



2023-2024

EMPLEADO
GUÍA DE
BENEFICIOS

Plan Year: Enero 1, 2023 –Diciembre 31, 2023

Information Provided by:



Esta Guía de beneficios para empleados está diseñada para proporcionar información selecta sobre los planes y programas de beneficios ofrecidos por Gibbs & Register, Inc. desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023. No detalla todas las disposiciones, restricciones y exclusiones de los diversos programas de beneficios descritos en este documento. Este folleto no constituye una Descripción Resumida del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) o un Documento del Plan según lo define la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés). En caso de conflicto entre el presente documento y el DOCUP, prevalecerá el DOCUP. El SPD está disponible a través de su representante de Recursos Humanos.

Si está eligiendo cobertura dental, de visión, discapacidad a corto plazo, discapacidad a largo plazo y cobertura de vida voluntaria por primera vez, debe estar "activamente en el trabajo" a tiempo completo el día en que comienza la cobertura. "Activamente en el trabajo" se define como que está trabajando para su empleador por ganancias que se pagan regularmente y que está realizando las tareas materiales y sustanciales de su ocupación regular.



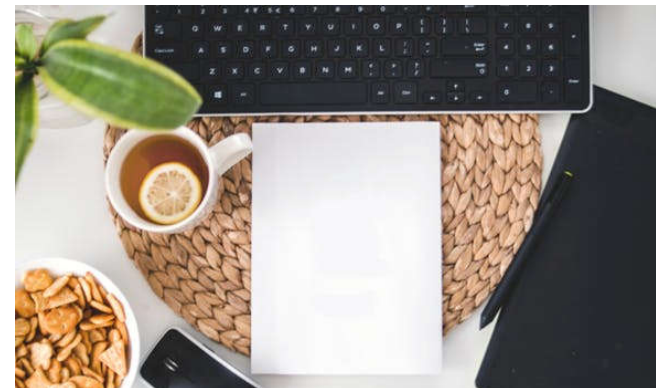
CONTENIDO

• Información de contacto	4
• Hacer sus selecciones	5
• Elegibilidad	6
• Seguro médico	7
• Enfermera a pedido	11
• Teladoc	12
• Información de farmacia – SmithRx	13
• Tarjeta KISx	16
• Seguro Dental	18
• Seguro de la vista	20
• Seguro de vida voluntario	22
• Discapacidad a corto plazo	24
• Avisos importantes	25

Gibbs & Register, Inc. se esfuerza por brindarle un programa integral de beneficios para empleados como parte de su paquete de compensación general.

Elaboramos esta guía para ayudarlo a comprender sus beneficios y ayudarlo a aprovecharlos al máximo. Le recomendamos que lo revise a fondo para que pueda identificar qué ofertas son las mejores para usted y su familia.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios, comuníquese con Recursos Humanos o use la información de contacto incluida en esta guía para obtener las respuestas que necesita.



INFORMACIÓN DE CONTACTO

Transportista / Proveedor	Teléfono / Correo electrónico	Website
LassiterWare	800-845-8437 Ext 605 Customer Service Specialist EAHelp@LassiterWare.com	www.lassiterware.com
Meritain Health	Meritan Health Customer Service: 800-925-2272 Aetna Provider Line: 800-343-3140	www.meritain.com
SmithRx	SmithRx Member Support: 844-454-5201 SmithRx Connect Member Support: 844-385-7612 connect@smithrx.com	www.smithrx.com
KISx Card	KISx Card Nurse Line: 877-GET-KISX KISx@bdsadmin.com	
MetLife	Basic & Voluntary Life: 866-492-6983 Dental: 800-942-0854 Vision: 855-638-3931	www.metlife.com www.metlife.com/claims
Benefit Solutions, Inc.	STD: 407-843-0058	

Contact **LassiterWare** if you have questions about the plans prior to enrolling or if you have issues with claims once enrolled.



HACIENDO SU SELECCIÓN

Hay oportunidades limitadas para inscribirse y/o hacer cambios en sus elecciones de beneficios. ¡Haga sus selecciones cuidadosamente! Las decisiones que tome ahora serán efectivas hasta el final del año del plan, siempre y cuando siga siendo elegible.



Cuando te contratan por primera vez

Los beneficios médicos, dentales y de la vista que elija comienzan el primer día del mes siguiente a 60 días de empleo. Esto incluye el seguro de vida básico proporcionado por la compañía y la vida voluntaria. Su cobertura por discapacidad a corto plazo comienza el primer día del mes siguiente a 90 días.

Su Formulario de Elección de Beneficios debe completarse y devolverse a Recursos Humanos antes de la fecha de vencimiento especificada (incluso si no desea inscribirse).



En la inscripción abierta

La inscripción abierta es su oportunidad anual para hacer cambios en sus elecciones. Los beneficios médicos seleccionados durante la inscripción abierta son efectivos el 1 de enero de 2023, a menos que se requiera evidencia de asegurabilidad (EOI).

Todos los empleados elegibles para beneficios deben completar y devolver su Formulario de Elección de Beneficios a Recursos Humanos antes de la fecha de vencimiento especificada, incluso si no desea inscribirse..



