vez en cuando podemos hacer cambios en el Plan o en la Descripción resumida del plan, los cuales se describen en una Descripción de modificaciones materiales que lo complementa. Cualquier referencia a la Descripción resumida del plan en este Aviso incluye también cualquier Descripción de modificaciones materiales que se haya emitido en relación con el Plan. Si no tiene una copia de la Descripción resumida del plan o de cualquier Descripción de modificaciones materiales, si corresponde, comuníquese con el Administrador del plan indicado más abajo.

Contribución de contrapartida Safe Harbor

Para el año del plan que comienza en 2026, si realiza contribuciones diferidas de salario al Plan, puede recibir una contribución especial de contrapartida Safe Harbor (“contribución Safe Harbor”) en virtud del Plan, siempre que cumpla con las condiciones de elegibilidad para recibir dicha contribución. En este Aviso encontrará información importante sobre la contribución Safe Harbor, así como otros detalles sobre lo siguiente:

- su derecho a realizar contribuciones diferidas de salario en el marco del Plan;
- cuándo puede cambiar su elección de contribución diferida de salario;
- cómo se invertirá su cuenta del Plan;
- las condiciones de elegibilidad para recibir la contribución especial de contrapartida Safe Harbor;
- si existen otras contribuciones disponibles en el marco del Plan; y
- otra información valiosa sobre sus beneficios de jubilación en el Plan.

Sin perjuicio de cualquier disposición contraria en este Aviso, nos reservamos el derecho de modificar el Plan en cualquier momento durante el año del plan para reducir o suspender la contribución Safe Harbor. Si decidimos reducir o suspender la contribución Safe Harbor, le proporcionaremos un aviso complementario al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigor de dicha reducción o suspensión, en el que se describirán las consecuencias de la enmienda. Cualquier enmienda para reducir o suspender contribuciones Safe Harbor no afectará las contribuciones ya devengadas antes de la fecha de entrada en vigor de la enmienda. Para una descripción completa de sus beneficios en virtud del Plan, revise la Descripción resumida del plan.

Procedimientos para realizar contribuciones diferidas de salario en el Plan. Para realizar contribuciones diferidas de salario en el Plan, debe realizar una elección de contribución diferida de salario e indicar cuánto desea diferir al Plan. Cualquier monto que elija se deducirá de su cheque de pago en cada período de nómina y se depositará en el Plan a su nombre como contribución diferida de salario. Si tiene preguntas sobre el proceso para realizar contribuciones diferidas de salario, debe comunicarse con el Administrador del plan.

Tributación de las contribuciones diferidas de salario. El monto que usted difiere al Plan reduce su ingreso imponible, lo que significa que no paga impuestos sobre esos montos hasta que los retire del Plan. Cualquier ganancia o rendimiento obtenido de la inversión de esas contribuciones dentro del Plan tampoco estará sujeto a impuestos hasta que se retiren del Plan.

De manera alternativa, puede optar por tratar la totalidad o parte de sus contribuciones como “contribuciones Roth”. Las contribuciones Roth no reducen su ingreso imponible al momento de realizarlas, por lo que pagará impuestos sobre el monto aportado como contribución Roth. Sin embargo, si recibe una “distribución calificada” de sus contribuciones Roth, no se le aplicarán impuestos sobre esos montos ni sobre las ganancias que hayan generado al momento de la distribución calificada. Para que una distribución sea considerada calificada, debe producirse al menos 5 años después del año en que usted realizó la primera contribución Roth al Plan y debe estar vinculada con fallecimiento, incapacidad o haber alcanzado la edad de 59 años y medio.

Cambio en el monto diferido. Puede aumentar o disminuir el monto de sus contribuciones diferidas de salario actuales o dejar de realizarlas en cualquier momento designado para efectuar elecciones. Para este propósito, la fecha designada para cambiar o modificar su elección de contribución diferida de salario es el primer día de cada período de nómina. Sin embargo, independientemente de los procedimientos normales del Plan sobre contribuciones diferidas, dispondrá de un tiempo razonable, después de recibir este aviso, para cambiar su elección de contribución diferida. Además, salvo que el Plan disponga lo contrario, puede revocar una elección de contribución diferida existente en cualquier momento. Cualquier cambio que realice en sus contribuciones diferidas de salario entrará en vigor a partir de la siguiente fecha de elección designada y permanecerá vigente hasta que se modifique o cancele durante un período de elección posterior.

Monto de la contribución de contrapartida Safe Harbor. La contribución de contrapartida Safe Harbor será una contribución equivalente al 100% (dólar por dólar) de sus contribuciones diferidas de salario hasta el 3% de la remuneración, más una contrapartida del 5% sobre las contribuciones diferidas adicionales por encima del 3% y hasta el 5% de la remuneración. La contribución de contrapartida Safe Harbor se calcula en función de las contribuciones diferidas de salario que realice en cada período de nómina durante el año del plan.

Ejemplo: usted gana \$30,000 de remuneración y difiere \$1,800 (6% de la remuneración) al Plan. Si cumple con las condiciones para recibir la contribución de contrapartida Safe Harbor, recibirá una contribución de contrapartida Safe Harbor de \$1,200. Esto se calcula con una contrapartida del 100% sobre los primeros \$900 (3% de la remuneración) diferidos al Plan, más una contrapartida del 5% sobre \$600 de contribuciones diferidas (las contribuciones por encima del 3% y hasta el 5% de la remuneración), lo que genera una contrapartida adicional de \$300 y da un total de contribución de contrapartida de \$1,200.

Elegibilidad para la contribución Safe Harbor. Si es elegible para realizar contribuciones diferidas de salario al Plan, también lo es para la contribución Safe Harbor. Cuando reúna todos los requisitos, no se le exigirá trabajar una cantidad determinada de horas ni estar empleado el último día del año para recibir la contribución de contrapartida Safe Harbor, siempre que haya realizado contribuciones diferidas de salario al Plan durante el período correspondiente a la contrapartida.

Remuneración. Para determinar el monto de la contribución Safe Harbor, es necesario considerar su remuneración. El Plan define los tipos de remuneración y el período durante el cual se toma en cuenta la remuneración a estos efectos. Según el Plan, no puede tomarse en cuenta remuneración que exceda el límite de remuneración descrito en el Código de Impuestos Internos. Consulte la Descripción resumida del plan para obtener una explicación de los tipos de remuneración que se incluirán en el cálculo de la contribución Safe Harbor, incluido el monto máximo de remuneración que puede considerarse para determinar las contribuciones del Plan.

