

ROBINS & MORTON

Equipo por horas

GUÍA DE BENEFICIOS

20
24

my.robinsmorton.com



**Nuestra gente
es el corazón
de nuestro negocio.**

Novedades

para los beneficios en 2024

Desde nuestro plan médico hasta nuestra participación en beneficios 401k, nuestros programas de beneficios van más allá de la atención médica tradicional para ofrecerle bienestar y seguridad holísticos.

CAMBIO EN EL DEDUCIBLE El deducible individual del plan médico 2024 aumentará ligeramente debido a los cambios del IRS. El nuevo deducible será de \$3,200 (individual). El deducible familiar de \$5,000 y los máximos de gastos de bolsillo seguirán siendo los mismos.

PRIMAS MÉDICAS 2024

Para 2024, el costo de la prima del plan médico aumentará ligeramente por primera vez en 3 años en alrededor de \$2-\$3 sobre una base semanal antes de impuestos para cada nivel de cobertura.

LÍMITES ISR DE LAS HSA 2024

EL IRS ha fijado para 2024 la cantidad que puede aportar a su HSA: los individuos pueden aportar \$4,150, y las familias \$8,300. Este total incluye las aportaciones anuales de Robins & Morton. Los miembros del equipo mayores de 55 años pueden aportar \$1,000 adicionales. Administre sus aportaciones a través de Fidelity en www.401k.com. Más información en la página 11.

CONTRIBUCIONES 401K

Los límites anuales 2024 no se habían publicado antes de imprimir esta guía.

NUEVO BENEFICIO

Robins & Morton está añadiendo un programa clínico de pérdida de peso a través de nuestro proveedor Virta Health. Los miembros del equipo y los dependientes inscritos en el plan médico que cumplan los criterios tendrán acceso gratuito a este programa. Más información en la página 15.

LÍNEA DE AYUDA DE RRHH



Aquí para responder sus preguntas

(205) 803-0102

- 8 a.m. a 4 p.m. CST de lunes a viernes
- 8 a.m. a 2 p.m. CST el viernes
- Los mensajes se revisan todos los días



¿y si no me inscribo?

miembros actuales del equipo

Si no se inscribe durante este periodo, se le volverá a inscribir en el mismo plan que tenía en 2024. Deberá pasar por la inscripción abierta e inscribirse en la Cuenta de Gastos Flexibles para Fines Limitados y en la Cuenta de Cuidado de Dependientes o no tendrá derecho a deducción en 2024. Esto no se transfiere de un año a otro. Su próxima oportunidad para inscribirse será en el otoño de 2024 durante el periodo de inscripción abierta para el año del plan 2025.

nuevas contrataciones

Si decide no inscribirse, no estará cubierto para 2024. Puede afiliarse a los beneficios 90 días después de su fecha de contratación. Esta es su fecha de elegibilidad. Dispone de 30 días a partir de la fecha de elegibilidad para inscribirse en los beneficios.



miembros del equipo con eventos vitales

Si tiene un evento vital calificador (matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo, etc.), tiene derecho a inscribirse en los beneficios dentro de los 30 días siguientes a la fecha del evento. Póngase en contacto con RRHH si tiene un evento vital durante el año.

2024 lista de verificación para inscripción abierta

MÉDICO.....PÁGINA 10

Renunciar o Seleccionar

- ¿Quién está cubierto? Utilice el menú desplegable para la cobertura y seleccione a los dependientes en la parte inferior, si corresponde.

HSAPÁGINA 11

Inscribirse en el programa HSA

- Fijar las aportaciones en 401k.com

DENTALPÁGINA 18

Renunciar o Seleccionar

- ¿Quién está cubierto? Utilice el menú desplegable para la cobertura y seleccione a los dependientes en la parte inferior, si corresponde.

VISIÓNPÁGINA 20

Renunciar o Seleccionar

- ¿Quién está cubierto? Utilice el menú desplegable para la cobertura y seleccione a los dependientes en la parte inferior, si corresponde.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZOPÁGINA 21

Renunciar o Seleccionar

DISCAPACIDAD A LARGO PLAZOPÁGINA 21

Renunciar o Seleccionar LTD

ACCIDENTE PAGE 22

Renunciar o Seleccionar - Plan alto o Plan bajo

- Plan alto: primas semanales más elevadas, pago más elevado si se utiliza.
- Plan bajo: primas semanales más bajas, pago más bajo si se utiliza
- ¿Quién está cubierto? Utilice el menú desplegable para la cobertura y seleccione a los dependientes en la parte inferior, si corresponde.

INDEMNIZACIÓN PÁGINA 23

Renunciar o Seleccionar - Plan alto o Plan bajo

- Plan alto: primas semanales más elevadas, pago más elevado si se utiliza.
- Plan bajo: primas semanales más bajas, pago más bajo si se utiliza
- ¿Quién está cubierto? Utilice el menú desplegable para la cobertura y seleccione a los dependientes en la parte inferior, si corresponde.

CUENTAS DE GASTOSPÁGINA 27

Cuenta de Cuidado de Dependientes (DCA).....página 27

- Elija esta cuenta si desea realizar aportaciones a una cuenta con impuestos diferidos para pagar los gastos de guardería.

Cuenta de Gastos Flexibles para Fines

Limitadospágina 27

- Elija esta cuenta si desea realizar aportaciones a una cuenta con impuestos diferidos para pagar únicamente los gastos de visión y dentales.

RESUMEN DE BENEFICIOS

Imprima esta página para sus registros



Visite my.robinsmorton.com para acceder a todos los beneficios que ofrece Robins & Morton. Encontrará recursos útiles, actividades, blogs y videos para asegurarse de que está aprovechando todo lo que podemos ofrecerle.

10 Médico

- 10 Plan Médico
- 11 Cuenta de Ahorros para la Salud
- 12 Preguntas Frecuentes de las Cuentas de Ahorro para la Salud
- 13 Plan de Prescripciones
- 14 Telemedicina
- 14 Teleterapia
- 15 Virta Health
- 16 Vivante Health GI Thrive
- 17 Hinge Health

18 Dental

- 18 Delta Dental

20 Visión

- 20 VSP

21 Disability

- 21 Discapacidad a corto plazo
- 21 Discapacidad a largo plazo
- 22 Seguro contra accidentes
- 23 Seguro de indemnización
- 24 Programa de Asistencia al Empleado

25 401(k)

- 25 Plan de Ahorros para la Jubilación
- 26 Captrust Asesores Financieros

27 Otro

- 27 Cuenta para Cuidado de Dependientes (DCA)
- 27 Cuenta de Gastos Flexibles para Fines Limitados (LPFSA)
- 28 Membresía Care.com
- 28 Seguro de mascotas
- 29 Tarjetas de beneficios y acceso

29 Tarjetas de identificación

31 Explicación de beneficios

- 31 Plan Médico
- 34 Plan de Visión
- 35 Accidente
- 35 Indemnización

36 Glosario

37 Sus derechos, avisos legales y descargos de responsabilidad

43 Cómo inscribirse

SÓLO PARA USO DE OFICINA:

Fecha de recepción: _____

Fecha de ingreso: _____

Introducido por: _____

Nombre de usuario / contraseña: _____

Formulario de inscripción a beneficios por hora

Rellene este formulario y sus elecciones se introducirán en el sistema por usted. Puede devolver el formulario cumplimentado en el lugar de trabajo, enviarlo por correo electrónico a rmenroll@robinsmorton.com o enviarlo por fax al 205-803-0102.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Seguro Social _____ Dirección de Correo Electrónico _____

Número de teléfono _____ Número de teléfono alternativo _____

En la siguiente sección, indique a todos los dependientes que estarán cubiertos por sus beneficios. Si necesita espacio adicional, añada una página a este formulario. No incluya a continuación a ningún dependiente que no vaya a estar cubierto.

SEGURO MÉDICO

- RENUNCIAR al Seguro Médico
 Sólo el empleado Empleado + Cónyuge Empleado + Hijos Familia

DEPENDIENTES CUBIERTOS

NOMBRE	RELACIÓN	NSS	F. NAC.	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CP

Todos los dependientes **DEBEN** contar con un número de seguro social para inscribirse.

CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD

Abra su cuenta y administre sus aportaciones con Fidelity en www.401k.com

- RENUNCIAR a las Aportaciones a la Cuenta de Ahorros para la Salud

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES CON FINES LIMITADOS

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Úselo o piérdalo, y sólo puede utilizarse para gastos dentales y de visión.

- RENUNCIAR a las Aportaciones a la Cuenta de Gastos Flexibles para Fines Limitados

Importe: _____ por semana (aportación anual máxima de \$3,050 o \$58.65 máximo semanal).

CUENTA DE CUIDADO DE DEPENDIENTES

RENUNCIAR a los Gastos Flexibles para Cuidado de Dependientes

Importe: _____ por semana (máximo de \$5,000.00 anualmente)

Existe a los dependientes a ser cubiertos por la cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes:

Nombre	
.....
.....
.....

SEGURO DENTAL

RENUNCIAR al Beneficio Dental

Sólo el empleado Empleado + Cónyuge Empleado + Hijos Familia

Indique qué dependientes de los arriba indicados deben estar cubiertos por el seguro dental:

Nombre	
.....
.....
.....

SEGURO DE VISIÓN

RENUNCIAR al Seguro de Visión

Sólo el empleado Empleado + Cónyuge Empleado + Hijos Familia

Indique qué dependientes de los arriba indicados deben estar cubiertos por el seguro de visión:

Nombre	
.....
.....
.....

SEGURO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

RENUNCIAR a la Discapacidad a Corto Plazo

ELEGIR la Discapacidad a Corto Plazo

SEGURO DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

RENUNCIAR a la Discapacidad a Largo Plazo

ELEGIR la Discapacidad a Largo Plazo



SEGURO CONTRA ACCIDENTES

Puede elegir un seguro para usted, su cónyuge y sus hijos. Indique el nivel de cobertura del plan, quién está cubierto y, a continuación, los beneficiarios de la póliza.

RENCICIAR al Seguro contra Accidentes

Nivel de elección — Plan de accidentes:

Plan Bajo Plan Alto

Sólo el empleado Empleado + Cónyuge Empleado + Hijos Familia

Dependiente cubierto	Beneficiario	% Primario	% Contingente	NSS	F. NAC.
Usted					
Su dependiente					

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN

RENCICIAR al Seguro de Indemnización Hospitalaria

Nivel de elección — Plan de indemnización

Plan Bajo Plan Alto

Sólo el empleado Empleado + Cónyuge Empleado + Hijos Familia

Indique qué dependientes de los arriba indicados deben estar cubiertos por el seguro de indemnización:

Nombre

Entiendo que Robins & Morton ha ofrecido los beneficios en este formulario de inscripción y reconozco mis selecciones.

Nombre:----- Fecha:-----



Plan Médico



DISEÑO DEL PLAN: El plan limita los gastos de bolsillo después de cumplir con el deducible. El plan se centra en una prima muy baja a cambio de unos costos razonables en el punto de servicio y ofrece un gran incentivo para actuar como consumidores de atención médica utilizando su Cuenta de Ahorros para la Salud.

ATENCIÓN PREVENTIVA: El Plan paga el 100% del costo de la atención preventiva para cada miembro cubierto de su familia. Esto garantiza que pueda someterse a las revisiones y pruebas periódicas recomendadas para su edad y sexo.

MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN: Las solicitudes de reembolso de gastos médicos y de farmacia, excepto los preventivos genéricos, se acumulan para el máximo total de gastos de bolsillo de \$3,500 individuales y \$6,500 familiares. Los copagos de medicamentos genéricos preventivos son de \$0.

OTROS GASTOS CUBIERTOS: Todos los demás gastos están sujetos a un deducible. Una vez que cumpla el deducible, el Plan pagará el 80% del

costo. Usted pagará la parte que le corresponda del costo de su atención médica hasta que haya cumplido el máximo de gastos de bolsillo. En ese momento, el Plan paga el 100% del costo de sus gastos cubiertos. Una HSA puede ayudarle a pagar los deducibles y el coaseguro.

SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS: Los beneficios de Salud Mental y Abuso de Sustancias se proporcionan a través de Blue Cross Blue Shield como parte de su plan de salud sin costo adicional para usted. Están cubiertos al mismo nivel de beneficios que los beneficios médicos.

COBERTURA: Consulte la página 31 para conocer los tipos de beneficios asociados a este plan.



2024

GASTOS DE BOLSILLO DEL PLAN MÉDICO

DEDUCIBLE		MÁX. DE GASTOS DE BOLSILLO MÉDICOS	
Individual	Familiar	Individual	Familiar
\$3,200	\$5,000	\$3,500	\$6,500

COSTO DEL PLAN MÉDICO

	SÓLO EL EMPLEADO	EMPLEADO + CÓNYUGE	EMPLEADO + HIJOS	FAMILIA
Costo Total:	\$755.53	\$ 1,618.85	\$1,197.64	\$1,762.93
Robins & Morton paga:	\$685.13	\$1,463.75	\$1,084.34	\$1,593.53
Mensualmente:	\$70.40	\$155.10	\$113.30	\$169.40
Weekly:	\$16.25	\$35.79	\$26.15	\$39.09

Cuenta de Ahorros para la Salud



médico

MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA IGUALACIÓN DE HSA: Robins & Morton igualará dólar por dólar sus aportaciones semanales hasta que se alcance el límite del nivel de cobertura de las aportaciones anuales de la empresa. Las aportaciones de la empresa se basan en su inscripción en el plan médico. Consulte la tabla de aportaciones de Robins & Morton para más detalles.

CÓMO ABRIR UNA HSA: Una vez procesada su inscripción, visite www.401k.com o llame al 1-800-544-3716 para abrir su cuenta.

ADMINISTRE SU HSA: Las aportaciones semanales se administran y procesan en www.401k.com.

LÍMITES DE APORTACIONES DE HSA PARA 2024

	INDIVIDUAL	FAMILIAR
Límite TOTAL	\$4,150	\$8,300
RECUPERACIÓN DE MAYORES DE 55	\$1,000	\$1,000

APORTACIÓN DE ROBINS & MORTON

SU INSCRIPCIÓN	CAPITAL INICIAL ANUAL
Sólo el empleado	\$650
Empleado + Cónyuge	\$975
Empleado + Hijos	\$975
Familia	\$1,300

CALCULE SU APORTACIÓN SEMANAL



SU FAMILIA	EJEMPLO	USTED
¿Cuál es su Límite TOTAL?	\$8,300	
Introduzca \$1,000 si tendrá 55 años o más el 31 de diciembre de 2024	\$1,000	
SUBTOTAL	\$9,300	
Reste su capital inicial anual	(\$1,300)	
APORTACIÓN ANUAL MÁXIMA	\$8,000	
Divide by 52 to find the maximum WEEKLY contribution	\$153.85	

Ventaja Fiscal Triple

- ✓ Usted hace aportaciones antes de impuestos.
- ✓ No paga impuestos cuando abona un gasto médico calificado.
- ✓ Usted no paga impuestos sobre las inversiones y los ingresos por intereses.

