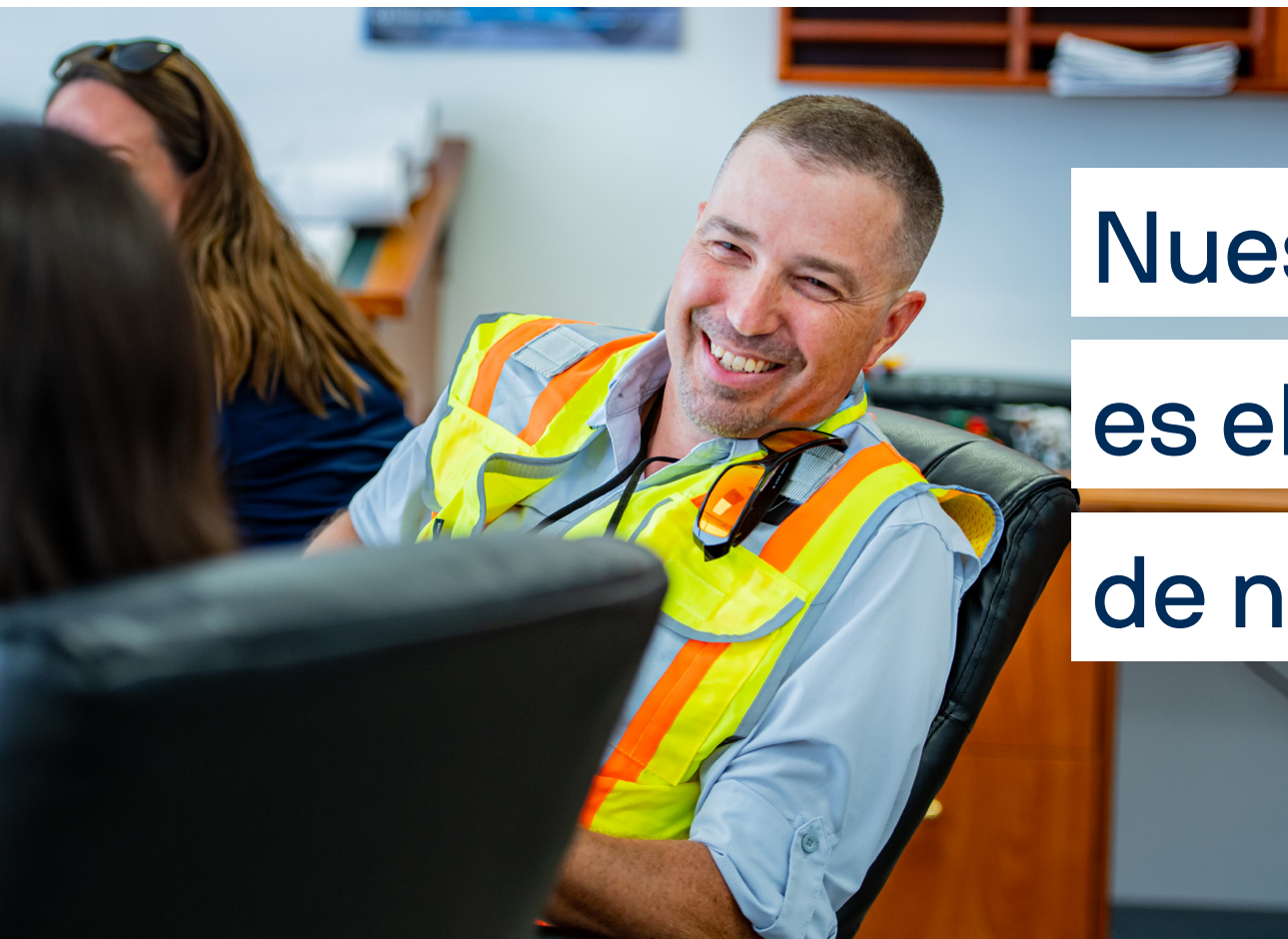


*Equipo por horas*

# GUÍA DE BENEFICIOS

# 2026



Nuestra gente  
es el corazón  
de nuestro negocio.



# Qué hay de nuevo

## para beneficios en 2026

Desde nuestro plan médico hasta nuestra participación en las ganancias del 401k, nuestros programas de beneficios van más allá de la atención médica tradicional para brindarle bienestar y seguridad integral.

### DEDUCIBLE Y CAMBIO DE PRIMA

El deducible individual del Plan por Hora 2026 aumentará ligeramente debido a los cambios del IRS. El nuevo deducible será de \$3,400 (individual). El deducible familiar de \$5,000 se mantendrá igual, al igual que todos los máximos de desembolso. El Plan por Hora también experimentará un ligero aumento en el monto de la prima semanal.

### LÍMITE DE LA HSA DEL IRS PARA 2026 Y APORTES DE ROBINS & MORTON

El IRS ha establecido los montos de contribución a la cuenta de ahorros para la salud (HSA) para 2026 en \$4,400 para individuos y \$8,750 para familias. Este total incluye el aporte anual de contrapartida de Robins & Morton, que aumentará para 2026 a \$800, \$1,200 y \$1,600, según el nivel de cobertura de su plan médico. Los miembros del equipo mayores de 55 años pueden contribuir un monto adicional de \$1,000. Los montos de contribución se administran en [401k.com](https://401k.com). Lea más en la página 12.

### NUEVO BENEFICIO

Robins & Morton se complace en asociarse con Doctor on Demand® para ofrecer a los miembros del equipo inscritos en el plan médico atención médica virtual primaria, de urgencias y de salud mental.

### NUEVO BENEFICIO

La navegación en cuidados oncológicos ahora será ofrecida a través de Iris by OncoHealth. Iris brinda apoyo a los miembros del equipo y sus familias mediante orientación experta y atención virtual. El programa conecta a los afiliados con especialistas en oncología para recibir orientación sobre el tratamiento, manejo de síntomas y apoyo emocional.

### MEJORA DEL PLAN

Nos complace anunciar una reducción de tarifas, así como una ampliación de la cobertura para los planes de accidentes e indemnización de MetLife.

# LÍNEA DE AYUDA DE RR. HH.



Aquí para responder a sus preguntas.

(205) 803-0102

De lunes a jueves de 8:00 a. m. a 4:00 p. m. CST

Viernes de 8:00 a. m. a 2:00 p. m. CST

Mensajes revisados diariamente

# ¿Qué sucede si no me inscribo?



## Miembros actuales del equipo

Si no se inscribe durante este tiempo, **se lo volverá a inscribir en el mismo plan que tenía en 2025**. Debe completar el proceso de Inscripción Abierta e inscribirse en la Cuenta Flexible de Gastos de Propósito Limitado y en la Cuenta de Cuidado de Dependientes, o no tendrá deducciones en 2026. Estas cuentas no se transfieren automáticamente de un año a otro. Su próxima oportunidad de inscribirse será en el otoño de 2026, durante el período de Inscripción Abierta para el año del plan 2027.

## Nuevas contrataciones

Si decide no inscribirse, **no tendrá cobertura para 2026**. Puede inscribirse para recibir 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 de vida

Si tiene un evento de vida calificador (matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo, etc.), es elegible para inscribirse en los beneficios dentro de los **30 días posteriores a la fecha del evento**. Comuníquese con Recursos Humanos (HR) si tiene un evento de vida durante el año.



# Lista de verificación para la inscripción abierta

## ☐ PLAN MÉDICO [PÁGINA 10](#)

Renunciar o seleccionar

- ¿Quién está cubierto? Use el menú desplegable para seleccionar la cobertura y, si corresponde, seleccione a los dependientes al final.

## ☐ HSA [PÁGINA 12](#)

Inscríbase en el programa HSA

- Establezca sus contribuciones en [401k.com](https://www.401k.com)

## ☐ PLAN DENTAL [PÁGINA 18](#)

Renunciar o seleccionar

- ¿Quién está cubierto? Use el menú desplegable para seleccionar la cobertura y, si corresponde, seleccione a los dependientes al final.

## ☐ PLAN OFTALMOLÓGICO [PÁGINA 19](#)

Renunciar o seleccionar

- ¿Quién está cubierto? Use el menú desplegable para seleccionar la cobertura y, si corresponde, seleccione a los dependientes al final.

## ☐ DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO [PÁGINA 20](#)

Renunciar o seleccionar

## ☐ DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO [PÁGINA 20](#)

Renunciar o seleccionar

## ☐ ACCIDENTE [PÁGINA 21](#)

Renunciar o seleccionar: plan alto o plan bajo

- Plan alto: Primas semanales más altas, pago más alto si se utiliza
- Plan bajo: Primas semanales más bajas, pago más bajo si se utiliza
- ¿Quién está cubierto? Use el menú desplegable para seleccionar la cobertura y, si corresponde, seleccione a los dependientes al final.

## ☐ INDEMNIZACIÓN [PÁGINA 22](#)

Renunciar o seleccionar: plan alto o plan bajo

- Plan alto: Primas semanales más altas, pago más alto si se utiliza
- Plan bajo: Primas semanales más bajas, pago más bajo si se utiliza
- ¿Quién está cubierto? Use el menú desplegable para seleccionar la cobertura y, si corresponde, seleccione a los dependientes al final.

## ☐ CUENTAS DE GASTOS [PÁGINA 26](#)

Cuenta de Cuidado de Dependientes (DCA) [página 26](#)

- Elija esta cuenta si desea contribuir a una cuenta con diferimiento de impuestos para pagar gastos de cuidado infantil.

Cuenta Flexible de Gastos de Propósito Limitado [página 26](#)

- Elija esta cuenta si desea contribuir a una cuenta con diferimiento de impuestos para pagar exclusivamente gastos de visión y odontología.

## ☐ RESUMEN DE BENEFICIOS

Imprima esta página para sus registros.

Visite [my.robinsmorton.com](https://my.robinsmorton.com) para acceder a toda la información relacionada con los beneficios de Robins & Morton. Allí encontrará recursos útiles, consejos, blogs y videos que le ayudarán a asegurarse de aprovechar al máximo todo lo que ofrecemos.



## 10 Seguro médico

- 10 Plan médico
- 11 Plan de medicamentos recetados
- 12 Cuenta de Ahorros para la Salud
- 13 Preguntas frecuentes sobre las Cuentas de Ahorros para la Salud
- 14 Telemedicina
- 15 Virta Health
- 15 Cylinder
- 16 Iris
- 17 Hinge Health

## 18 Seguro dental

- 18 Delta Dental

## 19 Visión

- 19 VSP

## 20 Discapacidad

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

## 24 401(k)

- 24 Plan de Ahorro para la Jubilación
- 25 Asesores financieros de Captrust

## 26 Otros beneficios

- 26 Cuenta de Cuidado de Dependientes (DCA)
- 26 Cuenta Flexible de Gastos de Propósito Limitado (LPFSA)
- 27 Seguro para mascotas
- 27 Membresía de Care.com

## 28 Tarjetas de beneficios y acceso

## 30 Explicación de beneficios

- 30 Plan médico
- 33 Plan dental
- 34 Plan de visión
- 35 Accidente
- 35 Indemnización

## 36 Sus derechos, avisos legales y exenciones de responsabilidad

## 42 Guía de autoservicio de beneficios

## 43 Cómo inscribirse

SOLO PARA USO DE OFICINA:

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

Ingresado por: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

Nombre de usuario/Contraseña: \_\_\_\_\_

# Formulario de inscripción a beneficios del plan por hora

Complete este formulario y sus elecciones se cargarán en el sistema por usted. Puede devolver el formulario completo al sitio de trabajo, enviarlo por correo electrónico a [rmenroll@robinsmorton.com](mailto: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 sección a continuación, ingrese todos los dependientes que estarán cubiertos en sus beneficios. Si necesita espacio adicional, agregue una página a este formulario. No incluya a continuación ningún dependiente que no estará cubierto.

## SEGURO MÉDICO

- ☐ RENUNCIO AL seguro médico
- ☐ Solo empleado ☐ Empleado + cónyuge ☐ Empleado + hijos ☐ Familia

DEPENDIENTES CUBIERTOS								
NOMBRE	RELACIÓN	GÉNERO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Todos los dependientes DEBEN tener un número de Seguro Social para estar inscritos.

## CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD

Abra su cuenta y administre sus contribuciones con Fidelity en [www.401k.com](http://www.401k.com)

- ☐ RENUNCIO a la contribución a la cuenta de ahorros para la salud

## CUENTA FLEXIBLE DE GASTOS DE PROPÓSITO LIMITADO

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: "úselo o piérdalo"; solo puede utilizarse para gastos dentales y de visión.

RENUNCIO a la contribución a la cuenta flexible de gastos de propósito limitado

Monto: \_\_\_\_\_ por semana (contribución anual máxima de \$3,400 o máximo semanal de \$65.38).

## CUENTA DE CUIDADO DE DEPENDIENTES

☐ RENUNCIO a la cuenta flexible de gastos para el cuidado de dependientes

Monto: \_\_\_\_\_ por semana (máximo de \$7,500.00 anuales)

Enumere los dependientes que estarán cubiertos por la cuenta flexible de gastos para el cuidado de dependientes:

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

## SEGURO DENTAL

☐ RENUNCIO AL beneficio dental

☐ Solo empleado ☐ Empleado + cónyuge ☐ Empleado + hijos ☐ Familia

Indique qué dependientes enumerados anteriormente deberían estar cubiertos por el seguro dental:

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

## SEGURO DE VISIÓN

☐ RENUNCIO al beneficio de visión

☐ Solo empleado ☐ Empleado + cónyuge ☐ Empleado + hijos ☐ Familia

Indique qué dependientes enumerados anteriormente deberían estar cubiertos por el seguro de visión:

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

## SEGURO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

☐ RENUNCIO al seguro de discapacidad a corto plazo

☐ ELIJO el seguro de discapacidad a corto plazo

## SEGURO DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

☐ RENUNCIO al seguro de discapacidad a largo plazo

☐ ELIJO el seguro de 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 luego los beneficiarios de la póliza.

☐ RENUNCIA al seguro contra accidentes

Nivel de elección—Plan de accidentes:

☐ Plan bajo ☐ Plan alto

☐ Solo empleado ☐ Empleado + cónyuge ☐ Empleado + hijo ☐ Familia

Dependiente cubierto	Beneficiario	Titular (Primario) %	Contingente %	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Usted					
Su dependiente					

## SEGURO DE INDEMNIZACIÓN

☐ RENUNCIO al seguro de indemnización hospitalaria

Nivel de elección—Plan de indemnización:

☐ Plan bajo ☐ Plan alto

☐ Solo empleado ☐ Empleado + cónyuge ☐ Empleado + hijo ☐ Familia

Indique qué dependientes enumerados anteriormente deberían 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



**BlueCross  
BlueShield**

**DISEÑO DEL PLAN:** El plan se centra en una prima baja a cambio de costos razonables en el punto de servicio y proporciona 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 usted pueda recibir los controles y pruebas regulares recomendados para su edad y género.

**MEDICAMENTOS RECETADOS:** Los reclamos médicos y farmacéuticos se acumulan para el máximo total de desembolso de \$3,500 para individuos y \$6,500 para familias. Los copagos de medicamentos preventivos genéricos son \$0.

**OTROS GASTOS CUBIERTOS:** Todos los demás gastos están sujetos a deducible. Una vez alcanzado el deducible, el plan pagará el 80 % del costo. Pagará su parte del costo de su atención médica hasta que haya alcanzado el máximo de desembolso de su bolsillo. En ese momento, el plan paga el 100 % del costo de sus gastos cubiertos. Una HSA puede ayudarlo a pagar deducibles y coseguros.

## **SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS:**

Los beneficios de salud mental y abuso de sustancias se brindan a través de Blue Cross Blue Shield como parte de su plan de salud sin costo adicional para usted. Estos están cubiertos al mismo nivel de beneficio que los beneficios médicos.