Si tienes un evento de la vida

Algunos eventos de la vida le permiten cambiar su cobertura durante el año. Si experimenta un evento de la vida, tiene 30 días a partir de la fecha del evento para solicitar cambios y proporcionar la documentación requerida. Algunos eventos comunes de la vida son:

- Nacimiento o adopción
- Matrimonio o divorcio
- Cambio en la situación laboral o cambio en la cobertura bajo otro plan patrocinado por el empleador
- Pérdida o ganancia de elegibilidad bajo Medicare o Medicaid

Comuníquese con Recursos Humanos para solicitar un Formulario de elección de beneficios para enviar una solicitud de cambio después de un evento de la vida. Estas solicitudes están sujetas a verificación y aprobación..

ELEGIBILIDAD

- **Empleados**

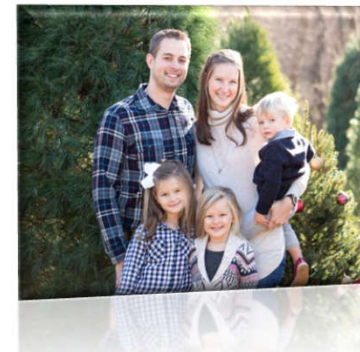
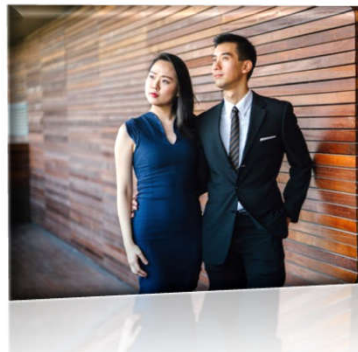
- Usted es elegible para participar en el programa de beneficios para empleados si normalmente trabaja un mínimo de 30 horas cada semana.

- **Esposo**

- Si se inscribe, también puede inscribir a su cónyuge legal actual en los mismos planes que seleccione para usted.

- **Niños**

- Si se inscribe, también puede inscribir a sus hijos dependientes calificados en los mismos planes que usted seleccione. Esto incluye a sus hijos naturales, adoptados, adoptivos, hijastros o niños para quienes se ha designado la tutela legal. Hay calificaciones adicionales que varían según el plan de la siguiente manera:
- Plan médico: La cobertura puede continuar hasta el final del mes en que el niño cumpla 26 años.
- Planes dentales y de la vista: La cobertura puede continuar hasta el final del mes en que el niño cumpla 26 años, siempre que no esté casado y sea un estudiante de tiempo completo, o si no está casado y vive en el hogar del empleado y depende del empleado para su manutención.
- Plan de vida voluntario: La cobertura para hijos dependientes solteros puede continuar bajo el plan de vida voluntario hasta que el niño cumpla 26 años.



MEDICAL INSURANCE



Puede elegir entre dos planes médicos a través de Meritain Health. Al seleccionar su plan médico, considere:

- La prima que pagará (su deducción de nómina)
- Lo que pagará al acceder a la atención (copagos, deducible, coseguro)
- Qué medicamentos están cubiertos
- Qué proveedores están dentro de la red

ALGUNOS TÉRMINOS DE SEGURO

Copay – una cantidad fija que paga cuando busca atención para ciertos servicios.

Deductible – La cantidad que usted paga por ciertos servicios de atención médica en un año del plan antes de que el plan comience a pagar cualquier parte de esos servicios.

Coinsurance – el porcentaje que paga por ciertos servicios después de alcanzar su deducible y antes de alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.

Out of Pocket Maximum – Lo máximo que pagará en un año del plan por los servicios cubiertos. Esto incluye copagos, deducibles, coseguros y recetas. Una vez que se haya alcanzado el máximo de desembolso, el plan pagará el 100% de los servicios cubiertos por el resto de ese año del plan.

Balance Billing – La cantidad que le facturan los proveedores fuera de la red para compensar la diferencia entre la cantidad que cobran y lo que reembolsa el seguro. Esta cantidad es adicional y no cuenta para su máximo de gastos de bolsillo.

	Meritain Health – POS 2000	Meritain Health – POS 250
¿Qué red de proveedores utilizo?	Aetna Choice POS II (Open Access)	Aetna Choice POS II (Open Access)
¿Necesito elegir un médico de atención primaria (PCP)?	No	No
¿Necesito una referencia para ver a un especialista?	No	No
¿Puedo salir de la red?	Sí. Sin embargo, pagará un costo compartido más alto cuando use un proveedor que no esté en la red.	Sí. Sin embargo, pagará un costo compartido más alto cuando use un proveedor que no esté en la red.

