



Guía de inscripción a beneficios para empleados de 2026



Contenido

Página 1

Bienvenida

Página 2

Pautas de elegibilidad

Páginas 3 y 4

UHC Medical Insurance

Página 5

Cuenta de Ahorro para Gastos de Salud

Página 6

Programa de bienestar

Página 7

Recursos de UHC

Páginas 8 - 9

Beneficios de salud y bienestar de UHC

Consultas virtuales de Optum RX

Página 10

One Pass Select de UHC

Página 11

Seguro odontológico de UHC

Página 12

Seguro oftalmológico

Página 13

Seguro de vida

Página 14

Seguro por incapacidad

Página 15

Accidentes
Indemnización por hospitalización

Página 16

Enfermedad grave

Página 17

LegalShield
IDShield

Páginas 18 - 19

Programa de Asistencia al Empleado

Página 20

Jubilación/401k

Página 21

Información y recompensas de ESOP

Páginas 22 - 27

Avisos obligatorios

Página 28

Información de contacto

Le damos la bienvenida

Nuestros empleados son nuestro capital más valioso. Por eso, en Preferred Pump & Equipment nos comprometemos a ofrecer un programa integral de beneficios para empleados a fin de ayudar a nuestros empleados a estar sanos, sentirse seguros y mantener un equilibrio positivo entre la vida personal y el trabajo.

Su salud y seguridad en primer lugar

- ✓ Seguro médico
- ✓ Seguro odontológico
- ✓ Seguro oftalmológico
- ✓ Programa de Asistencia al Empleado
- ✓ Plan de bienestar Live Well
- ✓ Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento
- ✓ Seguro por incapacidad
- ✓ Beneficios complementarios
- ✓ Cuenta de ahorros para gastos de salud (HSA)
- ✓ Plan de ahorros 401(k)
- ✓ Plan ESOP

Preferred Pump & Equipment se esfuerza por ofrecer los programas de seguros más rentables y de la más alta calidad disponibles. En esta guía de beneficios, encontrará información resumida sobre los beneficios que tiene a su disposición. Lea la guía para conocer estos planes. Queremos que elija los beneficios adecuados para que usted y su familia cuenten con las mejores soluciones.

Tenga presente: Cualquier cambio que haga en su elección de beneficios tendrá vigencia durante todo el año del plan. El año del plan comienza en 01/01/2026 y finaliza en 12/31/2026. Durante el año del plan, puede cambiar sus elecciones de beneficios si se producen cambios en su situación familiar según lo determine el IRS. Un cambio en la situación familiar por lo general se refiere a un nacimiento, casamiento, divorcio o cambio en la cobertura. Debe enviar una solicitud por evento de vida en ExponentHR en los 31 días posteriores a la fecha en que ocurrió el evento de vida.

Cómo inscribirse

Puede inscribirse o hacer cambios en sus beneficios al iniciar sesión en exponenthr.com. Si tiene preguntas, comuníquese con Delia Flores-Velazquez al (817) 413-2681 o dfloresvelazquez@preferredpump.com.

Recurso en línea de información sobre beneficios

Nuestro conjunto de beneficios en línea pone toda la información sobre los beneficios al alcance, en cualquier momento y en cualquier lugar. Este es su recurso en línea de referencia para sus necesidades de beneficios. Para obtener más información, visite preferredpump.mybenefitslibrary.com.

Pautas de elegibilidad

¿A quién puede cubrir?

Usted y sus dependientes son elegibles para inscribirse en los beneficios de PREFERRED PUMP si:

- ✓ Es miembro del equipo a tiempo completo
- ✓ Sus dependientes reúnen los siguientes criterios:
 - Hijo dependiente: certificado de nacimiento, documento de adopción o tutela y su tarjeta de Seguro Social. Su hijo es un dependiente elegible desde el nacimiento hasta el mes en que cumple 26 años.
 - Cónyuge: licencia de matrimonio y una declaración de impuestos sobre la renta federal actual u otro documento que muestre prueba de residencia compartida, fecha de nacimiento y tarjeta de seguro social.

¿Cuándo puedo hacer un cambio en mis beneficios?

Si experimenta un evento de vida elegible que resulta en la ganancia o pérdida de seguro para usted y/o sus dependientes, debe informarlo a Recursos Humanos dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que ocurrió el evento de vida.

Ejemplos de eventos de vida elegibles:

- ✓ Matrimonio o divorcio
- ✓ Nacimiento o adopción
- ✓ Muerte del cónyuge o hijo
- ✓ Ganancia o pérdida de otra cobertura
- ✓ Usted o los miembros de su familia elegibles atraviesan un cambio en la situación laboral que afecta la elegibilidad para los beneficios (por ejemplo, la transición de tiempo parcial a tiempo completo)
- ✓ Hijo dependiente cumple 26 años
- ✓ Licencia FMLA, evento COBRA, decreto o sentencia judicial
- ✓ Ser elegible para Medicare
- ✓ Pérdida de Medicaid y/o CHIP
- ✓ Recibir una orden de manutención infantil médica elegible o cumplir 24 años (para otros dependientes elegibles), según sea el caso, y permanecer cubierto hasta esa edad; y (ii) el hijo u otro dependiente elegible reúne los criterios de elegibilidad en una de las categorías descritas anteriormente pero para su edad. La cobertura para hijos finalizará el último día del mes en que se cumpla la edad límite.

IMPORTANTE:

Si decide no inscribirse en los beneficios para 2026, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para seleccionar los beneficios para 2027 a menos que se presente un acontecimiento de vida que califique.



Seguro médico – Plan con deducible alto

Administrado por United Healthcare

No hay nada más importante que su salud. Y, puesto que cada persona tiene sus propias necesidades de atención médica, Preferred Pump ofrece dos opciones de planes médicos a través de United Healthcare: el Plan con deducible alto y el Plan con copago. La red de United Healthcare para estos planes es Choice Plus. Puede hacer una búsqueda de proveedores médicos visitando www.myuhc.com y buscando la red Choice Plus.