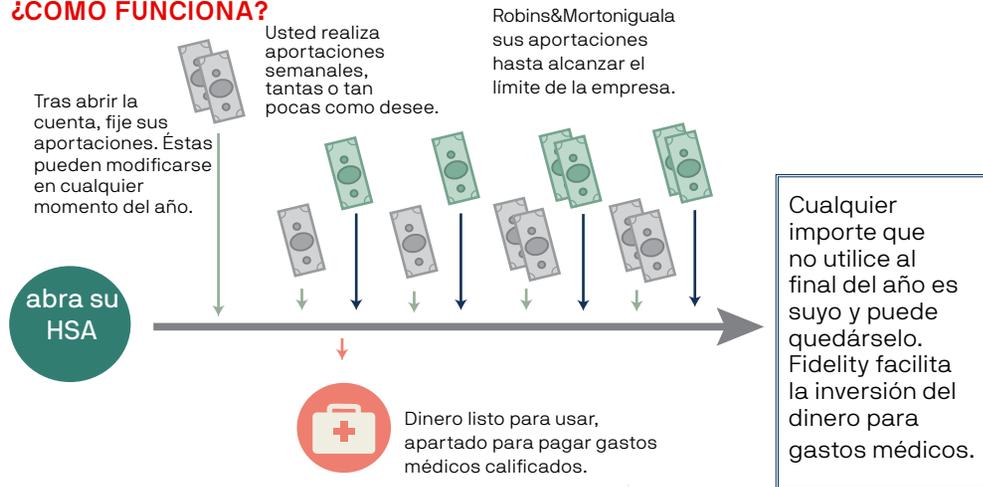




Preguntas Frecuentes de las Cuentas de Ahorro para la Salud



¿CÓMO FUNCIONA?



¿CÓMO SE INVIERTE?

Fidelity tiene una característica llamada “cantidad de activación”. Esto le permite mantener algo de dinero en su cuenta para gastos médicos. Todo lo que aporte por encima de la cantidad de activación pasará automáticamente a la parte de inversión. Esta característica ayuda a garantizar que usted y su familia estén preparados en términos financieros para una necesidad médica, a la vez que le permite tener el control de su dinero y sus inversiones.

Por ejemplo, Kris decide mantener \$500 en la parte de ahorro de su HSA. Todo lo que aporte por encima de \$500 irá a parar a la parte de inversión de su HSA. Tras una visita al médico, paga su factura médica utilizando los ahorros de su HSA. Ahora sus aportaciones irán a su cuenta de ahorro hasta que alcance su cantidad de activación (\$500).



PREGUNTAS FRECUENTES

¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA LA HSA?

Cualquier persona inscrita en el plan médico es elegible para inscribirse en una HSA.

¿CUÁNDO ME PUEDO INSCRIBIR?

Puede inscribirse y empezar a realizar aportaciones cuando lo desee, siempre que esté inscrito en un plan médico de Robins & Morton.

¿CON QUÉ FRECUENCIA PUEDO MODIFICAR MIS APORTACIONES?

Puede modificar sus aportaciones en cualquier momento del año y tantas veces como desee. Visite 401k.com para modificar sus aportaciones.

¿QUÉ PASA CON EL DINERO QUE NO GASTO?

El dinero que no gaste a final de año podrá conservarlo o invertirlo. El saldo se transferirá cada año.

PARA MÁS INFORMACIÓN:

Para saber más sobre cómo invertir su HSA, escanee el código QR.



Plan de Prescripciones



médico

DISEÑO DEL PLAN: Este plan fomenta el uso de medicamentos genéricos y de marca preferida. Le recomendamos que discuta con su médico y farmacéutico la disponibilidad de medicamentos genéricos preventivos para tratar sus enfermedades de mantenimiento. Puede encontrar una lista de los genéricos preventivos por \$0 en my.robinsmorton.com.

Robins & Morton ha implementado una terapia escalonada de genéricos que promueve el uso de medicamentos genéricos en primer lugar. Si elige utilizar determinados medicamentos de marca antes de probar un medicamento genérico, es posible que su receta no esté cubierta y tendrá que pagar el costo total. Vaya a la pestaña Recursos de my.robinsmorton.com para consultar la lista completa de medicamentos de marca que requieren primero un genérico.

ES BUENO SABERLO

Los copagos de los genéricos preventivos no están sujetos al deducible. Debe cumplir la totalidad del deducible antes de que se apliquen los copagos a otros medicamentos de prescripción de estos planes. Puede encontrar los medicamentos disponibles en my.robinsmorton.com/hourly/coverage/medical

PLAN DE PRESCRIPCIÓN

	SUMINISTRO DE 1-34 DÍAS	SUMINISTRO DE 90 DÍAS
Genérico preventivo	\$0	\$0
Otro genérico	\$10	\$25
Preferido	\$30	\$75
No preferido	\$70	\$175
Especialidades	\$150	

CVS HEALTH TAMBIÉN PROPORCIONA ESTAS VACUNAS PREVENTIVAS EN SUS TIENDAS SIN COSTO ALGUNO PARA USTED:

NIÑOS HASTA 18 AÑOS			NIÑOS Y ADULTOS		ADULTOS
Haemophilus B	Difteria, Tétanos	Rotavirus	Hepatitis B	Neumonía	Hepatitis A y B
Sarampión, Paperas, Rubéola, Varicela	Haemophilus B, Hepatitis B	Meningococo, Haemophilus B, Tétanos	Measles, Mumps, Rubella	Virus de papiloma humano	Toxoides tetánico y diftérico
Difteria, Tétanos, Tosferina, Haemophilus B	Difteria, Tétanos, Tosferina, Poliovirus inactivado	Difteria, Tétanos, Tosferina	Meningiococcal	Hepatitis A	Zoster (Zostavax)
Difteria, Tétanos, Tosferina, Poliovirus inactivado, Haemophilus B	Difteria, Tétanos, Tosferina, Poliovirus inactivado, Hepatitis B	Poliovirus activado	Varicella, COVID-19	Influenza	





Telemedicina

ATENCIÓN PARA LLEVAR: Amwell ofrece una forma asequible, fácil y cómoda de consultar a un médico por teléfono, a través de Internet o de un dispositivo móvil. Podrá elegir entre médicos certificados por la junta médica de EE.UU. sin cita previa y sin esperas. Con acceso 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año a través de Internet o de su dispositivo móvil, puede realizar una consulta, recibir un diagnóstico y le pueden recetar medicamentos.

CONÉCTESE EN CUALQUIER MOMENTO Y LUGAR: Comuníquese con un médico esté donde esté llamando al 1-844-733-3627, visitando rm.amwell.com o conectándose a través de la aplicación móvil Amwell.



2024

Cada visita de telemedicina tiene un costo de \$67

Teleterapia

TERAPIA PARA LLEVAR: Amwell también ofrece terapia virtual. Se trata de una forma asequible, fácil y cómoda de consultar a un profesional de la salud mental.

SERVICIOS: Los terapeutas de Amwell ofrecen atención y asesoramiento en varias áreas, entre las que se incluyen:

- Ansiedad
- Depresión
- Manejo del estrés
- Asesoría LGBTQ+
- Duelo
- TOC
- Ataques de pánico
- Terapia de pareja
- Ataques de pánico
- Insomnio

CONÉCTESE EN LÍNEA: Cuando inicie sesión en su Amwell, verá que Amwell ha colocado convenientemente la función de terapia junto a la opción de Atención Médica.



Asegúrese de introducir la clave de servicio **ROBINSMORTON** al inscribirse.

Para los inscritos en un plan médico, estos gastos cuentan para su deducible.



2024

Cada visita de teleterapia tiene un costo de \$96 para un terapeuta de nivel de maestría y de \$122 para un terapeuta de nivel de doctorado.



Virta Health

DISEÑO DEL PLAN: Virta se especializa en revertir la diabetes de tipo 2 por causas naturales, sin necesidad de ejercicio excesivo, medicamentos constantes ni dietas extremas. Con un método sostenible, la pérdida de peso saludable es sólo uno de los beneficios de Virta.

Robins & Morton cubre totalmente el costo de Virta para todos los miembros del equipo, cónyuges y dependientes adultos con diabetes tipo 2, prediabetes y/o un IMC de 30 o superior que estén inscritos en un plan médico de Robins & Morton.

¿QUÉ ES VIRTA? Virta es un tratamiento médicamente supervisado y con respaldo de investigación que revierte la diabetes de tipo 2, lo que significa que los pacientes pueden reducir su nivel de azúcar en sangre y la A1c, todo ello mientras reducen los medicamentos para la diabetes y pierden peso.

¿CÓMO FUNCIONA? Virta utiliza la cetosis nutricional para reducir de forma natural el azúcar en sangre y convertir el cuerpo en una máquina de quemar grasa. En Virta NO hay cirugías, ejercicios obligatorios ni conteo de calorías.

Con el plan de tratamiento personalizado de Virta, cada paciente recibe supervisión médica de un equipo de atención dirigido por un médico, un entrenador de salud individual, suministros para pruebas de diabetes, herramientas educativas como videos y recetas, y una comunidad privada de apoyo en línea.

BENEFICIO AÑADIDO PARA 2024: A través de la terapia nutricional y la telesalud avanzada, el programa clínico de pérdida de peso de Virta utiliza los alimentos como medicina para revertir el aumento de peso. Los miembros se abren camino hacia una mejor salud con un plan nutricional hecho a su medida y el apoyo de proveedores médicos, entrenadores y herramientas digitales de salud. Cambiando lo que comen, no cuánto, los miembros pueden perder rápidamente el peso no deseado, bajar la A1C y reducir los medicamentos. El plan de cuidados de Virta incluye:

- Cuidados y asesoramiento personal del proveedor
- Balanza, glucómetro y suministros para las pruebas
- Orientación para preparar comidas más saludables
- Apoyo diario a través de la aplicación Virta (celular/computadora)

PRIMEROS PASOS: para comenzar con Virta, visite www.virtahealth.com/join o envíe un correo electrónico a support@virtahealth.com.



2024

Robins & Morton le ofrece este servicio a usted y a sus dependientes cubiertos por el plan médico.



Después de luchar contra la diabetes durante 10 años, empecé este programa. Desde entonces, he perdido 30 libras, mis lecturas de azúcar en sangre están por debajo de 100 y mi enfermera especialista Virta me dijo que dejara mi medicamento para la diabetes.

- Miembro del equipo de Robins & Morton



Las herramientas y las indicaciones del programa me han ayudado a perder peso y a reducir mi nivel de azúcar en sangre. Creo que cualquier persona con diabetes tipo 2 podría beneficiarse de este programa.

- Miembro del equipo de Robins & Morton



médico



Vivante Health GI Thrive



DISEÑO DEL PLAN: GI Thrive se centra en mejorar la salud intestinal a través de un programa confidencial a domicilio. Este programa incluye un análisis del microbioma GutCheck, dietistas titulados, orientación nutricional y asesores de salud.

ASESORES DE SALUD: Los asesores de salud de GI Thrive están especializados en el manejo del estrés, determinación de objetivos, ejercicio, manejo de medicamentos y en hacer que los cambios positivos perduren.

ELEGIBILIDAD: Los miembros del equipo y sus dependientes inscritos en un plan médico de Robins & Morton son elegibles para este servicio.

CÓMO EMPEZAR: Para empezar a utilizar GI Thrive, descargue la aplicación GI Thrive o regístrese en welcome.mygithrive.com/robinsmorton. Si tiene preguntas, llame al 1.833.336.9488 o envíe un correo electrónico a support@vivantehealth.com.

Nota: Este programa es completamente confidencial. Las leyes de privacidad protegen su información personal y su información médica protegida (PHI). GI Thrive by Vivante Health cumple estrictamente estas leyes de privacidad y no comparte la PHI con nadie, ni siquiera con Robins & Morton. Este programa no pretende sustituir el plan de tratamiento de su médico.



2024

Robins & Morton le ofrece este servicio a usted y sus dependientes cubiertos por el plan médico.

SIÉNTASE LO MEJOR POSIBLE: GI Thrive se centra en formas de ayudar a las personas a sentirse lo mejor posible con cosas como:

- Cómo identificar los desencadenantes de los síntomas GI
- Cómo manejar los síntomas gastrointestinales en casa
- Planes alimentarios personales, adaptados a su cuerpo (incluidas dietas especiales para manejar la enfermedad inflamatoria intestinal y el SII)
- Recetas e ideas de comidas para mejorar su salud intestinal
- Métodos probados para afrontar el estrés y la ansiedad que afectan a su salud intestinal

Asegúrese de usar el código de la empresa **ROBINS&MORTON** en la inscripción.



¡Gracias por añadir el beneficio de GI Thrive! Tuve reuniones tanto con la dietista como con el entrenador de salud, ambos son maravillosos. El mejor complemento a todos los que ya tenemos, ¡mil gracias!
- miembro del equipo de Robins & Morton



Por fin puedo hacer que la vida sana sea sostenible a largo plazo.
- Miembro del equipo de Robins & Morton



Hinge Health

Hinge Health se especializa en reducir el dolor musculoesquelético (MSK), las cirugías y el uso de opiáceos.

Robins & Morton cubrirá íntegramente el costo de Hinge para todos los empleados y cónyuges inscritos en un plan médico de Robins & Morton.

¿QUÉ ES HINGE? Hinge Health es una solución de fisioterapia musculoesquelética a domicilio que permite a los miembros trabajar con un entrenador de salud y participar en sesiones de rodilla, cadera, columna vertebral, cuello u hombro para el dolor articular crónico. El programa se imparte a distancia mediante tecnología móvil y wearable. Los afiliados mayores de 18 años pueden participar, pero deben recibir la aprobación de Hinge Health a través de un cuestionario para determinar si Hinge Health es el curso de acción adecuado para su dolor crónico de columna y articulaciones.

¿CÓMO FUNCIONA? El proceso de Hinge comienza con una evaluación inicial por vídeo de PT. Los miembros se unirán a la llamada desde la aplicación. A continuación, el fisioterapeuta hará preguntas sobre los síntomas, evaluará el entorno doméstico y realizará un examen físico.

Tras la llamada inicial, el fisioterapeuta personalizará un plan para el afiliado con tipos de ejercicios, duración, repeticiones, sesiones por semana y progresiones semanales del ejercicio. Este plan estará disponible en la aplicación.

Los miembros también recibirán sensores portátiles y una tableta que captan e interpretan el movimiento y la postura humanos para obtener información y corregir la forma.

PROGRAMAS DISPONIBLES:

Nuestra oferta de Clínica Digital MSK (DMC) consta de CUATRO programas:

Programa crónico: contiene las vías actuales del programa para las siguientes áreas: Espalda, Rodilla, Cadera, Hombro y Cuello, Salud Pélvica de la Mujer, Pie, Tobillo, Codo, Muñeca y Mano.

Programa agudos: para lesiones recientes en cualquier zona

Cirugía: para pre/post-rehabilitación

Prevención: ejercicios específicos del trabajo para reducir el riesgo

CÓMO EMPEZAR: Para empezar con Hinge, visite hinge.health/robinsmorton.



2024

Robins & Morton le ofrece este servicio a usted y a sus dependientes inscritos en el plan médico.

Este beneficio se ofrece a los empleados y dependientes mayores de 18 años inscritos en un plan médico de Robins & Morton.

EQUIPO CLÍNICO COMPLETO

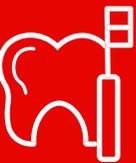
- Fisioterapeutas para la recuperación física y la atención personalizada
- Entrenadores de salud para un cambio de comportamiento duradero
- Cirujanos y médicos para una opinión médica experta

TECNOLOGÍA INTEGRAL

- Sensores portátiles para obtener retroalimentación en tiempo real (*tenga en cuenta que los sensores portátiles sólo están disponibles para los miembros del programa Chronic*)
- Rastreo avanzado del movimiento con visión por computadora
- Experiencia de aplicación todo en uno
- Datos EMR integrados con HingeConnect

médico





Delta Dental



DISEÑO DEL PLAN: Los dentistas de la red PPO de Delta Dental aceptan tarifas reducidas por los servicios cubiertos que le prestan, por lo que normalmente pagará lo mínimo cuando visite a un dentista de la red PPO. Esto también garantiza que los dentistas de la PPO de Delta Dental no le facturarán la diferencia entre el importe contratado y su tarifa habitual.