**COBERTURA:** Consulte la matriz del plan en la [página 30](#) para obtener más detalles.



2026

## **GASTOS DE BOLSILLO PARA EL PLAN MÉDICO**

DEDUCIBLE		MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO	
Individual	Familiar	Individual	Familiar
\$3,400	\$5,000	\$3,500	\$6,500

## **COSTO DEL PLAN MÉDICO**

	SOLO EMPLEADO	EMPLEADO + CÓNYUGE	EMPLEADO + HIJOS	FAMILIAR
Costo total:	\$788.25	\$1,688.97	\$1,249.51	\$1,839.29
Robins & Morton paga:	\$715.25	\$1,528.97	\$1,132.51	\$1,665.29
Mensualmente:	\$73.00	\$160.00	\$117.00	\$174.00
Semanalmente:	\$16.85	\$36.92	\$27.00	\$40.15

# Plan de medicamentos recetados



plan médico

**DISEÑO DEL PLAN:** Este plan fomenta el uso de medicamentos genéricos y de marcas preferidas. Le recomendamos que hable con su médico y farmacéutico sobre la disponibilidad de medicamentos preventivos genéricos para sus afecciones de mantenimiento. Puede encontrar una lista de los genéricos preventivos de forma gratuita en [my.robinsmorton.com](http://my.robinsmorton.com).

Robins & Morton ha implementado una terapia escalonada genérica que promueve el uso de medicamentos genéricos primero. Si decide utilizar ciertos medicamentos de marca antes de probar un medicamento genérico, es posible que su receta no esté cubierta y usted deberá pagar el costo total. Vaya a la pestaña Recursos en [my.robinsmorton.com](http://my.robinsmorton.com) para obtener una lista completa de medicamentos de marca que requieren primero un genérico.

Las recetas de medicamentos especializados deben surtirse a través de CVS Caremark Specialty Pharmacy llamando al 1-800-237-2767.

Robins & Morton se complace en ofrecer un programa de asistencia de copago, **PrudentRx**. Está diseñado para medicamentos especializados en la lista de medicamentos aprobados de nuestro plan y funciona para reducir los costos de bolsillo de los miembros a \$0 después de alcanzar el deducible. PrudentRx se comunica con usted por teléfono o correo para confirmar la inscripción. Una vez inscrito en el programa, PrudentRx ayuda a **acceder a las tarjetas de copago del fabricante** cuando estén disponibles y **gestiona las renovaciones y las comunicaciones**. Si los miembros no se inscriben o no completan los pasos requeridos, serán responsables de un coseguro del **30 %** en medicamentos especializados elegibles.

## INFORMACIÓN ÚTIL:

Los copagos por medicamentos genéricos preventivos no están sujetos al deducible. Debe cumplir con el deducible total antes de que se apliquen los copagos a otros medicamentos recetados en virtud de estos planes. Puede encontrar medicamentos disponibles en [my.robinsmorton.com/hourly/coverage/medical](http://my.robinsmorton.com/hourly/coverage/medical).

### PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS:

	1-34 DÍAS DE SUMINISTRO	SUMINISTRO DE 90 DÍAS
Genéricos preventivos	\$0	\$0
Genéricos (otros)	\$10	\$25
Preferidos	\$30	\$75
No preferidos	\$70	\$175
Especialidad	\$150	

### CVS HEALTH TAMBIÉN OFRECE ESTAS VACUNAS PREVENTIVAS EN SUS TIENDAS SIN COSTO PARA USTED:

NIÑOS HASTA 18 AÑOS			NIÑOS + ADULTOS		ADULTOS
Haemophilus B	Difteria, tétanos	Rotavirus	Hepatitis B	Neumonía	Hepatitis A + B
Sarampión, paperas, rubéola y varicela	Haemophilus B, hepatitis B	Meningioco, Haemophilus B, Tétanos	Sarampión, paperas y rubéola	Virus del papiloma humano	Toxoides tetánico y diftérico
Difteria, tétanos, tos ferina, haemophilus B	Difteria, tétanos, tos ferina, poliovirus inactivado	Difteria, tétanos, tos ferina	Meningioco	Hepatitis A	Herpes zóster (Zostavax)
Difteria, tétanos, tos ferina, poliovirus inactivado, Haemophilus B	Difteria, tétanos, tos ferina, poliovirus inactivado, hepatitis B	Virus de la polio inactivado	Varicela, COVID-19	Influenza	





# Cuenta de ahorros para la salud

**CONOZCA EL APOORTE EQUIVALENTE DE LA HSA:** Robins & Morton igualará su contribución semanal dólar por dólar hasta alcanzar el límite anual de contribución de la empresa, según su nivel de cobertura. La contribución de la empresa se basa en su inscripción en el plan médico. Consulte la tabla de contribuciones de Robins & Morton para obtener más detalles.

**CÓMO ABRIR UNA HSA:** Después de que se haya procesado su inscripción, vaya a [www.401k.com](http://www.401k.com) o llame al 1-800-544-3716 para abrir su cuenta.

**ADMINISTRE SU HSA:** Las contribuciones semanales se gestionan y procesan en [www.401k.com](http://www.401k.com).

## LÍMITES DE CONTRIBUCIÓN A LA HSA PARA 2026

	SOLTERO	FAMILIA
Límite TOTAL	\$4,400	\$8,750
CONTRIBUCIÓN ADICIONAL MAYORES DE 55 AÑOS	\$1,000	\$1,000

## CONTRIBUCIÓN DE ROBINS & MORTON

SU TIPO DE INSCRIPCIÓN	CONTRIBUCIÓN ANUAL INICIAL
Solo empleado	\$800
Empleado + Cónyuge	\$1,200
Empleado + Hijos	\$1,200
Familiar	\$1,600

## CALCULE SU CONTRIBUCIÓN SEMANAL



SU FAMILIA	EJEMPLO	USTED
¿Cual es su límite TOTAL?	\$8,750	
Ingrese \$1,000 si tendrá 55 años o más el 31 de diciembre de 2026	\$1,000	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>\$9,750</b>	
Reste su capital inicial anual para la cobertura familiar	(\$1,600)	
<b>CONTRIBUCIÓN ANUAL MÁXIMA</b>	<b>\$8,150</b>	
Divida por 52 para encontrar la contribución SEMANAL máxima	\$156.73	

## Triple ventaja fiscal

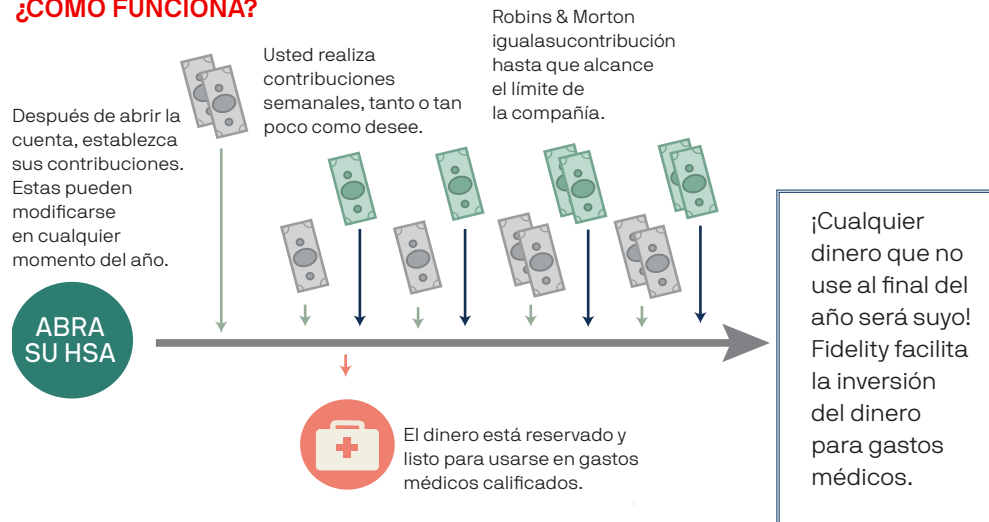
- ✓ Usted realiza contribuciones antes de impuestos.
- ✓ No paga impuestos cuando paga un gasto médico calificado.
- ✓ No paga impuestos sobre las inversiones ni sobre los intereses ganados.

# Preguntas frecuentes sobre la cuenta de ahorros para la salud



plan médico

## ¿CÓMO FUNCIONA?



## ¿CÓMO LO INVIERTE?

Fidelity tiene una característica llamada “monto de Fidelity ofrece una función llamada “monto activador”. Esta función le permite mantener una parte de su dinero en la cuenta para cubrir gastos médicos. Cualquier monto que contribuya por encima del monto activador se transferirá automáticamente al componente de inversiones. Esta característica le ayuda a garantizar que usted y su familia estén financieramente preparados ante una necesidad médica, al mismo tiempo que le permite mantener el control sobre su dinero e inversiones.

Por ejemplo, Josh decide mantener \$500 en la parte de ahorros de su HSA. Todo lo que aporte por encima de \$500 se destinará a la parte de inversión de su HSA. Después de una visita al médico, paga su factura médica utilizando los ahorros de su HSA. A partir de ese momento, sus contribuciones se dirigirán nuevamente a su cuenta de ahorros hasta que alcance su monto activador (\$500).



## Preguntas frecuentes

### ¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA LA HSA?

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

### ¿CUANDO PUEDO INSCRIBIRME?

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

### ¿CON QUÉ FRECUENCIA PUEDO CAMBIAR MIS CONTRIBUCIONES?

Puede cambiar sus contribuciones en cualquier momento del año y tantas veces como desee. Vaya a [401k.com](http://401k.com) para cambiar sus contribuciones.

### ¿QUÉ SUCEDE CON EL DINERO QUE NO GASTO?

El dinero que no gaste al final del año es suyo para conservarlo o invertirlo. El saldo se acumulará cada año.

### PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN:

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





# Telemedicina



**ATENCIÓN MÉDICA EN MOVIMIENTO:** Con Doctor On Demand®, usted y sus dependientes cubiertos tienen acceso en línea las 24 horas, los 7 días de la semana a **atención primaria y de urgencia**, así como a **apoyo de salud mental** de alta calidad. El acceso en línea significa que usted puede conectarse con un médico, terapeuta o psiquiatra desde la comodidad de su hogar o desde cualquier lugar que funcione mejor para usted.

## CÓMO AYUDA LA ATENCIÓN VIRTUAL:

- Consulte a un médico rápidamente con acceso las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año a proveedores certificados.
- Conéctese con un terapeuta autorizado en línea para obtener apoyo de salud mental cuando lo necesite.
- Consulte a un psiquiatra certificado para el manejo de medicamentos, nuevos diagnósticos y más.
- Envíe sus recetas a una farmacia local de su elección.
- Conéctese virtualmente desde su teléfono inteligente, tableta o computadora, en cualquier momento y en cualquier lugar desde su teléfono inteligente, tableta o computadora.



2026

El costo de este servicio está sujeto al deducible, coaseguro y máximos de desembolso de su plan médico.

## DOCTOR ON DEMAND® PUEDE ATENDER UNA AMPLIA GAMA DE NECESIDADES DE LOS MIEMBROS DE ROBINS & MORTON:

ATENCIÓN DIARIA Y DE URGENCIA	SALUD CONDUCTUAL		DERMATOLOGÍA	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Resfrío y gripe</li> <li>▪ Infecciones de los senos paranasales</li> <li>▪ Bronquitis y neumonía</li> <li>▪ Infecciones del tracto urinario</li> <li>▪ Vómitos y diarrea</li> <li>▪ Conjuntivitis</li> <li>▪ Infecciones vaginales y por hongos</li> <li>▪ Celulitis y afecciones de la piel</li> <li>▪ Salud de la mujer</li> <li>▪ Salud masculina</li> <li>▪ Laboratorios y exámenes de detección</li> <li>▪ Alergias</li> <li>▪ Asma</li> <li>▪ Colesterol alto</li> <li>▪ Hipertensión</li> <li>▪ Control de peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ansiedad y depresión</li> <li>▪ Estrés</li> <li>▪ Posparto</li> <li>▪ Trauma y pérdida</li> <li>▪ Trastorno de estrés postraumático</li> <li>▪ Terapia conductual</li> <li>▪ Ansiedad social</li> <li>▪ Insomnio</li> <li>▪ Abuso y dependencia del alcohol</li> <li>▪ Abuso y dependencia del cannabis</li> <li>▪ Dependencia de opioides</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dependencia de la nicotina</li> <li>▪ Abuso de cocaína</li> <li>▪ Abuso de sedantes</li> <li>▪ Dependencia de estimulantes</li> <li>▪ Depresión grave con y sin características psicóticas</li> <li>▪ Trastorno bipolar</li> <li>▪ Trastorno ciclotímico</li> <li>▪ Esquizofrenia (todos los tipos)</li> <li>▪ Trastorno esquizoafectivo</li> <li>▪ Trastorno psicótico breve</li> <li>▪ Trastornos delirantes</li> <li>▪ Psicosis no especificada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erupciones virales</li> <li>▪ Dermatitis de contacto</li> <li>▪ Reacciones alérgicas</li> <li>▪ Acné</li> <li>▪ Eczema</li> <li>▪ Soriasis</li> <li>▪ Infecciones de la piel</li> <li>▪ Celulitis</li> <li>▪ Herpes labial</li> <li>▪ Impétigo</li> <li>▪ Rosácea</li> <li>▪ Herpes</li> <li>▪ Tiña</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermedad de Lyme</li> <li>▪ Picaduras de garrapatas/insectos</li> <li>▪ Dermatitis del pañal</li> <li>▪ Hiedra venenosa</li> <li>▪ Lunares sospechosos</li> <li>▪ Quemaduras de sol</li> <li>▪ Otras quemaduras</li> <li>▪ Evaluación/prevenición del riesgo de cáncer de piel</li> <li>▪ Áreas con picazón</li> </ul>

## EMPIECE A BENEFICIARSE AHORA

Escanee el código QR para descargar la aplicación Doctor On Demand® en su teléfono o use su computadora para conectarse a atención médica virtual de alta calidad desde cualquier lugar.





# Virta Health

**DISEÑO DEL PLAN:** Virta ayuda a revertir la diabetes tipo 2 de forma natural, sin cirugía, ejercicio excesivo ni dietas extremas. La pérdida de peso saludable es solo uno de los muchos beneficios. Robins & Morton cubre completamente el programa Virta para los miembros del equipo, cónyuges y dependientes adultos con diabetes tipo 2, prediabetes o un IMC de 30 o más, que estén inscritos en un plan médico de Robins & Morton.

**¿QUÉ ES VIRT?** Es un tratamiento supervisado médicamente y respaldado por investigaciones, que ayuda a reducir el azúcar en sangre y los niveles de A1c, al mismo tiempo que disminuye la necesidad de medicamentos y favorece la pérdida de peso mediante la cetosis nutricional.

**¿CÓMO FUNCIONA?** Los pacientes reciben un plan personalizado con atención dirigida por un médico, un asesor de salud, suministros para pruebas, educación, recetas y una comunidad privada de apoyo, todo a través de la aplicación Virta.

## Cilindro

**DISEÑO DEL PLAN:** Cylinder se centra en mejorar la salud intestinal a través de un programa confidencial en el hogar. Este programa incluye un análisis de microbioma GutCheck, dietistas registrados, orientación nutricional y asesores de salud.

**ASESORES DE SALUD:** Los asesores de salud de Cylinder se especializan en el manejo del estrés, el establecimiento de objetivos, el ejercicio, el manejo de medicamentos y en lograr cambios positivos duraderos.

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

**CÓMO EMPEZAR:** Para comenzar a utilizar Cylinder, descargue la aplicación Cylinder o regístrese en [go.cylinderhealth.com/robinsmorton](https://go.cylinderhealth.com/robinsmorton). Si tiene preguntas, llame al 1-833-336-9488 o envíe un correo electrónico a [support@cylinderhealth.com](mailto:support@cylinderhealth.com).

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



**PROGRAMA DE PÉRDIDA DE PESO:** Usando la alimentación como medicina, Virta ayuda a los miembros a bajar de peso, reducir los niveles de A1c y disminuir la necesidad de medicamentos, mediante planes nutricionales, apoyo de profesionales de la salud, asesoramiento personalizado y herramientas digitales.