En la tabla a continuación encontrará más información sobre el Plan con deducible alto.

Características de los planes médicos Dentro de la red	
Beneficio	Plan con deducible alto
Deducible	
Individual/Familiar	\$5,000/\$10,000
Coseguro	100 % después del deducible
Gasto máximo de bolsillo	\$5,000/\$10,000
Beneficio máximo de por vida	Ilimitado
Visita al consultorio	0 % después del deducible
Visita a un especialista	0 % después del deducible
Atención preventiva	Cubierto al 100 %, sin costo para usted
Fisioterapia/Terapia de manipulación	0 % después del deducible
Servicios hospitalarios a pacientes ingresados	0 % después del deducible
Servicios hospitalarios a pacientes externos	0 % después del deducible
Atención de urgencia	0 % después del deducible
Sala de emergencias	0 % después del deducible
Beneficio de medicamentos por receta	
Medicamentos recetados	Se aplica deducible médico 0 % después del deducible
Medicamentos preventivos	Sin costo para algunos medicamentos en ciertas clases

	Su costo quincenal	Su costo quincenal de PPE
Solo el empleado	\$11.00	\$435.69
Empleado + cónyuge	\$244.62	\$604.52
Empleado + hijos	\$171.30	\$604.66
Empleado + familia	\$412.83	\$765.58

*Descargo de responsabilidad fuera de la red: Consulte el resumen de beneficios para ver los beneficios fuera de la red

Los participantes del plan con deducible alto son elegibles para una HSA y para las contribuciones de bienestar de Preferred Pump.



Seguro médico – Plan con copago

Administrado por United Healthcare

No hay nada más importante que su salud. Y, puesto que cada persona tiene sus propias necesidades de atención médica, Preferred Pump ofrece dos opciones de planes médicos a través de United Healthcare: el Plan con deducible alto y el Plan con copago. La red de United Healthcare para estos planes es Choice Plus. Puede hacer una búsqueda de proveedores médicos visitando www.myuhc.com y buscando la red Choice Plus.



En la tabla a continuación encontrará más información sobre el Plan con copago.

Características de los planes médicos Dentro de la red	
Beneficio	Plan con copago
Deducible	
Individual/Familiar	\$3,000/\$6,000
Coseguro	80 % después del deducible
Gasto máximo de bolsillo	\$6,000/\$12,000
Beneficio máximo de por vida	Ilimitado
Visita al consultorio	\$35
Visita a un especialista	\$60
Atención preventiva	Cubierto al 100 %, sin costo para usted
Fisioterapia/Terapia de manipulación	\$35
Servicios hospitalarios a pacientes ingresados	20 % después del deducible
Servicios hospitalarios a pacientes externos	20 % después del deducible
Atención de urgencia	\$75
Sala de emergencias	20 % después del deducible
Beneficio de medicamentos por receta	
Medicamento genérico preferido	\$0
Genéricos	\$10
Marca preferida	\$20
Marca no preferida	\$60
Especialidad	20 % después del deducible
Pedido por correo <i>Suministro de 90 días</i>	2.5 veces el copago

	Su costo quincenal	Su costo quincenal de PPE
Solo el empleado	\$56.48	\$430.42
Empleado + cónyuge	\$365.60	\$559.97
Empleado + hijos	\$259.66	\$586.14
Empleado + familia	\$633.24	\$651.23

*Descargo de responsabilidad fuera de la red: Consulte el resumen de beneficios para ver los beneficios fuera de la red

Los participantes del plan con copago no son elegibles para una HSA ni para las contribuciones de bienestar de Preferred Pump.

Cuenta de Ahorro para Gastos de Salud

Bajo la administración de WEX

Una HSA es una cuenta de ahorros para gastos de salud que se abre en un banco y que le permite apartar los aportes realizados antes de impuestos. Las contribuciones a la HSA se pueden usar ahora o más adelante para gastos médicos, medicamentos recetados y atención dental y de la vista. Si no gasta el dinero de la HSA durante el año del plan, el dinero en su cuenta puede acumularse a través de inversiones libres de impuestos.

Las HSA ofrecen una triple ventaja fiscal:

- ✓ Contribuciones libres de impuestos
- ✓ Ganancias libres de impuestos
- ✓ Retiros libres de impuestos (cuando se usan para gastos elegibles)

Si los fondos de la HSA se utilizan para gastos no elegibles, es posible que se le cobre una multa fiscal de 20 %. ¡Guarde sus recibos!

A la edad jubilatoria, los fondos se pueden retirar y usar para cualquier fin, en cuyo caso se pagan los impuestos normales.

Si deja su empleo actual, puede usar los fondos de su HSA para pagar la prima de COBRA.

Aspectos clave de la HSA

- ✓ Los límites de la HSA incluyen los montos de financiamiento y contrapartida del empleador, así como las contribuciones de los empleados. Es responsabilidad del empleado hacer un seguimiento del monto total para no exceder los límites.

Montos máximos de contribución a la cuenta HSA para el 2026*	
Individual	\$4,400
Familia	\$8,750
Contribuciones compensatorias (55 años en adelante)	\$1,000

Contribuciones compensatorias

- ✓ Los participantes de 55 años o más pueden hacer una contribución adicional de \$1,000 a su cuenta. Los participantes pueden ser elegibles para Medicare, pero no deben estar inscritos en Medicare.

Gastos elegibles

- ✓ Costos de atención médica que no son reembolsados por el seguro y son costos de bolsillo por servicios médicos, medicamentos recetados, dentales o de la vista.

Kit de herramientas para la inscripción abierta

Para obtener más información y acceder al kit de herramientas para la inscripción abierta, visite www.wexbenefitsyou.com/openenrollment/

¿Quién NO es elegible para hacer contribuciones a una HSA?