MANTÉNGASE CONECTADO: Puede acceder a sus beneficios y elegibilidad, solicitar tarjetas de identificación, encontrar un dentista cerca de usted y obtener información sobre sus reclamaciones con los servicios en línea de Delta Dental. Visite www.deltadentalins.com para mantenerse conectado y encontrar un proveedor de recursos de salud oral de Delta Dental para obtener consejos e información que pueden ayudarle a mantener su sonrisa sana.

Aplicación de Delta Dental

- Descargue la aplicación buscando Delta Dental.
- Revise los detalles de su plan y encuentre su tarjeta delta dental.

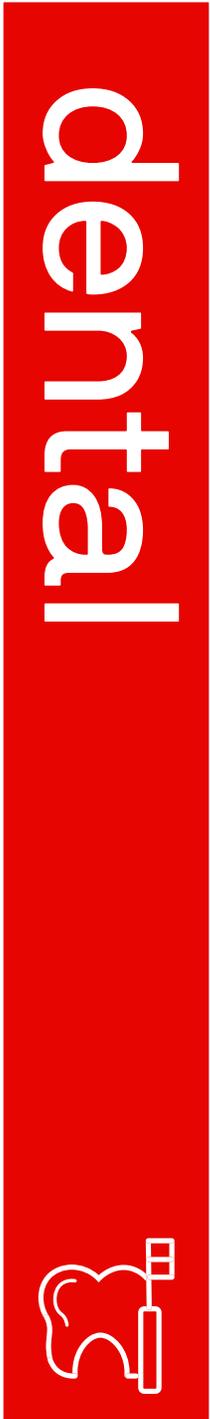


2024

DELTA DENTAL

	SÓLO EL EMPLEADO	EMPLEADO + CÓNYUGE	EMPLEADO + HIJOS	FAMILIA
Costo total:	\$21	\$47	\$45	\$62
Robins & Morton paga:	\$10	\$23	\$22	\$31
Mensualmente:	\$11	\$24	\$23	\$31
Weekly:	\$2.54	\$5.54	\$5.31	\$7.15

Para Delta Dental en Español, es.deltadentalins.com.



Cobertura

BENEFICIOS DE DELTA DENTAL

Afiliado principal, cónyuge e hijos hasta los 26 años de edad

Deducible	\$50 por persona/ \$150 por familia cada año calendario
Deducibles exentos para Diagnóstico y Prevención	Sí
Máximos	\$2,500 por persona cada año calendario
El diagnóstico y la prevención cuentan para el máximo	Sí

BENEFICIOS Y SERVICIOS CUBIERTOS - Porcentaje del importe permitido

Servicios de diagnóstico y preventivos: exámenes, limpiezas, radiografías, selladores	100%
Servicios básicos: empastes, extracciones dentales sencillas	80%
Endodoncia; cubierta por los servicios básicos	80%
Periodoncia (tratamiento de las encías); cubierta por los servicios mayores	50%
Cirugía oral cubierta por los servicios básicos	80%
Servicios mayores: coronas, inlays, onlays y restauraciones coladas, puentes y prótesis dentales.	50%
Postortodoncia: puentes y dentaduras	50%

* Pueden aplicarse limitaciones o periodos de espera para algunos beneficios; algunos servicios pueden estar excluidos de su plan. El reembolso se basa en los beneficios máximos del contrato de Delta Dental y no necesariamente en las tarifas presentadas por cada dentista.

** El reembolso se basa en las tarifas contratadas por la PPO para los dentistas PPO, las tarifas contratadas por la PPO para los dentistas Premier y las tarifas contratadas por la PPO para los dentistas que no pertenecen a Delta Dental.



DISEÑO DEL PLAN: Recibirá una atención de calidad centrada en sus ojos y en su bienestar general a través de WellVision Exam® por parte de un médico de VSP. Cuando consulte a un médico de VSP, aprovechará al máximo su beneficio y tendrá costos de desembolso más bajos. Además, con un médico de VSP su satisfacción está garantizada: si no está 100% satisfecho, ellos lo arreglarán.

GAFAS DE SEGURIDAD *ibeneficio añadido!*



Con el Plan de seguridad ProTec, además de sus lentes graduadas habituales, obtendrá una prestación asequible que incluye una montura de seguridad totalmente cubierta de la colección ProTec Eyewear, que cumple las normas vigentes de protección contra impactos para una máxima seguridad. Visite www.vsp.com para encontrar una lista de proveedores de ProTec en su zona.

VSP EN LÍNEA: Para ver sus beneficios de visión o para encontrar un médico, visite vsp.com.

COBERTURA: consulte la matriz del plan en la página 34 para obtener más detalles sobre la cobertura.



2024

PLAN DE VISIÓN VSP

USTED PAGA	SÓLO EL EMPLEADO	EMPLEADO + CÓNYUGE	EMPLEADO + HIJOS	FAMILIA
Al mes:	\$8.98	\$15.43	\$15.72	\$24.73
A la semana:	\$2.07	\$3.56	\$3.63	\$5.71

PROGRAMA TRUHEARING MEMBER PLUS

- Ahorro de hasta el 50% en ayudas auditivas
- Examen auditivo completo anual por \$75
- 3 visitas con profesionales de la audición después de la compra (adaptación, programación y/o ajustes)
- Cobertura del fabricante en caso de pérdida o daños puntuales durante tres años (pago de la tasa de sustitución al fabricante)
- Garantía de reparación de 3 años
- 48 baterías por ayuda auditiva comprada
- Los miembros de VSP también pueden añadir hasta cuatro miembros invitados (padres, abuelos, hermanos) por una tarifa exclusiva de VSP de \$71 cada uno. Lo mejor de todo es que si un miembro ya tiene un beneficio de audífonos de su plan de salud o del empleador, pueden combinarlo con este programa para maximizar el beneficio y reducir el gasto de su bolsillo

No necesita llevar tarjeta

VSP facilita las cosas al brindarle una tarjeta de seguro menos de la cual preocuparse.

Cuando vaya al doctor de atención de la vista, infórmele que tiene VSP. Lo buscarán por su nombre y número de seguro social.



Discapacidad a corto plazo



DISEÑO DEL PLAN: El Plan de Discapacidad a Corto Plazo le ofrece protección financiera mediante el pago de una parte de su salario en caso de invalidez. La cantidad que recibe se basa en su salario base cuando comenzó su incapacidad. Este beneficio está totalmente asegurado en Lincoln Financial y pagado por sus contribuciones. El seguro STD paga el 60% de su salario base hasta \$750 durante los días 6-90 de su incapacidad.

COSTO: El costo del programa de seguro depende de sus ingresos y su edad al 1 de enero de 2024. El siguiente ejemplo calcula las primas en función de un beneficio de \$750:

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

EDAD	HASTA 24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
Al mes:	\$55.50	\$55.50	\$55.50	\$55.50	\$55.50	\$58.13	\$72.00	\$90.63	\$110.13	\$120.75
A la semana:	\$12.81	\$12.81	\$12.81	\$12.81	\$12.81	\$13.41	\$16.62	\$20.91	\$25.41	\$27.87

Para iniciar una reclamación de Discapacidad a Corto Plazo:

- contacte a su gerente y a su equipo de RRHH
- complete la solicitud
- asegúrese de incluir a su médico en la conversación
- para regresar al trabajo, necesitaremos un alta médica firmada.

Discapacidad a largo plazo



DISEÑO DEL PLAN: Si sufre una discapacidad cubierta mientras está asegurado por el Seguro de Discapacidad a Largo Plazo, recibirá beneficios monetarios diseñados para ayudarle a mantener su estilo de vida normal. Este programa cubre las lesiones o enfermedades invalidantes que se prolongan más allá del periodo de eliminación de 90 días. Este plan paga un beneficio de hasta el 60% de sus ingresos mensuales cubiertos, con un máximo de \$12,500 al mes.

DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

EDAD	HASTA 24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
Al mes:	\$3.12	\$3.96	\$7.56	\$11.84	\$17.72	\$23.80	\$32.96	\$34.96	\$36.92	\$38.36
A la semana:	\$0.72	\$0.91	\$1.74	\$2.73	\$4.09	\$5.49	\$7.61	\$8.07	\$8.52	\$8.85

COSTO: El costo del programa de seguro depende de sus ingresos y de su edad a 1 de enero del año en curso. El ejemplo siguiente calcula las primas basándose en unos ingresos mensuales de \$4,000.

discapacidad





Seguro contra accidentes



DISEÑO DEL PLAN: La cobertura de accidentes hace que los momentos imprevisibles de la vida sean más llevaderos económicamente. El Seguro Colectivo de Accidentes puede ayudarle a estar mejor preparado al proporcionarle un pago que podrá utilizar como considere oportuno si sufre un evento cubierto. No hay periodos de espera para que comience la cobertura y el pago será adicional a cualquier otro seguro que pueda tener. Este pago puede ayudarle a centrarse más en volver a la normalidad y menos en los gastos adicionales que puede acarrear un accidente.

COBERTURA: Consulte en la página 35 los tipos de beneficios asociados a este plan.

Piense en la probabilidad de sufrir un accidente:

- Su hijo se lesiona haciendo deporte o en el patio de la escuela
- Se lesiona mientras hace reparaciones en casa o está de vacaciones
- Su cónyuge resbala y se cae en las escaleras o en un suelo resbaladizo



2024

TARIFAS – PLAN BAJO

USTED PAGA	SÓLO EL EMPLEADO	EMPLEADO + CÓNYUGE	EMPLEADO + HIJOS	FAMILIA
Al mes:	\$9.03	\$17.80	\$20.63	\$25.23
A la semana:	\$2.08	\$4.11	\$4.76	\$5.82

TARIFAS – PLAN ALTO

USTED PAGA	SÓLO EL EMPLEADO	EMPLEADO + CÓNYUGE	EMPLEADO + HIJOS	FAMILIA
Al mes:	\$12.74	\$24.97	\$28.83	\$35.28
A la semana:	\$2.94	\$5.76	\$6.65	\$8.14

Seguro de indemnización



discapacidad



DISEÑO DEL PLAN: EL seguro de indemnización hospitalaria le proporciona pagos cuando es ingresado y cuando está confinado en un hospital debido a un accidente (no relacionado con el trabajo) o una enfermedad. La prestación consiste en una cantidad fija que se abona por el ingreso y una cantidad diaria por cada día de hospitalización. También se abonan beneficios adicionales por cuidados intensivos. Los pagos se le abonan directamente para que los utilice como considere oportuno. Puede utilizarlos para ayudar a pagar los deducibles y copagos del plan médico, para estancias fuera de la red, para los gastos cotidianos de su familia o para cualquier otra cosa que necesite mientras se recupera de una enfermedad o accidente. Aunque no se trata de un seguro médico, puede ayudarle a pagar las facturas desde el primer día que esté en el hospital.

ELEGIBILIDAD: Puede inscribirse usted mismo y a los miembros de su familia que reúnan los requisitos necesarios en este plan. Esta cobertura es transferible, por lo que puede llevársela consigo si cambia su situación laboral. Su cobertura sólo finalizará si deja de pagar la prima o si su empleador actual decide rescindir la póliza de seguro colectivo de indemnización hospitalaria.

COBERTURA: Consulte en la página 35 los tipos de beneficios asociados a este plan.



2024

TARIFAS – PLAN BAJO

USTED PAGA	SÓLO EL EMPLEADO	EMPLEADO + CÓNYUGE	EMPLEADO + HIJOS	FAMILIA
Al mes:	\$19.57	\$32.33	\$32.33	\$47.00
A la semana:	\$4.52	\$7.46	\$7.46	\$10.85

TARIFAS – PLAN ALTO

USTED PAGA	SÓLO EL EMPLEADO	EMPLEADO + CÓNYUGE	EMPLEADO + HIJOS	FAMILIA
Al mes:	\$39.13	\$63.46	\$63.46	\$92.34
A la semana:	\$9.03	\$14.64	\$14.64	\$21.31



Programa de Asistencia al Empleado



Su Programa de Asistencia al Empleado (EAP) es un programa de asistencia confidencial para ayudarle a abordar los problemas personales a los que usted y sus dependientes se enfrentan.

Este servicio, atendido por clínicos experimentados, está disponible por teléfono 24 horas al día, siete días a la semana. Un GuidanceConsultantSM está a su disposición para escuchar sus preocupaciones y remitirle a un proveedor local de asesoramiento en persona o a los recursos de su comunidad. Llame en cualquier momento con preocupaciones personales, incluyendo:

- Depresión
- Estrés y ansiedad
- Conflictos maritales y familiares
- Alcoholismo y drogadicción
- Presiones laborales
- Duelo y pérdida

INFORMACIÓN FINANCIERA, RECURSOS Y HERRAMIENTAS

Los problemas financieros pueden surgir en cualquier momento, desde hacer frente a las deudas hasta ahorrar para la universidad. Nuestros profesionales financieros están aquí para discutir sus preocupaciones y proporcionarle las herramientas y la información que necesita para hacer frente a sus finanzas, incluyendo:

- Ahorro para la universidad
- Cuestiones fiscales
- Salir de deudas
- Planificación patrimonial
- Planificación de jubilación

INFORMACIÓN JURÍDICA, RECURSOS Y CONSULTA

Cuando surge un problema jurídico, nuestros abogados están a su disposición para ofrecerle apoyo confidencial con información y asistencia prácticas y comprensibles. Si usted requiere representación, también puede ser referido a un abogado calificado en su área para una consulta gratuita de 30 minutos con una reducción del 25% en los honorarios legales habituales a partir de entonces. Llame en cualquier momento con asuntos legales incluyendo:

- Divorcio y derecho familiar
- Quiebra
- Obligaciones de deuda
- Acciones penales
- Cuestiones de propietarios e inquilinos
- Demandas civiles
- Transacciones inmobiliarias
- Contratos

INFORMACIÓN EN LÍNEA, HERRAMIENTAS Y SERVICIOS

GuidanceResources[®] en línea es su única parada para obtener información experta que le ayude con los asuntos que le importan, desde preocupaciones personales o familiares hasta asuntos legales y financieros. Cree su propia cuenta en www.guidanceresources.com. Cada vez que vuelva al sitio, encontrará información personalizada y relevante basada en sus necesidades vitales individuales. Podrá:

- Revisar a profundidad HelpSheetsSM sobre los temas que seleccione
- Obtener respuestas a preguntas concretas
- Buscar servicios y remisiones
- Usar herramientas de planificación útiles.



2024

Usted y sus dependientes son elegibles para recibir cinco sesiones gratuitas de asesoramiento por cada problema que puedan estar afrontando. Debe inscribirse en el seguro de discapacidad a corto o largo plazo para tener derecho a este beneficio.

Plan de Ahorros para la Jubilación



401(K)

DISEÑO DEL PLAN: Puede aportar hasta el 90% de su salario al plan cada periodo de pago e invertir su dinero en una amplia gama de alternativas de inversión que se adapten a su tolerancia personal al riesgo. El IRS establece un límite en dólares para sus aportaciones y permite a los participantes mayores de 50 años aportar una cantidad adicional para alcanzar el máximo.

OPCIONES: Para adaptarse a su situación fiscal particular, puede elegir invertir sus dólares antes de impuestos o después de impuestos en la opción ROTH.

PARTICIPACIÓN EN LOS BENEFICIOS: El plan también cuenta con una participación en los beneficios para los miembros del equipo una vez cumplido un año de servicio. La participación en beneficios es una aportación discrecional de Robins & Morton para animar a todos a ahorrar para la jubilación. La aportación a la participación en los beneficios se devenga íntegramente al cabo de seis años.