Otras contribuciones. La contribución Safe Harbor se suma a cualquier contribución diferida de salario que realice al Plan. Además de la contribución Safe Harbor, el Plan contempla las siguientes contribuciones adicionales:

- Contribución discrecional del empleador: tenemos la facultad de realizar una contribución adicional del empleador en nombre de los participantes elegibles en el marco del Plan. Cada año decidiremos cuánto (si corresponde) aportaremos al Plan como contribución del empleador.
- Contribución discrecional de contrapartida: tenemos la facultad de realizar una contribución de contrapartida para los participantes elegibles que aporten al Plan. Cada año decidiremos cuánto (si corresponde) aportaremos como contrapartida adicional. Cualquier contribución de contrapartida con esta fórmula solo se aplicará a los aportes que realice al Plan hasta un 6% de la remuneración. Por lo tanto, no recibirá contribuciones de contrapartida adicionales sobre los aportes que superen ese 6% de la remuneración. En ningún caso recibirá una contribución total de contrapartida superior al 4% de la remuneración.

Para obtener más información sobre los tipos de contribuciones permitidas en el marco del Plan, cómo se determina el monto de dichas contribuciones, los límites aplicables y las condiciones de idoneidad para recibirlas, consulte la Descripción resumida del plan.

Adquisición de derechos sobre las contribuciones. Usted siempre adquiere derechos sobre el 100% de la contribución Safe Harbor y sobre cualquier contribución diferida de salario que realice al Plan. Esto significa que tiene un derecho inmediato de titularidad sobre dichas contribuciones y no perderá ese derecho aunque finalice su empleo. No obstante, consulte a continuación las restricciones aplicables a su capacidad de retirar estos montos del Plan.

Como se mencionó anteriormente, además de la contribución Safe Harbor, el Plan también contempla otros tipos de contribuciones. El siguiente cronograma de adquisición de derechos se aplica para determinar el porcentaje de derechos adquiridos en los demás tipos de contribuciones admitidas en el Plan:

Contribuciones del empleador. Cualquier contribución del empleador que realicemos al Plan estará sujeta al siguiente cronograma de adquisición de derechos:

Años de servicio	Porcentaje adquirido
0	0
1	20
2	4
3	60
4	80
5 o más	100

No tendrá derecho de propiedad sobre dichas contribuciones del empleador en la medida en que no haya adquirido derechos sobre esos montos. Si su empleo termina sin haber adquirido derechos sobre un beneficio, perderá la parte no adquirida de esas contribuciones.

Contribuciones de contrapartida. Todas las contribuciones de contrapartida que hagamos al Plan serán 100% adquiridas al momento de su aporte al Plan.

Restricciones de retiro. Por lo general, usted podrá retirar los montos acumulados en su nombre en el Plan en caso de fallecimiento, incapacidad o terminación del empleo. Además, se aplican las siguientes opciones de retiro mientras siga siendo empleado.

- Diferimientos de salario. Podrá retirar montos atribuibles de diferimientos de salario del Plan mientras siga empleado en las siguientes circunstancias:
 - cuando alcance la edad de 59 años y medio;
 - si enfrenta una dificultad económica (según la definición del Plan); consulte la Descripción resumida del plan (u otra comunicación) para ver la lista de eventos de dificultad admitidos;
 - si se encuentra en cierto servicio militar activo calificado. Comuníquese con el Administrador del plan si tiene preguntas sobre la disponibilidad de una distribución conforme a esta disposición.
- Contribuciones Safe Harbor. Las contribuciones Safe Harbor generalmente pueden distribuirse en los mismos supuestos que los diferimientos de salario. Sin embargo, no podrá retirarlas por causa de dificultad económica ni por servicio militar calificado.
- Contribuciones por traspaso. Podrá retirar en cualquier momento las contribuciones por traspaso que realice al Plan.
- Otras contribuciones. Como se describió anteriormente, el Plan también prevé contribuciones del empleador y de contrapartida.

Podrá retirar montos atribuibles de las contribuciones del empleador y contribuciones equivalentes mientras siga empleado en las siguientes circunstancias:

Contribuciones del empleador	Contribuciones de contrapartida
• Cuando alcance la edad de 59 años y medio. • En caso de dificultad económica (según la definición del Plan). Consulte la Descripción resumida del plan (u otra comunicación) para ver la lista de eventos de dificultad admitidos.	• Cuando alcance la edad de 59 años y medio.

Nota: La Ley Presupuestaria Bipartidista (Bipartisan Budget Act) de 2018 y las regulaciones posteriores del IRS modificaron las reglas aplicables a los retiros por dificultad económica. Por ejemplo, el Plan ya no suspenderá su capacidad de realizar diferimientos de salario si efectúa un retiro por dificultad económica. Estas nuevas reglas podrían afectarlo o no. Si corresponde, el Administrador del plan le proporcionará la información pertinente relacionada con estas reglas.

Inversiones del Plan. Los montos aportados al Plan en su nombre se invertirán conforme a los procedimientos de inversión del Plan. Cualquier ganancia derivada de la inversión de sus contribuciones se acreditará en su cuenta del Plan.

El Plan le permite dirigir la inversión de su cuenta dentro de las opciones disponibles de inversión. Si no realiza una elección de inversión, dichos montos se invertirán automáticamente en el fondo de inversión predeterminado del Plan. Aun cuando su cuenta esté invertida en el fondo predeterminado, usted conserva el derecho de modificar esa inversión predeterminada y elegir cualquiera de las demás opciones disponibles en virtud del Plan.

Para obtener más información sobre las inversiones disponibles en el Plan, puede comunicarse con el Administrador del plan.

Información adicional. Consulte la Descripción resumida del plan para obtener más información sobre las contribuciones, restricciones de retiro y otras características del Plan. También puede comunicarse con el Administrador del plan si necesita más información. A continuación, figuran el nombre, la dirección y el teléfono del Administrador del plan:

PLAN ADMINISTRATIVE COMMITTEE

Baker Construction Enterprises Inc.,
900 North Garver Road, Monroe, OH 45050-1241
Teléfono 513-539-4016

RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA (SBC)

UMR: BAKER CONSTRUCTION ENTERPRISES INC.: 7670-00-430091 001 – SILVER

Periodo de cobertura: del 01/01/2026 al 12/31/2026

Cobertura: individual + grupo familiar | Tipo de plan: PPO

El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le será útil para elegir un plan de salud. En el SBC se muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominada prima) se proporcionará por separado.

Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o solicitar una copia de los términos completos de la cobertura, ingrese a www.umar.com o llame al 1-888-268-7281. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.umar.com o llamar al 1-888-268-7281 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible total?	\$1,000 person / \$2,000 family In-network \$2,300 person / \$4,600 family Out-of-network	Generalmente, debe pagar todos los costos de los prestadores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros familiares en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagados por todos los miembros alcance el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir con el deducible?	Sí. Los servicios de atención preventiva están cubiertos antes de cumplir con su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted aún no ha alcanzado el monto del deducible, pero podría aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de cumplir con el deducible. Para ver una lista de servicios preventivos cubiertos, ingrese a https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan?	\$3,450 person / \$6,900 family In-network \$4,600 person / \$9,200 family Out-of-network	El límite de gastos de bolsillo es la cantidad más alta que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares en este plan, ellos deben cumplir con su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite familiar total.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Copagos por ciertos servicios, penalidades, primas, cargos de facturación de saldos y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	Sí. Ingrese a www.umar.com o llame al 1-888-268-7281 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan. Pagará el monto más alto si utiliza un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de parte del proveedor por la diferencia entre lo que cobra y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría recurrir a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Pregunte a su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin necesidad de una remisión.

ALL COPAYMENT AND COINSURANCE COSTS SHOWN IN THIS CHART ARE AFTER YOUR DEDUCTIBLE HAS BEEN MET, IF A DEDUCTIBLE APPLIES.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (pagará menos)	Fuera de la red (pagará más)	
Si acude al consultorio o a la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20 de copago por visita; deducible exento	40% de coseguro	Ninguna
	Visita a un especialista	\$20 de copago por visita; deducible exento	40% de coseguro	Ninguna
	Atención preventiva/exámenes de detección/inmunización	Sin cargo; deducible exento	40% de coseguro para atención preventiva e inmunizaciones; no cubierto Exámenes preventivos	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que cubrirá su plan.
Si necesita una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo; deducible exento para laboratorios; 20% de coseguro para radiografías	No cubierto	Ninguna
	Imágenes (TC/PET, IRM)	20% de coseguro	No cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.
Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección. Encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible en www.optumrx.com.	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Farmacia minorista: \$15 de copago Pedido por correo: \$30 de copago	No cubierto	Ninguna
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	Farmacia minorista: \$30 de copago Pedido por correo: \$60 de copago	No cubierto	Ninguna
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)	Farmacia minorista: \$50 de copago Pedido por correo: \$100 de copago	No cubierto	Ninguna
	Medicamentos especializados (nivel 4)	Farmacia minorista: Especializado de nivel 1: \$15 de copago Especializado de nivel 2: \$30 de copago Especializado de nivel 3: \$100 de copago	No cubierto	Ninguna
Si necesita cirugía ambulatoria	Cargos del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	\$250 de copago por visita; deducible exento para emergencias reales; 50% de coseguro para emergencias no reales	\$250 de copago por visita; deducible exento para emergencias reales; 50% de coseguro para emergencias no reales	El copago puede eximirse si lo admiten en emergencias reales
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	El deducible en la red se aplica a los beneficios fuera de la red
	Atención de urgencias	\$20 de copago por visita; deducible exento	40% de coseguro	Ninguna
Si necesita una hospitalización	Cargos del establecimiento (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere autorización previa para hospitalización. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	\$20 de copago por visita; deducible exento para visitas en consultorio; 20% de coseguro para otros servicios ambulatorios	40% de coseguro	Se requiere autorización previa para hospitalización parcial. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.
	Servicios para pacientes internados	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtiene

				autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo; deducible exento	40% de coseguro	El costo compartido no se aplica a ciertos servicios preventivos. Según el tipo de servicios, puede aplicarse deducible, copago o coseguro. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	20% de coseguro	40% de coseguro	
	Servicios del establecimiento para parto/alumbramiento	20% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	20% de coseguro	40% de coseguro	Máximo de 120 días por año calendario; se requiere autorización previa. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.
	Servicios de rehabilitación	\$20 de copago por visita; deducible exento	40% de coseguro	Máximo de 30 visitas por año calendario para terapia ocupacional. Máximo de 30 visitas por año calendario para fisioterapia. Máximo de 30 visitas por año calendario para terapia del habla.
	Servicios de rehabilitación	\$20 de copago por visita; deducible exento	40% de coseguro	
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.
	Equipos médicos duraderos	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere autorización previa para equipos médicos duraderos que superen los \$500 para alquiler o \$1,500 para la compra. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 por cada caso.
	Servicio de cuidados paliativos	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo; deducible exento	40% de coseguro	Ninguna
	Lentes pediátricos	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto	No cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre (consulte la póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Enfermería privada
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Acupuntura
- Cuidados quiroprácticos
- Audífonos
- Atención no urgente cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Atención de la vista de rutina (adultos)

Sus derechos para continuar con la cobertura: existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que finalice. Esta es la información de contacto de las agencias: Administración de Garantía de Prestaciones Laborales del Departamento de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) al teléfono 1-866-444-EBSA (3272) o en www.HealthCare.gov. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, como la compra de un seguro individual a través del mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de reclamo y apelación: existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan debido al rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. En los documentos del plan también se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o reclamo por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: Administración de Garantía de Prestaciones Laborales del Departamento de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) al teléfono 1-866-444-EBSA (3272) o en www.HealthCare.gov. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. La lista de estados con Programas de Asistencia al Consumidor está disponible en www.HealthCare.gov y <http://cciio.cms.gov/programs/consumer/capgrants/index.html>.

¿Este plan ofrece cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del mercado u otros seguros individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito tributario de prima.

¿Este plan cumple con el estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumpliera con los estándares de valor mínimo, podría ser elegible para un crédito tributario de prima que lo ayude a pagar un plan a través del mercado.

Servicios de acceso en otros idiomas:

Español: para obtener asistencia en español, llame al 1-888-268-7281.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir costos por una situación médica de muestra, lea la siguiente sección.