SEGURO MÉDICO



	Meritain Health – POS 2000	Meritain Health – POS 250
In-Network Coverage		
Deducible	\$2,000 individuales \$4,000 Familia	\$250 individual \$750 Familia
Coaseguro	40% después del deducible	0% después del deducible
Máximo de gastos de bolsillo	\$6,350 individuales \$12,700 Familia	\$3,000 individuales \$6,000 Familia
Atención preventiva	Sin cargo	Sin cargo
Visita al consultorio	Médico de Primaria: Copago de \$35 Especialista: Copago de \$50	Médico de Cabecera: Copago de \$20 Especialista: \$45 Copago
Pruebas de diagnóstico en un Instalación independiente	Análisis de sangre: sin cargo Rayos X: Deducible + 40% MRI / CT / PET: \$200 Copago	Análisis de sangre: sin cargo Radiografía: Copago de \$50 MRI / CT / PET: \$200 Copago
Centro de Atención de Urgencia	Teladoc: \$0 de copago CVS Minute Clinic: Copago de \$0 Todos los demás: Copago de \$100	Teladoc: \$0 de copago CVS Minute Clinic: Copago de \$0 Todos los demás: Copago de \$50
Sala de emergencias	Instalación: Deducible + 40%	Instalación: \$200 Copago
Hospitalización	Servicios de instalaciones: \$1,500 de copago por admisión	Servicios de instalaciones: \$700 de copago por admisión
Servicios hospitalarios ambulatorios	Servicios de instalaciones: \$300 Copago por visita	Servicios de instalaciones: \$300 Copago por visita
Cobertura de farmacia Venta al por menor: suministro para 30 días Pedido por correo: suministro de 90 días Nivel 1 / Nivel 2 / Nivel 3 / Nivel 4	Tier 1 Retail: \$15 Copay Tier 2 Retail: \$35 Copay Tier 3 Retail: \$50 Copay Specialty: 20% coinsurance; \$250 maximum Mail Order: 2x retail copays (excludes Specialty)	Tier 1 Retail: \$15 Copay Tier 2 Retail: \$35 Copay Tier 3 Retail: \$50 Copay Specialty: 20% coinsurance; \$250 maximum Mail Order: 2x retail copays (excludes Specialty)
Cobertura fuera de la red Nota: También paga el saldo por encima de la cantidad permitida cuando utiliza un proveedor fuera de la red		
Deducible	\$6,000 Individual \$6,000 Familia	\$1,000 Individual \$3,000 Familia
Coaseguro	50% después del deducible	50% después del deducible
Máximo de gastos de bolsillo	\$20,000 individuales \$20,000 Familia	\$6,000 individuales \$12,000 Familia

SEGURO MÉDICO

Una nota sobre la red de proveedores de Meritain Health

Verifique que su proveedor esté dentro de la red ANTES de su visita. Aetna Choice POS II (acceso abierto) incluye cobertura para proveedores tanto dentro como fuera de la red, pero usted pagará significativamente más por la atención recibida de un proveedor que no está en **Aetna Choice POS II (acceso abierto)**.

- **Para encontrar un proveedor dentro de la red**
- Ir a www.meritain.com
- En la pestaña "Recursos", seleccione "Para miembros"
- Desplácese hasta el centro de la página para encontrar "Buscador de red de proveedores"
- Haga clic en el filtro "ABC" y seleccione Aetna
- Ingrese su ubicación y la distancia de viaje deseada
- En la página siguiente, seleccione Aetna Choice POS II (Acceso abierto) en "Redes médicas amplias" – haga clic en continuar
- Ingrese el médico o el tipo de atención que está buscando o busque por categoría
-



SEGURO MÉDICO



Your personalized member website

Once enrolled as a Meritain Health member, you will have access to the **Meritain Health member portal**. When you log in, you'll find everything you need to know about your benefits—from eligibility, to enrollment, to what's covered. It's another way we're working with you to help you get the most from your benefits—so you can live a life that's balanced and informed.

Registration for the member website is easy

If you're already registered to access your online account, simply enter www.meritain.com into your browser and login from the homepage.

If you're not yet registered, it's OK. Registration is an easy three-step process.

1

Go to www.meritain.com. Then, in the top right corner, click *Register*.

2

Next, select *Member* under *I am a* and enter your group ID. You can find your group ID on the front of your member ID card. (If you are new to the plan, you will soon receive your member ID card in the mail.) Then, click *Continue*.

Please note: You may set up a login for yourself, as well as any children under age 18 who are covered by your plan. For privacy purposes, your spouse and dependents over the age of 18, covered by the plan, must each establish logins to access their individual information.

3

You will need to fill in your:

- Group ID (located on your member ID card).
- Member ID (located on your member ID card).
- Date of birth.
- Name.
- ZIP code.
- Email address.

You can then create a username and password. After that, you will be asked to confirm your email address—then you're done! The next time you log in, just use the same username and password.

LÍNEA DE ENFERMERÍA 24X7



24x7 Nurse Line

Call anytime, day or night 866-726-6529

What do you do when you're not sure what to do?:

- When you don't know where to go for care (is it really an emergency?).
- When it's 4:00 a.m. and your child can't stop coughing?
- When you've taken a tumble and your ankle is swelling?

Now you can call the **24x7 Nurse Line** to talk to a registered nurse who will listen and give you professional, seasoned advice, making sure you get care in the right place at the right time.

When you call, you can also tap into our health information library, a collection of more than 1,100 health topics, many available in Spanish or English. One more great support feature for plan participants: Our nurse counselors can connect you to community resources, like support groups, classes and seminars.



TELADOC



**On-demand medical advice
from qualified physicians**

Your Teladoc[®] program

With Teladoc, you can contact board-certified, licensed doctors by phone or email, 24 hours a day!