ELEGIBILIDAD: Todos los miembros del equipo mayores de 18 años adquieren elegibilidad para realizar aportaciones en la fecha de contratación. Se le inscribirá automáticamente en el plan tras 30 días de empleo con una aportación inicial del 4% de su salario, a menos que cambie su porcentaje de aportaciones en la página web de Fidelity, www.401k.com, o llamando a Fidelity al 800.835.5097 antes de cumplir 30 días de servicio.

CAPTRUST: Para ayudarle a elegir sus inversiones, los asesores financieros de CAPTRUST están a su disposición gratuitamente. Pueden ayudarle a diseñar su cartera de jubilación específica para sus objetivos financieros y analizar su situación personal de ahorro para la jubilación. Si desea más información, consulte la página 26..

LÍMITES DE APORTACIONES A 401(K)

Nota: Los límites anuales para 2024 no se habían publicado al momento de imprimir esta guía.

% del salario	90%
Máximo	\$22,500
Recuperación de mayores de 50	\$7,500

CALENDARIO DE APORTACIONES A 401(K)

Menos de 2 años	0%
2 años de servicio	20%
3 años de servicio	40%
4 años de servicio	60%
5 años de servicio	80%
6 años de servicio	100%

Eche un vistazo a 401k.com:



Cambio de aportaciones



Revisión de inversiones



Actualizar beneficiarios

O contacte a Fidelity al 800.835.5097



401(k)



Captrust Asesores Financieros



CAPTRUST

SERVICIO FINANCIERO: Captrust es nuestro servicio gratuito de asesoramiento financiero. Captrust está especializado en planes de jubilación, planificación patrimonial y asesoramiento en inversiones personales. Llame o visite el sitio web para concertar una cita.

ELEGIBILIDAD: Este servicio está disponible para todos los miembros del equipo Robins & Morton.

PROCESO: Después de concertar una cita online con Captrust, le solicitarán que rellene el siguiente formulario.

Provide your contact information:

First Name *	Last Name *
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email Address *	
<input type="text"/>	
Phone Number (do not enter 1 before the area code) *	
<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Send text message notifications for this appointment	
Your Company Name *	
<input type="text"/>	
Additional Comments (Please do NOT include Social Security number or account information.)	
<input type="text"/>	

Citas

Para agendar una cita, llame al 800.967.9948 o visite [captrustadvice.com](https://www.captrustadvice.com) y seleccione un horario.



2024

Robins & Morton cubre el costo de este beneficio.

Cuenta para Cuidado de Dependientes (DCA)

DISEÑO DEL PLAN: Puede crear una Cuenta para Cuidado de Dependientes (DCA, por sus siglas en inglés) para pagar los gastos de cuidado de niños y adultos que reúnan los requisitos, como guardería, cuidado antes y después de la escuela, preescolar, campamento de verano y ayuda a domicilio mientras usted trabaja. Los fondos son para su(s) dependiente(s) de 12 años o menor(es), o para un cónyuge o dependiente elegible incapaz de cuidar de sí mismo.

El dependiente debe poder ser reclamado como tal en la declaración de la renta del empleado. Puede contribuir con dólares antes de impuestos de su nómina, hasta el límite del IRS de \$5,000. Las solicitudes de reembolso pueden presentarse en línea en www.payflex.com o utilizando la aplicación móvil Payflex.

Cuenta de Gastos Flexibles para Fines Limitados (LPFSA)

DISEÑO DEL PLAN: La totalidad de su aportación está disponible al inicio del año del plan. Funciona muy bien con una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA), ya que puede ayudar a ahorrar sus dólares de HSA para gastos futuros. Aporte dinero antes de impuestos de su nómina, hasta un límite de \$3,050 establecido por el Servicio de Impuestos Internos (IRS).

GASTOS ELEGIBLES: Se trata de un beneficio limitado que sólo puede destinarse a gastos dentales y de visión. Cualquier saldo en la cuenta al final del año se perderá. Los gastos elegibles pueden incluir: atención dental y de ortodoncia, empastes, radiografías y aparatos de ortodoncia, así como atención oftalmológica, incluidas gafas, lentes de contacto y cirugía ocular LASIK.

PAYFLEX®

ÚSELO O PIÉRDALO

Ambas cuentas funcionan sobre la base de **úselo o piérdalo**. Esto significa que los fondos que no utilice al final del año no se transfieren al año siguiente.

Asegúrese de utilizar sus fondos antes de fin de año.

PAYFLEX®

otro





Membresía Care.com

DISEÑO DEL PLAN: Care.com es una plataforma de cuidados en línea que permite buscar, entrevistar y seleccionar cuidadores para encontrar el cuidado adecuado para sus necesidades. Con una membresía care.com, hace que encontrar un cuidador fácil. Tenga en cuenta que mientras Robins & Morton cubrirá el costo de una membresía premium, los miembros del equipo seguirán siendo responsables por el costo real de la atención.

SERVICIOS:

- Verificación de antecedentes de cuidadores
- Guardería
- Cuidado de mascotas
- Cuidado de personas mayores
- Tutoría
- Limpieza
- ¡Y mucho más

Seguro de mascotas

DISEÑO DEL PLAN: Sabemos que las mascotas son como de la familia. Cuando su mascota necesite visitar al veterinario, puede ser estresante. El seguro para mascotas paga una parte de las facturas del veterinario. Estamos encantados de ofrecer descuentos en las primas de seguros para mascotas a través de MetLife.

¿CÓMO FUNCIONA?: Las primas mensuales del seguro de mascotas varían en función del tipo de animal, la raza y el número de mascotas.

CÓMO INSCRIBIRSE: Para inscribirse, llame al 1-800-GET-MET8 o visite www.metlife.com/getpetquote. Las pólizas de seguro para mascotas tendrán una fecha de entrada en vigor que dependerá de la fecha de inscripción.

El proceso
para
seguro de
mascotas



Lleve a su mascota a cualquier veterinario autorizado. No hay que preocuparse por la red de proveedores.



Envíe su reclamación a MetLife. Pague la factura en el veterinario y presente la reclamación a MetLife. Asegúrese de incluir la factura y los registros veterinarios de la visita.



Recupere su dinero rápidamente. La mayoría de las solicitudes se tramitan en menos de dos semanas.



2024

Robins & Morton reembolsará el costo de la membresía premium. Por favor, cargue el reembolso a través de Concur.



El seguro para mascotas puede ayudar a cubrir:

- Pruebas de laboratorio
- Cirugías
- Medicamentos
- Enfermedades inesperadas
- Accidentes inesperados



2024

El costo se basa en las necesidades individuales, el tipo de animal y la raza. Para obtener un presupuesto, póngase en contacto con MetLife.

Tarjetas de beneficios y acceso

Conocer las tarjetas de beneficios en su cartera y las aplicaciones de beneficios en su teléfono le simplificará la vida. Usted dispone de dos tipos de tarjetas de beneficios con el plan Robins & Morton; tarjetas que le identifican como participante del plan y tarjetas de débito para proporcionar cómodas opciones de pago.

No recibirá una nueva tarjeta a menos que la solicite al proveedor o a la línea de ayuda de RR.HH. en el 205.803.0102. También puede descargar la aplicación y las tarjetas en su dispositivo móvil.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN



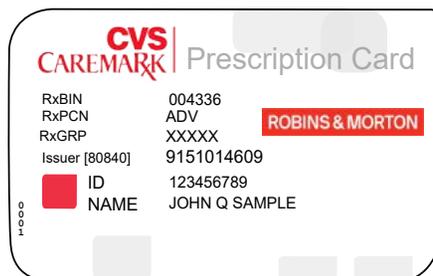
ALABAMA BLUE

Blue Cross Blue Shield of Alabama administra los beneficios médicos de Robins & Morton. Presente esta tarjeta cuando visite a su médico, hospitales, laboratorios y demás entidades que le presten servicios médicos. También puede acceder a la aplicación móvil de su tarjeta. La mayoría de los proveedores le pedirán su tarjeta en cada visita, así que lleve esta tarjeta consigo para todas las visitas y urgencias.



Sitio web: <http://www.bcbsal.org>

Atención al cliente: 800.292.2262



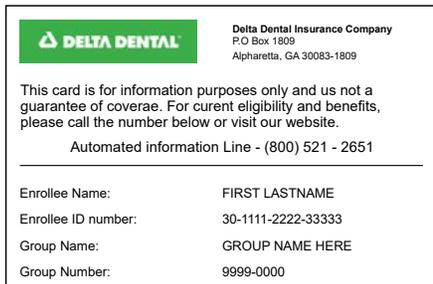
CVS CAREMARK

Sus beneficios de medicamentos de prescripción son proporcionados por CVS/Caremark. Presente esta tarjeta en su farmacia para surtir sus recetas. En la mayoría de los casos, sólo tendrá que presentar esta tarjeta una vez en la farmacia. Recibirá esta tarjeta al inscribirse en un plan médico.



Sitio web: <http://www.cvs.com>

Atención al cliente: 800.334.8134



DELTA DENTAL

Utilizamos las redes Delta Dental PPO y Delta Premier para nuestro plan dental. Deberá mostrar esta tarjeta en el dentista.

Puede obtener tarjetas adicionales en el sitio web de Delta Dental o descargando la aplicación móvil de Delta Dental disponible tanto en iTunes como en Android App Store.



Sitio web: <http://www.deltadentalins.com>

Atención al cliente: 800.521.2651



BENEFICIOS DE LA RED

Para aquellos que se inscribieron en el Saver o en el Catastrophic Health Plan, tienen acceso a una Cuenta de Ahorros para la Salud en Fidelity Investments. Deberá acceder al sitio web de Fidelity y abrir su HSA antes de que se pueda depositar en su cuenta cualquier aportación. Robins & Morton realizará depósitos regulares en la HSA junto con las aportaciones que usted realice, hasta los límites establecidos por el IRS. Podrá utilizar esta tarjeta para acceder a los fondos de su HSA para pagar gastos médicos.

RECUERDE: Debe abrir su cuenta en la página web de Fidelity. Abra su cuenta accediendo a la página web, conéctese como lo haría para acceder a su 401(k) y haga clic en la palabra ABRIR junto a la Cuenta de Ahorros para la Salud y responda a varias preguntas.



Sitio web: <http://www.401k.com>

Atención al cliente: 800.544.3716

Pérdida o robo de la tarjeta:
888.377.0323



PAYFLEX MOBILE

Las tarjetas de débito de PayFlex proporcionan a los miembros del equipo de Robins & Morton acceso en el punto de compra a su Cuenta de Gastos Flexibles con Fines Limitados. Recuerde que usted financia la LPPSA con aportaciones de su nómina para pagar únicamente los gastos oftalmológicos o dentales.

Se trata de una tarjeta de débito MasterCard y recibirá reposiciones periódicas unos 30 días antes de la fecha indicada en el anverso de la tarjeta. Si pierde o le roban la tarjeta, póngase inmediatamente en contacto con PayFlex para evitar el uso no autorizado de su tarjeta.



Sitio web: <http://mypayflex.com>

Atención al cliente: 844.729.3539

Pérdida o robo de la tarjeta:
844.729.3539



VSP VISION CARE

VSP no utiliza papel y no emite tarjetas de identificación. VSP proporciona nuestro programa voluntario de atención oftalmológica a Robins & Morton. En su próxima visita dígame a su proveedor oftalmológico que su cobertura es VSP. La oficina le localizará en el sistema VSP. Puede obtener una tarjeta que no muestre su nombre en el sitio web de VSP o descargando el sitio móvil de VSP en <https://www.vsp.com>.



Sitio web: <https://www.vsp.com>

Atención al cliente: 800.877.7195

Plan Médico

Los pagos de los beneficios se basan en el importe del cargo del proveedor que los planes Blue Cross y/o Blue Shield reconocen para el pago de los beneficios. La cantidad permitida puede variar según el tipo de proveedor y el lugar donde se reciban los servicios.

CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)

Una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) es una cuenta que se abre con dinero antes de impuestos con el fin de ahorrar para futuros gastos médicos. Para establecer una HSA, primero debe estar inscrito en un Plan de Salud con Deducible Elevado (HDHP) que cumpla los requisitos de la HSA. Un HDHP es un plan de salud que cumple ciertos requisitos gubernamentales para su uso junto con una HSA. Este plan está diseñado para cumplir esos requisitos gubernamentales. La inscripción en un HDHP le permite realizar aportaciones a una HSA antes de impuestos.

Aportación Máxima: El importe de aportación máxima se indexa cada año con el Tesoro de EE.UU. La aportación máxima para 2024 es de **\$4,150** para la cobertura individual y **\$8,300** para la cobertura familiar. Si tiene alguna duda sobre las ventajas de una HSA, consulte a su asesor fiscal.

RESUMEN DE LAS DISPOSICIONES SOBRE REPARTO DE GASTOS

(Incluye salud mental y abuso de sustancias)

BENEFICIO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible por año calendario Para la cobertura individual, el plan no abona ninguna prestación, salvo los cuidados preventivos, hasta que los gastos médicos pagados por el individuo igualen el importe del deducible. En el caso de la cobertura familiar el plan pague los beneficios excepto la atención preventiva, a cualquier miembro de la familia hasta que éste alcance el importe del deducible individual o hasta que el total de los gastos médicos pagados por la familia sea igual al importe del deducible familiar.	\$3,200 cobertura individual; \$5,000 cobertura familiar Los importes del deducible por año calendario cubiertos dentro de la red no se aplicarán al deducible por año calendario fuera de la red.	\$6,000 cobertura individual; \$10,000 cobertura familiar Los importes del deducible por año calendario cubiertos fuera de la red no se aplicarán al deducible por año calendario dentro de la red.
Máximo de gasto de bolsillo por año calendario Todos los deducibles, copagos y coaseguros por servicios dentro de la red y todos los deducibles, copagos y coaseguros por servicios de salud mental fuera de la red y los servicios de urgencia por abuso de sustancias se aplican al gasto máximo de bolsillo.	\$3,500 cobertura individual; \$6,500 cobertura familiar Una vez que alcance su desembolso máximo individual por año civil (incluso si está cubierto por la cobertura familiar), los gastos que le correspondan estarán cubiertos al 100% de la cantidad permitida durante el resto del año calendario. Nota: El desembolso máximo por año calendario se combina para los gastos médicos y los medicamentos recetados. Medicamentos de prescripción administrados a través de CVS Caremark	No hay gasto de bolsillo máximo para los servicios fuera de la red.

BENEFICIOS PARA HOSPITALIZACIÓN Y MÉDICOS

(Incluye salud mental y abuso de sustancias)

Se requiere precertificación para las admisiones de pacientes hospitalizados (excepto los servicios médicos de urgencia, maternidad y según lo exija la ley federal); notificación en un plazo de 48 horas para las urgencias médicas. Por lo general, si no se obtiene la precertificación, no hay beneficios disponibles. Llame al 1-800-248-2342 (gratuito) para obtener la precertificación.

BENEFICIO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Hospitalización	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto a deducible por año calendario	Cubierto al 60% de la cantidad permitida, sujeto a deducible por año calendario Nota: en Alabama, disponible sólo para servicios médicos de urgencia y lesiones accidentales..
Consultas y visitas médicas en hospitalización	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto a deducible por año calendario	Cubierto al 60% de la cantidad permitida, sujeto a deducible por año calendario

BENEFICIOS HOSPITALARIOS AMBULATORIOS

(Incluye salud mental y abuso de sustancias)

Se requiere precertificación para algunos beneficios hospitalarios para pacientes ambulatorios; consulte el folleto de beneficios. También se requiere precertificación para los medicamentos administrados por el proveedor; visite AlabamaBlue.com/ProviderAdministeredPrecertificationDrugList.