- ✓ Un empleado no cubierto por un HDHP elegible el primer día del mes
- ✓ Un empleado considerado en la declaración de impuestos de otra persona
- ✓ Un empleado cubierto por otro plan de salud no compatible con HSA, incluidas las Partes A y B de Medicare
- ✓ Un empleado que recibe beneficios de salud bajo TRICARE
- ✓ Un empleado que ha recibido beneficios de la Administración de Veteranos (VA) dentro de los 90 días
- ✓ Un empleado cubierto por una cuenta de gastos flexibles (FSA) de atención médica de propósito general o una cuenta de reembolso de atención médica (HRA)

Consulte la Publicación 502 del IRS titulada “Gastos médicos y dentales” para ver una lista completa de los gastos de atención médica elegibles para los cuales se puede usar el dinero de la HSA: <https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf>

Programa de recompensas por bienestar de UHC

¡Obtenga una recompensa de hasta \$700 en su HSA!

Dormir mejor, moverse más, comer sano y sentirse bien

Preferred Pump & Equipment ha desarrollado un programa de bienestar destinado a contribuir a su bienestar general. ¡Complete las siguientes acciones y gane recompensas!

Así es cómo funciona su programa de incentivos de bienestar:

Con UHC Rewards, puede acceder a las actividades de salud y bienestar disponibles para usted. Por cada acción de salud que complete, puede ganar incentivos financieros a través de su empleador Preferred Pump & Equipment. **Complete las siguientes acciones entre 1/1/2026 y 12/31/2026.**



Para comenzar, vaya a myuhc.com® o descargue la **aplicación UnitedHealthcare®** > **inicie sesión o regístrese** > **seleccione UHC Rewards** > **active UHC Rewards**

Acción	Incentivo
Activar UHC Rewards Los usuarios por primera vez pueden obtener recompensas por activar UHC Rewards. Se recibe solo una vez.	\$25
Completar encuesta de salud Información sobre cómo va su proceso de salud y propuestas para mejorar su bienestar.	\$200
Realizarse una evaluación biométrica Análisis de sangre anual completo y mediciones.	\$50
Vacunarse contra la gripe Dese la vacuna anual contra la gripe.	\$25
Chequeo anual Complete un chequeo anual para apoyar la salud y prevenir enfermedades.	\$250
Consultas virtuales 24/7 Hable con un proveedor por video para ver las necesidades comunes de atención de urgencia.	\$100
Hágase un examen de cuello uterino Los exámenes regulares pueden ayudar a encontrar cambios en el cuello uterino que se pueden tratar antes de que se vuelvan cáncer.	\$250
Hágase un examen de mamas Una mamografía puede generalmente detectar cambios en la mama que podrían ser cáncer años antes de que se desarrollen los síntomas.	\$100
Obtenga una estimación de costos Una estimación de costos le informa del costo esperado para una próxima visita o servicio.	\$25
Hágase un examen de cáncer colorrectal Hacer exámenes de detección de rutina puede aumentar la probabilidad de detectar algunos tipos de cáncer a tiempo. <i>Algunos exámenes de detección se pueden completar con una prueba de materia fecal en el hogar.</i>	\$100
Connect A Tracker Realice un seguimiento automático de sus actividades.	\$25
Actividad diaria – Objetivo 1 Realice un seguimiento de 15 minutos de actividad o 5 mil pasos por día.	\$5
Actividad diaria – Objetivo 2 Realice un seguimiento de 30 minutos de actividad o 10 mil pasos por día.	\$5
Desafío de fitness - Objetivo semanal Complete los objetivos de actividad diaria 5 de 7 días (domingo a sábado).	\$5
Seguimiento del sueño Realice un seguimiento del sueño durante 14 días.	\$5
Desafío de sueño - Objetivo semanal Realice un seguimiento de 7 horas de sueño durante 5 de cada 7 noches (de lunes a sábado).	\$5

Recursos de United Healthcare

Es más fácil conectarse con su plan

Sus beneficios incluyen herramientas digitales personalizadas que le ayudan a consultar su plan siempre que lo desee, lo que facilita el seguimiento de los detalles de sus beneficios.

- ✓ Información sobre planes específicos.
- ✓ Ayuda para encontrar médicos participantes y otros profesionales de atención médica.
- ✓ Comparaciones de todos los productos y recursos de United Healthcare disponibles para usted.

La red de United Healthcare para estos planes es Choice Plus. Puede hacer una búsqueda de proveedores médicos visitando www.myuhc.com y buscando la red Choice Plus.

Active su cuenta de myuhc.com

Cuando se trata de administrar su plan de salud, myuhc.com® le permite ver lo que está cubierto, administrar costos y mucho más. Para que todos puedan aprovechar más su plan, es importante que cada miembro mayor de 18 años considere la posibilidad de crear su propia cuenta.

Use myuhc.com para:

- ✓ Encontrar y calcular el costo de su atención
- ✓ Ver lo que está cubierto por su plan
- ✓ Ver detalles de reclamaciones
- ✓ Revisar los saldos de su plan
- ✓ Encontrar proveedores de la red
- ✓ Consultar el costo de medicamentos

Comience hoy

- ✓ Vaya a myuhc.com > Regístrese ahora
- ✓ Tenga a mano su tarjeta de identificación y siga las instrucciones paso a paso

Una manera sencilla de ayudarle a ahorrar

Es bueno que conozca la siguiente información para poder aprovechar más su plan de salud.

Permanezca en la red

Los médicos y los centros de la red pueden haber acordado proporcionar servicios con descuento, por lo que visitar un proveedor fuera de la red podría ocasionar que su atención cueste más o que no esté cubierta.

Inicie sesión en myuhc.com > Buscar atención y costos para encontrar:

- ✓ Laboratorios
- ✓ Hospitales
- ✓ Profesionales de salud mental
- ✓ Proveedores de la red

Consulte el costo de medicamentos

Inicie sesión en myuhc.com > Farmacias y recetas para encontrar información sobre sus medicamentos, precios y opciones de menor costo.