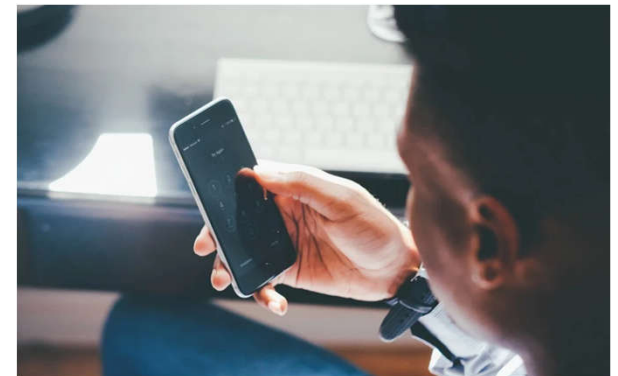
Sometimes you need to speak with a doctor when it's not possible to attend an office visit. That's why the Teladoc program is available to you and your family, and can be used in a variety of ways:

- During weekends, holidays or after business hours, when general practitioners don't typically schedule appointments.
- When you can't attend a medical appointment, such as when traveling or at work.
- If you need a prescription medication or refill for a common condition.

Contact a Teladoc physician at 1.800.835.2362, or send an email by logging in at www.meritain.com for advice on commonly treated conditions.

Some of these services include:

- Headaches/migraines
- Stomach ache/diarrhea
- Respiratory infections
- Urinary tract infections
- Prescription refills*
- Many other conditions



There is no consult fee or copay to the member when using Teladoc services.

INFORMACIÓN DE FARMACIA

- A partir del 1 de enero de 2023, SmithRx reemplazará su red de farmacias con más de 75,000 farmacias disponibles para sus necesidades de medicamentos recetados, que incluyen:

- Costco
- CVS
- Kroger
- Medicine Shoppe Pharmacy
- Publix Supermarket
- Target
- Walgreens
- Walmart
- Winn Dixie

Para determinar si una farmacia está actualmente en la red de SmithRx, comuníquese con SmithRx al 844-454-5201.



INFORMACIÓN DE FARMACIA

SmithRx Connect

Connecting you to the lowest cost prescription solutions

SmithRx can help lower your drug costs

Did you know your local retail pharmacy may not always be the lowest cost option?

SmithRx Connect can help you navigate alternative sources and supports you throughout the process. We'll do the work so you can stay healthy and happy.



Patient Assistance Programs

Many high cost specialty medications can be accessed through Patient Assistance Programs. SmithRx will help you navigate through the process while you reduce out of pocket costs on the medications that work for you.



CoPay Coupon Maximization

Did you know it's possible to leverage additional savings on traditional branded medications? If Patient Assistance is not available, our team will work with preferred pharmacy partners to capture coupon savings through our Copay Max program.



International Sourcing

Our contracted network of international pharmacies helps members obtain medications at a lower cost. The international network dispenses select medications from first-tier countries to ensure product purity and safety. If you are using a medication that qualifies, our team can work with you on the potential to source your medication internationally.

INFORMACIÓN DE FARMACIA



Mail-Order Service

If covered by your plan, most non-specialty (traditional) medication can be filled through **Serve You DirectRx**. To utilize the mail-order pharmacy, contact **Serve You DirectRx** at 800-759-3203.

- E-prescribe or Fax: Have your doctor electronically prescribe or fax your prescription to(866)494-0364. Faxed prescriptions may only be sent by a doctor's office and must include patient information and diagnosis for timely processing.
- Phone: Your doctor can call in the prescription to (800) 759-3203 with an IVR (interactive voice recognition) option.
- Please Note: For prompt delivery, please call Serve You at (800) 759-3203.

Specialty Medications

Prescribed specialty medications covered by your plan benefits can be secured through the following specialty pharmacies:

US BioServices – 888-518-7246

Senderra – 888-777-5547

To utilize the specialty pharmacy, simply call either of the pharmacies above to enroll. Many specialty medications require prior authorization, so please call SmithRx Member Support (844-454-5201) to check coverage and start any necessary authorization processes.

Online Member Portal

SmithRx's online Member Portal allows you to access important forms, review your pharmacy transactions, print ID cards, find Member Support contact information, and more.

To register for your account, go to www.mysmithrx.com/login and click on "Create An Account". Please have your SmithRx prescription benefits card available.

KISX CARD

**SURGERY.
SIMPLIFIED.**
TO HELP YOU BE HEALTHY.

The KISx Card is a surgery and imaging program that your employer has made available to you for the most common surgical and imaging procedures. Some of the most common procedures through the KISx Card include:

- Orthopedic Surgery
- General Surgery
- Colonoscopies
- MRIs, CT and PET Scans

If you utilize the program, you will receive your procedure at no cost to you.

HOW IT
WORKS?

Before seeking In-Network providers through your health plan, call a KISx Card Nurse at 877-GET-KISX regarding your elective procedure. You can also email them at KISx@bdsadmin.com. They will work to find a facility within 60 miles from your home for your care.

By choosing a KISx Card provider, you will always pay \$0.



KISX CARD



SEGURO DENTAL

Nuestros planes dentales a través de MetLife le permiten ver a cualquier dentista. Sin embargo, aprovechará los precios con descuento y disfrutará de menores gastos de bolsillo al visitar a un dentista que participa en la red.