Información sobre los ejemplos de cobertura

Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes, en función de la atención que reciba, de los precios que cobren sus proveedores y de muchos otros factores. Concéntrese en los montos de reparto de costos (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual solamente.

Peg va a tener un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto hospitalario)		Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red para una afección controlada)		Mia tiene una fractura simple (una visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)	
El deducible general del plan	\$1,000	The plan's overall deductible	\$1,000	The plan's overall deductible	\$1,000
Coaseguro del especialista	20%	Specialist coinsurance	20%	Specialist coinsurance	20%
Coseguro de hospital (establecimiento)	20%	Hospital (facility) coinsurance	20%	Hospital (facility) coinsurance	20%
Otro coseguro	20%	Other coinsurance	20%	Other coinsurance	20%
Este evento DE MUESTRA incluye estos servicios:		Este evento DE MUESTRA incluye estos servicios:		Este evento DE MUESTRA incluye estos servicios:	
• Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal) • Servicios profesionales de parto/alumbramiento • Servicios del establecimiento para parto/alumbramiento • Pruebas de diagnóstico (ecografías y análisis de sangre) • Visita a un especialista (anestesia)		• Visitas al consultorio del médico de atención primaria (incluida educación sobre la enfermedad) • Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre) • Medicamentos recetados • Equipo médico duradero (medidor de glucosa)		• Atención en sala de emergencias (incluidos los insumos médicos) • Pruebas de diagnóstico (radiografía) • Equipo médico duradero (muletas) • Servicios de rehabilitación (fisioterapia)	
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Reparto de costos</i>		<i>Reparto de costos</i>		<i>Reparto de costos</i>	
Deductibles	\$1,000	Deductibles	\$400	Deductibles	\$1,000
Copagos	\$0	Copayments	\$100	Copayments	\$300
Coseguro	\$2,100	Coinsurance	\$0	Coinsurance	\$300
<i>What isn't covered</i>		<i>What isn't covered</i>		<i>What isn't covered</i>	
Límites o exclusiones	\$70	Limits or exclusions	\$4,300	Limits or exclusions	\$10
Este es el total que pagaría Peg	\$3,170	The total Joe would pay is	\$4,800	The total Mia would pay is	\$1,610

Nota: Estas cifras suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si usted participa en el programa de bienestar del plan, esto podría reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese a través de www.umar.com o llame al 1-888-268-7281.

* **Nota:** Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila "¿Hay otros deducibles para servicios específicos?" más arriba.

El plan será responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos en los EJEMPLOS.

UMR: BAKER CONSTRUCTION ENTERPRISES INC.: 7670-00-430091 002 – Bronze

Periodo de cobertura: del 01/01/2026 al 12/31/2026

Cobertura: individual + grupo familiar | **Tipo de plan:** PPO

El documento **Resumen de beneficios y cobertura (SBC)** le será útil para elegir un plan de salud. En el SBC se muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominada prima) se proporcionará por separado.

Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o solicitar una copia de los términos completos de la cobertura, ingrese a www.umar.com o llame al 1-888-268-7281. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.umar.com o llamar al 1-888-268-7281 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible total?	\$1,750 person / \$3,500 family In-network \$4,025 person / \$8,050 family Out-of-network	Generalmente, debe pagar todos los costos de los prestadores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros familiares en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagados por todos los miembros alcance el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir con el deducible?	Sí. Los servicios de atención preventiva están cubiertos antes de cumplir con su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted aún no ha alcanzado el monto del deducible, pero podría aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de cumplir con el deducible. Para ver una lista de servicios preventivos cubiertos, ingrese a https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan?	\$4,600 person / \$9,200 family In-network \$8,050 person / \$16,100 family Out-of-network	El límite de gastos de bolsillo es la cantidad más alta que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares en este plan, ellos deben cumplir con su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite familiar total.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Copagos por ciertos servicios, penalidades, primas, cargos de facturación de saldos y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	Sí. Ingrese a www.umar.com o llame al 1-888-268-7281 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan. Pagará el monto más alto si utiliza un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de parte del proveedor por la diferencia entre lo que cobra y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría recurrir a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Pregunte a su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin necesidad de una remisión.

Todos los costos de copagos y coseguros que se muestran en esta tabla se aplican después de que haya cumplido con el deducible si corresponde.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (pagará menos)	Fuera de la red (pagará más)	
Si acude al consultorio o a la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$30 de copago de por visita; deducible exento	40% de coseguro	Ninguna
	Visita a un especialista	\$30 de copago de por visita; deducible exento	40% de coseguro	Ninguna
	Atención preventiva/exámenes de detección/inmunización	Sin cargo; deducible exento	40% de coseguro para atención preventiva e inmunizaciones; no cubierto Exámenes preventivos	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que cubrirá su plan.
Si necesita una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo; deducible exento para laboratorios; 20% de coseguro para radiografías	No cubierto	Ninguna
	Imágenes (TC/PET, IRM)	20% de coseguro	No cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.
Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección. Encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible en www.optumrx.com.	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Farmacia minorista: \$15 de copago Pedido por correo: \$30 de copago	No cubierto	Ninguna
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	Farmacia minorista: \$30 de copago Pedido por correo: \$60 de copago	No cubierto	Ninguna
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)	Farmacia minorista: \$50 de copago Pedido por correo: \$100 de copago	No cubierto	Ninguna
	Medicamentos especializados (nivel 4)	Farmacia minorista: Especializado de nivel 1: \$15 de copago Especializado de nivel 2: \$30 de copago Especializado de nivel 3: \$100 de copago	No cubierto	Ninguna
Si necesita cirugía ambulatoria	Cargos del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	\$250 de copago por visita; deducible exento para emergencias reales; 50% de coseguro para emergencias no reales	\$250 de copago por visita; deducible exento para emergencias reales; 50% de coseguro para emergencias no reales	El copago puede eximirse si lo admiten en emergencias reales
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	El deducible en la red se aplica a los beneficios fuera de la red
	Atención de urgencias	\$30 de copago de por visita; deducible exento	40% de coseguro	Ninguna
Si necesita una hospitalización	Cargos del establecimiento (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita servicios de salud mental,	Servicios ambulatorios	\$20 de copago por visita;	40% de coseguro	Se requiere autorización previa para hospitalización