**CÓMO EMPEZAR:** Para comenzar a utilizar Virta, visite [www.virtahealth.com/join](https://www.virtahealth.com/join) o envíe un correo electrónico a [support@virtahealth.com](mailto:support@virtahealth.com).



2026

Robins & Morton ofrece ambos servicios para usted y sus dependientes cubiertos por el plan médico.

## Cylinder

**SIÉNTASE MEJOR:** Cylinder se enfoca en ayudar a las personas a sentirse en su mejor estado mediante estrategias como:

- Cómo identificar los desencadenantes de los síntomas gastrointestinales (GI)
- Cómo controlar los síntomas gastrointestinales en casa
- Planes de alimentación personalizados, adaptados a su cuerpo (incluidas dietas especiales para controlar la enfermedad inflamatoria intestinal y el síndrome del intestino irritable)
- Recetas e ideas de comidas para mejorar la salud intestinal
- Métodos probados para lidiar con el estrés y la ansiedad que afectan la salud intestinal

Asegúrese de utilizar el código de empresa **ROBINS&MORTON** al momento de la inscripción.

plan médico





# Iris



El cáncer es una enfermedad difícil de afrontar, tanto a nivel emocional como físico. Es difícil predecir qué necesitará o cuándo lo necesitará. Es por eso que Iris de OncoHealth está disponible sin costo, para garantizar que usted tenga apoyo continuo durante toda su experiencia con el cáncer.

**¿QUÉ ES IRIS?** Iris de OncoHealth es una solución integral de apoyo y navegación sobre cáncer diseñada para personas con cáncer y sus cuidadores. Como complemento a su equipo de atención oncológica primaria, Iris brinda apoyo continuo entre citas a través de expertos en oncología autorizados, incluidos enfermeros, terapeutas de salud mental, dietistas y trabajadores sociales.

**¿CÓMO AYUDA IRIS?** Accesible por la web, aplicación móvil o teléfono, Iris ofrece apoyo personalizado en diversas áreas:

- Atención y orientación sobre el cáncer las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Apoyo emocional y asesoramiento
- Orientación nutricional
- Contenido educativo para ayudarlo a gestionar los desafíos en el camino.

Cuando le diagnostican cáncer, ninguna cantidad de información experta, respuestas oportunas o apoyo personalizado es demasiado. Su oncólogo dirige su atención, e Iris está allí para brindarle orientación experta y confiable siempre que la necesite.



2026

Robins & Morton cubre el costo de este servicio para los miembros del equipo inscritos en un plan médico.

## CÓMO EMPEZAR:

Para acceder a su programa de apoyo contra el cáncer de Iris, visite [IrisOncology.com/UnlockSupport](https://irisoncology.com/UnlockSupport), escanee este código QR o llame al (844) 912-4747.



## IRIS AMPLÍA EL ACCESO A SERVICIOS VITALES DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA DE APOYO

ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN DE ENFERMERÍA LAS 24 HORAS, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA	APOYO NUTRICIONAL ESPECIALIZADO EN ONCOLOGÍA	APOYO DE SALUD MENTAL ESPECÍFICO PARA ONCOLOGÍA	DETECCIÓN Y NAVEGACIÓN DE SDOH
<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluaciones integrales de necesidades y detección de ansiedad, depresión, angustia y desnutrición para finalizar la estratificación de riesgos e informar el plan de atención</li> <li>Seguimiento de síntomas, monitoreo remoto e intervenciones en tiempo real utilizando vías basadas en evidencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendaciones personalizadas basadas en preferencias y evaluación en tiempo real de los alimentos disponibles en la despensa de un miembro</li> <li>Orientación multimedia creada por condición, restricciones y preferencias</li> <li>Soporte grupal disponible en seminarios web en vivo y pregrabados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sesiones virtuales con trabajadores sociales oncológicos, en las que se anima a los cuidadores a participar, centradas en objetivos y necesidades específicos del cáncer</li> <li>Asesoramiento para la ansiedad, la depresión y la angustia relacionadas con el cáncer</li> <li>Planificación anticipada de la atención y exploración de valores al final de la vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Navegación de recursos basada en respuestas para conectar a los miembros con programas locales y relevantes</li> <li>Establecimiento de objetivos y priorización de las necesidades específicas del cáncer</li> </ul>

# Hinge Health

Obtenga fisioterapia virtual y más con Hinge Health. Los miembros del equipo y los dependientes mayores de 18 años inscritos en un plan médico de Robins & Morton a través de BCBSAL son elegibles para participar sin costo para ellos.

**¿QUÉ ES HINGE?** Con Hinge Health, puede obtener fisioterapia virtual y más sin costo para usted. Ayuda a reducir los dolores musculares y articulares cotidianos, a recuperarse de una lesión y a mejorar su movilidad. Asocie con personas reales que se dedican a ayudarlo a sentirse lo mejor posible con atención personalizada que incluye:

- Un plan de atención diseñado para sus actividades diarias y objetivos a largo plazo y para tratar múltiples áreas de su cuerpo a la vez.
- Sesiones de terapia de ejercicios que puede hacer en tan solo 15 minutos en cualquier momento y en cualquier lugar con la aplicación Hinge Health
- Apoyo personalizado de un fisioterapeuta o entrenador de salud para adaptar sus sesiones según sea necesario y ayudarlo a alcanzar sus objetivos.
- Retroalimentación instantánea durante sus sesiones de ejercicio con seguimiento de movimiento preciso para mejorar su forma y generar confianza.

Los miembros de 18 años o más son elegibles para participar, pero deben ser aprobados por Hinge Health a través de un cuestionario para determinar si Hinge Health es el curso de acción apropiado para su dolor muscular y articular.

**¿CÓMO FUNCIONA?** El proceso Hinge comienza con el cuestionario de solicitud. Su equipo de atención utilizará la información proporcionada en el cuestionario para personalizar un plan de atención para usted. Todo el programa puede completarse desde la comodidad de su hogar, en el momento que mejor le resulte. Con la aplicación Hinge Health para Android y iPhone, puede completar su terapia de ejercicios mientras viaja, dondequiera que esté. Hinge Health le enviará todo lo que necesita para comenzar. Esto puede incluir un kit, dependiendo del programa en el que se encuentre.

Contará con un equipo de atención dedicado que adaptará el programa a sus necesidades y lo ayudará en cada paso del camino. En cualquier momento durante su recorrido en Hinge Health, puede conectarse con su equipo de atención a través de mensajes de texto, correo electrónico, llamada telefónica o visita por video para hacer preguntas, establecer objetivos y más.

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

- **Programa crónico:** Contiene las rutas programáticas actuales para las siguientes áreas: espalda, rodilla, cadera, hombro y cuello, salud pélvica femenina, pie, tobillo, codo, muñeca y mano.
- **Programa agudo:** Para lesiones recientes en cualquier zona.
- **Cirugía:** Para rehabilitación pre y posoperatoria.
- **Prevención:** Ejercicios específicos del trabajo para reducir el riesgo de lesiones.

**CÓMO EMPEZAR:** Para comenzar a utilizar Hinge, visite [hinge.health/robinsmorton](https://hinge.health/robinsmorton).



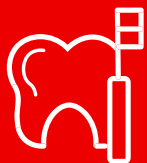
2026

Robins & Morton brinda este servicio para usted y sus dependientes mayores de 18 años inscritos en un plan médico.

EQUIPO CLÍNICO COMPLETO	TECNOLOGÍA INTEGRAL
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Fisioterapeutas para recuperación física y atención personalizada</li><li>▪ Asesores de salud para un cambio de comportamiento duradero</li><li>▪ Cirujanos y médicos para obtener una opinión médica experta</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Seguimiento de movimiento avanzado y retroalimentación de ejercicio en tiempo real con tecnología de visión artificial</li><li>▪ Acceso a Enso®, un dispositivo portátil no adictivo, aprobado por la FDA, para calmar y aliviar los brotes de dolor en minutos</li><li>▪ Experiencia de aplicación todo en uno</li></ul>

plan médico





# Delta Dental



**DISEÑO DEL PLAN:** Los dentistas de la red PPO de Delta aceptan tarifas reducidas por los servicios cubiertos que le brindan, por lo que generalmente pagará menos cuando visite a un dentista de la red PPO. Esto también garantiza que los dentistas de Delta Dental PPO no le cobrarán la diferencia entre el monto 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 reclamos con los servicios en línea de Delta Dental. Marque [www.deltadentalins.com](http://www.deltadentalins.com) para mantenerse conectado y encontrar un proveedor. Recursos de salud bucal de Delta Dental para obtener consejos e información que pueden ayudarlo a mantener su sonrisa saludable.

## Aplicación Delta Dental

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



2026

## DELTA DENTAL

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

Para Delta Dental en español, [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com).

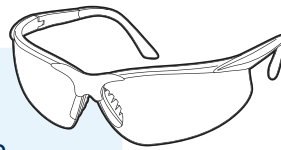


# cuidado de la vista

# plan oftalmológico

**DISEÑO DEL PLAN:** Recibirá atención de calidad centrada en sus ojos y su bienestar general a través de un examen WellVision Exam® de un médico de VSP. Cuando consulte a un médico de VSP, aprovechará al máximo sus beneficios y tendrá costos de bolsillo más bajos. Además, con un médico de VSP, su satisfacción está garantizada: si no está 100 % satisfecho, lo solucionarán.

## GAFAS DE SEGURIDAD *iBeneficio añadido!*



Con el Plan de Seguridad ProTec, usted obtiene un beneficio asequible que incluye un marco de seguridad completamente cubierto de la colección ProTec Eyewear. Estas gafas cumplen con los estándares actuales de protección contra impactos para máxima seguridad, además de sus lentes graduadas habituales. Visite [www.vsp.com](http://www.vsp.com) para encontrar una lista de proveedores de ProTec en su área.

**VSP EN LÍNEA:** Para ver sus beneficios de la vista o encontrar un médico, visite [vsp.com](http://vsp.com).

**COBERTURA:** Consulte la matriz del plan en [página 34](#) para obtener más detalles sobre la cobertura.



2026

### PLAN DE VISIÓN VSP

	SOLO EMPLEADO	EMPLEADO + CÓNYUGE	EMPLEADO + HIJOS	FAMILIAR
Mensualmente:	\$8.98	\$15.43	\$15.72	\$24.73
Semanalmente:	\$2.07	\$3.56	\$3.63	\$5.71

### PROGRAMA PARA MIEMBROS PLUS DE TRUHEARING:

- Ahorros de hasta el 50 % en audífonos
- Exámenes auditivos completos anuales por \$75
- Tres visitas con un profesional de la audición después de la compra (adaptación, programación o ajustes)
- Cobertura del fabricante por pérdida o daño único durante tres años (tarifa de reemplazo pagada al fabricante)
- Garantía de reparación de tres años
- 48 pilas por cada audífono adquirido
- Los miembros de VSP también pueden agregar 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 audífono de su plan de salud o empleador, puede combinarlo con este programa para maximizar el beneficio y reducir los gastos de bolsillo.

### No se necesita tarjeta física

VSP le facilita las cosas al eliminar una tarjeta de seguro más de la que deba preocuparse.

Cuando visite al oftalmólogo o especialista de la vista, infórmele que tiene VSP. Ellos podrán buscar su información por su nombre y número de Seguro Social.



## Discapacidad a corto plazo



**DISEÑO DEL PLAN:** El Plan de Discapacidad a Corto Plazo le brinda protección financiera al pagar parte de su salario si queda discapacitado. La cantidad que usted recibe se basa en su salario base cuando comenzó su discapacidad. Este beneficio está totalmente asegurado en Lincoln Financial y se paga con sus contribuciones. El seguro STD paga el 60 % de su salario base hasta \$750 por los días 6 a 90 de su discapacidad.

**COSTO:** El costo del programa de seguro depende de sus ingresos y su edad al 1 de enero de 2026. El siguiente ejemplo calcula las primas en función de un beneficio de \$750:

### Para iniciar un reclamo por discapacidad a corto plazo:

- Comuníquese con su gerente y con el equipo de Recursos Humanos.
- Complete la solicitud correspondiente.
- Asegúrese de incluir a su médico en la conversación.
- Para poder regresar al trabajo, necesitaremos un certificado de alta firmado por su médico.

#### 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
Mensualmente:	\$55.50	\$55.50	\$55.50	\$55.50	\$55.50	\$58.13	\$72.00	\$90.63	\$110.13	\$120.75
Semanalmente:	\$12.81	\$12.81	\$12.81	\$12.81	\$12.81	\$13.41	\$16.62	\$20.91	\$25.41	\$27.87

## Discapacidad a largo plazo



**DISEÑO DEL PLAN:** Si sufre una discapacidad cubierta mientras está asegurado por un seguro de discapacidad a largo plazo, recibirá beneficios monetarios diseñados para ayudarlo a mantener su estilo de vida normal. Este programa cubre lesiones o enfermedades incapacitantes que duran más allá del periodo de eliminación de 90 días. Este plan paga un beneficio de hasta el 60 % de sus ganancias mensuales cubiertas con un máximo de \$12,500 por mes.

**COSTO:** El costo del programa de seguro depende de sus ingresos y su edad al 1 de enero del año en curso. El siguiente ejemplo calcula las primas en función de un ingreso mensual de \$4,000.

#### 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
Mensualmente:	\$3.12	\$3.96	\$7.56	\$11.84	\$17.72	\$23.80	\$32.96	\$34.96	\$36.92	\$38.36
Semanalmente:	\$0.72	\$0.91	\$1.74	\$2.73	\$4.09	\$5.49	\$7.61	\$8.07	\$8.52	\$8.85



# Seguro contra accidentes



**DISEÑO DEL PLAN:** La cobertura por accidentes ayuda a hacer que los momentos impredecibles de la vida sean más manejables desde el punto de vista financiero. El Seguro Colectivo por Accidentes puede ayudarle a estar mejor preparado al proporcionarle un pago que puede usar como desee si sufre un evento cubierto. No hay períodos de espera para que la cobertura entre en vigor, y el pago se realiza además de cualquier otro seguro que usted pueda tener. Este pago le permite concentrarse en recuperarse y no en los gastos adicionales que un accidente pueda generar.

**COBERTURA:** Consulte [página 35](#) para conocer los tipos de beneficios asociados con este plan.



2026

## Piense en la posibilidad de que ocurra un accidente:

- Su hijo se lastima jugando deportes o en el patio de recreo de la escuela.
- Usted se lesiona realizando reparaciones en el hogar o durante las vacaciones.
- Su cónyuge se resbala y cae en las escaleras o sobre un piso resbaladizo.

### TARIFAS: PLAN BAJO

USTED PAGA	SOLO EMPLEADO	EMPLEADO + CÓNYUGE	EMPLEADO + HIJOS	FAMILIAR
Mensualmente:	\$7.68	\$15.13	\$17.54	\$21.45
Semanalmente:	\$1.77	\$3.49	\$4.08	\$4.95

### TARIFAS: PLAN ALTO

USTED PAGA	SOLO EMPLEADO	EMPLEADO + CÓNYUGE	EMPLEADO + HIJOS	FAMILIAR
Mensualmente:	\$10.83	\$21.22	\$24.51	\$29.99
Semanalmente:	\$2.50	\$4.90	\$5.66	\$6.92

discapacidad





# Seguro de indemnización



**DISEÑO DEL PLAN:** El seguro de indemnización hospitalaria le brinda pagos cuando es admitido y cuando está internado en un hospital debido a un accidente (no relacionado con el trabajo) o una enfermedad. Su beneficio es una cantidad fija que se paga por la admisión y se paga una cantidad diaria por cada día de estadía en el hospital. También paga beneficios adicionales por cuidados intensivos. Los pagos se realizan directamente a usted para que los utilice como mejor le parezca. Se pueden utilizar para ayudar a pagar los deducibles y copagos del plan médico, las estadías fuera de la red, los gastos de vida diarios de su familia o cualquier otra cosa que necesite mientras se recupera de una enfermedad o accidente. Si bien esto no es un seguro médico, puede ayudarlo a pagar las facturas desde el primer día que esté en el hospital.