	Opción baja		Opción alta	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible	\$50 individual \$150 Familia Se aplica a servicios básicos y mayores		\$50 individual \$150 Familia Se aplica a servicios básicos y mayores	
Servicios preventivos Incluyendo: exámenes orales de rutina, limpiezas de rutina, radiografías, mantenedores de espacio, fluoruro	Sin cargo	Saldo sobre el cargo razonable y habitual	Sin cargo	Saldo sobre el cargo razonable y habitual
Servicios Básicos Incluyendo: empastes, extracciones simples, radiografías, corona, prótesis y reparación de puentes, periodoncia	Deducible + 50%	Deducible + 50% + saldo sobre el cargo razonable y habitual	Deducible + 20%	Deducible + 20% + saldo sobre el cargo razonable y habitual
Servicios principales Incluyendo: Implantes, Puentes y Dentaduras Postizas, Coronas / Inlays / Onlays, Endodoncia, Cirugía Oral, Cirugía Periodontal, Anestesia General	Deducible + 50%	Deducible + 50% + saldo sobre el cargo razonable y habitual	Deducible + 50%	Deducible + 50% + saldo sobre el cargo razonable y habitual
Ortodoncia Frenos y servicios relacionados para niños de hasta Edad 19 años	No cubierto	No cubierto	50% sujeto a un \$1,000 Máximo de por vida	50% + saldo sobre el cargo razonable y habitual; sujeto a un máximo de por vida de \$1,000
Beneficio Anual Máximo	\$1,000 por persona por año calendario	\$1,000 por persona por año calendario	\$5,000 por persona por año natural	\$1,000 por persona por año natural

Los límites de frecuencia y edad se aplican a ciertos servicios.

Por ejemplo, el plan incluye cobertura para una limpieza de rutina cada 6 meses y un juego de radiografías de ala de mordida por año. La cobertura para los tratamientos con flúor se incluye para los hijos dependientes hasta los 19 años de edad. La cobertura para selladores está incluida para hijos dependientes hasta los 16 años. Las restricciones adicionales se describen en el Certificado de

Al registrarse a través de la aplicación móvil o visitando metlife.com puede encontrar fácilmente un Proveedor dental o de visión participante, así como realizar un seguimiento de sus reclamos.

SEGURO DENTAL

Cómo encontrar un dentista dentro de la red o registrarse como miembro

Ir a: www.metlife.com/insurance/dental-insurance/

Haga clic en 'Buscar un dentista'

Seleccione PDP Plus como red

Introducir criterios de búsqueda

Haga clic en 'Buscar un dentista'

Para registrarse como miembro, vaya a: www.metlife.com y seleccione Registrarse ahora en la pantalla de inicio de sesión



¿Qué red de proveedores utilizo?

Red MetLife PDP Plus

¿Necesito elegir un dentista?

No, puede ver a cualquier dentista. Sin embargo, aprovechará al máximo su plan eligiendo un dentista dentro de la red.

¿Necesito una referencia para ver a un especialista?

No

¿Puedo salir de la red?

Sí. Sin embargo, a los proveedores fuera de la red se les paga en función de los cargos razonables y habituales, que pueden ser menores que los cargos de su proveedor fuera de la red. Usted es responsable de pagar la diferencia al proveedor fuera de la red.

¿Recibiré una tarjeta de identificación?

No, no se emiten tarjetas de identificación para Dental. Después de la implementación, puede solicitar tarjetas de identificación una vez que se registre en línea en www.metlife.com. Los proveedores también pueden localizar su cobertura utilizando su número de seguro social.

Cargos razonables y habituales: esto se refiere a la cantidad base que se trata como el cargo estándar o más común para un servicio dental en particular cuando se presta en un área geográfica determinada. Al acceder a la atención fuera de la red, esta es la cantidad sobre la que se pagará el reclamo. Usted es responsable de pagar la diferencia en el cargo real del proveedor y lo que reembolsa el seguro.

Predeterminación de beneficios: este servicio opcional le proporciona una estimación de la cantidad que se cubrirá antes de someterse a un procedimiento dental. Cuando se espera que su plan de tratamiento exceda los \$300, pídale a su dentista que solicite la Revisión de predeterminación. Su dentista presentará su plan de tratamiento y MetLife le devolverá una estimación de lo que esperan pagar y lo que usted puede esperar pagar.

Beneficio anual máximo: este es el máximo que MetLife pagará por los servicios cubiertos en un año calendario. Usted es responsable de cualquier cargo adicional durante ese año calendario una vez que se haya agotado el beneficio.

SEGURO DE LA VISTA



Nuestro plan de visión a través de MetLife ofrece cobertura asequible para sus necesidades de atención ocular de rutina.

	Límites de frecuencia	Cobertura dentro de la red	Cobertura fuera de la red
Examen de la vista	Cubierto una vez cada 12 meses	No Charge	\$45 subsidio
Lentes para gafas	Cubierto una vez cada 12 meses	\$10 Copay	Subsidio hasta: \$30 Visión única \$50 Fored Bifocal \$65 Trifocal forrado \$100 Lenticular
Monturas de gafas	Cubierto una vez cada 24 meses	\$110 allowance (\$130 allowance on featured frames). You will receive an additional 20% off any amount that you pay over your allowance. Costco, Walmart & Sams: \$60 allowance; 20% discount does not apply	Asignación de \$55
Adaptación de lentes de contacto	Cubierto una vez cada 12 meses en lugar de lentes y monturas	Not to exceed \$60 for standard or premium fit.	Aplicado a la asignación de lentes de contacto de \$ 90
Lentes de contacto	Cubierto una vez cada 12 meses en lugar de lentes y monturas	Elective: \$110 Contact Lens Allowance Medically Necessary: Covered in full after eyeware copay	Electiva: asignación de \$ 90 Médicamente necesario: asignación de \$ 210