✓ Descargue la aplicación UnitedHealthcare

La aplicación UnitedHealthcare® pone el plan de salud a su alcance.

Descargue la aplicación UnitedHealthcare para:

- ✓ Encontrar opciones de atención cercanas en su red
- ✓ Ver detalles de sus reclamaciones y el progreso hacia su deducible
- ✓ Ver y compartir su tarjeta de identificación del plan de salud con el consultorio de su médico
- ✓ Conversar por videochat con un médico 24/7

Vea su plan en acción

Mire un video personalizado para conocer otra manera de entender su cobertura, costos de bolsillo y cómo funciona su plan. Mírelo (y vuelva a mirarlo) en cualquier momento iniciando sesión en myuhc.com > Cobertura y beneficios.

Busque opciones

Con una variedad tan amplia de servicios, desde procedimientos menores hasta cirugías mayores, es una buena idea consultar primero los precios aproximados. Visite myuhc.com > Buscar atención y costos para calcular sus costos.



Beneficios de salud y bienestar de United Healthcare



Como parte de los beneficios de su plan de salud, puede iniciar sesión para programas de bienestar y servicios de apoyo a la salud sin costo adicional para usted. Esto es lo que ofrece su plan.

Apoyo conductual: Aproveche el apoyo a la salud conductual

Conéctese con herramientas digitales de autoayuda, proveedores de salud conductual presenciales o virtuales y otros recursos que pueden ayudarle en diversos problemas, como depresión y ansiedad, dificultades en las relaciones, duelo y pérdida, consumo de alcohol y drogas, hábitos compulsivos, trastornos alimentarios y más. Llame al número de teléfono para miembros que figura en su tarjeta de identificación o visite myuhc.com.

Apoyo para el cáncer: apoyo para sobrellevar el cáncer

Conéctese con herramientas digitales de autoayuda, proveedores de salud conductual presenciales o virtuales y otros recursos que pueden ayudarle en diversos problemas, como depresión y ansiedad, dificultades en las relaciones, duelo y pérdida, consumo de alcohol y drogas, hábitos compulsivos, trastornos alimentarios y más. Llame al número de teléfono para miembros que figura en su tarjeta de identificación o visite myuhc.com.

Programa de recompensas por bienestar de UHC: recompensas para el bienestar

Diviértase y mejore su salud con UHC Rewards®. Realice una encuesta de salud para saber cómo está en áreas clave como alimentación, fitness y estrés, obtenga recomendaciones personalizadas que se adapten a su estilo de vida, haga un seguimiento de su progreso en su tablero y obtenga recompensas de hasta \$700 en su HSA. Comience en myuhc.com.

Real Appeal: baje de peso, siéntase bien

Conéctese con una comunidad de apoyo con Real Appeal®, un programa en línea para bajar de peso diseñado para inspirar comportamientos más saludables. Incluye sesiones de asesoramiento grupales, recursos en línea las 24 horas, los 7 días de la semana, una aplicación móvil para establecer y controlar el progreso de los objetivos y un kit de éxito con balanzas, herramientas de ejercicio, guías de alimentos y más que se entregan a su domicilio. Comience en myuhc.com.

Consultas virtuales 24/7: reciba atención, de manera virtual en cualquier lugar

Con la atención virtual a través de su plan UnitedHealthcare, reciba atención en cualquier momento. Con su teléfono inteligente u otro dispositivo conectado (podrían aplicar tarifas de datos), como una tableta o una computadora, puede acceder a atención primaria y de urgencia virtual. Para programar una cita virtual de atención primaria o acceder a atención urgente a través de visitas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana, solo descargue la app UnitedHealthcare® o visite myuhc.com/virtualcare.

Optum Rx

Administrado por United Healthcare

Salude a Optum RX

Los servicios de farmacia de Optum Rx® hacen que sea más fácil ahorrar en medicamentos y hacerles un seguimiento, ya sea en línea o dondequiera que vaya.

Administre sus medicamentos

Cuando vaya a myuhc.com> Farmacias y recetas usted puede:

- ✓ Buscar y comparar costos de medicamentos
- ✓ Ubicar una farmacia de la red
- ✓ Ver si sus medicamentos tienen algún requisito antes de obtenerlos

Dos maneras de surtir sus recetas

- ✓ Use el servicio de entrega a domicilio: Pida un suministro de hasta 3 meses de los medicamentos que toma regularmente*. Inscribese en myuhc.com, use la aplicación UnitedHealthcare o llame al número de teléfono para miembros que figura en su tarjeta de identificación. Asegúrese de tener un suministro de al menos 1 mes que lo cubran durante la transición.
- ✓ Retiro en la farmacia: Muestre su tarjeta de identificación en cualquier farmacia de la red, que puede encontrar en el Localizador de farmacias en myuhc.com, en la aplicación UnitedHealthcare o llamando al número de teléfono para miembros que figura en su tarjeta de identificación.

Mantenga los costos bajo control

Su lista de medicamentos recetados (PDL), disponible en myuhc.com, enumera los medicamentos recetados más comunes que cubre su plan. Elegir medicamentos en los niveles más bajos puede ayudarle a ahorrar dinero. Además, considere medicamentos genéricos en lugar de los de marca, lo que puede reducir los costos.

Explore los beneficios de farmacia

Conozca cómo está diseñado Optum Rx para que le resulte más fácil administrar y ahorrar en medicamentos.



Consulte a un proveedor las 24 horas del día, los 7 días de la semana, dondequiera que esté

Con las consultas virtuales 24/7, puede comunicarse con un proveedor por teléfono o video a través de myuhc.com® o la aplicación UnitedHealthcare®



Costo \$0

Se estima que el 25 % de las visitas a la sala de emergencias podría resolverse con una consulta virtual 24/7, lo que reduce un posible costo de \$2,000 a \$0.