**ELEGIBILIDAD:** Usted es elegible para inscribirse usted mismo y a sus familiares elegibles en este plan. Esta cobertura es portátil, por lo que puede llevarla consigo si su situación laboral cambia. Su cobertura solo finalizará si deja de pagar su prima o si su empleador actual decide cancelar la póliza de seguro de indemnización hospitalaria grupal.

**COBERTURA:** Consulte [página 35](#) para conocer los tipos de beneficios asociados con este plan.



2026

## TARIFAS: PLAN BAJO

USTED PAGA	SOLO EMPLEADO	EMPLEADO + CÓNYUGE	EMPLEADO + HIJOS	FAMILIAR
Mensualmente:	\$16.63	\$27.48	\$27.48	\$39.95
Semanalmente:	\$3.84	\$6.34	\$6.34	\$9.22

## TARIFAS: PLAN ALTO

USTED PAGA	SOLO EMPLEADO	EMPLEADO + CÓNYUGE	EMPLEADO + HIJOS	FAMILIAR
Mensualmente:	\$33.26	\$53.94	\$53.94	\$78.49
Semanalmente:	\$7.68	\$12.45	\$12.45	\$18.11

# Programa de Asistencia al Empleado



Su Programa de Asistencia al Empleado (EAP) es un programa de asistencia confidencial para ayudarlo a abordar los problemas personales que usted y sus dependientes enfrentan. Este servicio, atendido por médicos experimentados, está disponible por teléfono las 24 horas del día, los siete días de la semana. Un asesor de orientación<sup>SM</sup> está disponible para escuchar sus inquietudes y derivarlo a un proveedor local para recibir asesoramiento en persona o a recursos en su comunidad. Llámenos en cualquier momento si tiene inquietudes personales, incluidos:

- Depresión
- Estrés y ansiedad
- Conflictos matrimoniales y familiares
- Abuso de alcohol y drogas
- Presiones laborales
- Duelo y pérdida

## INFORMACIÓN FINANCIERA, RECURSOS Y HERRAMIENTAS

Los problemas financieros pueden surgir en cualquier momento, desde lidiar con deudas hasta ahorrar para la universidad. Nuestros profesionales financieros están aquí para escuchar sus inquietudes y brindarle las herramientas e información necesarias para manejar sus finanzas, incluidos:

- Ahorro para la universidad
- Consultas sobre impuestos
- Eliminación de deudas
- Planificación patrimonial o sucesoria
- Planificación para la jubilación

## INFORMACIÓN LEGAL, RECURSOS Y CONSULTAS

Cuando surge un problema legal, nuestros abogados están disponibles para brindar apoyo confidencial con información y asistencia práctica y comprensible. Si necesita representación, también podemos derivarlo 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. Llámenos en cualquier momento si tiene alguna cuestión legal, incluidos:

- Divorcio y derecho de familia
- Quiebra
- Obligaciones de deuda
- Acciones criminales
- Problemas entre propietarios e inquilinos
- Demandas civiles
- Transacciones inmobiliarias
- Contratos

## INFORMACIÓN, HERRAMIENTAS Y SERVICIOS EN LÍNEA

GuidanceResources<sup>®</sup> Online es su única fuente de información experta para ayudarlo con los asuntos que le importan, desde inquietudes personales o familiares hasta inquietudes legales y financieras. Cree su propia cuenta visitando [www.guidanceresources.com](http://www.guidanceresources.com). Cada vez que regrese al sitio, encontrará información personalizada y relevante según sus necesidades de vida individuales. Puede:

- Revisar hojas de ayuda detalladas HelpSheets<sup>SM</sup> sobre los temas que elija.
- Obtener respuestas a preguntas específicas.
- Buscar servicios y referencias.
- Utilizar herramientas útiles de planificación.



2026

Usted y sus dependientes son elegibles para obtener cinco sesiones de asesoramiento gratuitas por cada problema que pueda estar enfrentando. Debe inscribirse en el seguro de discapacidad a corto o largo plazo para ser elegible para este beneficio.

discapacidad



401(k)



# Plan de Ahorro para la Jubilación



**DISEÑO DEL PLAN:** Puede aportar hasta el 90 % de su salario al plan en cada período de pago e invertir su dinero en una amplia gama de alternativas de inversión para adaptarse a su tolerancia al riesgo personal. El IRS establece un límite en dólares para sus contribuciones y permite que los participantes mayores de 50 años realicen una contribución adicional complementaria.

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

**PARTICIPACIÓN EN LAS GANANCIAS:** El plan también incluye una característica de participación en las ganancias para los miembros del equipo que completen un año de servicio. La participación en las ganancias es una contribución discrecional de Robins & Morton destinada a fomentar el ahorro para la jubilación. La contribución de participación en las ganancias se consolida completamente después de seis años.

**ELEGIBILIDAD:** Todos los miembros del equipo mayores de 18 años son elegibles para contribuir desde la fecha de contratación. Usted será inscrito automáticamente en el plan después de 30 días de empleo, con una contribución inicial del 4 % de su salario, a menos que modifique su porcentaje de contribución en el sitio web de Fidelity, [www.401k.com](http://www.401k.com), o llamando a Fidelity al (800) 835-5097 antes de cumplir los 30 días de servicio.



## NUEVA REGLA PARA LAS CONTRIBUCIONES ADICIONALES (A PARTIR DE 2026)

Si usted tiene 50 años o más, puede realizar contribuciones adicionales a su plan de jubilación cada año. A partir de **2026**, la ley federal exige que estas contribuciones adicionales se realicen sobre una base **Roth (después de impuestos)** si ganó más de **\$145,000** en salarios de Robins & Morton el año anterior.

- Si ganó **\$145,000 o menos**, aún podrá elegir si sus contribuciones de recuperación son antes de impuestos o Roth.
- Este cambio solo se aplica al monto de recuperación adicional: sus contribuciones regulares no se verán afectadas.

*Esta regla proviene de la Ley SECURE 2.0, una ley federal diseñada para ayudar a las personas a ahorrar más para la jubilación.*

**Consulte**  
**[401k.com](http://401k.com):**



Cambiar contribuciones



Revisar inversiones



Actualizar beneficiarios

O comuníquese con Fidelity al (800) 835-5097

## LÍMITES DE CONTRIBUCIÓN 401(K)

% del salario	90%
Máximo	\$23,500
Contribución adicional para mayores de 50 años	\$7,500
Contribución adicional para edades de 60 a 63 años	\$11,250

## CALENDARIO DE CONSOLIDACIÓN DEL 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%

**CAPTRUST:** Para ayudarlo con la selección de sus inversiones, los asesores financieros de CAPTRUST están disponibles sin costo alguno. Pueden ayudarlo a diseñar su portafolio de jubilación de acuerdo con sus objetivos financieros personales y conversar sobre su situación individual de ahorro para la jubilación. Consulte [página 25](#) para obtener más información.

# Asesores financieros de Captrust



**SERVICIO FINANCIERO:** Captrust es nuestro servicio gratuito de asesoramiento financiero. Captrust se especializa en planes de jubilación, planificación patrimonial o sucesoria y asesoramiento en inversiones personales. Llame o visite el sitio web para programar una cita.

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

**PROCESO:** Después de programar una cita con Captrust en línea, le solicitarán que complete el formulario a continuación.

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 programar una cita, llame al (800) 967-9948 o visite [captrustadvice.com](https://captrustadvice.com) y seleccione un horario disponible.

401(k)



2026

Robins & Morton cubre el costo de este beneficio.



# Cuenta de Cuidado de Dependientes (DCA)

**DISEÑO DEL PLAN:** Usted puede establecer una Cuenta de Cuidado de Dependientes (DCA) para pagar gastos elegibles de cuidado infantil o de adultos, tales como guarderías, programas antes o después de la escuela, preescolar, campamentos diurnos de verano y asistencia en el hogar, mientras usted trabaja. Los fondos pueden utilizarse para sus dependientes de 12 años o menos, o para un cónyuge o dependiente elegible que no pueda valerse por sí mismo.

El dependiente debe ser reclamable en la declaración de impuestos federal del miembro del equipo. Usted puede contribuir dólares antes de impuestos directamente de su cheque de pago, hasta el límite del IRS de \$7,500. Los reclamos de reembolso pueden presentarse en línea en [www.inspirafinancial.com](http://www.inspirafinancial.com) o mediante la aplicación móvil de Inspira.

**inspira**  
FINANCIAL

## ÚSELO O PIÉRDALO

Ambas cuentas funcionan según el principio **úselo o piérdalo**. Esto significa que los fondos que no utilice al final del año no se transfieren al año siguiente.

¡Asegúrese de usar sus fondos antes de que finalice el año!

# Cuenta flexible de gastos de propósito limitado (LPFSA)

**DISEÑO DEL PLAN:** Su contribución completa está disponible al comienzo del año del plan. Funciona muy bien con una cuenta de ahorros para la salud (HSA), ya que puede ayudar a ahorrar dólares de su HSA para gastos futuros. Contribuya dólares antes de impuestos de su salario, hasta el límite del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de \$3,300.

**GASTOS ELEGIBLES:** Este es un beneficio limitado que solo puede utilizarse para gastos dentales y de visión. Cualquier saldo restante en la cuenta al final del año se perderá. Los gastos elegibles pueden incluir atención dental y de ortodoncia, empastes, radiografías y aparatos ortopédicos, y cuidado de la vista, incluidos anteojos, lentes de contacto y cirugía ocular LASIK.

**inspira**  
FINANCIAL



# Seguro para mascotas

**DISEÑO DEL PLAN:** Sabemos que las mascotas son parte de la familia. Cuando su mascota necesita ir al veterinario, puede resultar estresante. El seguro para mascotas cubre una parte de sus facturas veterinarias. Nos complace ofrecer tarifas con descuento para el seguro de mascotas a través de MetLife.

**¿CÓMO FUNCIONA?** Las primas mensuales del seguro para mascotas varían según el tipo de animal, la raza y la cantidad de mascotas.

**CÓMO INSCRIBIRSE:** Para inscribirse, llame al 1-800-GET-MET8 o visite [www.metlife.com/getpetquote](http://www.metlife.com/getpetquote). Las pólizas de seguro para mascotas tendrán una fecha de vigencia según la fecha en que se realice la inscripción.

## EL PROCESO DEL SEGURO PARA MASCOTAS:

- Lleve a su mascota a cualquier veterinario autorizado. No hay una red de proveedores de la que deba preocuparse.
- Envíe su reclamo a MetLife. Pague la factura en la clínica veterinaria y presente el reclamo a MetLife. Asegúrese de incluir la factura y los registros veterinarios de la visita.
- Reciba su reembolso rápidamente. La mayoría de los reclamos se procesan en menos de dos semanas.

# Membresía de Care.com

**DISEÑO DEL PLAN:** Care.com es una plataforma de cuidados en línea que le permite buscar, entrevistar y seleccionar cuidadores para encontrar la atención adecuada a sus necesidades. Con una membresía de Care.com, encontrar un cuidador es fácil. Tenga en cuenta que, aunque Robins & Morton cubrirá el costo de la membresía premium, los miembros del equipo serán responsables del costo real del servicio de cuidado.

## SERVICIOS:

- Verificación de antecedentes para cuidadores
- Cuidado de personas mayores
- Tutoría
- Cuidado de niños
- Limpieza del hogar
- Cuidado de mascotas
- ¡Y mucho más!



## El seguro para mascotas puede ayudar a cubrir:

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



2026

El costo se basa en las necesidades individuales, el tipo de animal y la raza. Para obtener una cotización, comuníquese con MetLife.



2026

Robins & Morton reembolsará el costo de la membresía premium. Registre el reembolso a través de Concur.

otro

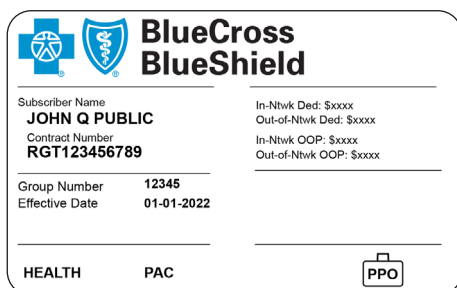


# Tarjetas de beneficios y acceso

Conocer las tarjetas de beneficios en su billetera y las aplicaciones de beneficios en su teléfono le ayudará a simplificar su vida. Tiene dos tipos de tarjetas de beneficios con el plan Robins & Morton: tarjetas — que lo identifican como participante del plan y tarjetas de débito para brindar opciones de pago convenientes.

No recibirá una tarjeta nueva a menos que la solicite al proveedor o a la línea de ayuda de RR. HH. al (205) 803-0102. También puede descargar las aplicaciones y tarjetas a su dispositivo móvil.

## TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN



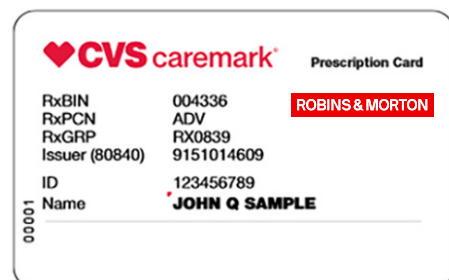
### ALABAMA BLUE

Blue Cross Blue Shield of Alabama administra los beneficios médicos de Robins & Morton. Presente esta tarjeta cuando visite a su médico, hospitales, laboratorios y otros que le brinden servicios médicos. También puede acceder a su tarjeta en la aplicación móvil. La mayoría de los proveedores le pedirán su tarjeta de identificación en cada visita, así que conserve esta tarjeta con usted en todas las visitas y emergencias.



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

Servicio al cliente: (800) 292-2262



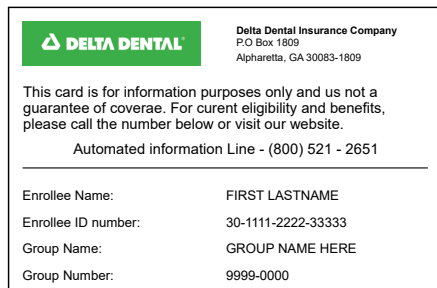
### CVS CAREMARK

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



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

Servicio 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 Google Play como en Apple App Store.



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

Servicio al cliente: (800) 521-2651



## BENEFICIOS NETOS

Para aquellos que se inscribieron en el Plan Médico, tienen acceso a una Cuenta de Ahorros para la Salud en Fidelity Investments. Debe ir al sitio web de Fidelity y abrir su HSA antes de que se puedan depositar contribuciones en su cuenta. Robins & Morton realizará depósitos regulares en la HSA junto con cualquier contribución que realice, hasta los límites del IRS. Puede utilizar esta tarjeta para acceder a los fondos de su HSA para pagar gastos médicos.

**RECUERDE:** Debe abrir su cuenta en el sitio web de Fidelity. Abra su cuenta yendo al sitio web, inicie sesión tal como lo haría para acceder a su 401(k), haga clic en la palabra ABRIR junto a la Cuenta de Ahorros para la Salud y responda varias preguntas.



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

Servicio al cliente: (800) 544-3716

Tarjeta perdida o robada: (888) 377-0323



## CUENTA FLEXIBLE DE GASTOS DE PROPÓSITO (FSA) INSPIRA

La tarjeta de atención médica de Inspira brinda a los miembros del equipo de Robins & Morton un acceso fácil en el punto de compra a su cuenta flexible de gastos de propósito limitado (LPFSA). Usted financia su LPFSA a través de deducciones de nómina y se utiliza específicamente para cubrir únicamente gastos de visión y dentales. Esta tarjeta funciona como una tarjeta de débito MasterCard®. Recibirá un reemplazo automáticamente aproximadamente 30 días antes de la fecha de vencimiento impresa en el frente.