SEGURO DE LA VISTA



¿Qué red de proveedores utilizo?	Visión de MetLife
¿Puedo salir de la red?	Sí. Sin embargo, al utilizar proveedores fuera de la red, deberá pagar el precio completo en el momento del servicio y luego presentar un reclamo a MetLife Vision para el reembolso hasta las asignaciones del plan.
¿Recibiré una tarjeta de identificación?	No, no se emiten tarjetas de identificación para Vision. Después de la implementación, puede solicitar tarjetas de identificación una vez que se registre en línea en www.metlife.com . Los proveedores también pueden localizar su cobertura utilizando su número de seguro social.
¿Cómo funcionan los límites de frecuencia?	Los límites de frecuencia se basan en su última fecha de visita. Por ejemplo, si se hizo un examen de la vista y compró un juego completo de anteojos (lentes y monturas) el 1/10/2022 bajo este plan, sus beneficios se restablecerán para otro examen y lentes el 01/10/2023 y marcos el 01/10/2024 si todavía está inscrito en el plan.
¿Puedo añadir funciones a mis objetivos?	Sí. Una variedad de recubrimientos de lentes y otras actualizaciones están disponibles. Algunas mejoras comunes, como el recubrimiento UV o el policarbonato estándar para niños de hasta 18 años, están cubiertas en su totalidad. Otros, como lentes progresivos o tintes, requieren un copago adicional.

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO

También tiene la opción de comprar un seguro de vida voluntario a través de MetLife a tarifas grupales asequibles. Si compra cobertura de vida voluntaria para usted, también puede comprar cobertura para su cónyuge y / o hijos dependientes.

NOTA: Todos los volúmenes actuales estarán protegidos este año.

	Cobertura de empleados	Cobertura para cónyuges	Cobertura de Hijos Dependientes
Incrementos disponibles	\$10,000	\$5,000	\$10,000
Cobertura máxima	5 veces su salario anual hasta \$500,000	100% del monto de cobertura del empleado hasta \$100,000	\$10,000 De 6 meses a 26 años
Importe de la emisión de la garantía	Los empleados recién elegibles eligen hasta 5 veces su salario anual hasta \$100,000 sin evidencia de asegurabilidad	Elija el 50% de la cobertura de empleados hasta \$ 25,000 en su cónyuge recién elegible sin evidencia de asegurabilidad	Elija hasta \$10,000 para sus hijos dependientes recién elegibles sin evidencia de asegurabilidad
Opción de aumento futuro	Si está inscrito actualmente, puede aumentar la cobertura en un nivel incremental (\$10,000) durante la inscripción abierta. Si este monto actualizado excede el monto de emisión de garantía, deberá presentar evidencia de asegurabilidad (EOI). Si está eligiendo la cobertura por primera vez y la rechazó cuando fue elegible por primera vez, debe presentar evidencia de asegurabilidad (EOI) independientemente de la cantidad que esté eligiendo.	Si está inscrito actualmente, puede aumentar la cobertura en un nivel incremental (\$5,000) durante la inscripción abierta. Si este monto actualizado excede el monto de emisión de garantía, deberá presentar evidencia de asegurabilidad (EOI). Si está eligiendo la cobertura por primera vez y la rechazó cuando fue elegible por primera vez, debe presentar evidencia de asegurabilidad (EOI) independientemente de la cantidad que esté eligiendo.	No aplicable
Características adicionales	<u>Beneficio por fallecimiento acelerado:</u> Proporciona una opción para retirar una parte de su seguro de vida si se le diagnostica una enfermedad terminal. <u>Conversión:</u> Proporciona una opción para convertir esta cobertura en una póliza individual después de terminar el empleo. <u>Portabilidad:</u> Proporciona una opción para continuar esta cobertura durante un período específico después de terminar el empleo. Debe solicitar y pagar la prima requerida a Mutual of Omaha dentro de los 30 días posteriores a su terminación para ejercer las opciones de conversión o portabilidad.		

Nota: Si usted y su cónyuge trabajan para Gibbs & Register, Inc., no pueden cubrirse mutuamente con un seguro de vida para cónyuges. Además, solo uno de ustedes puede elegir la cobertura de vida infantil dependiente.



Evidencia de asegurabilidad (EOI) - Se requiere un cuestionario médico denominado formulario de evidencia de asegurabilidad (EOI) si usted es un empleado o cónyuge recién elegible que elige una cantidad por encima de los límites de emisión de garantía, cuando se requiere EOI, la compañía de seguros decidirá si su solicitud será aprobada. Los montos sujetos a EOI no comenzarán a menos que / hasta que sean aprobados por la compañía de seguros.

Reducción de beneficios – No hay reducción de edad ni en la cobertura del empleado ni del cónyuge.

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO

El costo de la cobertura del empleado se basa en su edad y la cantidad de cobertura que elija. El costo de la cobertura de cónyuge se basa en su edad y la cantidad de cobertura que elija. El costo de la cobertura infantil se cobra una vez por empleado, no por niño. Las primas aumentan el 1 de enero después de la fecha en que se pasa al siguiente grupo de edad.