Consulte a un proveedor de atención primaria o reciba atención urgente el mismo día en su teléfono, tableta o computadora

Con la atención virtual a través de su plan UnitedHealthcare, reciba atención en cualquier momento.

Con su teléfono inteligente u otro dispositivo conectado, como una tableta o una computadora, puede acceder a atención primaria y de urgencia virtual.

Para programar una cita virtual de atención primaria o acceder a atención urgente a través de las consultas virtuales 24/7, solo descargue la aplicación UnitedHealthcare® o visite myuhc.com/virtualcare.

¿Qué tipo de atención virtual podría ser adecuado para usted?



Atención primaria virtual:

- Visitas anuales de bienestar
- Seguimientos regulares por afecciones como asma, diabetes, etc.
- Pruebas de laboratorio y exámenes de detección preventivos
- Referencias a especialistas de calidad de la red
- Revisión de medicamentos y recetas, si es necesario**
- El costo se alinea con el beneficio de PCP



Consultas virtuales 24/7:

- Atención que no sea de emergencia para problemas de salud comunes como la gripe, fiebre, dolor de garganta, etc.
- Atención que no sea de emergencia para problemas de salud repentinos como conjuntivitis, migrañas, dolor de espalda, incluso alergias y ansiedad
- Reposición de medicamentos por receta, si es necesario**
- El costo se alinea con el beneficio de las consultas virtuales 24/7



Escanee el código QR para acceder a sus opciones de atención virtual



One Pass Select de United Healthcare



Con One Pass Select, estamos en una misión de que el fitness sea interesante para todos. One Pass Select puede ayudarle a alcanzar sus objetivos de fitness, y a su vez, quizás descubra nuevas pasiones a lo largo del camino. Encuentre una rutina que sea adecuada para usted, ya sea que entrene en casa o en el gimnasio. Elija un nivel de membresía que se adapte a su estilo de vida y proporcione todo lo que necesita para la salud de todo el cuerpo en un plan fácil y asequible. Usted y los miembros de su familia elegibles (mayores de 18) pueden tener acceso a miles de gimnasios y clases en línea con las siguientes ventajas:

- ✓ Sin contratos a largo plazo ni tarifa de inscripción al gimnasio
- ✓ Opciones de fitness flexibles con la posibilidad de asistir a centros en todo el país (no limitadas a un gimnasio)
- ✓ La opción de cambiar los niveles mensualmente
- ✓ Una suscripción de entrega de comestibles y beneficios adicionales de miembros



Categoría	Digital	Clásica	Estándar	Premium	Elite
Tarifa mensual	\$10	\$34	\$69	\$109	\$159
Tarifa de inscripción por única vez	\$10	\$29	\$29	\$29	\$29
Tamaño de la red de gimnasios		Más de 11,000	Más de 13,000	Más de 15,000	Más de 17,000
Red premium					
Acceso a múltiples ubicaciones					
Clases digitales	Más de 23,000	Más de 23,000	Más de 23,000	Más de 23,000	Más de 23,000
A demanda					
Streaming en vivo					
Generador de rutinas					
Entrega de comestibles/otros beneficios para miembros					
Membresías para la familia*					
Cambiar a categoría inferior/superior					
Cancelación dentro de los 30 días					

Marcas participantes de fitness

Digital (Más de 23 mil)	Clásica (Más de 11 mil)	Estándar (Más de 13 mil)	Primas (Más de 15 mil)	Elite (Más de 17 mil)

Otras ubicaciones participantes disponibles en nuestra red. Todas las marcas registradas son propiedad de sus respectivos dueños.

Visite [One Pass Select | Programa de fitness comercial para empleados y pagadores](#) para obtener más información.



Seguro odontológico

Administrado por United Healthcare

Con la atención dental regular no solo se pueden detectar los problemas menores antes de que se vuelvan mayores y costosos de tratar, sino que incluso puede mejorar su salud en general. Cada vez más se relaciona la enfermedad de las encías con complicaciones como parto prematuro, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, diabetes, osteoporosis y otros problemas de salud. Los empleados de tiempo completo pueden comprar esta cobertura. **Su plan le permite visitar cualquier dentista con licencia, pero si elige un dentista dentro de la red puede minimizar sus gastos de bolsillo.**



La red de United Healthcare para estos planes es National Options PPO 30. Puede hacer una búsqueda de proveedores dentales visitando www.myuhc.com y buscando la red National Options PPO 30.

Características del plan	Dentro de la red
Máximo anual	\$2,000 por persona por año calendario
Deducible (Individual/Familiar)	\$50 individual/\$1,500 familiar
Servicios preventivos (p. ej., limpiezas)	100 %
Servicios básicos (p. ej., limpiezas, periodoncia y endodoncia)	80 %
Servicios especializados (p. ej., coronas, dentaduras postizas)	50 %
Ortodoncia (niños hasta los 19 años)	50 %
Máximo en ortodoncia de por vida	\$1,500

	Su costo quincenal	Su costo quincenal de PPE
Solo el empleado	\$0.00	\$17.51
Empleado + cónyuge	\$15.00	\$20.02
Empleado + hijos	\$27.00	\$16.95
Empleado + familia	\$42.50	\$21.76



Seguro oftalmológico

Administrado por VSP

El seguro oftalmológico voluntario para el cuidado de la vista va más allá de los anteojos o lentes de contacto. Los exámenes de la vista pueden detectar señales de advertencia tempranas de enfermedades graves. Los empleados de tiempo completo pueden comprar esta cobertura. Cuando se inscribe usted y/o sus dependientes elegibles en este beneficio, paga el costo total de la cobertura a través de deducciones de nómina quincenales. Las tarjetas de identificación no se envían por correo a los domicilios de los miembros. Por lo tanto, visite www.vsp.com o escanee el código QR para registrarse como miembro y acceder a una tarjeta de identificación para los beneficios oftalmológicos a través del portal, desde donde podrá elegir la cobertura de anteojos recetados o usar su asignación para marcos y lentes para adquirir los anteojos de sol sin receta o anteojos con filtro de luz azul sin receta.