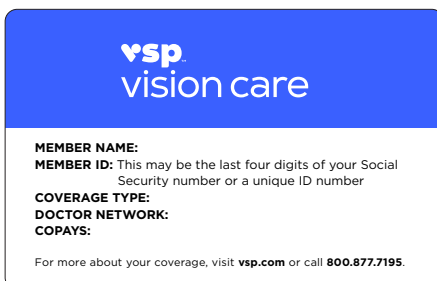
**RECUERDE:** Cualquier saldo en la cuenta al final del año se perderá.



Sitio web: <https://inspirafinancial.com>

Servicio al cliente: (800) 284-4885

Tarjeta perdida o robada: (888) 879-9280 (TTY: 711)



## CUIDADO DE LA VISTA DE VSP

VSP no utiliza papel y no emite tarjetas de identificación físicas. VSP ofrece nuestro Programa Voluntario de Cuidado de la Vista para Robins & Morton. En su próxima visita, informe a su proveedor de servicios de visión que su cobertura es a través de VSP. El consultorio podrá ubicarlo en el sistema de VSP. Puede obtener una tarjeta digital sin su nombre impreso en el sitio web de VSP o descargando la aplicación móvil de VSP en <https://www.vsp.com>.



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

Servicio al cliente: (800) 877-7195

# Plan médico

Los pagos de beneficios se basan en el monto del cargo del proveedor que los planes Blue Cross o Blue Shield reconocen por el pago de beneficios. La cantidad permitida puede variar dependiendo del tipo de proveedor y de dónde se reciben los servicios.

## CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)

Una cuenta de ahorros para la salud (HSA) es una cuenta establecida 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 alto calificado para HSA (HDHP). Un HDHP es un plan de salud que satisface ciertos requisitos gubernamentales para su uso junto con una HSA. Este plan está diseñado para cumplir con esos requisitos gubernamentales. Inscribirse en un HDHP le permite realizar contribuciones a una HSA antes de impuestos.

**Contribución máxima:** El monto máximo de contribución se actualiza anualmente según el índice del Departamento del Tesoro de los EE. UU. La contribución máxima para 2025 es **\$4,400** para cobertura individual y **\$8,750** para cobertura familiar. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de una HSA, consulte a su asesor fiscal.

## RESUMEN DE DISPOSICIONES DE COSTO COMPARTIDO

(Incluye trastornos de salud mental y abuso de sustancias)

Los deducibles anuales y los máximos de desembolso anual se calcularán de acuerdo con la ley federal aplicable.

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Deducible del año calendario</b> Para la cobertura individual, el plan no paga ningún beneficio, excepto la atención preventiva, hasta que los gastos médicos pagados por el individuo igualen el monto del deducible. Para la cobertura familiar, el plan no paga ningún beneficio, excepto atención preventiva, a ningún miembro de la familia hasta que ese miembro individual de la familia alcance el monto del deducible individual o los gastos médicos totales pagados por la familia igualen el monto del deducible familiar.	<b>\$3,400 de cobertura individual; \$5,000 de cobertura familiar</b> Los montos deducibles del año calendario cubiertos fuera de la red no se aplicarán al deducible del año calendario fuera de la red.	<b>\$6,000 de cobertura individual; \$10,000 de cobertura familiar</b> Los montos deducibles del año calendario cubiertos fuera de la red no se aplicarán al deducible del año calendario dentro de la red.
<b>Máximo de desembolso personal por año calendario</b> Todos los deducibles, copagos y coseguros para servicios dentro de la red y todos los deducibles, copagos y coseguros para servicios de emergencia por trastornos de salud mental y abuso de sustancias fuera de la red se aplican al máximo de desembolso personal.	<b>\$3,500 de cobertura individual; \$6,500 de cobertura familiar</b> Una vez que alcance su máximo de desembolso personal por año calendario individual (incluso si está cubierto por una cobertura familiar), los gastos aplicables para usted estarán cubiertos al 100 % del monto permitido por el resto del año calendario.  Nota: El máximo de desembolso personal por año calendario se combina para gastos médicos y recetas. Medicamentos recetados administrados a través de CVS Caremark.	<b>No existe un máximo de desembolso personal para servicios fuera de la red.</b>

## BENEFICIOS MÉDICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN PARA PACIENTES INTERNADOS

(Incluye trastornos de salud mental y abuso de sustancias)

Se requiere autorización previa (precertificación) para las hospitalizaciones (excepto en casos de emergencias médicas, maternidad o según lo requiera la ley federal).

En caso de emergencias médicas, debe notificarse dentro de las 48 horas posteriores al ingreso. Generalmente, si no se obtiene la precertificación, no hay beneficios disponibles. Llame al 1-800-248-2342 (gratis) para obtener una precertificación.

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Hospitalización (paciente internado)</b>	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual  Nota: En Alabama, disponible solo para servicios médicos de emergencia y lesiones accidentales.
<b>Visitas y consultas médicas durante hospitalización.</b>	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual

## BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN AMBULATORIA

(Incluye trastornos de 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](https://www.alabamablue.com/ProviderAdministeredPrecertificationDrugList). Si no se obtiene la precertificación, no habrá beneficios disponibles.

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Cirugía ambulatoria (incluidos los centros quirúrgicos ambulatorios)</b>	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual
<b>Sala de emergencias (emergencia médica)</b>	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual  <b>Servicios para trastornos de salud mental y abuso de sustancias</b> cubiertos al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible del año calendario dentro de la red
<b>Sala de emergencias (accidente)</b>	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual
<b>Sala de emergencias (médico)</b>	Cubierto al 100 % del monto permitido, sujeto al deducible del año calendario	Cubierto al 100 % del monto permitido, sujeto al deducible del año calendario dentro de la red  <b>Servicios para trastornos de salud mental y abuso de sustancias</b> cubiertos al 100 % del monto permitido, sujeto al deducible del año calendario dentro de la red
<b>Quimioterapia, diálisis, terapia intravenosa, laboratorio de diagnóstico ambulatorio, patología, radioterapia y radiografía</b>	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual
<b>Servicios ambulatorios intensivos y hospitalización parcial para trastornos de salud mental y abuso de sustancias</b>	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual

## BENEFICIOS PARA MÉDICOS

(Incluye trastornos de 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](http://AlabamaBlue.com/ProviderAdministeredPrecertificationDrugList).

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

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Visitas al consultorio y consultas	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual
Segundas opiniones quirúrgicas	Cubierto al 100 % del monto permitido, sujeto al deducible del año calendario	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual
Cirugía y anestesia	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual
Atención de maternidad	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual
Quimioterapia, laboratorio de diagnóstico, diálisis, terapia intravenosa (IV), patología, radioterapia y radiografías	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual
Terapia de análisis conductual aplicado (ABA)	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual

## SERVICIOS DE TELESALUD

Se brindan beneficios para los servicios de telesalud sujetos a los costos compartidos aplicables para los servicios dentro y fuera de la red cuando los servicios prestados se realizan dentro del alcance de la licencia del proveedor de atención médica y se consideran médicamente necesarios.

## BENEFICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Vacunas de rutina y servicios preventivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consulte <a href="http://AlabamaBlue.com/PreventiveServices">AlabamaBlue.com/PreventiveServices</a> para obtener una lista de vacunas específicas y servicios preventivos o llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente para obtener una copia impresa.</li> </ul>	Cubierto al 100 % del monto permitido, sin copago ni deducible	No cubierto
<b>Otras evaluaciones de rutina</b> <p>Limitado a una vez por año calendario sin límite de edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hemograma completo</li> <li>Prueba de colesterol (que incluye colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos)</li> <li>Prueba de glucosa</li> <li>Análisis de orina</li> </ul>	Cubierto al 100 % del monto permitido, sin copago ni deducible	No cubierto
<b>Examen de rutina de obstetricia y ginecología</b> <p>Una visita por año calendario para mujeres mayores de 18 años (además de su visita de rutina anual al consultorio del médico de cabecera)</p>	Cubierto al 100 % del monto permitido, sin copago ni deducible	No cubierto
<b>Servicios médicos preventivos adicionales de HSA</b> <p><b>Monitor de presión arterial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uno cada 5 años para el miembro diagnosticado con hipertensión</li> </ul> <p><b>Medidor de flujo máximo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uno al año para cada miembro diagnosticado con asma</li> </ul> <p><b>Prueba del índice internacional normalizado (INR)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de 15 por año para miembros diagnosticados con trastorno hepático o trastorno hemorrágico</li> </ul> <p><b>Prueba de lipoproteínas (LDL)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de 5 por año para miembros diagnosticados con enfermedad cardíaca</li> </ul> <p><b>Prueba de hemoglobina A1C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de 4 por año para miembros diagnosticados con diabetes</li> </ul> <p><b>Detección de retinopatía</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Máximo de 3 por año para miembros diagnosticados con diabetes</li> </ul>	Cubierto al 100 % del monto permitido, sin copago ni deducible	No cubierto

Nota: En algunos casos, pueden aplicarse copagos por visitas al consultorio o por instalaciones. Blue Cross and Blue Shield of Alabama procesará estos reclamos según lo exige la Sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible.

## BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Medicamentos con receta	Los beneficios de medicamentos recetados están cubiertos a través de CVS Caremark.
-------------------------	--



# Plan médico continuación

## BENEFICIOS PARA OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

(Incluye trastornos de 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.

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Pruebas y tratamiento de alergias</b>	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual
<b>Servicio de ambulancia</b>	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual
<b>Servicios quiroprácticos participantes</b> Limitado a 20 visitas por miembro por año calendario	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual
<b>Equipo médico duradero (DME)</b>	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual
<b>Terapia ocupacional, física y del habla de rehabilitación</b> • Terapia ocupacional, física y del habla limitada a un máximo combinado de 30 visitas por miembro por año calendario • Terapia ocupacional, física y del habla ilimitada para trastornos del espectro autista	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual
<b>Terapia ocupacional, física y del habla habilitante</b> • Terapia ocupacional, física y del habla limitada a un máximo combinado de 30 visitas por miembro por año calendario • Terapia ocupacional, física y del habla ilimitada para trastornos del espectro autista	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual
<b>Atención médica domiciliar y cuidados paliativos</b>	Cubierto al 100 % del monto permitido, sujeto al deducible del año calendario	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual
<b>Infusión domiciliar</b>	Cubierto al 100 % del monto permitido, sujeto al deducible del año calendario	Cubierto al 100 % del monto permitido, sujeto al deducible del año calendario
<b>Servicios de terapia nutricional médica</b> Para adultos y niños, limitado a 6 horas por miembro por año calendario	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	Cubierto al 60 % del monto permitido, sujeto al deducible anual
<b>Tecnología de reproducción asistida</b> • Limitado a \$10,000 por persona por año calendario • Se requiere precertificación	Cubierto al 80 % del monto permitido, sujeto al deducible anual	No cubierto

## BENEFICIOS DE GESTIÓN DE LA SALUD

(Incluye trastornos de salud mental y abuso de sustancias)

<b>Gestión de casos individuales</b>	Coordina la atención en caso de enfermedad o lesión catastrófica o prolongada. Para obtener más información, llame al 1-800-821-7231.
<b>Manejo de afecciones crónicas</b>	Coordina la atención de enfermedades crónicas como asma, diabetes, enfermedad de la arteria coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras enfermedades especializadas.
<b>Baby Yourself®</b>	Un programa de maternidad. Para obtener más información, llame al 1-800-222-4379. También puede inscribirse en línea en <a href="http://AlabamaBlue.com/BabyYourself">AlabamaBlue.com/BabyYourself</a> .
<b>Gestión anticonceptiva</b>	Cubre anticonceptivos recetados, que incluyen: inyectables, DIU y otros anticonceptivos no experimentales aprobados por la FDA; sujeto a los deducibles, copagos y coseguros aplicables.

## INFORMACIÓN ÚTIL PARA MAXIMIZAR LOS BENEFICIOS

- Para maximizar sus beneficios, utilice siempre proveedores dentro 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, un sitio web buscador de proveedores ([AlabamaBlue.com](http://AlabamaBlue.com)) o llame al 1-800-810-BLUE (2583).
- Los hospitales, médicos y otros proveedores de atención médica dentro de la red tienen un contrato con un plan Blue Cross o Blue Shield para brindar servicios de atención médica a un precio reducido (ejemplos: BlueCard® PPO, PMD). En Alabama, los servicios dentro de la red proporcionados por profesionales especializados en trastornos de salud mental y abuso de sustancias están disponibles a través de Blue Choice Behavioral Health Network. A veces, un proveedor dentro de la red puede brindarle un servicio que no está cubierto por el contrato entre el proveedor y un plan Blue Cross 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 contratos con los planes Blue Cross o Blue Shield. Si utiliza proveedores fuera de la red, es posible que sea responsable de presentar sus propios reclamos y pagar la diferencia entre el cargo del proveedor y el monto permitido. El monto permitido puede basarse en la tarifa negociada pagadera a los proveedores dentro de la red en la misma área, el cargo promedio por atención en el área o de acuerdo con la ley federal aplicable.
- Tenga en cuenta que los proveedores/especialistas pueden estar incluidos en un directorio de PPO o en un sitio web de búsqueda de proveedores, pero no estar cubiertos por este plan de beneficios. Consulte su folleto de beneficios para obtener información de cobertura más detallada.

**Este no es un contrato, un folleto de beneficios ni una descripción resumida del plan.**

**Los beneficios están sujetos a los términos, limitaciones y condiciones del contrato grupal (incluido su folleto de beneficios). Consulte su folleto de beneficios para obtener información de cobertura más detallada. Visite el sitio web, [AlabamaBlue.com](http://AlabamaBlue.com).**



# Plan dental

## RESUMEN DE LA COBERTURA DE DELTA DENTAL

### INSCRITO PRINCIPAL, CÓNYUGE E HIJOS HASTA LOS 26 AÑOS

Deducibles	\$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 monto permitido

Servicios de diagnóstico y prevención: exámenes, limpiezas, radiografías, selladores	100%
Servicios básicos: empastes, extracciones dentales simples.	80%
Endodoncia (tratamiento de conductos) cubierta dentro de los servicios básicos	80%
Periodoncia (tratamiento de las encías) cubierta por los servicios principales	50%
Cirugía oral cubierta de conformidad con los servicios básicos	80%
Servicios principales: coronas, incrustaciones, ecubrimientos parciales y restauraciones de yeso, puentes y dentaduras postizas	50%
Prótesis: puentes y prótesis dentales	50%

\*Pueden aplicarse limitaciones o períodos de espera para algunos beneficios; algunos servicios pueden estar excluidos de su plan. El reembolso se basa en los montos máximos contratados por Delta Dental y no necesariamente en los honorarios presentados por cada dentista.