Tabla de Tasas de Vida Voluntaria	
Edad	Costo mensual por cada \$1,000 de cobertura
<29	\$0.077
30-34	\$0.086
35-39	\$0.103
40-44	\$0.146
45-49	\$0.232
50-54	\$0.377
55-59	\$0.576
60-64	\$0.908
65-69	\$1.48
70+	\$2.756
Child Life	\$0.240

Cómo calcular su deducción de vida suplementaria

Ejemplo: Un empleado que tiene 47 años de edad desea elegir \$100,000 en cobertura

$$\$100,000 \div 1,000 = 100$$

$$100 \times 0.232 \text{ (Ver tabla de tarifas)} = \$23.20 \text{ Costo por mes}$$

$$\$23.20 \times 12 = \$278.40 \text{ por año}$$

$$\$278.40 \div 52 = \$5.35 \text{ por pago si se paga semanalmente o}$$

$$\$278.40 \div 26 = \$10.71 \text{ por pago si se paga semestralmente}$$



Cosas para recordar:

La tarifa de su cónyuge se basa en su edad

Usted paga solo una deducción de nómina por cobertura infantil, sin importar cuántos niños esté cubriendo

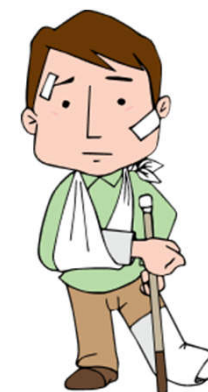
La cobertura de los empleados termina al jubilarse

La cobertura de cónyuge e hijo dependiente solo está disponible si el empleado tiene cobertura bajo este plan

SEGURO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

El seguro de discapacidad a corto plazo está destinado a proporcionarle un reemplazo temporal de ingresos si no puede trabajar debido a un accidente o enfermedad fuera del trabajo y está bajo el cuidado de un médico. Gibbs & Register, Inc. proporciona esta cobertura a los empleados elegibles sin costo alguno para usted.

Comienzan los beneficios	En el 8º día usted está discapacitado debido a una enfermedad o lesión
Monto del beneficio	El plan le paga el 70% de sus ingresos semanales, hasta un máximo de \$ 2,000 por semana
El pago dura	El plan continuará pagándole por hasta 26 semanas si permanece discapacitado
Deducciones quincenales de nómina	Se proporciona a los empleados elegibles sin costo alguno para usted.



Beneficios imponibles - Dado que la prima de esta cobertura es pagada por su empleador, el beneficio está sujeto a impuestos sobre la renta.

Prestaciones de maternidad - Los beneficios para un parto normal están limitados a un período de beneficios de seis semanas. Los beneficios para un parto normal por cesárea están limitados a un período de beneficios de ocho semanas.

AVISOS IMPORTANTES

Cambiar sus opciones de beneficios

Sus opciones de beneficios permanecerán vigentes durante un año completo del plan (siempre y cuando siga siendo elegible). Sin embargo, si tiene un cambio calificado en el estado familiar, es posible que pueda cambiar algunas de sus elecciones de beneficios. Los cambios calificados en el estado familiar incluyen, pero no se limitan a:

Matrimonio o divorcio

Nacimiento, adopción o custodia legal de un dependiente elegible

Fallecimiento de su cónyuge o dependiente

El dependiente cubierto por el plan se convierte en inelegible

Cambio de tiempo completo a tiempo parcial, o viceversa, por usted o su cónyuge

Licencia no remunerada por usted o su cónyuge

Cambio significativo en la cobertura de su cónyuge atribuible al empleo

Terminación o comienzo del empleo del cónyuge

Si experimenta un cambio de estado familiar calificado durante el año del plan, es posible que pueda agregarse o eliminarse a sí mismo y / o dependientes a / de la cobertura. Si desea realizar cambios en sus beneficios como resultado de un cambio de estado familiar calificado, debe notificar a Recursos Humanos dentro de los 31 días posteriores al cambio.. *Si no notifica a Recursos Humanos dentro de los 31 días posteriores al evento calificado, debe esperar hasta el próximo período de inscripción anual para realizar los cambios deseados.* Tenga en cuenta que es posible que se requiera documentación y que el cambio solicitado debe ser consistente con el Cambio de estado familiar calificado.

Derechos especiales de inscripción

Si está rechazando la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su 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 pueda inscribirse usted o sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos.

Designación de proveedores de atención primaria y acceso directo a obstetras / ginecólogos

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio le permite elegir cualquier proveedor de atención primaria participante disponible como su médico y elegir a cualquier pediatra participante disponible como médico de atención primaria de su hijo. La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio también prohíbe que los planes de salud requieran una remisión de un proveedor de atención primaria antes de que pueda buscar cobertura para la atención obstétrica o ginecológica (OB-GYN) de un especialista en obstetricia y ginecología participante.

AVISOS IMPORTANTES

Aviso de privacidad de HIPAA

El Plan de Salud Grupal es un plan de salud grupal totalmente asegurado patrocinado por el Patrocinador del Plan. "El Plan de Salud Grupal y el Patrocinador del Plan tienen la intención de cumplir con los requisitos de 45 C.F. R. § 164.530 (k) para que el plan de salud grupal no esté sujeto a la mayoría de los requisitos de privacidad de HIPAA.