conductual o por abuso de sustancias		deducible exento para visitas en consultorio; 20% de coseguro para otros servicios ambulatorios		parcial. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.
	Servicios para pacientes internados	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo; deducible exento	40% de coseguro	El costo compartido no se aplica a ciertos servicios preventivos. Según el tipo de servicios, puede aplicarse deducible, copago o coseguro. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	20% de coseguro	40% de coseguro	
	Servicios del establecimiento para parto/alumbramiento	20% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	20% de coseguro	40% de coseguro	Máximo de 120 días por año calendario; se requiere autorización previa. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.
	Servicios de rehabilitación	\$20 de copago por visita; deducible exento	40% de coseguro	Máximo de 30 visitas por año calendario para terapia ocupacional. Máximo de 30 visitas por año calendario para fisioterapia. Máximo de 30 visitas por año calendario para terapia del habla.
	Servicios de habilitación	\$30 de copago de por visita; deducible exento	40% de coseguro	
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.
	Equipos médicos duraderos	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere autorización previa para equipos médicos duraderos que superen los \$500 para alquiler o \$1,500 para la compra. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 por cada caso.
	Servicio de cuidados paliativos	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo; deducible exento	40% de coseguro	Ninguna
	Lentes pediátricos	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto	No cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre (consulte la póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética

- Atención dental (adultos)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Enfermería privada
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Acupuntura
- Cuidados quiroprácticos
- Audífonos
- Atención no urgente cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Atención de la vista de rutina (adultos)

Sus derechos para continuar con la cobertura: existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que finalice. Esta es la información de contacto de las agencias: Administración de Garantía de Prestaciones Laborales del Departamento de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) al teléfono 1-866-444-EBSA (3272) o en www.HealthCare.gov. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, como la compra de un seguro individual a través del mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de reclamo y apelación: existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan debido al rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. En los documentos del plan también se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o reclamo por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: Administración de Garantía de Prestaciones Laborales del Departamento de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) al teléfono 1-866-444-EBSA (3272) o en www.HealthCare.gov. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. La lista de estados con Programas de Asistencia al Consumidor está disponible en www.HealthCare.gov y <http://cciio.cms.gov/programs/consumer/capgrants/index.html>.

¿Este plan ofrece cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del mercado u otros seguros individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito tributario de prima.

¿Este plan cumple con el estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumpliera con los estándares de valor mínimo, podría ser elegible para un crédito tributario de prima que lo ayude a pagar un plan a través del mercado.

Servicios de acceso en otros idiomas:

Español: para obtener asistencia en español, llame al 1-888-268-7281.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir costos por una situación médica de muestra, lea la siguiente sección.

Información sobre los ejemplos de cobertura

Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes, en función de la atención que reciba, de los precios que cobren sus proveedores y de muchos otros factores. Concéntrese en los montos de reparto de costos (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual solamente.

Peg va a tener un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto hospitalario)		Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red para una afección controlada)		Mia tiene una fractura simple (una visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)	
El deducible general del plan	\$1,750	The plan's overall deductible	\$1,750	The plan's overall deductible	\$1,750
Copago del especialista	\$30	Specialist copayment	\$30	Specialist copayment	\$30
Coseguro de hospital (establecimiento)	20%	Hospital (facility) coinsurance	20%	Hospital (facility) coinsurance	20%
Otro coseguro	20%	Other coinsurance	20%	Other coinsurance	20%
Este evento DE MUESTRA incluye estos servicios:		Este evento DE MUESTRA incluye estos servicios:		Este evento DE MUESTRA incluye estos servicios:	
• Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal) • Servicios profesionales de parto/alumbramiento • Servicios del establecimiento para parto/alumbramiento • Pruebas de diagnóstico (ecografías y análisis de sangre) • Visita a un especialista (anestesia)		• Visitas al consultorio del médico de atención primaria (incluida educación sobre la enfermedad) • Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre) • Medicamentos recetados • Equipo médico duradero (medidor de glucosa)		• Atención en sala de emergencias (incluidos los insumos médicos) • Pruebas de diagnóstico (radiografía) • Equipo médico duradero (muletas) • Servicios de rehabilitación (fisioterapia)	
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Reparto de costos</i>		<i>Reparto de costos</i>		<i>Reparto de costos</i>	
Deductibles	\$1,750	Deductibles	\$400	Deductibles	\$1,750
Copagos	\$0	Copayments	\$200	Copayments	\$400
Coseguro	\$1,900	Coinsurance	\$0	Coinsurance	\$100
<i>What isn't covered</i>		<i>What isn't covered</i>		<i>What isn't covered</i>	
Límites o exclusiones	\$70	Limits or exclusions	\$4,300	Limits or exclusions	\$10
Este es el total que pagaría Peg	\$3,720	The total Joe would pay is	\$4,900	The total Mia would pay is	\$2,260

Nota: Estas cifras suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si usted participa en el programa de bienestar del plan, esto podría reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese a través de www.umar.com o llame al 1-888-268-7281.

* **Nota:** Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila "¿Hay otros deducibles para servicios específicos?" más arriba.

El plan será responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos en los EJEMPLOS.

UMR: BAKER CONSTRUCTION ENTERPRISES INC.: 7670-00-430091 003 - Copper

Período de cobertura: del 01/01/2026 al 12/31/2026

Cobertura: individual + grupo familiar | **Tipo de plan:** HDHP

El documento **Resumen de beneficios y cobertura (SBC)** le será útil para elegir un plan de salud. En el SBC se muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominada prima) se proporcionará por separado.

Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o solicitar una copia de los términos completos de la cobertura, ingrese a www.umar.com o llame al 1-888-268-7281. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.umar.com o llamar al 1-888-268-7281 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible total?	\$5,000 person / \$10,000 family In-network \$10,000 person / \$20,000 family Out-of-network \$5,000 In-network / \$10,000 Out-of-network Monto máximo que cualquier persona tendrá que completar para el deducible familiar anual	Generalmente, debe pagar todos los costos de los prestadores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros familiares en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagados por todos los miembros alcance el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir con el deducible?	Sí. Los servicios de atención preventiva están cubiertos antes de cumplir con su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted aún no ha alcanzado el monto del deducible, pero podría aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de cumplir con el deducible. Para ver una lista de servicios preventivos cubiertos, ingrese a https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan?	\$5,000 person / \$10,000 family In-network \$10,000 person / \$20,000 family Out-of-network \$5,000 In-network / \$10,000 Out-of network Maximum amount that any one person will satisfy toward the annual family out-of-pocket	El límite de gastos de bolsillo es la cantidad más alta que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares en este plan, ellos deben cumplir con su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite familiar total.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Copagos por ciertos servicios, penalidades, primas, cargos de facturación de saldos y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	Sí. Ingrese a www.umar.com o llame al 1-888-268-7281 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan. Pagará el monto más alto si utiliza un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de parte del proveedor por la diferencia entre lo que cobra y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría recurrir a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Pregunte a su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin necesidad de una remisión.