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

# 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 su bienestar general.	\$10	Cada año calendario
Gafas graduadas		\$10	Ver marcos y lentes
Marco	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación de \$150 para una amplia selección de marcos</li> <li>Asignación de \$170 para marcas de marcos destacadas</li> <li>Ahorro del 20 % sobre el importe que excede su asignación</li> <li>Subsidio de \$80 para marcos de Walmart®/Costco®</li> </ul>	Incluido en gafas graduadas	Cada dos años calendario
Lentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea</li> <li>Lentes de policarbonato para niños dependientes</li> </ul>	Incluido en gafas graduadas	Cada año calendario
Mejoras de la lente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes progresivas estándar</li> <li>Lentes progresivas prémium</li> <li>Lentes progresivas personalizadas</li> <li>Ahorro promedio del 20 al 25 % en otras mejoras de lentes</li> </ul>	\$0 \$95–\$105 \$150–\$175	Cada año calendario
Lentes de contacto (en lugar de gafas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación de \$150 para lentes de contacto; no aplica copago</li> <li>Examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación)</li> </ul>	Hasta \$60	Cada año calendario
Atención primaria de la vista	<ul style="list-style-type: none"> <li>Como miembro de VSP, puede visitar a su médico de VSP para recibir atención médica y ocular urgente. Su médico de VSP puede diagnosticar, tratar y controlar afecciones oculares comunes, como conjuntivitis, y afecciones más graves, como pérdida repentina de la visión, glaucoma, enfermedad ocular diabética y cataratas. Pregunte a su médico de VSP para obtener más detalles.</li> </ul>	\$20	Según sea necesario

### PROTEC SAFETY® (COBERTURA EXCLUSIVA PARA MIEMBROS DEL EQUIPO)

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	COPAGO	FRECUENCIA
Marco	Cobertura completa al elegir un marco de seguridad de la colección ProTec Eyewear® de su médico VSP  Certificado según las pautas del Instituto Nacional Estadounidense de Estándares (ANSI) para protección contra impactos.	\$10 por marco y lentes	Cada 24 meses
Lentes	Lentes con receta de visión simple, bifocales con línea y trifocales con línea  Certificado según las pautas del Instituto Nacional Estadounidense de Estándares (ANSI) para protección contra impactos.	Combinado con marco	Cada 12 meses

### AHORROS ADICIONALES

Anteojos	\$20 adicionales para gastar en marcas de marcos destacadas Vaya a <a href="https://www.vsp.com/offers">vsp.com/offers</a> para obtener más detalles.  Ahorro del 20 % en anteojos y gafas de sol adicionales, incluidas mejoras de lentes, de cualquier proveedor de VSP dentro de los 12 meses posteriores a su último examen WellVision.
Mejoras en la detección de retinol	No más de \$39 de copago en exámenes de retina de rutina como complemento a un examen WellVision
Visión láser Corrección	Promedio de 15 % de descuento sobre el precio regular o 5 % de descuento sobre el precio promocional; descuentos disponibles solo en establecimientos contratados.

# Accidente

Con MetLife, tendrá la opción de elegir entre dos planes integrales que ofrecen pagos adicionales a cualquier otro pago de seguro que pueda recibir. Estos son solo algunos de los eventos y servicios cubiertos. Para obtener detalles completos, consulte la información sobre accidentes de MetLife en [my.robinsmorton.com](http://my.robinsmorton.com). Este plan no cubre accidentes de trabajo.

BENEFICIO	EL PLAN BAJO LE PAGA	EL PLAN ALTO LE PAGA
<b>LESIONES</b>		
Fracturas	\$100–\$8,000	\$200–\$10,000
Dislocaciones	\$100–\$8,000	\$200–\$10,000
Quemaduras de segundo y tercer grado	\$75–\$10,000	\$100–\$15,000
Conmociones cerebrales	\$250	\$500
Coma	\$7,500	\$10,000
Laceraciones	\$50–\$400	\$75–\$700
Diente roto	\$25–\$200	\$50–\$300
Lesiones oculares	\$300	\$400

## SERVICIOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS

Ambulancia	\$300–\$1,000	\$400–\$1,250
Atención de emergencia	\$75–\$150	\$100–\$200
Atención no urgente	\$75	\$100
Seguimiento médico	\$75	\$100
Servicios de terapia	\$35	\$50
Pruebas médicas	\$150	\$200
Aparatos médicos	\$75–\$750	\$150–\$1000
Transporte	\$300	\$400

## MUERTE ACCIDENTAL

El empleado recibe el 100 % del monto mostrado, el cónyuge recibe el 50 % y los hijos reciben el 20 % del monto mostrado.	\$25,000 \$75,000 para transportistas comunes	\$50,000 \$150,000 para transportistas comunes
---	--	---

## DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL, PÉRDIDA Y PARÁLISIS

Desmembramiento, pérdida funcional y parálisis	\$750–\$20,000 por lesión	\$1,000–\$40,000 por lesión
--	---------------------------	-----------------------------

# Indemnización

Con MetLife, tendrá la opción de elegir entre dos planes integrales que ofrecen pagos adicionales a cualquier otro pago de seguro que pueda recibir. Estos son solo algunos de los eventos y servicios cubiertos. Para obtener detalles completos, consulte la información sobre accidentes de MetLife en [my.robinsmorton.com](http://my.robinsmorton.com). Este plan no cubre accidentes de trabajo.

BENEFICIO	EL PLAN BAJO LE PAGA	EL PLAN ALTO LE PAGA
<b>PRESTACIONES HOSPITALARIAS (ACCIDENTE)</b>		
Admisión	\$500 por accidente	\$1,000 por accidente
Confinamiento	\$100 por día	\$200 por día
Confinamiento para el cuidado de recién nacidos en guarderías	\$100 por día	\$200 por día
Rehabilitación para pacientes hospitalizados (pagada por accidente)	\$100 por día, hasta 15 días	\$200 por día, hasta 15 días
Examen de salud	\$50	\$50

## PRESTACIONES HOSPITALARIAS (ENFERMEDAD)

Admisión (pagadero 1 vez por año calendario)	\$500 por enfermedad	\$1,000 por enfermedad
Confinamiento (pagado por enfermedad)	\$100 por día (pagadero hasta 31 días por enfermedad)	\$200 por día (pagadero hasta 31 días por enfermedad)

# SUS DERECHOS, AVISOS LEGALES Y EXENCIONES DE RESPONSABILIDAD

## AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico o de un plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse usted o inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que puedan inscribirse usted mismo y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, al nacimiento, a la adopción o a la colocación para adopción.

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

- si usted o sus dependientes experimentan una pérdida de elegibilidad para Medicaid o una cobertura del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) estatal y solicita la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de dicha cobertura; o
- si usted o sus dependientes se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia de prima estatal a través de Medicaid o un CHIP estatal con respecto a la cobertura bajo este plan y solicita la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de elegibilidad para dicha asistencia.
- Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con la línea de ayuda de Recursos Humanos de Robins & Morton al 205.803.0102.

## AVISOS SOBRE LA LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER

Si usted se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de acuerdo con lo que determinen conjuntamente el médico tratante y la paciente, e incluirá:

- todas las etapas de la reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica;
- prótesis;
- tratamiento de las complicaciones físicas derivadas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos incluidos en este plan. Los deducibles y montos de coseguro aplicables se detallan en este folleto para su plan específico.

Si desea más información sobre los beneficios de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA), llame al administrador del plan al 205-803-0102.

## DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DE ROBINS & MORTON

Este material está diseñado para resaltar 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 entre este documento y los documentos oficiales del plan, los documentos del plan prevalecerán. Si desea solicitar una copia, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos (HR) al (205) 803-0102. Si usted es un participante de COBRA y es elegible para Medicare (pero no está inscrito debido a tener 65 años o más) y el plan es secundario a Medicare, los beneficios pagaderos en virtud de este plan se reducirán por el monto que se habría pagado si usted estuviera inscrito en Medicare. El pago combinado máximo 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 monto que pagará por un servicio de salud cubierto siguiendo los pasos a continuación:

- El plan determina el monto que habría pagado menos el gasto permitido por el plan primario.
- Si este plan habría pagado menos que el plan primario, no se pagarán beneficios.
- Si este plan habría pagado más que el plan primario, pagará la diferencia.

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

## DESCARGO DE RESPONSABILIDAD SOBRE ELEGIBILIDAD

Si se determina que un empleado o dependiente no cumple con los criterios de elegibilidad para el plan, el Administrador del Plan está autorizado a suspender la cobertura y solicitar la devolución de los reclamos pagados por el plan y recomendar acciones de personal. Robins & Morton se reserva el derecho de modificar, enmendar o discontinuar los planes en cualquier momento.

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

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

La fecha de vigencia de este Aviso del Plan de Beneficios para Empleados de Robins & Morton es el 1 de octubre de 2024.

El Plan de Beneficios para Empleados de Robins & Morton (el "Plan") brinda beneficios de salud a los miembros elegibles del equipo de The Robins & Morton Group (la "Compañía") y sus dependientes elegibles, tal como se describe en las descripciones resumidas del plan. El Plan crea, recibe, usa, mantiene y divulga información de salud sobre los miembros del equipo participantes y sus dependientes durante el transcurso de la prestación de estos beneficios de salud.

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

Su "Información de salud protegida" (PHI) es información relacionada con su estado de salud físico o mental pasado, presente o futuro, la prestación de atención médica que ha recibido o recibirá, o el pago pasado, presente o futuro por dicha atención médica; pero solo si la información lo identifica o existe una base razonable para creer que podría utilizarse para identificarlo. La información médica protegida incluye información de una persona viva o fallecida (por un período de cincuenta años después de la muerte).

El Plan está obligado por ley a proporcionarle aviso sobre los deberes y prácticas de privacidad del Plan con respecto a su PHI y lo hace a través de este Aviso. Este Aviso describe las diferentes formas en que el Plan usa y divulga PHI. No es posible detallar en este Aviso todos los usos y divulgaciones específicos que el Plan puede realizar, por lo que se describen todas las categorías generales de uso y divulgación de PHI que el Plan puede efectuar, junto con ejemplos representativos de cada una.

El Plan está obligado a cumplir con los términos de este Aviso hasta que sea reemplazado. El Plan puede modificar sus prácticas de privacidad en cualquier momento y, si dichos cambios requieren una modificación de los términos de este Aviso, se revisará y redistribuirá de acuerdo con el proceso de distribución del Plan. En consecuencia, el Plan puede cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. El Plan tiene derecho a hacer que cualquier cambio sea efectivo para toda su PHI, incluso aquella que el Plan haya recibido o creado antes de la fecha de vigencia del cambio.

El Plan está distribuyendo 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 bajo el Plan como dependiente de un empleado o beneficiario calificado de COBRA, puede obtener una copia del Aviso solicitándola al contacto mencionado al final de este Aviso.

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

## RECEPCIÓN DE SU PHI POR PARTE DE LA EMPRESA Y LOS SOCIOS COMERCIALES

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

**Patrocinador del plan:** La compañía es el patrocinador y administrador del plan. El Plan podrá revelar a la compañía, en forma resumida, el historial de reclamaciones y otra información para que la compañía pueda solicitar ofertas de primas para beneficios de salud, o para modificar, enmendar o terminar el Plan. Esta información resumida omite su nombre, número de seguro social y cierta otra información de identificación. El Plan también puede divulgar información sobre su participación y estado de inscripción en el Plan a la compañía y recibir información similar de la compañía. Si la compañía acepta por escrito que protegerá la información contra el uso o la divulgación inapropiados, el Plan también puede divulgar a la compañía un conjunto de datos limitado que incluye su PHI, pero omite ciertos identificadores directos, como se describe más adelante en este Aviso.

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

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

**Socios comerciales:** El Plan y la compañía contratan a terceros, como un administrador externo (el "Administrador de Reclamaciones"), para ayudar al Plan a brindar beneficios de salud. Estos terceros se conocen como los "Socios comerciales" del Plan. El Plan puede divulgar su PHI a socios comerciales, como el Administrador de reclamos, que son contratados por el Plan o la compañía para ayudar o llevar a cabo los términos del Plan. Además, estos asociados comerciales pueden recibir PHI de terceros o crear PHI sobre usted durante el cumplimiento de los términos del Plan. El Plan y la compañía deben exigir a todos los Socios Comerciales que acuerden por escrito que protegerán su PHI contra el uso o la divulgación inapropiados y requerirán que sus subcontratistas y agentes también lo hagan.

Para los efectos de este Aviso, todas las acciones de la compañía y los Socios comerciales que se tomen en nombre del Plan se consideran acciones del Plan. Por ejemplo, la información de salud mantenida en los archivos del Administrador de Reclamaciones se considera mantenida por el Plan. Por lo tanto, cuando este Aviso se refiere a que el Plan toma diversas acciones con respecto a la información de salud, dichas acciones pueden ser tomadas por la compañía o un socio comercial en nombre del Plan.

## CÓMO EL PLAN PUEDE USAR O DIVULGAR SU PHI

El Plan puede usar y divulgar su PHI para los siguientes fines sin obtener su autorización. Y, con solo excepciones limitadas, le enviaremos todo el correo a usted, el empleado. Esto incluye correo relacionado con su cónyuge y otros miembros de la familia 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 en 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 solicitó información al Plan sobre reclamos anteriores bajo el Plan para ayudar a tratarlo, el Plan podría divulgar su PHI para ese propósito.

Ejemplo: El Plan podría revelar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para que este pueda consultarla y determinar si una nueva receta puede ser perjudicial para usted. Realizar u obtener pagos por atención médica o cobertura: El Plan puede usar o divulgar su PHI para actividades de pago (según se define en las normas federales aplicables), incluido realizar pagos o cobrar pagos a 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 haya brindado y que contendrán su PHI. El Plan utilizará esta PHI y creará PHI sobre usted en el curso de determinar si pagará o no, y pagará, los 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 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 de su PHI por parte del Plan 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 su responsabilidad de proporcionar cobertura o beneficios bajo el Plan, incluidas las determinaciones de elegibilidad y la adjudicación de reclamos.
- Obtener o proporcionar reembolso por la prestación de atención médica (incluida la coordinación de beneficios, la subrogación y la determinación de los montos de participación en los costos).
- Administrar reclamos, realizar actividades de cobro, obtener pagos conforme a una póliza de seguro de exceso de pérdida y procesar datos relacionados con la atención médica.
- Revisar los servicios de atención médica para determinar la necesidad médica, la cobertura bajo el Plan, la idoneidad de la atención o la justificación de los cargos.

- Realizar actividades de revisión de utilización, que incluyen la precertificación y autorización previa de servicios, así como la revisión concurrente y retrospectiva de los 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), lo que incluye una variedad de actividades de facilitación. Ejemplo: Si los reclamos que usted presenta al Plan indican que tiene diabetes u otra condición crónica, el Plan puede usar y divulgar su PHI para derivarlo a un programa de manejo de enfermedades.

Ejemplo: Si los reclamos que usted presenta al Plan indican que podría activarse la cobertura de exceso de pérdida que la compañía ha adquirido en relación con el Plan, el Plan puede usar o divulgar su Información Médica Protegida (PHI) para informar a la compañía aseguradora de exceso de pérdida sobre el reclamo potencial y para presentar cualquier reclamo que finalmente corresponda. El uso y la divulgación de su PHI por parte del Plan para fines operativos de atención médica pueden 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 atención.
- Actividades diseñadas para mejorar la salud o reducir los costos de atención médica
- Comunicación con proveedores de atención médica y pacientes con información sobre alternativas de tratamiento
- Actividades de acreditación, certificación, licencia o credenciales
- Programas de detección de fraude y abuso y de cumplimiento normativo El Plan también puede usar o divulgar su Información Médica Protegida (PHI) con el fin de ayudar a otros planes de salud (incluidos otros planes patrocinados por la Compañía), así como a proveedores de atención médica y entidades de procesamiento de datos de salud, en sus actividades operativas relacionadas con la atención médica, similares a las mencionadas anteriormente. Esto se hará solo en la medida en que tanto el Plan como el destinatario de la información divulgada mantengan una relación con usted, y la PHI se refiera a dicha relación.
- El uso y divulgación de su Información Médica Protegida (PHI) por parte del Plan para fines de operaciones de atención médica puede incluir, entre otros, los siguientes propósitos adicionales:
- Suscripción (con la excepción de la PHI que sea información genética), evaluación de primas y realización de funciones relacionadas para crear, renovar o reemplazar seguros asociados al Plan
- Planificación y desarrollo, como análisis de gestión de costos

- Realización o coordinación de revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría
- Gestión empresarial y actividades administrativas generales, incluyendo la implementación y cumplimiento de las leyes aplicables, así como la creación de información de salud desidentificada o de conjuntos de datos limitados

El Plan también puede usar o divulgar su PHI con el fin de ayudar a otros planes de salud para los cuales la Compañía es el patrocinador del plan, y a cualquier aseguradora o HMO con respecto a esos planes, con sus actividades de operaciones de atención médica similares a ambas categorías enumeradas anteriormente. Conjunto de datos limitado: El Plan puede revelar un conjunto limitado de datos a un destinatario que acepte por escrito que protegerá dicho conjunto limitado de datos contra usos o divulgaciones inapropiados. Un conjunto de datos limitado es información de salud sobre usted u otras personas que omite su nombre, número de Seguro Social y cierta otra información de identificación. Legalmente requerido: El Plan utilizará o divulgará su PHI en la medida requerida por la ley aplicable. Esto puede incluir la divulgación de su Información Médica Protegida (PHI) en cumplimiento de una orden judicial, un subpoena (citatorio) o una citación oficial. 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 con los estándares de conducta ética, el Plan puede divulgar su Información Médica Protegida (PHI) si, de buena fe, considera que dicha divulgación es necesaria para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a su salud o a la salud y seguridad de otras personas. El Plan puede compartir su información médica en determinadas situaciones, tales como:

- Prevenir enfermedades.
- Ayudar con retiros o llamados de productos.
- Reportar reacciones adversas a medicamentos.
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.