No hay acceso a la información de salud protegida (PHI), excepto la información de salud resumida para fines limitados y la información de inscripción / cancelación de inscripción. Ni el Plan de Salud Grupal ni el Patrocinador del Plan (ni ningún miembro de la fuerza laboral del Patrocinador del Plan) crearán ni recibirán información médica protegida (PHI) como se define en 45 C. F. R § 160.103, excepto por (1) información de salud resumida con el propósito de (a) obtener ofertas de primas o (b) modificar, enmendar o cancelar el Plan de Salud Grupal, y (2) información de inscripción y cancelación de inscripción.

La aseguradora del plan de salud grupal proporcionará un aviso de privacidad

La aseguradora del Plan de Salud Grupal proporcionará el Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan de Salud Grupal y satisfará los demás requisitos bajo HIPAA relacionados con la PHI del Plan de Salud Grupal. El Aviso de prácticas de privacidad notificará a los participantes sobre la posible divulgación de información resumida de salud e información de inscripción/cancelación de inscripción al Plan de salud grupal y al Patrocinador del plan.

Sin actos intimidatorios o de represalia

El Plan de Salud Grupal no intimidará, amenazará, coaccionará, discriminará ni tomará otras medidas de represalia contra las personas por ejercer sus derechos, presentar una queja, participar en una investigación u oponerse a cualquier práctica inapropiada bajo HIPAA. Si tal acción debe ocurrir por uno de los empleados del Patrocinador del Plan, la acción no se atribuirá al Plan de Salud del Grupo.

Sin renuncia

El Plan de Salud Grupal no requerirá que una persona renuncie a sus derechos de privacidad bajo HIPAA como condición de tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad. Si tal acción ocurriera por uno de los empleados del Patrocinador del Plan, la acción no se atribuirá al Plan de Salud Grupal.

Disposiciones de información obligatoria del pagador secundario

A partir del 1 de enero de 2009, el gobierno federal exige que los planes de salud grupales cumplan con la Sección 111 de las nuevas regulaciones de Medicare, Medicaid y SCHIP de las nuevas regulaciones de pagadores secundarios de Medicare de 2007. El mandato tiene por objeto ayudar a establecer la responsabilidad financiera de las cesiones de reclamaciones. En otras palabras, ayudará a establecer quién paga primero. El mandato requiere que los planes de salud grupales recopilen información adicional, más específicamente los números de Seguro Social para todos los afiliados, incluidos los dependientes de 6 meses de edad o más. Esté preparado para proporcionar esta información en su formulario de inscripción de beneficios cuando se inscriba en los beneficios.

AVISOS IMPORTANTES

Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados

La Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados (USERRA) prohíbe la discriminación contra cualquier persona por servir en las fuerzas armadas o por tomar licencia militar de un trabajo civil. Esto incluye la discriminación en la contratación, promoción, reemplazo o cualquier otro beneficio del empleo. USERRA también prohíbe las represalias contra cualquier persona que busque hacer valer sus derechos bajo USERRA o ayude a otro a hacer cumplir esos derechos.

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer del '98

Según la ley federal, los planes grupales que proporcionan beneficios para una mastectomía también deben proporcionar, en relación con la mastectomía por la cual la participante o beneficiaria está recibiendo beneficios, cobertura para:

Reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía;

Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y

Prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo edemas linfáticos, de una manera determinada en consulta entre el médico tratante y el paciente.

Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres de 1996 (NMHPA)

Bajo la ley federal, usted y su hijo recién nacido están cubiertos para una estadía en el hospital después del parto. La ley se aplica tanto a las personas inscritas en planes de salud grupales como a las personas que tienen cobertura de atención médica individual. En general, los planes y los emisores de seguros de salud que están sujetos a NMHPA NO pueden restringir los beneficios para una estadía en el hospital en relación con el parto a menos de 48 horas después de un parto normal o 96 horas después de un parto por cesárea.

Ley de Michelle

Esta ley requiere que los planes de salud del empleador continúen la cobertura para los hijos dependientes de los empleados que son estudiantes universitarios y necesitan una licencia médicamente necesaria. Esta ley se aplica a los planes médicos que condicionan la elegibilidad dependiente al estado del estudiante. El cambio del hijo dependiente en la inscripción universitaria debe cumplir con los siguientes requisitos:

El dependiente sufre una enfermedad o lesión grave.

La licencia es médicamente necesaria.

El dependiente pierde el estatus de estudiante para fines de cobertura bajo los términos del plan o cobertura.

La cobertura para el hijo dependiente debe permanecer vigente hasta que:

-Un año después de que comenzara la licencia médicamente necesaria.

-La fecha en que la cobertura terminaría bajo los términos del plan.

Se requiere una certificación escrita por parte del médico tratante. La certificación debe indicar que el hijo dependiente sufre una enfermedad o lesión grave y que la licencia es médicamente necesaria.

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK



Information Provided by:



Esta Guía de beneficios para empleados está diseñada para proporcionar información selecta sobre los planes y programas de beneficios ofrecidos por Gibbs & Register, Inc. del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023. No detalla todas las disposiciones, restricciones y exclusiones de los diversos programas de beneficios descritos en este documento. Este folleto no constituye una Descripción Resumida del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) o un Documento del Plan según lo define la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés). En caso de conflicto entre el presente documento y el DOCUP, prevalecerá el DOCUP.