Plan oftalmológico	Proveedor preferido de VSP
Examen	\$20 de copago - Una vez cada 12 meses
Cristales (monofocales, bifocales, trifocales, lenticulares)	\$20 de copago - Una vez cada 12 meses
Armazones	\$130 de asignación - Una vez cada 24 meses 20 % de descuento en cualquier monto que exceda la asignación minorista
Lentes de contacto	Hasta \$130 de reembolso (en lugar de monturas) Una vez cada 12 meses
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	Hasta \$60 de copago \$130 de asignación - Una vez cada 12 meses
Lentes médicamente necesarios	Cobertura total

	Su costo quincenal
Solo el empleado	\$3.94
Empleado + cónyuge	\$6.31
Empleado + hijos	\$6.44
Empleado + familia	\$10.38



Seguro de vida básico y voluntario

Administrado por Prudential

Seguro de vida básico

Preferred Pump proporciona a los empleados regulares de tiempo completo un mínimo de \$20,000 de seguro de vida y paga el costo total de esta cobertura.

Seguro de vida a término voluntario

Los empleados que deseen complementar los beneficios de su seguro de vida colectivo pueden adquirir una cobertura adicional. Cuando usted y/o sus dependientes se inscriben en este beneficio, paga el costo total a través de deducciones de nómina quincenales. Puede comprar cobertura para usted en incrementos de \$20,000 y para su cónyuge en incrementos de \$10,000 hasta un monto máximo de \$500,000 para un empleado y \$100,000 para su cónyuge. Las tarifas a continuación también incluyen AD&D.

Evidencia de asegurabilidad

Los participantes actuales deberán completar un formulario de evidencia de asegurabilidad si el aumento de los beneficios solicitados durante el período de inscripción abierta excede los \$20,000 o va más allá del monto de emisión garantizada.

*El límite de emisión garantizada es \$140,000 para un empleado; para su cónyuge es \$30,000 y para los hijos es \$10,000

Características del plan	Plan de seguro de vida voluntario
Empleado	
Monto de cada incremento del beneficio	\$20,000
Monto máximo	\$500,000
Monto de emisión garantizada*	\$140,000
Cónyuge	
Monto de cada incremento del beneficio	\$10,000
Monto máximo	\$100,000
Monto de emisión garantizada*	\$30,000
Hijos	
Monto de cada incremento del beneficio	\$10,000
Monto máximo	\$10,000
Monto de emisión garantizada*	\$10,000
Reducciones por edad del empleado; reducciones por edad del cónyuge	25 % a los 65 años, 50 % a los 70 años

Resumen de costos de empleados										
Costo mensual por cada \$1,000 de cobertura de seguro de vida para empleados y cónyuges										
Edad	<30	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	Más de 70
Empleado mensual Costo por cada \$20,000 unidades	\$2.00	\$2.20	\$3.00	\$4.80	\$8.00	\$12.20	\$19.60	\$28.40	\$48.00	\$77.20
Cónyuge mensual Costo por cada \$10,000 unidades	\$1.00	\$1.10	\$1.50	\$2.40	\$4.00	\$6.10	\$9.80	\$14.20	\$24.00	\$38.60
Hijos dependientes	\$2.30 por \$10,000									
Hijos dependientes	Las tarifas anteriores incluyen AD&D									

Calculadora de seguro de vida

El seguro de vida es un recurso importante para favorecer la salud financiera de su familia en caso de que le ocurra algo. Para saber qué cobertura puede necesitar, escanee el código QR o visite www.prudential.com/EZLifeNeeds



Seguro por discapacidad

Administrado por Prudential

Discapacidad a corto plazo

Los empleados regulares de tiempo completo, con menos de 10 años de servicio, pueden comprar beneficios de ingresos por discapacidad a corto plazo. Cuando se inscribe en este beneficio, paga el costo total de la cobertura a través de deducciones de nómina quincenales. En caso de que quede discapacitado por una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo, los beneficios de ingresos por discapacidad (no imponibles) se proporcionan como fuente de ingresos durante las primeras 12 semanas de discapacidad. Si ha tenido 10 o más años de servicio con Preferred Pump, se le brinda el beneficio por discapacidad a corto plazo (sin costo). Este beneficio sin costo, si se paga debido a una discapacidad, será un ingreso imponible. Dependiendo de dónde viva, puede ser elegible para el seguro estatal por discapacidad y algunos estados ofrecen programas estatales por discapacidad a los que puede ser elegible.

Características del plan	Beneficio del plan
Beneficio de STD de grupo	60 % de sus ingresos semanales
Beneficio semanal máximo	\$1,000
Comienzo de beneficios (accidente/enfermedad)	A los 8 días/A los 8 días
Duración de los beneficios	12 semanas

Si está entre las edades:	Su costo por \$10 de beneficio semanal
Menor de 39	\$0.31
40-44	\$0.36
45-49	\$0.42
50-54	\$0.54
55-59	\$0.67
60-64	\$0.77
Mayor de 65	\$0.77

Discapacidad a largo plazo

Preferred Pump brinda a los empleados regulares de tiempo completo beneficios de ingresos por discapacidad a largo plazo y paga el costo total de esta cobertura. En caso de que quede discapacitado por una lesión o enfermedad, recibe los beneficios de ingresos por discapacidad como fuente de ingresos.