**Cumplimiento de la ley:** El Plan puede divulgar su PHI a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley si el Plan cree de buena fe que su PHI constituye evidencia de conducta criminal que ocurrió en las instalaciones del Plan. El Plan también puede divulgar su PHI para fines limitados de cumplimiento de la ley.

**Litigios y disputas:** Además de las divulgaciones requeridas por 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 sobre la citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal o para obtener una orden que proteja la información que se divulgará.

**Compensación laboral:** El Plan puede usar y divulgar su Información Médica Protegida (PHI) cuando esté autorizado y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación laboral u otros programas similares. Situación de emergencia: El Plan puede divulgar su PHI a un familiar, amigo u otra persona con el propósito de ayudarlo con su atención médica o con el pago de su atención médica, si usted se encuentra en una situación médica de emergencia y no puede otorgar su consentimiento al Plan para hacerlo.

**Representantes personales:** El Plan divulgará su Información Médica Protegida (PHI) a sus representantes personales designados por usted o determinados por la ley aplicable (por ejemplo, un padre o madre que actúe en nombre de un hijo menor, o un tutor designado para un adulto incapacitado), en la misma medida en que el Plan divulgaría esa información directamente a usted. El Plan puede optar por no divulgar la información a un representante personal si tiene motivos razonables para creer que: 1) usted ha sido o podría ser víctima de abuso doméstico por parte de su representante personal; o 2) reconocer a dicha persona como su representante podría causarle daño; o 3) no sería en su mejor interés tratar a esa persona como su representante personal.

**Salud pública:** En la medida en que otras leyes aplicables no prohíban dichas divulgaciones, el Plan puede divulgar su Información Médica Protegida (PHI) con fines de determinadas actividades de salud pública, incluyendo, por ejemplo, informar a una persona sujeta a la jurisdicción de la FDA sobre información relacionada con la calidad, seguridad o eficacia de un producto regulado por la FDA.

**Actividades de supervisión de la salud:** El Plan puede divulgar su PHI a una agencia pública de supervisión de la salud para realizar actividades autorizadas, incluidas auditorías, investigaciones civiles, administrativas o penales, inspecciones, acciones de licencia o disciplinarias.

**Médico forense, examinador médico o director funerario:** El Plan puede divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico con el propósito de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte u otras funciones autorizadas por la ley. Asimismo, el Plan puede divulgar su PHI a un director funerario, conforme a la ley aplicable, cuando sea necesario para el cumplimiento de sus funciones.

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

**Funciones gubernamentales específicas:** En circunstancias específicas, las regulaciones federales pueden requerir que el Plan use o divulgue su PHI para facilitar funciones gubernamentales específicas relacionadas con el ejército y los veteranos, actividades de inteligencia y seguridad nacional, servicios de protección para el presidente y otros, e instituciones correccionales y 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 una junta de privacidad haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido un proceso para garantizar la privacidad de la información solicitada y apruebe la investigación.

**Divulgaciones hacia usted:** Cuando usted solicita acceso a su Información Médica Protegida (PHI), el Plan está obligado a proporcionarle sus registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones relacionadas con sus beneficios de atención médica. Asimismo, cuando usted lo solicite, el Plan deberá proporcionarle un registro de las divulgaciones de su PHI, siempre que dichas divulgaciones se hayan realizado por motivos distintos al Tratamiento, Pago u Operaciones de atención médica (y si usted no autorizó previamente la divulgación).



## Autorización para usar o divulgar su PHI

Excepto en los casos mencionados anteriormente, el Plan no usará ni divulgará su PHI a menos que reciba primero una autorización por escrito de su parte. Si usted autoriza al Plan a usar o divulgar su PHI, puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento, enviando un aviso de revocación a la persona de contacto indicada al final de este Aviso. No obstante, en la medida en que el Plan ya haya tomado medidas basadas en su autorización (por ejemplo, si ya se celebró un acuerdo para proporcionar su PHI a un tercero), usted no podrá revocar dicha autorización retroactivamente.

Además, no haremos lo siguiente: (1) proporcionar información confidencial a otra empresa para sus fines de marketing (a menos que sea para ciertas operaciones de atención médica limitadas); (2) vender su información confidencial (a menos que esté bajo estrictas restricciones legales) (vender significa recibir una remuneración directa o indirecta); (3) proporcionar su información confidencial a un posible empleador con el que está buscando empleo sin su autorización firmada; o (4) usar o divulgar notas de psicoterapia a menos que lo requiera la ley.

Además, si una ley estatal u otra ley requiere la divulgación de registros de vacunación a una escuela, ya no se requiere autorización por escrito. Sin embargo, una entidad cubierta aún debe obtener y documentar un acuerdo que puede ser oral y telefónico.

## El Plan puede comunicarse con usted

El Plan puede comunicarse con usted por diversos motivos, generalmente en relación con reclamos y pagos, y por lo general, por correo. Tenga en cuenta que el Plan puede contactarlo para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

## 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 aceptará una solicitud razonable para comunicarse con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, puede solicitar al Plan que se comunique con usted solo en una dirección particular. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, deberá realizar su solicitud por escrito a la persona de contacto indicada al final de este Aviso. No es necesario que indique el motivo específico por el 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 está de acuerdo con su solicitud de comunicación confidencial. No debe asumir que el Plan ha aceptado su solicitud hasta que el Plan confirme su acuerdo con dicha solicitud por escrito.

**Solicitar restricción de ciertos usos y divulgaciones:** Usted puede solicitar al Plan que restrinja los usos y divulgaciones que realiza de su PHI. Esta solicitud restringirá o limitará la PHI que se divulga para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, y esta restricción puede limitar la información que el Plan divulga a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención. El Plan no está obligado a aceptar una restricción solicitada, pero si acepta la restricción solicitada, el Plan estará sujeto a ese acuerdo, a menos que la información sea necesaria en una

situación de emergencia. Sin embargo, existen algunas restricciones que no están permitidas ni siquiera con el acuerdo del Plan. Para solicitar una restricción, envíe su solicitud por escrito a la persona de contacto identificada al final de este Aviso. En la solicitud, especifique: (1) qué información desea restringir; (2) si desea limitar el uso de esa información por parte del Plan, su divulgación de esa información o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites (un médico en particular, por ejemplo). El Plan le notificará si acepta una restricción solicitada sobre cómo se usa o divulga su PHI. No debe asumir que el Plan ha aceptado una restricción solicitada hasta que el Plan confirme su acuerdo con dicha restricción por escrito. Usted puede solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información confidencial para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica descritos en este Aviso. No obstante esta política, el plan cumplirá con cualquier solicitud de restricción si (1) salvo que la ley lo requiera, la divulgación es al plan de salud con el fin de llevar a cabo operaciones de pago o de atención médica (y no con el fin de llevar a cabo un tratamiento); y (2) la PHI se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual se le ha pagado al proveedor de atención médica en su totalidad de su bolsillo.

**Derecho a ser notificado de una infracción:** Usted tiene derecho a ser notificado en caso de que el plan (o un socio comercial) descubra una violación de información de salud protegida no segura.

**Registros electrónicos de salud:** También puede solicitar y recibir un informe de las divulgaciones de registros médicos electrónicos realizadas para tratamiento, pago u operaciones de atención médica durante los tres años anteriores para las divulgaciones realizadas a partir del (1) 1 de enero de 2014 para registros médicos electrónicos adquiridos antes del 1 de enero de 2009; o (2) 1 de enero de 2011 para registros médicos electrónicos adquiridos a partir del 1 de enero de 2009. La primera lista que solicites dentro de un período de 12 meses será gratuita. Se le podrá cobrar por proporcionar listas adicionales dentro de un período de 12 meses.

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

**Derecho a acceder a su PHI:** Usted tiene derecho a acceder a su PHI en los registros de inscripción, pago, adjudicación de reclamos y gestión de casos del Plan, o en otros registros utilizados por el Plan para tomar decisiones sobre usted, con el fin de inspeccionarla y obtener una copia de esta. Su solicitud de acceso a esta PHI debe realizarse por escrito a la persona de contacto indicada al final de este Aviso. El Plan puede denegar su solicitud de acceso, por ejemplo, si solicita información compilada en previsión de un procedimiento legal. Si se le niega el acceso, se le proporcionará una notificación por escrito de la denegación, una descripción de cómo puede ejercer cualquier derecho de revisión que pueda tener y una descripción de cómo puede presentar una queja ante el Plan o el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Si solicita una copia de su PHI, el Plan puede cobrar una tarifa razonable por la copia y, si corresponde, el franqueo asociado con su solicitud.

**Derecho a solicitar enmiendas:** Usted tiene derecho a solicitar enmiendas a su PHI en los registros del Plan si cree que está incompleta o es inexacta. Una solicitud de enmienda de PHI en los registros del Plan debe realizarse por escrito a la persona de contacto indicada al final de este Aviso. El Plan podrá denegar 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 solicita modificar no es parte de los registros del Plan o si el Plan determina que los registros que contienen su información de salud son precisos y completos. Si el Plan rechaza su solicitud de enmienda de su PHI, le notificará su decisión por escrito, proporcionando la base de la negación, información sobre cómo puede incluir información sobre la modificación solicitada en los registros del Plan y una descripción de cómo puede presentar una queja ante el Plan o el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

**Registro de divulgaciones:** Usted tiene derecho a recibir un registro de ciertas divulgaciones realizadas de su información de salud. La mayoría de las divulgaciones que el Plan hace de su PHI no están sujetas a este requisito contable porque las divulgaciones de rutina (aquellas relacionadas con el pago de sus reclamos, por ejemplo) generalmente están excluidas de este requisito. Además, las divulgaciones que usted autorice o que ocurrieron más de seis años antes de la fecha de su solicitud no están sujetas a este requisito. Para solicitar un registro de las divulgaciones de su PHI, debe enviar su solicitud por escrito a la persona de contacto indicada al final de este Aviso. Su solicitud debe indicar un período que no puede incluir fechas anteriores a más de seis años a la fecha de su solicitud. Su solicitud deberá indicar en qué formato desea que se le proporcione la contabilidad (por ejemplo, en papel o en formato electrónico). La primera lista que solicites dentro de un período de 12 meses será gratuita. Si solicita más de una contabilidad dentro de un período de 12 meses, el Plan cobrará una tarifa razonable basada en el costo por cada contabilidad posterior.

**Representantes personales:** Podrá ejercer sus derechos a través de un representante personal. Antes de otorgarle acceso a su PHI o permitirle actuar en su nombre, su representante personal deberá presentar pruebas de su autoridad legal. El Plan se reserva el derecho de negar el acceso a la PHI a un representante personal en la medida en que la ley aplicable lo permita.

## QUEJAS

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, tiene derecho a presentar una queja tanto ante el Plan como ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Cualquier queja dirigida al Plan debe presentarse por escrito a la persona de contacto indicada al final de este Aviso. El Plan le anima a expresar cualquier inquietud que tenga respecto a la privacidad de su información. Usted no será objeto de represalias de ningún tipo por presentar una queja.

## INFORMACIÓN DEL CONTACTO

El Plan ha designado a Susie Brasher como su persona de contacto para todos los asuntos relacionados con las prácticas de privacidad del Plan y sus derechos de privacidad. Puede comunicarse con ella en: 400 Shades Creek Parkway, Birmingham AL 35209, 205.803.0109.

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

Lea este aviso con atención y consérvelo en un lugar donde pueda encontrarlo fácilmente. 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 ayudarlo a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando afiliarse, debe comparar su cobertura actual, incluidos qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible desde 2006 para todas las personas que cuentan con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un plan de medicamentos recetados de Medicare o se une a un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Robins & Morton ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan por hora, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede conservarla y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

## ¿Cuándo puede usted unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura actual de medicamentos recetados acreditable, sin culpa propia, también será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

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

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

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y abandonar su cobertura actual de Robins & Morton, tenga en cuenta que usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura.

## ¿Cuándo pagaré una prima más alta (multa) para unirme al plan de medicamentos de Medicare?

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

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura válida para medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el mes de octubre siguiente para poder inscribirse.

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

Comuníquese con la persona que aparece a continuación para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo periodo en el que pueda unirse a un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura a través de Robins & Morton cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

## Para obtener más información sobre sus opciones de conformidad con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

Puede encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen con usted directamente.

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

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare & You" para obtener su número de teléfono) 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 tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite que proporcione 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 CON LAS PRIMAS DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero podrá comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia con las primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al 1-877-KIDS NOW o [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo presentar una solicitud. Si califica, pregunte en su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

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

**Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.**

### ALABAMA – Medicaid

Sitio web: <http://www.myalhipp.com/>  
Teléfono: 1-855-692-5447

### ALASKA – Medicaid

Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguro Médico de AK: <http://www.myakhipp.com/>  
Teléfono: 1-866-251-4861  
Correo electrónico: [CustomerService@MyAKHIPP.com](mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com)  
Elegibilidad para Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

### ARKANSAS – Medicaid

Sitio web: <http://www.myarhipp.com/>  
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

### CALIFORNIA – Medicaid

Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP)  
Sitio web: <https://dhcs.ca.gov/hipp>  
Teléfono: 916-445-8322  
Fax: 916-440-5676  
Correo electrónico: [hipp@dhcs.ca.gov](mailto:hipp@dhcs.ca.gov)

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

Sitio web de Health First Colorado:  
<https://www.healthfirstcolorado.com/>  
Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Retransmisión estatal 711  
CHP+: <https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus>  
Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/  
Retransmisión estatal 711  
Programa de Compra de Seguro Médico (HIBI): <https://www.mycobibi.com/>  
Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

### FLORIDA – Medicaid

Sitio web: <https://www.flmedicaidtplecovery.com/flmedicaidtplecovery.com/hipp/index.html>  
Teléfono: 1-877-357-3268

### GEORGIA – Medicaid

Sitio web de GA HIPP: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>  
Teléfono: 678-564-1162, Presione 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, Presione 2

### INDIANA – Medicaid

Programa de Pago de Primas de Seguro Médico  
Todos los demás programas de Medicaid  
Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>  
Sitio web de la Administración de Servicios Sociales y Familiares: <https://www.in.gov/fssa/dfr/>  
Teléfono: 1-800-403-0864  
Teléfono de Servicios para Miembros: 1-800-457-4584

### IOWA: Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid:  
<https://hhs.iowa.gov/medicaid>  
Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366  
Sitio web de Hawki: <https://hhs.iowa.gov/medicaid/plans-programs/hawki>  
Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563  
Sitio web de HIPP: <https://hhs.iowa.gov/medicaid/plans-programs/fee-service/health-insurance-premium-payment-program>  
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

Programa de Pago de Primas de Seguro Médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP) Sitio web: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>  
Teléfono: 1-855-459-6328  
Correo electrónico: [KIHIPPPROGRAM@ky.gov](mailto:KIHIPPPROGRAM@ky.gov)  
Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov>  
Teléfono: 1-877-524-4718  
Sitio web de Medicare de Kentucky: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

### LOUISIANA – Medicaid

Sitio web: [www.medicaid.la.gov](http://www.medicaid.la.gov) o [www.ldh.la.gov/lahipp](http://www.ldh.la.gov/lahipp)  
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

### MAINE – Medicaid

Sitio web de inscripción: <https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en-US>  
Teléfono: 1-800-442-6003  
TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711  
Página web de primas de seguros médicos privados: <https://www.maine.gov/dhhs/ofl/applications-forms>  
Teléfono: 1-800-977-6740  
TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711

### MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>  
Teléfono: 1-800-862-4840  
TTY: 711  
Correo electrónico: [masspremassistance@accenture.com](mailto:masspremassistance@accenture.com)

### MINNESOTA – Medicaid

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>  
Teléfono: 1-800-657-3672

### MISURI – Medicaid

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

### MONTANA – Medicaid

Sitio web: <https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>  
Teléfono: 1-800-694-3084  
Correo electrónico: [HSHIPPProgram@mt.gov](mailto:HSHIPPProgram@mt.gov)

### NEBRASKA – Medicaid

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

### NEVADA – Medicaid

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

### NUEVA HAMPSHIRE – Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>  
Teléfono: 603-271-5218  
Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218  
Correo electrónico: [DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov](mailto:DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov)

### NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <https://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>  
Teléfono de Medicaid: 1-800-356-1561  
Teléfono de asistencia CHIP Premium: 609-631-2392  
Sitio web de CHIP: <https://www.njfamilycare.org/index.html>  
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)

### NUEVA YORK – Medicaid

Sitio web: [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/](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: <https://www.insureoklahoma.org>  
Teléfono: 1-888-365-3742

**OREGÓN – Medicaid y CHIP**  
Sitio web: <https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>  
Teléfono: 1-800-699-9075

**PENSILVANIA – Medicaid y CHIP**  
Sitio web: <https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>  
Teléfono: 1-800-692-7462  
Sitio web de CHIP: <https://www.pa.gov/agencies/dhs/resources/CHIP>  
Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

**RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP**  
Sitio web: <https://www.eohhs.ri.gov/>  
Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa de Rite Share)

**CAROLINA DEL SUR – Medicaid**  
Sitio web: <https://www.scdhhs.gov>  
Teléfono: 1-888-549-0820

**DAKOTA DEL SUR - Medicaid**  
Sitio web: <https://dss.sd.gov>  
Teléfono: 1-888-828-0059

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

**UTAH – Medicaid y CHIP**  
Sitio web de la Asociación Premium para Seguros de Salud (UPP) de Utah: <https://medicaid.utah.gov/upp/>  
Correo electrónico: [upp@utah.gov](mailto:upp@utah.gov)  
Teléfono: 1-888-222-2542  
Sitio web de Expansión para adultos: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>  
Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: <https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>  
Sitio web de CHIP: <https://chip.utah.gov/>

**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

**VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP**  
Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/>  
Sitio web: <https://mywvhipp.com/>  
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700  
Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIP (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 saber si otros estados han agregado un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

**Departamento de Trabajo de los Estados Unidos**  
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
1-866-444-EBSA (3272)

**Departamento de Salud y Servicios Humanos**  
**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid**  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 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 Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información a menos que esta haya sido aprobada por la OMB conforme a la PRA, muestre un número de control válido vigente, y que el público no está obligado a responder a una recopilación de información que no lo muestre. Véase 44 U.S.C 3507. Además, no obstante cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C 3512.

Se estima que la carga pública de presentación de informes para esta recopilación de información promedia aproximadamente siete minutos por cada participante. Se invita a las partes interesadas a enviar comentarios sobre esta estimación de carga o sobre cualquier otro aspecto de la recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir dicha carga, a la siguiente dirección: Departamento de Trabajo de Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados, Oficina de Políticas e Investigación, Atención: Funcionario de Aprobación de la PRA, 200 Constitution Avenue, NW, Sala N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y haga referencia al número de control de OMB 1210-0137.

**AVISO DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y DE LAS MADRES**  
Por lo general, los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier período de estadía en el hospital relacionado con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después

de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el médico que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, le dé el alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, bajo la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

**NUEVAS OPCIONES DE COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS Y SU COBERTURA MÉDICA**

**PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL**  
Cuando partes clave de la ley de atención médica entren en vigor en 2014, habrá una nueva forma de comprar seguro de salud: el Mercado de Seguros de Salud. Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece su empleador.

**¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?**  
El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro de salud 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 ser elegible para 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 una cobertura que comienza a partir del 1 de enero de 2014.

**¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro médico en el Mercado?**  
Usted puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece una cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima a los que usted es elegible dependen de sus ingresos familiares.

**¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para obtener ahorros en las primas a través del Mercado de Seguros Médicos?**  
Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con ciertos estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no le ofrece una cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es más del 9.5 % de su ingreso familiar para el año, o si la cobertura que brinda su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, usted puede ser elegible para un crédito fiscal.<sup>1</sup>

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, entonces puede perder la contribución del empleador (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por

el empleador. Además, esta contribución del empleador, así como su contribución como empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye del ingreso para fines de impuestos federales y estatales. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

**¿Cómo puedo obtener más información?**  
Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con la línea de ayuda de Recursos Humanos al 205.803.0102.

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluidos su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para la cobertura de seguro médico y la información de contacto del Mercado de Seguros Médicos en su área.

**PARTE B: INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DE SALUD QUE OFRECE SU EMPLEADOR**  
Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para corresponder con la solicitud del Mercado de Seguros Médicos.

3. Nombre del empleador: <b>Robins &amp; Morton</b>
4. Número de identificación del empleador (EIN) <b>63-1076743</b>
5. Dirección del empleador: <b>400 Shades Creek Parkway</b>
6. Número de teléfono del empleador <b>(205) 870-1000</b>
7. Ciudad <b>Birmingham</b>
8. Estado <b>Alabama</b>
9. Código postal <b>35209</b>
10. ¿Con quién podemos comunicarnos para obtener información sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? <b>Línea de ayuda de RR. HH.</b>
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) <b>(205) 803-0102</b>
12. Dirección de correo electrónico <b>AskHR@Robinsmorton.com</b>

A continuación se muestra información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:

- Todos los miembros del equipo. Los miembros elegibles del equipo son:
  - Miembros del equipo por hora
  - Miembros del equipo asalariados

Respecto a los dependientes:

Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

- Su cónyuge, reconocido legalmente y documentado mediante una licencia o documento similar emitido por una jurisdicción competente. Los matrimonios de hecho no son reconocidos.
- Un hijo casado o soltero hasta los 26 años. Se consideran hijos:
  - hijos biológicos;
  - hijastros;
  - hijos adoptados legalmente;
  - hijos colocados con el empleado para adopción.
- El hijo incapacitado y soltero del empleado, que no pueda mantenerse por sí mismo y dependa del empleado para su manutención.
- Un nieto que cumpla todos los criterios siguientes:
  - Es menor de 26 años.
  - Es soltero.
  - Reside en el mismo hogar a tiempo completo, en una relación de tipo padre-hijo.

☒ Si está marcada, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo y el costo de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, en función de los salarios de los empleados.

**\*\*Incluso si su empleador desea que su cobertura sea asequible, usted aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si usted puede ser elegible para un descuento en la prima. Por ejemplo, si su salario varía de una semana a la otra (quizás usted es un empleado por horas o trabaja a comisión), si tiene un nuevo empleo a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.**

Si decide comprar cobertura en el Mercado, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lo guiará a través del proceso. Aquí está la información del empleador que ingresará cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

<sup>1</sup> Un plan de salud patrocinado por un empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 % de dichos costos.

# Glosario

## MEDICAMENTOS DE MARCA CON RECETA

Este medicamento está protegido por patente y solo se puede administrar con receta médica. Pagará un precio más alto por estos medicamentos que por los medicamentos genéricos porque no hay competencia en la fabricación de estos medicamentos.

## COBRA

Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1986 (COBRA): Es una ley que permite a las personas continuar temporalmente con la cobertura bajo la mayoría de los planes de seguro médico del empleador cuando de otro modo perderían la elegibilidad debido a una pérdida de empleo o un cambio en el estado familiar (como un divorcio). El costo de esta cobertura continua lo paga en su totalidad el miembro del equipo o dependiente que la elige.

Si usted es participante de COBRA y es elegible para Medicare, pero no está inscrito en él, debido a que tiene 65 años o más, y este Plan es secundario a Medicare, los beneficios pagaderos bajo este Plan se reducirán por el monto que se habría pagado si usted hubiera estado inscrito en Medicare. El pago combinado máximo que puede recibir de todos los planes puede ser inferior al 100 % del gasto total permitido.

## COASEGURO

El porcentaje del costo de los servicios médicos cubiertos que paga el paciente según el plan de salud, después de cumplir primero con el deducible correspondiente del plan.

## DEPENDIENTE

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

- Su cónyuge, reconocido legalmente y documentado mediante una licencia o documento similar emitido por una jurisdicción competente. Los matrimonios de hecho no son reconocidos.
- Un hijo casado o soltero hasta los 26 años. Se consideran hijos:
  - hijos biológicos, hijastros e hijos legalmente adoptados;
  - hijos colocados con el miembro del equipo para su adopción.
- El hijo soltero y discapacitado del miembro del equipo, incapaz de mantenerse por sí mismo y dependiente del apoyo del miembro del equipo.
- Un nieto que cumpla todos los criterios siguientes:
  - Es menor de 26 años.
  - Es soltero.
  - Reside en el mismo hogar a tiempo completo en una relación padre-hijo.

## MEDICAMENTOS GENÉRICOS CON RECETA

Cuando expira la patente de un medicamento de marca, otras empresas pueden fabricar el mismo medicamento, lo que crea un precio competitivo. Esto se llama medicamento genérico. Contiene los mismos químicos que el medicamento de marca, pero los medicamentos genéricos suelen costar menos. Se venden bajo el nombre científico del medicamento, no con el nombre de marca publicitado.

## DENTRO DE LA RED

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

## DEDUCIBLE MÉDICO

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

## FUERA DE LA RED

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

## GASTOS DE BOLSILLO

Gastos como copagos y deducibles que una persona debe aportar al costo de los servicios de salud cubiertos por su plan de beneficios de salud. Podría considerar participar en una cuenta flexible de gastos o una cuenta de ahorros para la salud para ahorrar impuestos en gastos de bolsillo.

## MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL

El límite anual de lo que pagará por los servicios cubiertos dentro de la red, incluidos su deducible y cualquier coseguro.

## GENÉRICO PREVENTIVO

El gobierno federal prepara una lista de medicamentos genéricos preventivos que puedes obtener a un precio más bajo sin pagar el deducible.

# GUÍA DE AUTOSERVICIO DE BENEFICIOS

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA	TIPO DE COBERTURA	NÚMERO DE TELÉFONO/ CORREO ELECTRÓNICO	SITIO WEB
Sistemas de salud conductual BHS	Programa de Asistencia al Empleado	800-245-1150	<a href="http://behavioralhealthsystems.com">behavioralhealthsystems.com</a> <i>ID del empleador: RMG</i>
Blue Cross Blue Shield	Salud/Salud mental y abuso de sustancias	800-292-8868 855-216-3144 (Español)	<a href="http://bcbsal.org">bcbsal.org</a> <i>Número de grupo: 86779</i>
CAPTRUST	Asesores de inversión	800-967-9948	<a href="http://captrustatwork.com">captrustatwork.com</a>
CVS Health	Beneficios de CVS Caremark Rx y farmacia especializada de CVS	800-334-8134 1-800-237-2767 (TTY: 711)	<a href="http://caremark.com">caremark.com</a> <a href="#">Portal de solicitud de autorización previa de medicamentos recetados para médicos</a>
Cylinder Health	Programas de Salud Digestiva	833-336-9488 support@cylinderhealth.com	<a href="http://go.cylinderhealth.com/robinsmorton">go.cylinderhealth.com/robinsmorton</a> <i>Código de acceso: ROBINSMORTON</i>
Delta Dental	Cuidado dental	800-521-2651	<a href="http://deltadentalins.com">deltadentalins.com</a>
Doctor on Demand	Telemedicina	800-997-6196	<a href="http://doctorondemand.com">doctorondemand.com</a>
Seguro para agricultores	Seguro de hogar y automóvil	800-438-6381	
Inversiones Fidelity	401k	800-835-5097 800-587-5282 (Español)	<a href="http://401k.com">401k.com</a>
HSA de Fidelity Investments	Cuentas de ahorros para la salud (HSA)	800-544-3716	<a href="http://401k.com">401k.com</a>
Servicios de Medicare de Fidelity	Medicare	833-886-0033	<a href="http://medicare.fidelity.com">medicare.fidelity.com</a>
GRIAL	Prueba de detección temprana de múltiples cánceres Galleri®	833-694-2553	<a href="http://galleri.com/robinsmorton">galleri.com/robinsmorton</a> <i>Se requiere identificación del empleado</i>
Hinge Health	Programas Digitales de Terapia con Ejercicios	855-902-2777	<a href="http://hinge.health/robinsmorton">hinge.health/robinsmorton</a>
Inspira Financial (anteriormente PayFlex)	Cuenta flexible de gastos de propósito limitado (LPFSA) Cuenta de Cuidado de Dependientes (DCA)	844-729-3539	<a href="http://inspirafinancial.com">inspirafinancial.com</a>
Iris de OncoHealth	Programa de Apoyo para el Cáncer	844-912-4747	<a href="http://irisoncology.com/unlocksupport">irisoncology.com/unlocksupport</a>
MetLife	Cobertura voluntaria de accidentes o indemnización	800-438-6388 866-874-3972 (Español)	<a href="http://metlife.com/mybenefits">metlife.com/mybenefits</a>
MetLife Pet	Seguro para mascotas	866-287-6121 877-811-9651 (Español)	<a href="http://mypets.metlife.com">mypets.metlife.com</a>
Prudential	Seguro de vida y de discapacidad	800-842-1718	<a href="http://prudential.com/mybenefits">prudential.com/mybenefits</a> <i>Número de control de la compañía: 71862</i>
Virta Health	Pérdida de peso y reversión de la diabetes	844-847-8216 support@virtahealth.com	<a href="http://virtahealth.com/join">virtahealth.com/join</a>
VSP	Cuidado de la vista	800-877-7195	<a href="http://vsp.com">vsp.com</a>

# Cómo inscribirse

***hr.robinsmorton.net***

## *Durante la inscripción abierta*

(1-12 de noviembre de 2025)

1	Ingresa en línea a <a href="http://hr.robinsmorton.net">hr.robinsmorton.net</a> .
2	Inicie sesión en su cuenta en el Portal de RR. HH. de Sage.
3	Seleccione “Beneficios” y luego “Inscripción abierta”.
4	Siga las instrucciones y muévase entre pantallas utilizando el botón Siguiente.
5	Recuerde seleccionar “He terminado” en la última pantalla.



No aceptaremos inscripciones después del 12 de noviembre de 2025.

## *Para nuevos empleados*

(La elegibilidad comienza 90 días después de la fecha de contratación).

1	Ingresa en línea a <a href="http://hr.robinsmorton.net">hr.robinsmorton.net</a> .
2	Inicie sesión en su cuenta en el Portal de RR. HH. de Sage.
3	Seleccione “Beneficios” y luego “Eventos de vida”. Luego seleccionará “Nuevo empleado: Por hora”.
4	Siga las instrucciones y muévase entre 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. Tiene 30 días a partir de su fecha de elegibilidad para inscribirse en los beneficios para el año actual.

## ***TENGA EN CUENTA:***

Se le enviará por correo electrónico una confirmación de inscripción a los beneficios una vez que se hayan aprobado sus elecciones. Asegúrese de haber recibido este correo electrónico.

## ROBINS & MORTON

400 Shades Creek Parkway  
Birmingham, Alabama 35209

### INSCRIPCIÓN ABIERTA

# DEL 1 AL 12 DE NOVIEMBRE DE 2025

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

## ¿Necesita ayuda? La línea de ayuda de RR. HH. está disponible para ayudarlo.

**(205) 803-0102**

De lunes a jueves de 8:00 a 4:00 p. m. CST

Viernes de 8:00 a. m. a 2:00 p. m. CST

También puede enviar sus preguntas enviando un correo electrónico a [AskHR@robinsmorton.com](mailto:AskHR@robinsmorton.com)

[my.robinsmorton.com](https://my.robinsmorton.com)