Todos los costos de copagos y coseguros que se muestran en esta tabla se aplican después de que haya cumplido con el deducible si corresponde.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (pagará menos)	Fuera de la red (pagará más)	
Si acude al consultorio o a la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	40% de coseguro	Ninguna
	Visita a un especialista	Sin cargo	40% de coseguro	Ninguna
	Atención preventiva/exámenes de detección/inmunización	Sin cargo; deducible exento	40% de coseguro para atención preventiva e inmunizaciones; no cubierto Exámenes preventivos	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que cubrirá su plan.
Si necesita una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	No cubierto	Ninguna
	Imágenes (TC/PET, IRM)	Sin cargo	No cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.
Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección. Encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible en www.optumrx.com.	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Farmacia minorista: Sin cargo Pedido por correo: sin cargo	No cubierto	Ninguna
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	Farmacia minorista: sin cargo Pedido por correo: sin cargo	No cubierto	Ninguna
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)	Farmacia minorista: sin cargo Pedido por correo: sin cargo	No cubierto	Ninguna
	Medicamentos especializados (nivel 4)	Farmacia minorista: sin cargo	No cubierto	Ninguna
Si necesita cirugía ambulatoria	Cargos del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	40% de coseguro	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	40% de coseguro	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	Sin cargo para emergencias reales; 50% de coseguro para emergencias no reales	Sin cargo para emergencias reales; 50% de coseguro para emergencias no reales	El deducible dentro de la red se aplica a los beneficios fuera de la red para emergencias reales
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	40% de coseguro	Ninguna
	Atención de urgencias	Sin cargo	40% de coseguro	Ninguna
Si necesita una hospitalización	Cargos del establecimiento (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo	40% de coseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	40% de coseguro	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Sin cargo	40% de coseguro	Se requiere autorización previa para hospitalización parcial. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.
	Servicios para pacientes internados	Sin cargo	40% de coseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.

Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo; deducible exento	40% de coseguro	El costo compartido no se aplica a ciertos servicios preventivos. Según el tipo de servicios, puede aplicarse deducible, copago o coseguro. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	Sin cargo	40% de coseguro	
	Servicios del establecimiento para parto/alumbramiento	Sin cargo	40% de coseguro	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	Sin cargo	40% de coseguro	Máximo de 120 días por año calendario; se requiere autorización previa. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	40% de coseguro	Máximo de 30 visitas por año calendario para terapia ocupacional. Máximo de 30 visitas por año calendario para fisioterapia. Máximo de 30 visitas por año calendario para terapia del habla.
	Servicios de habilitación	Sin cargo	40% de coseguro	
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	40% de coseguro	Se requiere autorización previa. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 del costo total del servicio.
	Equipos médicos duraderos	Sin cargo	40% de coseguro	Se requiere autorización previa para equipos médicos duraderos que superen los \$500 para alquiler o \$1,500 para la compra. Si no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en \$500 por cada caso.
	Servicio de cuidados paliativos	Sin cargo	40% de coseguro	Ninguna
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo; deducible exento	40% de coseguro	Ninguna
	Lentes pediátricos	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto	No cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre (consulte la póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Enfermería privada
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Acupuntura

- Cuidados quiroprácticos
- Audífonos
- Atención no urgente cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Atención de la vista de rutina (adultos)

Sus derechos para continuar con la cobertura: existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que finalice. Esta es la información de contacto de las agencias: Administración de Garantía de Prestaciones Laborales del Departamento de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) al teléfono 1-866-444-EBSA (3272) o en www.HealthCare.gov. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, como la compra de un seguro individual a través del mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de reclamo y apelación: existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan debido al rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. En los documentos del plan también se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o reclamo por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: Administración de Garantía de Prestaciones Laborales del Departamento de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) al teléfono 1-866-444-EBSA (3272) o en www.HealthCare.gov. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. La lista de estados con Programas de Asistencia al Consumidor está disponible en www.HealthCare.gov y <http://cciio.cms.gov/programs/consumer/capgrants/index.html>.

¿Este plan ofrece cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del mercado u otros seguros individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito tributario de prima.

¿Este plan cumple con el estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumpliera con los estándares de valor mínimo, podría ser elegible para un crédito tributario de prima que lo ayude a pagar un plan a través del mercado.

Servicios de acceso en otros idiomas:

Español: para obtener asistencia en español, llame al 1-888-268-7281.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir costos por una situación médica de muestra, lea la siguiente sección.

Información sobre los ejemplos de cobertura

Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes, en función de la atención que reciba, de los precios que cobren sus proveedores y de muchos otros factores. Concéntrese en los montos de reparto de costos (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual solamente.

Peg va a tener un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto hospitalario)		Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red para una afección controlada)		Mia tiene una fractura simple (una visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)	
El deducible general del plan	\$5,000	The plan's overall deductible	\$5,000	The plan's overall deductible	\$5,000
Coaseguro del especialista	0%	Specialist coinsurance	0%	Specialist coinsurance	0%
Coseguro de hospital (establecimiento)	0%	Hospital (facility) coinsurance	0%	Hospital (facility) coinsurance	0%
Otro coseguro	0%	Other coinsurance	0%	Other coinsurance	0%
Este evento DE MUESTRA incluye estos servicios: • Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal) • Servicios profesionales de parto/alumbramiento • Servicios del establecimiento para parto/alumbramiento • Pruebas de diagnóstico (ecografías y análisis de sangre) • Visita a un especialista (anestesia)		Este evento DE MUESTRA incluye estos servicios: • Visitas al consultorio del médico de atención primaria (incluida educación sobre la enfermedad) • Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre) • Medicamentos recetados • Equipo médico duradero (medidor de glucosa)		Este evento DE MUESTRA incluye estos servicios: • Atención en sala de emergencias (incluidos los insumos médicos) • Pruebas de diagnóstico (radiografía) • Equipo médico duradero (muletas) • Servicios de rehabilitación (fisioterapia)	
Ejemplo de costo total	\$12,700	Total Example Cost	\$5,600	Total Example Cost	\$2,800
In this example, Peg would pay:		In this example, Joe would pay:		In this example, Mia would pay:	
<i>Cost Sharing</i>		<i>Cost Sharing</i>		<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$5,000	Deductibles	\$1,100	Deductibles	\$2,800
Copagos	\$0	Copayments	\$0	Copayments	\$0
Coseguro	\$0	Coinsurance	\$0	Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>		<i>What isn't covered</i>		<i>What isn't covered</i>	
Límites o exclusiones	\$70	Limits or exclusions	\$4,300	Limits or exclusions	\$10
Este es el total que pagaría Peg	\$5,070	The total Joe would pay is	\$5,400	The total Mia would pay is	\$2,810