Características del plan	Beneficio del plan
Beneficio de LTD de grupo	60 % de su ingreso mensual
Beneficio mensual máximo	\$5,000 por mes
Comienzo de beneficios	A los 91 días
Duración de los beneficios	Según las pautas del plan

Calculadora del beneficio por discapacidad

El seguro por discapacidad reemplaza una parte de sus ingresos para ayudarle a aliviar el estrés financiero de pagar los gastos cotidianos mientras se recupera. Para saber cuánta cobertura puede necesitar, escanee el código QR o visite www.prudential.com/EZDisabilityNeeds



Seguro de accidentes

Administrado por Prudential

Como los accidentes pueden ocurrir en cualquier momento, es importante estar preparado. Esta póliza puede ayudarle a cubrir los gastos directos relacionados con un accidente (que ocurra dentro o fuera del trabajo), al pagarle un beneficio según las lesiones sufridas y el tratamiento recibido. Puede utilizar el dinero como mejor le parezca, ya sea para pagar los gastos asociados con su accidente, como el copago de la sala de emergencias, o para pagar el cuidado de los niños para poder ir al médico en una visita de seguimiento. Este beneficio se paga además de lo que pueda proporcionar su plan médico y está disponible para usted, su cónyuge y sus hijos. Los empleados de tiempo completo pueden comprar esta cobertura.

- ✓ El beneficio de hospitalización ahora se incluye por hasta 365 días por accidente cubierto
- ✓ Beneficio por lesiones deportivas para niños
- ✓ Beneficios de cuidado infantil
- ✓ Gama completa de beneficios quirúrgicos para accidentes cubiertos
- ✓ Beneficios de terapia, incluyendo física, ocupacional, del habla y más

Ejemplo de beneficios por accidente	
Ambulancia terrestre	\$500
Visita a la sala de emergencias	\$250
Pierna fracturada	\$2,000
Muletas	\$200
Sesión de fisioterapia	\$50
Visita de seguimiento	\$100
Total	\$3,100

	Su costo quincenal
Solo el empleado	\$10.03
Empleado + cónyuge	\$14.05
Empleado + hijos	\$16.49
Empleado + familia	\$22.52

Seguro de indemnización por hospitalización

Administrado por Prudential

Incluso con un seguro médico, una hospitalización puede resultar costosa rápidamente, ya que los gastos de bolsillo empiezan a acumularse. El seguro de indemnización por hospitalización puede reducir el estrés financiero y emocional de una hospitalización al proporcionarle directamente una suma de dinero en efectivo que puede usar de la forma que necesite, ya sea para el coaseguro o cuidado infantil. Este beneficio se paga aparte de lo que pueda proporcionar su plan médico y está disponible para usted, su cónyuge y sus hijos, y se puede usar independientemente de las enfermedades preexistentes, sin realizarse un examen de salud. Los empleados de tiempo completo pueden comprar esta cobertura.

	Montos de cobertura
Beneficio de admisión al hospital	\$1000, hasta cinco veces por año calendario
Beneficio de admisión a la UCI	\$1000, hasta cinco veces por año calendario
Beneficio de hospitalización	\$300 por día, hasta 30 días por hospitalización
Beneficio de hospitalización en UCI	\$500 por día, hasta 30 días por hospitalización

	Su costo quincenal
Solo el empleado	\$8.96
Empleado + cónyuge	\$19.48
Empleado + hijos	\$22.07
Empleado + familia	\$32.59

Seguro por enfermedad grave

Administrado por Prudential

El seguro de enfermedad grave le proporciona una suma fija en efectivo en caso de que a usted o a uno de sus seres queridos le diagnostiquen una enfermedad cubierta como cáncer, ataque cardíaco o accidente cerebrovascular. Le brinda protección financiera para que pueda centrar su atención en lo que es realmente importante: recuperarse. Los empleados de tiempo completo pueden comprar esta cobertura.

Cómo funciona el plan

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo se pueden pagar los beneficios. **

- 1. Joe es elegible para la cobertura de \$20,000.
- 2. Tres meses después de su examen anual de bienestar, Joe sufre un ataque cardíaco.
- 3. Tres años después, le diagnostican cáncer.

La póliza por enfermedad grave de Joe contemplaba los siguientes beneficios:

Beneficio por ataque cardíaco:	\$20,000
Beneficio por cáncer:	\$20,000
Total de beneficios:	\$40,000

**Este ejemplo es para fines ilustrativos únicamente; sus beneficios reales pueden diferir.

Resumen de la cobertura	
Elegibilidad	Todos los empleados activos a tiempo completo y a tiempo parcial, que trabajen un mínimo de 20 horas por semana.
Empleado	Empleado - Hasta los 100 años
Cónyuge	Cónyuge dependiente - Hasta los 100 años
Hijos	Hijo dependiente: Hasta los 26 años
Empleado	Múltiplos de \$10,000, hasta un máximo de \$20,000
Cónyuge	Múltiplos de \$5000, hasta un máximo de \$10,000, sin exceder el 50% de su monto
Hijos	Múltiplos de \$2,500, hasta un máximo de \$5,000, sin exceder el 50% de su monto
Monto de emisión garantizada*	Empleado - \$20,000 Cónyuge - \$10,000 Hijo - \$5,000 Todos los montos se garantizan durante la elegibilidad inicial, la inscripción anual y los acontecimientos de vida que califican. No se permite la inscripción en ningún otro momento que no sea la inscripción inicial, la inscripción anual o un acontecimiento de vida que califique
Cronograma de reducción por edad	Sin reducción de edad
Beneficio máximo de por vida	Ilimitado del monto del seguro
Recurrencia	100 % del monto pagado por la primera aparición de la enfermedad grave o procedimiento hasta el beneficio máximo de por vida. La recurrencia significa diagnóstico positivo de una enfermedad crítica o procedimiento por el que se pagó un beneficio, y la fecha del diagnóstico de recurrencia es más de 180 días después del pago anterior del beneficio.