Si no se obtiene la precertificación, no habrá beneficios disponibles.

BENEFICIO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Cirugía ambulatoria (incluidos los centros de cirugía ambulatoria)	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible del año calendario	Cubiertos al 60% de la cantidad permitida, sujetos al deducible por año calendario
Sala de urgencias (emergencias médicas)	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible del año calendario	Cubiertos al 80% de la cantidad permitida, sujetos al deducible por año calendario Servicios para trastornos de salud mental y abuso de sustancias cubiertos al 80% de la cantidad permitida, sujetos al deducible por año calendario dentro de la red
Sala de urgencias (accidentes)	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible del año calendario	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible del año calendario
Sala de urgencias (médico)	Cubierto al 100% de la cantidad permitida, sujeto al deducible del año calendario	Cubiertos al 100% de la cantidad permitida, sujetos al deducible por año calendario dentro de la red Servicios para trastornos de salud mental y abuso de sustancias cubiertos al 100% de la cantidad permitida, sujetos al deducible por año calendario dentro de la red
Quimioterapia, diálisis, terapia intravenosa, laboratorio de diagnóstico ambulatorio, patología, radioterapia y rayos X	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible del año calendario	Cubierto al 60% de la cantidad permitida, sujeto al deducible del año calendario
Servicios ambulatorios intensivos y hospitalización parcial para trastornos de salud mental y servicios para el abuso de sustancias	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible del año calendario	Cubierto al 60% de la cantidad permitida, sujeto al deducible del año calendario

Plan Médico continuación

BENEFICIOS DE MÉDICO

(Incluye salud mental y abuso de sustancias)

Se requiere precertificación para algunos beneficios hospitalarios para pacientes ambulatorios; consulte el folleto de beneficios. También se requiere precertificación para los medicamentos administrados por el proveedor; visite AlabamaBlue.com/ProviderAdministeredPrecertificationDrugList.

Si no se obtiene la precertificación, no hay beneficios disponibles.

BENEFICIO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Visitas al consultorio y consultas	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario	Cubierto al 60% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario
Segundas opiniones quirúrgicas	Cubierto al 100% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario	Cubierto al 60% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario
Cirugía y anestesia	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario	Cubierto al 60% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario
Maternidad	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario	Cubierto al 60% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario
Quimioterapia, Laboratorio de diagnóstico, Diálisis, Terapia intravenosa, Patología, Radioterapia y Rayos X	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario	Cubierto al 60% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario
Terapia de Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario	Cubierto al 60% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario

SERVICIOS DE TELESALUD

Los servicios de telesalud están sujetos a la participación en los gastos aplicable a los servicios dentro y fuera de la red, cuando los servicios prestados se realizan dentro del ámbito de la licencia del proveedor de atención sanitaria y se consideran médicamente necesarios.

SERVICIOS DE TELECONSULTA

Los servicios de teleconsulta serán proporcionados por American Well y Blue Cross and Blue Shield of Alabama procesará los reclamos de teleconsulta como Dentro de la Red. El monto de la teleconsulta contratada por American Well es de \$67 por consulta.

Las reclamaciones de COVID-19 se cubrirán al 100% del importe permitido sujeto a un pago de \$67 por consulta. Los servicios de teleconsulta para siniestros COVID-19 están cubiertos al 100% del importe permitido, sin copago ni deducible.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA

BENEFICIO	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Vacunas de rutina y servicios preventivos • Ver AlabamaBlue.com/PreventiveServices para obtener un listado de vacunas específicas y servicios preventivos o llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente para obtener una copia impresa.	Cubierto al 100% de la cantidad permitida, sin copago ni deducibles	No cubierto
Otros exámenes de rutina Limitado a una vez por año calendario sin límite de edad. • Recuento sanguíneo completo • Análisis de colesterol (colesterol total, HDL, LDL, y triglicéridos) • Prueba de glucosa • Urinálisis	Cubierto al 100% de la cantidad permitida, sin copago ni deducibles	No cubierto
Examen gineco-obstétrico de rutina Una visita por año calendario para mujeres de 18 años o más (además de la visita anual de rutina al consultorio del médico de cabecera).	Cubierto al 100% de la cantidad permitida, sin copago ni deducibles	No cubierto
Servicios médicos preventivos adicionales de la HSA Monitor de presión arterial • Una cada 5 años para los miembros diagnosticados de hipertensión Medidor de flujo máximo • Una anual para los miembros diagnosticados de asma Prueba del cociente internacional normalizado (INR) • Máximo de 15 al año por miembro diagnosticado de trastorno hepático y/o trastorno hemorrágico Análisis de lipoproteínas (LDL) • Máximo de 5 al año por miembro diagnosticado de cardiopatía Prueba de hemoglobina A1C • Máximo de 4 al año por miembro diagnosticado de diabetes Detección de retinopatías • Máximo de 3 al año por afiliado diagnosticado de diabetes	Cubierto al 100% de la cantidad permitida, sin copago ni deducibles	No cubierto

Nota: En algunos casos, pueden aplicarse copagos por visita al consultorio o al centro. Blue Cross and Blue Shield of Alabama procesará estas reclamaciones según lo exige la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asegurable.

Plan Médico continuación

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN

Medicamentos de prescripción	Los beneficios de los medicamentos de prescripción están cubiertos a través de CVS Caremark.
-------------------------------------	--

BENEFICIOS PARA SERVICIOS CUBIERTOS

(Incluye salud mental y abuso de sustancias)

Se requiere precertificación para algunos otros servicios cubiertos; consulte su folleto de beneficios. Si no se obtiene la precertificación, no habrá beneficios disponibles.

BENEFICIOS	EN AL RED	FUERA DE LA RED
Pruebas y tratamientos de alergias	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario	Cubierto al 60% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario
Servicio de ambulancias	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario
Servicios de quiropráctico participante Limitado a 20 visitas por miembro por año calendario	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario	Cubierto al 60% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario
Equipo Médico Duradero (DME)	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario	Cubierto al 60% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario
Terapia de rehabilitación ocupacional, fisioterapia y terapia del habla • Terapia ocupacional, física y del habla limitada a un máximo combinado de 30 visitas por miembro y año calendario • Terapia ocupacional, física y del habla ilimitada para trastornos del espectro autista	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario	Cubierto al 60% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario
Terapia de habilitación ocupacional, fisioterapia y terapia del habla • Terapia ocupacional, física y del habla limitada a un máximo combinado de 30 visitas por miembro y año calendario • Terapia ocupacional, física y del habla ilimitada para trastornos del espectro autista	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario	Cubierto al 60% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario
Cuidados a domicilio y cuidados paliativos	Cubierto al 100% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario	Cubierto al 60% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario
Infusión a domicilio	Cubierto al 100% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario	Cubierto al 100% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario
Servicios de terapia de nutrición médica Para adultos y niños, limitado a 6 horas por miembro y año calendario	Cubierto al 80% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario	Cubierto al 60% de la cantidad permitida, sujeto al deducible por año calendario

BENEFICIOS DE MANEJO DE LA SALUD

(Incluye salud mental y abuso de sustancias)

Manejo individual de casos	Coordina la asistencia en caso de enfermedad o lesión catastrófica o prolongada. Para más información, llame al 1-800-821-7231.
Manejo de enfermedades crónicas	Coordina la atención de enfermedades crónicas como el asma, la diabetes, la arteriopatía coronaria, la insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras enfermedades especializadas.
Baby Yourself®	Un programa de maternidad; Para más información, llame al 1-800-222-4379. También puede inscribirse en línea en AlabamaBlue.com/BabyYourself .
Manejo de anticonceptivos	Cubre los anticonceptivos recetados, que incluyen: inyectables, DIU y otros anticonceptivos no experimentales aprobados por la FDA; sujetos a los deducibles, copagos y coaseguros aplicables.

INFORMACIÓN ÚTIL PARA MAXIMIZAR LOS BENEFICIOS

- Para maximizar sus beneficios, utilice siempre proveedores de la red para los servicios cubiertos por su plan de beneficios de salud. Para encontrar proveedores dentro de la red, consulte un directorio de proveedores, el sitio web de búsqueda de proveedores (AlabamaBlue.com) o llame al 1-800-810-BLUE (2583).
- Los hospitales, médicos y otros proveedores sanitarios de la red tienen un contrato con un plan Blue Cross y/o Blue Shield para prestar servicios sanitarios a un precio reducido (ejemplos: BlueCard® PPO, PMD). En Alabama, los servicios dentro de la red prestados por profesionales especializados en trastornos mentales y abuso de sustancias están disponibles a través de la Blue Choice Behavioral Health Network. A veces, un proveedor de la red puede brindarle un servicio que no está cubierto por el contrato entre el proveedor y un plan Blue Cross y/o Blue Shield. Cuando esto sucede, los beneficios pueden ser denegados o reducidos. Consulte su folleto de beneficios para conocer el tipo de red de proveedores que determinamos como proveedor dentro de la red para un servicio o suministro en particular.
- Los proveedores fuera de la red generalmente no tienen contrato con los Planes Blue Cross y/o Blue Shield. Si usted utiliza proveedores fuera de la red, puede ser responsable de presentar sus propios reclamos y pagar la diferencia entre el cargo del proveedor y la cantidad permitida. La cantidad permitida puede basarse en la tarifa negociada pagadera a los proveedores de la red en la misma zona, el cargo medio por atención en la zona o de acuerdo con la legislación federal aplicable.
- Tenga en cuenta que los proveedores/especialistas pueden figurar en un directorio PPO o en un sitio web de búsqueda de proveedores, pero no estar cubiertos por este plan de beneficios. Consulte el folleto de beneficios para obtener información más detallada sobre la cobertura.

Esto no es un contrato, un folleto de beneficios ni un Resumen de la Descripción del Plan. Los beneficios están sujetos a los términos, limitaciones y condiciones del contrato de grupo (incluido su folleto de beneficios). Consulte su folleto de beneficios para obtener información más detallada sobre la cobertura. Visite nuestra página web, AlabamaBlue.com.

Plan de Visión

RESUMEN DE BENEFICIOS

SU COBERTURA CON UN PROVEEDOR DE VSP

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	COPAGO	FRECUENCIA
Examen WellVision	Se centra en sus ojos y en su bienestar general	\$10	Cada año calendario
Gafas graduadas		\$10	Ver armazones y lentes
Armazón	<ul style="list-style-type: none"> Subsidio de \$150 para una amplia selección de armazones Subsidio de \$170 para armazones de marcas destacadas Ahorro del 20% en la cantidad que sobrepase su subsidio Subsidio de \$80 en armazones de Walmart®/Costco® 	Incluido en las gafas graduadas	Cada dos años calendario
Lentes	<ul style="list-style-type: none"> Lentes monofocales, bifocales con revestimiento y trifocales con revestimiento Lentes de policarbonato para hijos a cargo 	Incluido en las gafas graduadas	Cada año calendario
Mejoras de lentes	<ul style="list-style-type: none"> Lentes progresivos estándar Lentes progresivos Premium Lentes progresivos personalizados Ahorro promedio del 20-25% en otras mejoras de lentes 	\$0 \$95-\$105 \$150-\$175	Cada año calendario
Lentes de contacto (en lugar de gafas)	<ul style="list-style-type: none"> Subsidio de \$150 para lentes de contacto; no se aplica el copago Examen para lentes de contacto (adaptación y evaluación) 	Hasta \$60	Cada año calendario
Atención ocular primaria	<ul style="list-style-type: none"> Como miembro de VSP, puede visitar a su médico de VSP para recibir atención médica y urgente de la vista. Su médico de VSP puede diagnosticar, tratar y controlar enfermedades comunes de la vista como la conjuntivitis, y enfermedades más graves como la pérdida repentina de la visión, glaucoma, enfermedad ocular por diabetes y cataratas. Pida más detalles a su médico de VSP. 	\$20	Según sea necesario

PROTEC SAFETY® (COBERTURA SÓLO PARA EMPLEADOS)

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	COPAGO	FRECUENCIA
Armazón	<ul style="list-style-type: none"> Totalmente cubierto cuando elige un armazón de seguridad de la colección ProTec Eyewear® de su doctor de VSP. Certificado conforme a las directrices del Instituto Nacional Estadounidense de Normalización (ANSI) para la protección contra impactos 	\$10 para armazón y lentes	Cada 24 meses
Lentes	<ul style="list-style-type: none"> Monofocales, bifocales recubiertos y trifocales recubiertos graduados Certificado conforme a las directrices del Instituto Nacional Estadounidense de Normalización (ANSI) para la protección contra impactos 	Combinado con armazón	Cada 12 meses

AHORROS ADICIONALES

Gafas	<ul style="list-style-type: none"> \$20 adicionales para gastar en armazones de marcas destacadas. Visite vsp.com/offers para conocer los detalles 20% de ahorro en gafas adicionales y gafas de sol, incluyendo mejoras de lentes, de cualquier proveedor de VSP dentro de los 12 meses de su último examen WellVision.
Mejoras de análisis de la retina	<ul style="list-style-type: none"> No más de \$39 de copago en exámenes de rutina de la retina como complemento de un examen de WellVision
Corrección de la visión con láser	<ul style="list-style-type: none"> Descuento medio del 15% sobre el precio normal o del 5% sobre el precio promocional; descuentos sólo disponibles en las instalaciones contratadas.

Accidente

Con MetLife, podrá elegir entre dos planes integrales que proporcionan pagos adicionales a cualquier otro seguro que pueda recibir. Éstos son sólo algunos de los eventos/servicios cubiertos. Si desea conocer todos los detalles, consulte la información sobre accidentes de MetLife en my.robinsmorton.com. Este plan no cubre los accidentes laborales.

BENEFICIO	EL PLAN BAJO LE PAGA	EL PLAN ALTO LE PAGA
-----------	----------------------	----------------------

LESIONES

Fracturas	\$100-\$4,000	\$200-\$5,000
Dislocaciones	\$100-\$4,000	\$200-\$5,000
Quemaduras de segundo y tercer grado	\$75-\$10,000	\$100-\$15,000
Contusiones	\$250	\$500
Cortes/laceraciones	\$50-\$400	\$75-\$700
Lesiones oculares	\$300	\$400

SERVICIOS Y TRATAMIENTO MÉDICO

Ambulancia	\$300-\$1,000	\$400-\$1,250
Atención de urgencia	\$75-\$150	\$100-\$200
Atención no urgente	\$75	\$100
Seguimiento del médico	\$75	\$100
Servicios de terapia (inc. fisioterapia)	\$35	\$50
Beneficios de pruebas médicas	\$150	\$200
Dispositivos médicos	\$75-\$750	\$150-\$1000
Cirugía con hospitalización	\$150-\$1,500	\$200-\$2,000

MUERTE ACCIDENTAL

El empleado recibe el 100% de la cantidad indicada, el cónyuge el 50% y los hijos el 20% de la cantidad indicada.	\$25,000 \$75,000 para portador común	\$50,000 \$150,000 para portador común
---	--	---

DESMEMBARAMIENTO, PÉRDIDA Y PARÁLISIS

Desmembramiento, pérdida y parálisis	\$750-\$10,000 por lesión	\$1,000-\$15,000 por lesión
--------------------------------------	---------------------------	-----------------------------

Indemnización

Con Metlife, podrá elegir entre dos planes integrales que proporcionan pagos adicionales a cualquier otro seguro que pueda recibir. Éstos son algunos de los eventos/servicios cubiertos. Este plan no cubre los accidentes laborales.