Nota: Estas cifras suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si usted participa en el programa de bienestar del plan, esto podría reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese a través de www.umar.com o llame al 1-888-268-7281.

* Nota: Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila “¿Hay otros deducibles para servicios específicos?” más arriba.

El plan será responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos en los EJEMPLOS.

APLICACIÓN MÓVIL MYCHOICE

Un diseño moderno, navegación sencilla y acceso a mensajes importantes hacen que administrar sus beneficios de salud sea muy fácil.

- Nunca más se llegará al consultorio del médico sin su tarjeta de identificación.
- Cargue documentos importantes en un instante.
- Chatee todos los días a toda hora con su asistente personal de beneficios, Sofia.
- Vea la información de sus beneficios médicos, dentales, de la vista, voluntarios y suplementarios.
- Consulte o cambie a sus beneficiarios.
- Manténgase al tanto de los plazos importantes.

¡Empiece ahora!

Aplicación: descargue MyChoice desde App Store o Google Play.

Código QR: escanee el código a continuación.



mychoice
Mobile App

**¡Escanee el código para
descargar la aplicación
MyChoice Benefits en su
dispositivo hoy mismo!**

Cómo inscribirse para recibir sus beneficios



REGÍSTRESE E INICIE SESIÓN

1. Visite www.BakerBenefits.com y haga clic en el botón **Register** (Registrarse) para comenzar. La clave de la empresa, que distingue entre mayúsculas y minúsculas, es **Baker**.
2. Cree su nombre de usuario y contraseña y verifique su información personal.
3. Inicie sesión usando su nuevo nombre de usuario y contraseña.
4. Configure sus preferencias de autenticación multifactor. Este será su proceso de autenticación cada vez que visite el sitio de ahora en adelante.

EXPLORE SUS OPCIONES

Explore el sitio para conocer más sobre sus beneficios. Encontrará mucha información útil en **Reference Center** (Centro de referencia), ubicado en la parte superior de la página en el menú de navegación.

El calendario que está en la parte superior de la página **Home** (Inicio) le permite saber cuántos días le quedan para inscribirse.

COMIENCE SU INSCRIPCIÓN

Haga clic en el botón **Start Here** (Comenzar aquí) para revisar su información personal y agregar o editar a los dependientes que desee incluir en la cobertura.

Deberá proporcionar el nombre legal, el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento de cada dependiente para agregarlos a su cobertura. Tenga en cuenta que se le pedirá que proporcione documentación para demostrar su relación con cada dependiente para ciertas coberturas.

Sofia, su asistente personal para los beneficios, puede responder preguntas y orientarlo en el proceso de inscripción.

Recordatorio: NO utilice las flechas de su navegador para navegar entre páginas. En cambio, utilice los botones **Back** (Atrás) y **Next** (Siguiente) ubicados en la parte inferior de cada pantalla.

BakerBenefits.com
Clave de la empresa: **Baker**

The image displays a sequence of four screenshots from the BakerBenefits.com website, illustrating the user registration and login workflow.

- Top Screenshot:** Shows the login/register interface. It includes a "Nombre de usuario" (Username) field with a note to distinguish between uppercase and lowercase letters, a "Contraseña" (Password) field with a similar note, and a "Regístrese" (Register) button. Below these is an "Iniciar sesión" (Login) button.
- Second Screenshot:** Titled "Autenticación multifactor" (Multi-factor authentication), it offers three configuration options: using a preferred authentication app, receiving a verification code via text message, or receiving it via email. Each option has a "Configuración" (Configuration) button.
- Third Screenshot:** Features a calendar icon showing "7 Días restantes" (7 days remaining) and a "Comenzar" (Start) button. A message states: "¡La inscripción está aquí! Su inscripción finaliza el 12 de noviembre" (Registration is here! Your registration ends on November 12).
- Bottom Screenshot:** Shows a chat interface with a character named Sofia. It includes a "Preguntar a Sofia" (Ask Sofia) button and a list of topics for assistance, such as "Mostrarme mis tareas" (Show me my tasks) and "Encuentro instantáneamente proveedores de atención médica dentro de la red que atienden sus necesidades" (I instantly find in-network medical providers who meet my needs).

INSCRIBIRSE EN LA COBERTURA

Después de revisar su información y agregar los dependientes necesarios, se le presentarán varias opciones para elegir sus beneficios:

¿Ya sabe lo que quiere?

Si ya sabe qué beneficios son adecuados para sus necesidades, este recorrido lo guiará paso a paso por cada tipo de cobertura. Haga clic en **I Know What I Want** (Ya sé lo que quiero) para seleccionar o rechazar cada opción de cobertura y determinar qué dependientes desea incluir.

Vea los **detalles del plan** y elija al menos 2 planes para que **Compare** sus opciones.

¿Necesita ayuda para elegir?

Elegir los beneficios adecuados para usted no tiene por qué ser complicado, ¡y nuestra herramienta de apoyo en la toma de decisiones está a disposición para ayudarlo!

Seleccione **I'd Like Help Choosing Plans**
(Quiero asistencia para elegir planes) y responda algunas preguntas simples para encontrar los planes que se ajusten mejor a sus necesidades particulares. Todas sus respuestas serán confidenciales y los puntos de progreso en la parte inferior de la pantalla indican cuántas preguntas quedan.

Una vez que haya terminado, revise sus **resultados con mejor coincidencia**, basados en sus respuestas. Puede revisar cada opción, ver todos los planes disponibles y cambiar su cobertura como crea conveniente. Verifique que sus elecciones sean correctas y haga clic en **Looks Good** (Correcto) para proceder.