BENEFICIO	EL PLAN BAJO LE PAGA	EL PLAN ALTO LE PAGA
-----------	----------------------	----------------------

BENEFICIOS HOSPITALARIOS (ACCIDENTE)

Admisión	\$500-\$1,000 por accidente	\$1,000-\$2,000 por accidente
Confinamiento (el internamiento fuera de la UCI se paga hasta 365 días. Internamiento en UCI pagado durante 31 días)	\$100 (no UCI)-\$200 (UCI) al día \$100 al día, hasta 15 días	\$200 (no UCI)-\$400 (UCI) al día \$200 al día, hasta 15 días
Rehabilitación hospitalaria (se paga por accidente)		

BENEFICIOS HOSPITALARIOS (ENFERMEDAD)

Admisión (a pagar una vez por año calendario)	\$500 - \$1,000 por enfermedad \$100 (no UCI)-\$200 (UCI) a día	\$1,000 - \$2,000 por enfermedad \$200 (no UCI)-\$400 (UCI) al día
Confinamiento (pagado por enfermedad)	(a pagar hasta 31 días por enfermedad)	(a pagar hasta 31 días por enfermedad)

Glosario

MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN DE MARCA

Estos medicamentos están protegidos por patente y sólo pueden dispensarse con receta médica. Pagará un precio más alto por estos medicamentos que por los Genéricos porque no hay competencia en la fabricación de estos medicamentos.

COBRA

Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1986 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986): Ley que permite a las personas continuar temporalmente con la cobertura de la mayoría de los planes de seguro médico de las empresas cuando, de lo contrario, perderían la elegibilidad debido a la pérdida del empleo o a un cambio en la situación familiar (como un divorcio). El costo de esta cobertura continuada lo paga íntegramente el empleado o dependiente que la elige.

Si es afiliado a COBRA y reúne los requisitos para Medicare, pero no está inscrito en este plan por tener 65 años o más, y este plan es secundario a Medicare, las prestaciones pagaderas en virtud de este plan se reducirán en el importe que se habría pagado si hubiera estado inscrito en Medicare. El pago máximo combinado que puede recibir de todos los planes puede ser inferior al 100% del gasto total permitido

COASEGURO

Porcentaje del costo de los servicios médicos cubiertos que paga el paciente en virtud del plan de salud, una vez cubierto el deducible aplicable del plan.

DEPENDIENTE

Para el plan Robins & Morton, sus dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge, legalmente reconocido y documentado por una licencia o documento similar de una jurisdicción apropiada. No se reconocen las uniones de hecho.
- Un hijo casado o soltero hasta los 26 años, hijo incluye:
 - Hijos naturales, hijastros e hijos legalmente adoptados
 - Niños entregados en adopción al empleado;
 - El hijo soltero incapacitado del empleado, incapaz de mantenerse a sí mismo y dependiente del empleado para su manutención

- Un nieto que cumpla con todos los siguientes criterios:

- Menores de 26 años
- Solteros
- Residente en el mismo hogar a tiempo completo en una relación padre-hijo

MEDICAMENTOS GENÉRICOS DE PRESCRIPCIÓN

Cuando expira la patente de un medicamento de marca, se permite a otras empresas fabricar el mismo medicamento creando un precio competitivo. Esto se denomina medicamento genérico. Contiene las mismas sustancias químicas que el medicamento de marca, pero los genéricos suelen costar menos. Se venden con el nombre científico del fármaco, no con la marca comercial anunciada.

EN LA RED

Proveedores sanitarios que participan en la red de proveedores contratados por Blue Cross Blue Shield para el plan de salud Robins & Morton.

DEDUCIBLE MÉDICO

El importe anual que usted paga de su bolsillo por los servicios médicos y medicamentos recetados cubiertos antes de que su plan empiece a pagar.

FUERA DE LA RED

Proveedores sanitarios que no participan en la red de proveedores contratados por Blue Cross Blue Shield para el plan de salud de Robins & Morton.

GASTO DE BOLSILLO

Gastos como copagos y deducibles que una persona debe aportar para sufragar el costo de los servicios sanitarios cubiertos por su plan de beneficios de salud. Puede plantearse participar en una Cuenta de Gasto Flexible o en una Cuenta de Ahorro para la Salud para ahorrar impuestos en los gastos de bolsillo.

GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO

El límite anual de lo que pagará por los servicios cubiertos dentro de la red, incluido el deducible y el coaseguro.

GENÉRICO PREVENTIVO

El Gobierno federal elabora una lista de medicamentos genéricos preventivos que puede obtener a un precio más bajo sin tener que pagar el deducible.

SUS DERECHOS, AVISOS LEGALES Y DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL HIPPA

Si rechaza la afiliación para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan de salud colectivo, es posible que pueda afiliarse a este plan si usted o sus dependientes dejan de reunir los requisitos para esa otra cobertura (o si la empresa deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). No obstante, debe solicitar la afiliación en los 30 días siguientes a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que la empresa deje de contribuir a la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. No obstante, debe solicitar la afiliación en los 30 días siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

También pueden existir derechos especiales de inscripción en las siguientes circunstancias

- Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico para niños (CHIP) y usted solicita la inscripción dentro de los 60 días siguientes a la finalización de dicha cobertura; o bien
- Si usted o sus dependientes se convierten en elegibles para un subsidio estatal de asistencia para primas a través de Medicaid o un CHIP estatal con respecto a la cobertura de este plan y usted solicita la inscripción dentro de los 60 días siguientes a la determinación de la elegibilidad para dicha asistencia.
- Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, póngase en contacto con la línea de ayuda de RR.HH. de Robins & Morton 205.803.0102.

NOTIFICACIONES DE LA LEY SOBRE LA SALUD DE LA MUJER Y LOS DERECHOS EN MATERIA DE CÁNCER

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico que le atienda y la paciente, para:

- Todas las fases de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para conseguir un aspecto simétrico
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios estarán sujetas a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por este plan. En este folleto se incluyen los

importes de deducibles y el coaseguro aplicables para su plan específico.

Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame al administrador de su plan 205.803.0102.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DE ROBINS & MORTON

Este material está diseñado para destacar las características del programa de beneficios ofrecido por Robins & Morton a partir del 1 de enero del año del plan indicado en la portada. En caso de discrepancias en este documento, prevalecerán los documentos del plan. Si desea solicitar una copia, póngase en contacto con el departamento de RR.HH. en

(205) 803-0102. Si usted es participante de COBRA, y si es elegible para Medicare pero no está inscrito en Medicare debido a que tiene 65 años o más y el plan es secundario a Medicare, los beneficios pagaderos bajo este plan se reducirán en la cantidad que se habría pagado si hubiera estado inscrito en Medicare. El pago máximo combinado que puede recibir de todos los planes puede ser inferior al 100% del gasto total permitido. Si este plan es secundario a Medicare, el plan determina el importe que pagará por un servicio sanitario cubierto siguiendo los pasos que se indican a continuación:

- El plan determina el importe que habría pagado menos el gasto admisible del plan primario
- Si este plan hubiera pagado menos de lo que pagaba el plan primario, este plan no paga ninguna prestación
- Si este plan hubiera pagado más de lo que pagó el plan primario, este plan pagará la diferencia

El pago máximo combinado que puede recibir de todos los planes puede ser inferior al 100% del gasto total permitido.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DE ELEGIBILIDAD

Si se determina que un empleado o dependiente no cumple los criterios de elegibilidad del plan, el administrador del plan está autorizado a interrumpir la cobertura y solicitar la devolución de las reclamaciones pagadas por el plan, así como a recomendar medidas de personal. Robins & Morton se reserva el derecho de enmendar, modificar o interrumpir los planes en cualquier momento.

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN SANITARIA DEL PLAN DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS DE ROBINS & MORTON

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELA DETENIDAMENTE.

LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTA NOTIFICACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS DE ROBINS & MORTON ES EL 1 DE OCTUBRE DE 2023.

El Plan de beneficios para empleados de Robins & Morton (el "Plan") proporciona beneficios sanitarios a los miembros del equipo de The Robins & Morton Group (la "Empresa") que reúnan los requisitos necesarios y a sus dependientes, tal y como se describe en la descripción resumida del Plan. El Plan crea, recibe, utiliza, conserva y divulga información médica sobre los miembros del equipo participantes y sus dependientes en el transcurso de la prestación de estos beneficios sanitarios.

Para facilitar la referencia, en el resto de este Aviso, las palabras "usted", "su" y "suyo" se refieren a cualquier individuo con respecto al cual el Plan recibe, crea o mantiene Información Protegida de Salud, incluidos los miembros del equipo y los beneficiarios calificados de COBRA, si los hubiera, y sus respectivos dependientes.

Su "información médica protegida" (PHI) es información sobre su estado de salud física o mental pasado, presente o futuro, la prestación de asistencia sanitaria a usted, o el pago pasado, presente o futuro de la asistencia sanitaria que se le prestó, pero sólo si la información le identifica a usted o existe una base razonable para creer que la información podría utilizarse para identificarle. La información médica protegida incluye información de una persona viva o fallecida (durante un periodo de cincuenta años tras el fallecimiento).

La ley exige que el Plan le notifique las obligaciones y prácticas de privacidad del Plan con respecto a su Información Protegida de Salud y lo hace a través de este Aviso. Este Aviso describe las diferentes maneras en que el Plan utiliza y divulga la Información Protegida de Salud. No es factible en este Aviso describir en detalle todos los usos y divulgaciones específicos que el Plan puede hacer de la Información Protegida de Salud, por lo que este Aviso describe todas las categorías de usos y divulgaciones de la Información Protegida de Salud que el Plan puede hacer y, para la mayoría de esas categorías, da ejemplos de esos usos y divulgaciones.

El Plan está obligado a cumplir los términos de este Aviso hasta que sea sustituida. El Plan puede cambiar sus prácticas de privacidad en cualquier momento y, si cualquier cambio requiere un cambio en los términos de este Aviso, el Plan revisará y redistribuirá este Aviso de acuerdo con el proceso de distribución del Plan. En consecuencia, el Plan puede modificar los términos de este Aviso en cualquier momento. El Plan tiene el derecho de hacer efectivo cualquier cambio para toda su PHI que el Plan cree, reciba o mantenga, incluso si el Plan recibió o creó esa PHI antes de la fecha efectiva del cambio.

El Plan distribuye este Aviso, y distribuirá cualquier revisión, únicamente a los miembros del equipo participantes y a los beneficiarios calificados de COBRA, si los hubiera. Si tiene cobertura en virtud del Plan como dependiente de un empleado o

beneficiario cualificado de COBRA, puede obtener una copia del Aviso solicitándolo a la persona de contacto indicada al final de este Aviso.

Tenga en cuenta que este Aviso se aplica sólo a su PHI que el Plan mantiene. No afecta las prácticas de privacidad de su médico u otro proveedor de atención médica con respecto a su PHI que ellos mantienen.

RECEPCIÓN DE SU PHI POR PARTE DE LA EMPRESA Y ASOCIADOS COMERCIALES

El Plan puede divulgar su PHI a, y permitir el uso y divulgación de su PHI por, la empresa y los Asociados Comerciales, y cualquiera de sus subcontratistas sin obtener su autorización.

Patrocinador del plan: La Empresa es el patrocinador y administrador del plan. El Plan puede divulgar a la empresa, en forma resumida, el historial de siniestros y otra información para que la empresa pueda solicitar ofertas de primas para beneficios sanitarios, o para modificar, enmendar o finalizar el Plan. Esta información resumida omite su nombre y número de la Seguridad Social y algunos otros datos identificativos. El Plan también puede divulgar información sobre su participación y estado de inscripción en el Plan a la empresa y recibir información similar de la empresa. Si la empresa acuerda por escrito que protegerá la información contra el uso o divulgación inapropiados, el Plan también podrá divulgar a la Empresa un conjunto limitado de datos que incluya su PHI, pero omita ciertos identificadores directos, según se describe más adelante en este Aviso.

El Plan puede divulgar su PHI a la Empresa para funciones de administración del plan realizadas por la Empresa en nombre del Plan, si la Empresa certifica al Plan que protegerá su PHI contra uso y divulgación inapropiados.

Ejemplo: La Empresa revisa y decide las apelaciones de denegaciones de reclamaciones en virtud del Plan. El Administrador de Reclamaciones proporciona la PHI relativa a una reclamación apelada a la Empresa para dicha revisión, y la Empresa utiliza la PHI para tomar la decisión sobre la apelación.

Asociados comerciales: El Plan y la Empresa contratan a terceros, como un administrador externo (el "Administrador de Reclamaciones"), para ayudar al Plan a proporcionar beneficios sanitarios. Estos terceros se conocen como "Asociados Comerciales" del Plan. El Plan puede divulgar su PHI a Asociados Comerciales, como el Administrador de Reclamaciones, que son contratados por el Plan o la Empresa para ayudar o llevar a cabo los términos del Plan. Además, estos Asociados Comerciales pueden recibir la Información Protegida de la Salud de terceros o crear Información Protegida de la Salud sobre usted en el transcurso de llevar a cabo los términos del Plan. El Plan y la Empresa deben exigir a todos los Asociados Comerciales que acuerden por escrito que protegerán su PHI contra el uso o divulgación inapropiados y exigirán a sus subcontratistas y agentes que también lo hagan.

Para los fines de este Aviso, todas las acciones de la Empresa y de los Asociados Comerciales que se realicen en nombre del Plan se consideran acciones del Plan. Por ejemplo, se considera que la información médica conservada en los archivos del Administrador de Reclamaciones es conservada por el Plan. Por lo tanto, cuando este Aviso hace referencia a que el Plan toma diversas medidas con respecto a la información de salud, dichas medidas pueden ser tomadas por la Empresa o un Asociado Comercial en nombre del Plan.

CÓMO EL PLAN PUEDE UTILIZAR O DIVULGAR SU PHI

El Plan puede utilizar y divulgar su PHI para los siguientes fines sin obtener su autorización. Y, salvo excepciones limitadas, le enviaremos todo el correo a usted, el empleado. Esto incluye el correo relacionado con su cónyuge y otros familiares que estén cubiertos por el Plan. Si una persona cubierta por el Plan ha solicitado Restricciones o Comunicaciones Confidenciales, y si el Plan ha aceptado la solicitud, el Plan enviará el correo según lo dispuesto por la solicitud de Restricciones o Comunicaciones Confidenciales.

Su tratamiento de Atención Médica: El Plan puede divulgar su PHI para actividades de tratamiento (según se define en las normas federales aplicables) de un proveedor de atención médica. Ejemplo: Si su médico solicitara información al Plan sobre reclamos anteriores en virtud del Plan para ayudarlo a tratarlo, el Plan podría divulgar su PHI para ese fin.

Ejemplo: El Plan podría divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para que éste la consulte al determinar si una nueva receta puede ser perjudicial para usted. Realización u Obtención de Pago por Atención de la Salud o Cobertura: El Plan puede utilizar o divulgar su PHI para actividades de pago (según se define en las normas federales aplicables), incluido el pago o cobro de terceros, como proveedores de atención médica y otros planes de salud.

Ejemplo: El Plan recibirá facturas de los médicos por la atención médica que le brindaron que contendrán su PHI. El Plan utilizará esta Información Protegida de la Salud y creará Información Protegida de la Salud sobre usted, en el curso de determinar si pagará y pagará beneficios con respecto a dicha factura. **Ejemplo:** El Plan puede considerar y discutir su historial médico con un proveedor de atención médica para determinar si un tratamiento en particular por el cual se reclaman o se reclamarán beneficios del Plan es médicamente necesario según se define en el Plan

El uso o divulgación por parte del Plan de su PHI para fines de pago puede incluir usos y divulgaciones para los siguientes fines, entre otros.