REVISE Y FINALICE SUS ELECCIONES

Después de revisar cada una de sus elecciones de beneficios por separado, tendrá que revisar su inscripción en general. Asegúrese de que su información personal, sus elecciones, sus dependientes y sus beneficiarios sean correctos; luego, presione **Approve** (Aprobar) en sus elecciones.

Para terminar, haga clic en **Agree** (Acepto). Una vez que haya completado su inscripción, recibirá un número de confirmación y podrá imprimir su **Resumen de beneficios** para conservarlo en sus registros.

¿Cómo le gustaría inscribirse?

Atención médica

Cuando se trata de beneficios, la mayoría de las personas piensan en su seguro médico. Es, por lejos, el beneficio más popular proporcionado por los empleadores.

Y hay buenas razones para ello. Los beneficios médicos son una parte importante para cuidar de usted y de sus seres queridos. Al analizar detenidamente sus opciones y seleccionar el plan que mejor se adapte a sus necesidades, no solo tendrá mayor tranquilidad, sino que también podría reducir costos a largo plazo.

¿Le gustaría inscribirse en una cobertura médica?

☒ Sí, ver mis opciones

☐ No, rechazo la cobertura

Comparar este plan
Seleccionar de 2 a 4 planes

 Detalles del plan

Seleccionar

[Comparar ahora](#)

No

Nada
No espero nada importante

Yes

Cirugía
Tengo una cirugía importante

Yes

Matrimonio
Contratar matrimonio

Yes

Bebé
Nacimiento de un bebé

Resultados con mejor coincidencia

Con base en la información que brindó en el cuestionario, hemos encontrado las siguientes coberturas para satisfacer mejor sus necesidades.

¿Cómo me relacionaron?

Comparar con el actual

Mi salud

Beneficios que ayudan a pagar el costo de la atención médica u otros gastos vinculados a un evento médico.

Atención médica

No, gracias

Seleccionado

John - Edie

> Detalles del plan

Why this plan?

View Other Available Options

\$50.00
/B Monthly

← Retornar cada elección

Inscríbese y continúe →

Revise la inscripción



¡Ya casi termina! Revise su inscripción a continuación

Debe hacer clic en el botón **Aprobar** (Aprobar) antes de inscribirse en cualquier plan.

[+ Sobre usted](#)

Sus elecciones

Confirmación

Thank you for enrolling in your new live benefits. To view your benefit elections at anytime throughout the year you can access your **Benefits Summary** under your name in the upper right hand corner.

If you have any questions, please chat with your personnel/benefits assistant, Sofia via the **Live Chat** feature in the navigation bar at the top of your browser.

*Total employee cost represents the total approved cost of benefits included on the summary. Other benefits not displayed are not included.

The information submitted may be subject to further review and/or appeal. The deduction amounts are based on rates and calculations derived in the beneficiary system at the time of election. To verify actual employer and deduction amounts, please contact your benefits administrator.

Employer remains responsible for any and all loss or damages, and in no event will BusinessCare be liable for any amount, including but not limited to, insurance premiums, stop-loss deductibles, reimbursement fees, health plan or other claims, cancellation or reinstatement fees, or penalties, for a failure to give a participant notice or fail to provide appropriate existing information in a timely manner, unless such faulting is caused by the negligent acts of BusinessCare.

cobertura	Costo para el empleado
Medical - Employee	\$0.00
	Ver más
✓ Aprobar	

☒ No estoy de acuerdo

Costo total para el empleado:
\$887.34

☒ Estoy de acuerdo

Transacción completa

Benefits Summary PDF

Election Information Update Complete

Here is your election update confirmation number, which has also been sent to the Message Center (above).

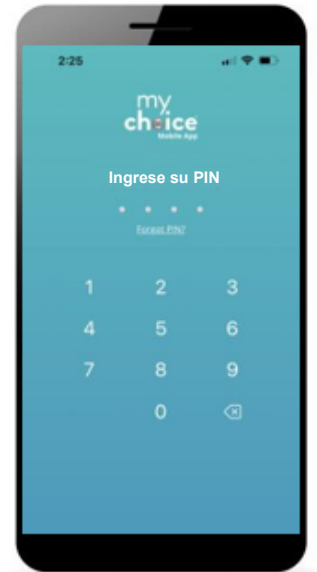
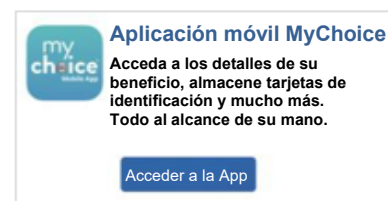
To review, save or print these elections click on the Benefits Summary PDF button just above your confirmation number.

Número de confirmación

2716-224-8822

DESPUÉS DE INSCRIBIRSE

1. Revise sus **Recordatorios importantes** para estar al tanto de las acciones necesarias para completar su inscripción. Encuentre información útil en la página **I Want To... Learn About > Dependent Verification** (Deseo saber > Verificación de dependientes).
2. Acceda a su **Resumen de beneficios** para verificar que su información y elecciones sean correctas.
3. Descargue la aplicación de beneficios **MyChoice®** para administrar y acceder a toda la información de sus beneficios desde cualquier lugar. Haga clic en **Access the App** (Acceder a la aplicación) en BakerBenefits.com para comenzar o escanee el código QR a la derecha para descargar la aplicación en su dispositivo.
4. Visite este sitio durante todo el año para obtener más información sobre sus beneficios, encontrar información sobre el plan y acceder a herramientas para mejorar su salud.



¿TIENE PREGUNTAS? HABLE CON SOFIA

Ya sea que necesite ayuda con su inscripción o tenga preguntas sobre sus beneficios, puede chatear con **Sofia**, su asistente personal para beneficios, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Encuentre a Sofía en la aplicación de beneficios MyChoice® y BakerBenefits.com.

Si ella no puede responder a sus preguntas, le indicará la orientación correcta para recibir respuestas.

Sofia habla más de 50 idiomas y puede responder preguntas relacionadas con 400 000 temas de beneficios, que incluyen lo siguiente:

- Cuentas MyChoice
- Preguntas de la cobertura
- Comparaciones entre planes
- Plazos para la inscripción
- Cobertura de dependientes
- Tarjetas de identificación
- ¡Y mucho más!