- Obtener los pagos necesarios para la cobertura del Plan
- Determinar o cumplir con su responsabilidad de proporcionar cobertura y/o beneficios en virtud del Plan, incluidas las determinaciones de elegibilidad y la adjudicación de reclamaciones.
- Obtener o proporcionar reembolsos por el beneficio de asistencia sanitaria (incluida la coordinación de beneficios, la subrogación y la determinación de los importes de los gastos compartidos)

- Gestión de reclamaciones, actividades de cobro, obtención de pagos en virtud de una póliza de seguro "stop-loss" y tratamiento de datos sanitarios conexos.
- Revisión de los servicios sanitarios para determinar la necesidad médica, la cobertura del Plan, la idoneidad de la atención o la justificación de cargos.
- Actividades de revisión de la utilización, incluidas la precertificación y la autorización previa de servicios, la revisión concurrente y retrospectiva de servicios.

El Plan también puede divulgar su PHI con el fin de ayudar a otros planes de salud (incluidos otros planes de salud patrocinados por la Compañía), proveedores de atención médica y cámaras de compensación de atención médica con sus actividades de pago, incluidas actividades como las enumeradas anteriormente con respecto al Plan.

Operaciones de Atención Médica: El Plan puede usar y divulgar su PHI para operaciones de atención médica (según se define en las normas federales aplicables) que incluyen una variedad de actividades facilitadoras. Ejemplo: Si las reclamaciones que presenta al Plan indican que padece diabetes u otra afección crónica, el Plan puede utilizar y divulgar su PHI para remitirlo a un programa de control de enfermedades.

Ejemplo: Si las reclamaciones que usted presenta al Plan indican que la cobertura de stop-loss que la Empresa ha adquirido en relación con el Plan puede activarse, el Plan puede utilizar o divulgar su PHI para informar a la aseguradora de stop-loss de la posible reclamación y para realizar cualquier reclamación que finalmente se aplique. El uso y divulgación por parte del Plan de su Información Protegida de Salud para fines de operaciones de atención de la salud puede incluir usos y divulgaciones para los siguientes fines.

- Actividades de evaluación y mejora de la calidad
- Gestión de enfermedades, gestión de casos y coordinación de cuidados
- Actividades destinadas a mejorar la salud o reducir los costes sanitarios
- Ponerse en contacto con los profesionales sanitarios y los pacientes para informarles sobre las alternativas de tratamiento
- Actividades de acreditación, certificación, concesión de licencias o credenciales

- Detección de fraudes y abusos y programas de cumplimiento El Plan también puede utilizar o divulgar su PHI para ayudar a otros planes de salud (incluidos otros planes patrocinados por la Empresa), proveedores de atención de la salud y centros de intercambio de información sobre atención de la salud con sus actividades de operaciones de atención de la salud que son similares a las mencionadas anteriormente, pero sólo en la medida en que tanto el Plan como el destinatario de la información divulgada tengan una relación con usted y la PHI pertenezca a esa relación.
- El uso y la divulgación por parte del Plan de su PHI con fines de operaciones de atención médica pueden incluir usos y divulgaciones para los siguientes fines adicionales, entre otros.
- Suscripción (con la excepción de la PHI que sea información genética) tarificación de primas y desempeñar funciones afines para crear, renovar o sustituir seguros relacionados con el Plan
- Planificación y desarrollo, como análisis de manejo de gastos.
- Realización u organización de funciones de revisión médica, servicios jurídicos y auditoría.
- Gestión empresarial y actividades administrativas generales, incluida la aplicación y el cumplimiento de la legislación aplicable, y creación de información médica desidentificada o de un conjunto limitado de datos

El Plan también puede utilizar o divulgar su PHI con el fin de ayudar a otros planes de salud para los cuales la Empresa es el patrocinador del plan, y cualquier asegurador y/o HMO con respecto a esos planes, con sus actividades de operaciones de atención médica similares a las dos categorías mencionadas anteriormente. Conjunto limitado de datos: El Plan puede divulgar un conjunto limitado de datos a un destinatario que acepte por escrito que el destinatario protegerá el conjunto limitado de datos contra el uso o la divulgación inapropiados. Un conjunto de datos limitados es información de salud sobre usted y/u otros que omite su nombre y Número de Seguro Social y cierta otra información de identificación. Obligación legal: El Plan utilizará o divulgará su PHI en la medida en que lo exija la ley aplicable. Esto puede incluir la divulgación de su Información Protegida de la Salud en cumplimiento de una orden judicial, o una citación o emplazamiento. Además, el Plan debe permitir que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos audite los registros del Plan. Salud o Seguridad: Cuando sea consistente con la ley aplicable y los estándares de conducta ética, el Plan puede divulgar su PHI si el Plan, de buena fe, cree que dicha divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a su salud o a la salud y seguridad de otros. El Plan puede compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda en la retirada de productos
- Aviso de reacciones adversas a los medicamentos
- Aviso de sospechas de malos tratos, abandono o violencia doméstica

Aplicación de la ley: El Plan puede divulgar su PHI a un funcionario encargado del cumplimiento de la ley si el Plan considera que. Tde buena fe

que su Información Protegida de Salud constituye evidencia de conducta delictiva ocurrida en las instalaciones del Plan. El Plan también puede divulgar su PHI para fines limitados de cumplimiento de la ley.

Demandas y Disputas: Además de las divulgaciones requeridas por la ley en respuesta a órdenes judiciales, el Plan puede divulgar su PHI en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, pero solo si se han realizado ciertos esfuerzos para notificarle de la citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal o para obtener una orden que proteja la información que se divulgará.

Compensación de los trabajadores: El Plan puede usar y divulgar su PHI cuando lo autorice y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares. Situación de Emergencia: El Plan podrá divulgar su Información Protegida de Salud a un familiar, amigo u otra persona, con el fin de ayudarlo con su atención médica o el pago de su atención médica, si usted se encuentra en una situación médica de emergencia y no puede dar su consentimiento al Plan para hacerlo.

Representantes personales: El Plan divulgará su PHI a sus representantes personales designados por usted o designados por la ley aplicable (un padre que actúe en nombre de un hijo menor de edad o un tutor designado para un adulto incapacitado, por ejemplo) en la misma medida en que el Plan divulgaría esa información a usted. El Plan puede optar por no divulgar información a un representante personal si cree razonablemente que 1) usted ha sido o puede ser víctima de maltrato doméstico por parte de su representante personal; o 2) reconocer a dicha persona como su representante personal puede perjudicarlo; o 3) no le conviene tratar a dicha persona como su representante personal.

Salud Pública: En la medida en que otras leyes aplicables no prohíban dichas divulgaciones, el Plan puede divulgar su PHI para fines de ciertas actividades de salud pública, incluyendo, por ejemplo, el reporte de información relacionada con la calidad, seguridad o eficacia de un producto regulado por la FDA a una persona sujeta a la jurisdicción de la FDA.

Actividades de Supervisión de Salud: El Plan puede divulgar su PHI a una agencia de supervisión de salud pública para actividades autorizadas, incluidas auditorías, investigaciones civiles, administrativas o penales; inspecciones; licencias o medidas disciplinarias.

Médico Forense, Examinador Médico o Director de Funeraria: El Plan puede divulgar su Información Protegida de Salud a un médico forense o examinador médico con el fin de identificar a una persona fallecida, determinar una causa de muerte u otros deberes autorizados por la ley. Además, el Plan puede divulgar su Información Protegida de Salud a un director de funeraria, de acuerdo con la ley aplicable, según sea necesario para llevar a cabo las obligaciones del director de la funeraria.

Donación de Órganos: El Plan puede usar o divulgar su PHI para ayudar a entidades dedicadas a la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.

Funciones Gubernamentales Específicas: En circunstancias específicas, las reglamentaciones federales pueden exigir que el Plan utilice o divulgue su PHI para facilitar funciones gubernamentales específicas relacionadas con el ejército y los veteranos, la seguridad nacional y las actividades de inteligencia, los servicios de protección para el presidente y otros, y las instituciones correccionales y los reclusos.

Investigación: El Plan puede divulgar su PHI a investigadores cuando se hayan eliminado sus identificadores individuales o cuando una junta de revisión institucional o junta de privacidad haya revisado la propuesta de investigación y establecido un proceso para garantizar la privacidad de la información solicitada y apruebe la investigación.

Divulgaciones a Usted: Cuando usted hace una solicitud de su Información Protegida de Salud, el Plan está obligado a divulgarle sus registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones con respecto a sus beneficios de atención de la salud. El Plan también debe, cuando usted lo solicite, proporcionarle un informe de las divulgaciones de su Información Protegida de Salud si dichas divulgaciones fueron por cualquier motivo que no sea Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención de la Salud (y si usted no autorizó la divulgación)

Autorización para usar o divulgar su PHI

Salvo lo indicado anteriormente, el Plan no utilizará ni divulgará su Información Protegida de Salud a menos que primero reciba su autorización por escrito. Si usted autoriza al Plan a utilizar o divulgar su Información Protegida de Salud, usted puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento, enviando un aviso de su revocación a la persona de contacto mencionada al final de este Aviso. En la medida en que el Plan haya tomado medidas basándose en su autorización (celebrado un acuerdo para proporcionar su Información Protegida de Salud a un tercero, por ejemplo), usted no podrá revocar su autorización.

Además, no: (1) facilitaremos información confidencial a otra empresa para sus fines de marketing (a menos que sea para determinadas Operaciones Sanitarias limitadas); (2) venderemos su información confidencial (a menos que sea bajo estrictas restricciones legales) (vender significa recibir una remuneración directa o indirecta);

(3) proporcionar su información confidencial a un posible empleador con el que esté buscando empleo sin su autorización firmada; o (4) utilizar o divulgar notas de psicoterapia a menos que lo exija la ley.

Además, si una ley estatal o de otro tipo exige la divulgación de los registros de vacunación a una escuela, ya no es necesaria la autorización por escrito. Sin embargo, una entidad cubierta aún debe obtener y documentar un acuerdo que puede ser verbal y telefónico

El Plan puede contactarlo

El Plan puede ponerse en contacto con usted por diversos motivos, normalmente en relación con reclamaciones y pagos y generalmente por correo. Debe tener en cuenta que el Plan puede ponerse en contacto con usted para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI

Comunicación Confidencial por Medios Alternativos: Si considera que la divulgación de su PHI podría ponerlo en peligro, el Plan atenderá una solicitud razonable para comunicarse con usted por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, puede solicitar que el Plan se comunique con usted sólo en una dirección en particular. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar su solicitud por escrito a la persona de contacto indicada al final de este Aviso. No es necesario que indique la razón específica por la cual considera que la divulgación de su PHI podría ponerlo en peligro al realizar la solicitud, pero sí debe indicar si ese es el caso. Su solicitud también debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. El Plan le notificará si acepta su solicitud de comunicación confidencial. No debe suponer que el Plan ha aceptado su solicitud hasta que el Plan confirme por escrito que está de acuerdo con dicha solicitud.

Solicitud de restricción de ciertos usos y divulgaciones: Usted puede solicitar al Plan que restrinja los usos y divulgaciones que hace de su Información Protegida de Salud. Esta solicitud restringirá o limitará la Información Protegida de Salud que se divulga para Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención de la Salud, y esta restricción puede limitar la información que el Plan divulga a alguien que participa en su atención o en el pago de su atención. El Plan no está obligado a aceptar una restricción solicitada, pero si acepta su restricción solicitada, el Plan está obligado por ese acuerdo, a menos que la información sea necesaria en una situación de emergencia. Sin embargo, hay algunas restricciones que no están permitidas incluso con el acuerdo del Plan. Para solicitar una restricción, envíe su solicitud por escrito a la persona de contacto indicada al final de este Aviso. En la solicitud especifique: (1) qué información desea restringir; (2) si desea limitar el uso de dicha información por parte del Plan, su divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites (un médico en particular, por ejemplo). El Plan le notificará si está de acuerdo con una restricción solicitada sobre cómo se utiliza o divulga su PHI. Usted no debe suponer que el Plan ha aceptado una restricción solicitada hasta que el Plan confirme por escrito que está de acuerdo con dicha restricción. Usted puede solicitar restricciones en nuestro uso y divulgación de su información confidencial para los propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica explicados en este Aviso. A pesar de esta política, el plan cumplirá con cualquier solicitud de restricción si (1) salvo que la ley exija lo contrario, la divulgación se realiza al plan de salud con el fin de llevar a cabo operaciones de pago o de atención médica (y no es con el fin de llevar a cabo un tratamiento); y (2) la PHI se refiere exclusivamente a un artículo o servicio sanitario por el que el proveedor de asistencia sanitaria ha pagado la totalidad de su bolsillo.

Derecho a ser notificado de una violación: Usted tiene derecho a ser notificado en caso de que el plan (o un Asociado Comercial) descubra una violación de información de salud protegida no asegurada.

Expedientes médicos electrónicos: También puede solicitar y recibir una relación de las divulgaciones de los expedientes médicos electrónicos utilizados para tratamientos, pagos u operaciones sanitarias durante los tres años anteriores para las

divulgaciones realizadas a partir del (1) 1 de enero de 2014 para los expedientes médicos electrónicos adquiridos antes del 1 de enero de 2009; o (2) el 1 de enero de 2011 para los expedientes médicos electrónicos adquiridos a partir del 1 de enero de 2009. La primera lista que solicite en un periodo de 12 meses será gratuita. Se le podrá cobrar por proporcionar cualquier lista adicional dentro de un periodo de 12 meses.

Copia en papel de este Aviso: Usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia en papel de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha recibido este Aviso anteriormente, o ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente. Para obtener una copia en papel, llame o escriba a la persona de contacto indicada al final de este Aviso.

Derecho a acceder a su Información Médica Protegida: Usted tiene derecho a acceder a su PHI en los registros de inscripción, pago, adjudicación de reclamos y administración de casos del Plan, o en otros registros utilizados por el Plan para tomar decisiones sobre usted, a fin de inspeccionarla y obtener una copia de la misma. Su solicitud de acceso a esta Información Protegida de Salud debe hacerse por escrito a la persona de contacto mencionada al final de este Aviso. El Plan podrá denegar su solicitud de acceso, por ejemplo, si solicita información recopilada en previsión de un procedimiento legal. Si se deniega el acceso, se le proporcionará un aviso por escrito de la denegación, una descripción de cómo puede ejercer cualquier derecho de revisión que pudiera tener y una descripción de cómo puede presentar una queja al Plan o al Secretario de Salud y Servicios Humanos. Si solicita una copia de su Información Confidencial de Salud, el Plan podrá cobrar una tarifa razonable por la copia y, si corresponde, el franqueo asociado con su solicitud.

Derecho a modificar: Usted tiene el derecho de solicitar enmiendas a su PHI en los registros del Plan si cree que está incompleta o inexacta. Una solicitud de enmienda de la Información Protegida de Salud en los registros del Plan debe hacerse por escrito a la persona de contacto nombrada al final de este Aviso. El Plan puede rechazar la solicitud si no incluye una razón que respalde la enmienda. La solicitud también puede ser denegada si, por ejemplo, su PHI en los registros del Plan no fue creada por el Plan, si la PHI que usted solicita enmendar no forma parte de los registros del Plan o si el Plan determina que los registros que contienen su información de salud son exactos y completos. Si el Plan deniega su solicitud de modificación de su Información Protegida de Salud, le notificará su decisión por escrito, proporcionándole los fundamentos de la denegación, información sobre cómo puede incluir la información sobre su solicitud de modificación en los registros del Plan y una descripción de cómo puede presentar una queja ante el Plan o la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

Contabilidad: Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información de salud. La mayoría de las divulgaciones que el Plan hace de su PHI no están sujetas a este requisito de rendición de cuentas porque las divulgaciones de rutina (las relacionadas con el pago de sus reclamos, por ejemplo) generalmente están excluidas de este requisito. Tampoco están sujetas a este requisito las divulgaciones que usted autorice o que se hayan producido más de seis años antes de la fecha de su solicitud. Para solicitar un informe de las divulgaciones de su PHI, debe presentar su solicitud por escrito a la persona de

contacto indicada al final de este Aviso. Su solicitud deberá indicar un período de tiempo que no podrá incluir fechas anteriores en más de seis años a la fecha de su solicitud. Su solicitud debe indicar en qué forma desea que se le facilite la contabilidad (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera relación que solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratuita. Si solicita más de una relación dentro de un periodo de 12 meses, el Plan le cobrará una tarifa razonable basada en los costes por cada relación posterior.

Representantes personales: Usted puede ejercer sus derechos a través de un representante personal. Se requerirá que su representante personal presente evidencia de su autoridad para actuar en su nombre antes de que a esa persona se le dé acceso a su PHI o se le permita tomar cualquier acción en su nombre. El Plan se reserva la facultad de denegar a un representante personal el acceso a su PHI en la medida en que lo permita la legislación aplicable.

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a expresar quejas al Plan y al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Cualquier queja al Plan debe hacerse por escrito a la persona de contacto nombrada al final de este Aviso. El Plan lo alienta a expresar cualquier inquietud que pueda tener con respecto a la privacidad de su información. No se tomará ningún tipo de represalia contra usted por presentar una queja.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

El Plan ha designado a Susie Brasher como persona de contacto para todas las cuestiones relacionadas con las prácticas de privacidad del Plan y sus derechos de privacidad. Puede ponerse en contacto con esta persona de contacto en 400 Shades Creek Parkway, Birmingham AL 35209, 205.803.0109

AVISO IMPORTANTE DE ROBINS & MORTON SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN Y MEDICARE

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con el Plan de Beneficios para Empleados de Robins & Morton y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en afiliarse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y su coste, con la cobertura y los costes de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su zona. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Si se inscribe en el plan por horas, hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de Medicare para medicamentos recetados

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare empezó a estar disponible en 2006 para todos los beneficiarios de Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados o en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen, como mínimo, un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más elevada.
2. Robins & Morton ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan por Hora es, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y por lo tanto se considera Cobertura Acreditada. Dado que su cobertura actual es una Cobertura Acreditada, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si más adelante decide inscribirse en 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 reúna los requisitos para Medicare por primera vez y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos recetados, por causas ajenas a su voluntad, también tendrá derecho a un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué ocurre con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Robins & Morton no se verá afectada.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura actual de Robins & Morton, tenga en cuenta que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará una prima más alta (penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si se le cae o pierde su cobertura actual con Robins & Morton y no se inscribe en un plan Medicare de medicamentos dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan Medicare de medicamentos más adelante.

Si pasa 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima básica de beneficiario de Medicare al mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19% superior a la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además,

es posible que tenga que esperar hasta el mes de octubre siguiente para afiliarse.

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

Para más información, póngase en contacto con información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura a través de Robins & Morton. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones de cobertura de los medicamentos recetados de Medicare:

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados se encuentra en el manual "Medicare y Usted". Medicare le enviará una copia del manual por correo todos los años. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se pongan directamente en contacto con usted.

Para más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el número de teléfono en la contraportada interior del manual "Medicare y Usted") para obtener 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, dispone de una ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página web de la Seguridad Social www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura Acreditada. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una multa)

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS EN EL MARCO DE MEDICAID Y DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO INFANTIL (CHIP)

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

Si usted o sus dependientes ya están inscritas en Medicaid o CHIP y vive en uno de los Estados que se indican a continuación, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su Estado

para averiguar si dispone de ayuda para el pago de las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguna de sus dependientes podrían tener derecho a alguno de estos programas de estos programas, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su Estado o marque el 1-877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para saber cómo solicitarlo. Si reúne los requisitos, pregunte en su estado si hay algún programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por la empresa.

Si usted o sus dependientes tienen derecho a la ayuda para el pago de las primas de Medicaid o CHIP, así como al plan de su empresa, ésta debe permitirle inscribirse en el plan de su empresa si aún no lo está. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se determine que reúne los requisitos para la ayuda con las primas**. Si tiene alguna pregunta sobre cómo inscribirse en el plan de su empresa, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede optar a una ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empresa. La siguiente lista de estados está actualizada a 31 de julio de 2023. Póngase en contacto con su Estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid

Sitio web: <http://myalhipp.com/>

Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA – Medicaid

Programa de pago de primas de Seguro Médico de AK

Sitio web: <http://myakhipp.com/>

Teléfono: 1-866-251-4861

Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com

Elegibilidad de Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS – Medicaid

Sitio web: <http://myarhipp.com/>

Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Programa de pago de primas de Seguro Médico (HIPP)

Sitio web: <http://dhcs.ca.gov/hipp>

Teléfono: 916-445-8322

Fax: 916-440-5676

Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus

(CHP+)

Sitio web de Health First Colorado:

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

Centro de Contacto para afiliados de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Relee del Estado 711

CHP+: <https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus>

Atención al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Relee del Estado 711

Programa de compra de seguro médico (HIBI):

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

HIBI Customer Service: 1-855-692-6442

FLORIDA – Medicaid

Sitio web: <https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html>

Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>

Teléfono: 678-564-1162, Press 1

Sitio web de GA CHIPRA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>

Teléfono: (678) 564-1162, Press 2

INDIANA – Medicaid

Sitio web de Healthy Indiana Plan para adultos de bajos recursos 19-64: <http://www.in.gov/fssa/hip/>

Teléfono: 1-877-438-4479

Todos los demás Medicaid

Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>

Teléfono: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid:

<https://dhs.iowa.gov/ime/members>

Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366

Sitio web de Hawki: <http://dhs.iowa.gov/Hawki>

Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563

Sitio web de HIPP: <https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp>

Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>

Teléfono: 1-800-792-4884

Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY – Medicaid

Sitio web del programa de pago de primas

integradas de seguro médico (KI-HIPP) : <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>

Teléfono: 1-855-459-6328

Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov

Sitio web de KCHIP: <https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx>

Teléfono: 1-877-524-4718

Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov>

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web: www.medicaid.la.gov
or www.lahipp.com
Teléfono: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline)
or 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

Sitio web de inscripción: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: Maine relay 711
Sitio web de primas de seguro médico privado (Private Health Insurance Premium):
<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
Teléfono: 1-800-977-6740.
TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>
Teléfono: 1-800-862-4840
TTY: (617) 886-8102
Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

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

MISURI – Medicaid

Sitio web: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>
Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

Sitio web: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
Teléfono: 1-800-694-3084
Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
Teléfono: 1-855-632-7633
Lincoln: 402-473-7000
Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid

Sitio web de Medicaid: <https://dhcfnv.gov>
Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NEW HAMPSHIRE – Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>
Teléfono: 603-271-5218
Número gratuito para el programa HIPP:
1-800-852-3345, ext 5218

NEW JERSEY – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>
Teléfono de Medicaid: 609-631-2392
Sitio web de CHIP:
<http://www.njfamilycare.org/index.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710

NEW YORK – Medicaid

Sitio web:
https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Teléfono: 1-800-541-2831

CAROLINA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>
Teléfono: 919-855-4100

DAKOTA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>
Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>
Teléfono: 1-888-365-3742

OREGON – Medicaid

Sitio web: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx>
Teléfono: 1-800-692-7462
Sitio web de CHIP: <https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx>
Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>
Teléfono: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)

CAROLINA DEL SUR – Medicaid

Sitio web: <https://www.scdhhs.gov>
Teléfono: 1-888-549-0820

DAKOTA DEL SUR – Medicaid

Sitio web: <http://dss.sd.gov>
Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.texas.gov/services/finacial/health-insurance-premium-payment-hipp-program>
Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <https://medicaid.utah.gov/>
Sitio web de CHIP: <http://health.utah.gov/chip>
Teléfono: 1-877-543-7669

VERMONT – Medicaid

Sitio web: <https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program>
Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>
Sitio web: <https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>
Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid

Sitio web: <https://www.hca.wa.gov/>
Teléfono: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP

Sitio web: <https://dhr.wv.gov/bms/>
Sitio web: <http://mywvhipp.com/>
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700
Teléfono gratuito de CHIP:
1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>
Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING – Medicaid

Sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>
Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para primas desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, póngase en contacto con cualquiera de los dos:

Departamento de Trabajo de EE.UU.

Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

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

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que un organismo federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3507. Asimismo, sin perjuicio de otras disposiciones

legales, no se impondrá ninguna sanción por incumplimiento de una recogida de información si ésta no muestra un número de control de la OMB válido en la actualidad. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de trabajo para el público que debe informar sobre esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y haga referencia al número de control OMB 1210-0137.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO Y DE LA MADRE

En general, los planes de salud colectivos y los emisores de seguros de enfermedad no pueden, en virtud de la legislación federal, restringir los beneficios para cualquier estancia hospitalaria relacionada con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal o menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, la legislación federal no prohíbe en general que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, en virtud de la legislación federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estancia no superior a 48 horas (o 96 horas).

NUEVAS OPCIONES DE COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS Y SU COBERTURA DE SALUD

PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL

Cuando en 2014 entren en vigor partes fundamentales de la ley de asistencia sanitaria, habrá una nueva forma de adquirir un seguro médico: el Mercado de Seguros Médicos. Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura sanitaria ofrecida por su empresa.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados. También puede optar a un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro de salud a través del Mercado comienza en octubre de 2013 para la cobertura a partir del 1 de enero de 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el mercado?

Puede optar a ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero sólo si su empresa no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumple determinadas normas. El ahorro en la prima al que puede optar depende de sus ingresos familiares.

¿Afecta la cobertura sanitaria del empleador a la posibilidad de ahorrar en las primas a través del mercado?

Si. Si tiene una oferta de cobertura sanitaria de su empleador que cumpla determinadas normas, no podrá optar a un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede optar a una desgravación fiscal que reduzca su prima mensual o a una reducción de determinados gastos compartidos si su empresa no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece una cobertura que cumpla determinadas normas. Si el costo de un plan de su empresa que le cubra a usted (y no a otros miembros de su familia) es superior al 9,5% de sus ingresos familiares del año, o si la cobertura que le ofrece su empresa no cumple la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible, puede optar a un crédito fiscal. ¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura sanitaria ofrecida por su empleador, es posible que pierda la contribución del empleador (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta cotización patronal (así como la contribución del empleado a la cobertura ofrecida por el empleador) suele excluirse de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Si desea más información sobre la cobertura que le ofrece su empresa, consulte la descripción resumida de su plan o póngase en contacto con la línea de ayuda de RR.HH. 205.803.0102.

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su coste. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su zona.

PARTE B: INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DE SALUD OFRECIDA POR SU EMPLEADOR

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura sanitaria ofrecida por su empresa. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para que se corresponda con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador: Robins & Morton
4. Número de identificación del empleador (EIN) 63-1076743
5. Dirección del empleador: 400 Shades Creek Parkway
6. Número de teléfono del empleador: 205.870.1000
7. Ciudad Birmingham
8. Estado AL
9. Código Postal 35209
10. ¿Con quién podemos ponernos en contacto sobre la cobertura sanitaria de los empleados en este trabajo? Línea de ayuda de RRHH
11. Número de teléfono (si es diferente del anterior) 205.803.0102
12. Correo electrónico AskHR@Robinsmorton.com

A continuación encontrará información básica sobre la cobertura sanitaria que ofrece este empleador:

Como su empleador, le ofrecemos un plan de salud para:

- Todos los miembros del equipo. Los miembros del equipo elegibles son:
 - Miembros del equipo por horas
 - Salario de los miembros del equipo

Con respecto a los dependientes:

Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son

- Su cónyuge, legalmente reconocido y documentado por una licencia o documento similar de una jurisdicción apropiada. No se reconocen las uniones de hecho;
- Un hijo casado o soltero hasta los 26 años, hijo incluye:
 - Hijos naturales
 - Hijos de acogida

- Hijos adoptados legalmente

- Hijos dados en adopción al trabajador por cuenta ajena;

- Hijo soltero incapacitado del trabajador, incapaz de mantenerse a sí mismo y dependiente del trabajador para su manutención.

- Un nieto que cumpla todos los requisitos siguientes:

- Menor de 26 años

- Soltero

- Reside en el mismo hogar a tiempo completo en una relación paterno-filial

Si está marcada, esta cobertura cumple la norma de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted pretende ser asequible, en función de los salarios de los empleados.

**Aunque su empleador pretenda que su cobertura sea asequible, es posible que pueda optar a un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede optar a un descuento en la prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (tal vez sea un empleado por horas o trabaje a comisión), si acaba de ser contratado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede optar a un descuento en la prima.

Si decide buscar cobertura en el Mercado, HealthCare.gov le guiará a lo largo del proceso. Estos son los datos del empleador que deberá introducir cuando visite HealthCare.gov para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple la "norma de valor mínimo" si la parte de los costes totales de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

Cómo inscribirse

hr.robinsmorton.net

Durante la inscripción abierta

(del 28 de octubre al 8 de noviembre de 2023)

- 1 Vaya al sitio web hr.robinsmorton.net
- 2 Inicie sesión en su cuenta de Sage.
- 3 Seleccione “Beneficios”, después “Inscripción abierta”.
- 4 Siga las instrucciones y muévase entre pantallas usando el botón de siguiente.
- 5 Recuerde seleccionar “Terminé” en la última pantalla.

✓ No aceptaremos inscripciones después del 8 de noviembre de 2023.

Para nuevas contrataciones

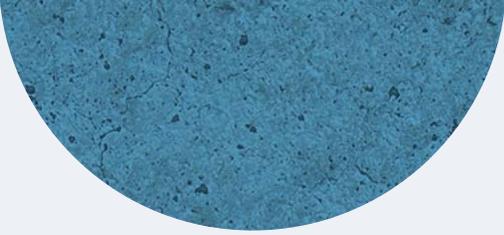
(la elegibilidad empieza 90 days después de la fecha de contratación.)

- 1 Vaya al sitio web hr.robinsmorton.net
- 2 Inicie sesión en su cuenta de Sage.
- 3 Seleccione “Beneficios” y luego “Eventos Vitales”. A continuación, seleccione “Nueva contratación - Por hora”.
- 4 Siga las instrucciones y desplácese entre las pantallas utilizando el botón siguiente.
- 5 Recuerde seleccionar “He terminado” en la última pantalla.

✓ Su elegibilidad comienza 90 días después de su fecha de contratación. Dispone de 30 días a partir de la fecha de elegibilidad para inscribirse en los beneficios del año en curso.

TENGA EN CUENTA:

Una vez aprobadas sus elecciones, recibirá por correo electrónico una confirmación de inscripción a los beneficios. Asegúrese de haber recibido este correo electrónico.



ROBINS & MORTON

400 Shades Creek Parkway
Birmingham, AL 35209

INSCRIPCIÓN ABIERTA

DEL 28 DE OCTUBRE AL 8 DE NOVIEMBRE

 Para obtener instrucciones detalladas sobre cómo inscribirse, vea la página 43.