Tarifas por edad cumplida independientemente de que sea fumador o no			
Su tarifa quincenal			
Edad	Empleado: por cada \$1,000 de cobertura	Cónyuge: por cada \$1,000 de cobertura	Hijo(s): por cada \$1,000 de cobertura
<25	\$0.37	\$0.37	\$0.23
25-29	\$0.37	\$0.37	
30-34	\$0.42	\$0.42	
35-39	\$0.42	\$0.42	
40-44	\$0.48	\$0.48	
45-49	\$0.48	\$0.48	
50-54	\$0.89	\$0.89	
55-59	\$0.89	\$0.89	
60-64	\$1.70	\$1.70	
65-69	\$1.70	\$1.70	
70-74	\$2.93	\$2.93	
75-79	\$2.93	\$2.93	
80-84	\$2.93	\$2.93	
Más de 85	\$2.93	\$2.93	

LegalShield y IDShield

Hace más de 50 años que LegalShield ofrece planes legales. Con LegalShield a su lado, tendrá acceso ilimitado a un bufete de abogados de calidad las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para situaciones personales cubiertas.



LegalShield

Beneficios y servicios (sin temer costos adicionales)

- ✓ Consulta de abogados ilimitada en el mismo día & asesoramiento (no solo evaluación y derivación)
- ✓ Cartas de intervención ilimitadas o llamadas telefónicas en nombre del miembro
- ✓ Revisión ilimitada de documentos: 15 páginas, incluidas cartas, contratos, etc.
- ✓ Aumento de las horas de defensa en juicios principales de 60 a 300 horas
- ✓ Preparación de documentos hipotecarios según lo requiera el prestamista
- ✓ Preparación personalizada de testamento con un abogado
- ✓ Representación antes multas de tránsito
- ✓ Defensa de accidentes trágicos: homicidio involuntario, homicidio por accidente automovilístico, etc.
- ✓ Servicios de auditoría del IRS: 50 horas
- ✓ Emergencias 24/7, acceso fuera de horario
- ✓ DERECHO DE FAMILIA: cambio de nombre no impugnado, adopción, divorcio
- ✓ 25 % de descuento por bancarrota, conducir bajo la influencia de drogas o alcohol, legalización del testamento de los padres, etc.
- ✓ En todo el país y en todas las áreas del derecho
- ✓ Cónyuge y dependientes sin costo adicional
- ✓ ÚNASE a LegalShield: SOLO \$9.48/cheque de pago

IDShield independiente *Disponible con o sin LegalShield*

- ✓ Gestión de la privacidad
- ✓ Gestión de la reputación para retirar contenido dañino de las redes sociales
- ✓ Monitoreo de redes sociales
- ✓ ¡Monitoreo continuo de crédito con alertas!
- ✓ Supervisión de cuentas en el umbral financiero
- ✓ Seguimiento de puntaje de crédito mensual: con una vista de historial de 12 meses
- ✓ Asistencia 24/7
- ✓ \$1 millón en protección contra fraude de identidad: cubre salarios perdidos, cuidado de ancianos/niños, viajes, honorarios de defensa en juicio, fondos robados a través de transferencias electrónicas relacionadas con un evento de identidad robada
- ✓ Garantía de servicio ilimitado: ¡No nos damos por vencidos hasta que se restablezca su identidad! ¡Sus investigadores privados con licencia harán lo que sea necesario durante el tiempo que sea necesario!
- ✓ ÚNASE a IDShield:
 - Cobertura familiar: solo \$9.48/cheque de pago (agregue LegalShield para obtener un descuento de \$4.00/mes)
 - Empleado solamente - \$4.48/cheque de pago

Tenga presente: Las opciones de beneficios de LegalShield no están disponibles para inscribirse a través de ExponentHR. Para obtener más información y unirse a LegalShield o IDShield, inscríbase en línea o por teléfono.



Únase por Internet

En legalshield.com/info/preferredpump



Únase por teléfono

Llame a Phil Ernest al 817.269.2653

Por contrato, el plan LegalShield no puede ser utilizado por empleados cubiertos en asuntos relacionados con su empleador patrocinador. El número de membresía y la información de contacto del bufete de abogados proveedor llegarán a su dirección de correo electrónico (revise la carpeta de correo no deseado) dentro de los 5 días posteriores a su fecha de entrada en vigencia (fecha de inscripción o el día 1 del mes siguiente). Abra su correo electrónico de bienvenida inmediatamente después de recibirlo, descargue las aplicaciones LegalShield y IDShield en su teléfono inteligente y revise los detalles de su cobertura nuevamente. ¡Active su monitoreo IDShield y comuníquese con el servicio al cliente si tiene alguna pregunta sobre la configuración! Su número es (800)654-7757. Póngase en contacto con su empresa proveedora si tiene alguna pregunta. Disfrutará usar sus beneficios de LegalShield tanto para un problema trivial como para uno traumático, ya que con su membresía los servicios básicos son gratuitos e ilimitados.

Programa de asistencia al empleado (EAP) ¡Gratis!

Administrado por Alliance Work Partners

AWP se enorgullece de operar como su EAP, ofreciéndole a usted y a su familia servicios valiosos y confidenciales sin costo alguno para usted. Sus beneficios están diseñados para ayudarle a manejar las responsabilidades diarias, los eventos importantes, el estrés laboral o cualquier problema que afecte su calidad de vida.



Sus beneficios de EAP

- ✓ **LawAccess:** Servicios legales y financieros proporcionados por un abogado o profesional financiero especializado en su área de interés. Disponible en línea o por teléfono.
- ✓ **HelpNet:** Sitio web personalizado de EAP con recursos, herramientas de desarrollo de habilidades, evaluaciones en línea y referencias.
- ✓ **WorkLife:** Recursos y referencias para las necesidades diarias. Disponible por teléfono.
- ✓ **WellCoach:** Planificación personalizada y apoyo personal, en línea o por teléfono, para ayudarle a mejorar y mantener su salud y bienestar.
- ✓ **SafeRide:** Reembolso de la tarifa del taxi de emergencia para empleados elegibles y dependientes que optan por usar un servicio de taxi en lugar de conducir mientras están incapacitados.
- ✓ **1 a 6 sesiones de asesoramiento:** Por problema, por año. Sesiones de asesoramiento a corto plazo que incluyen evaluación, referencia y servicios de crisis. (Citas en el mismo día disponibles para llamadas urgentes/de crisis, o facilitación de hospitalización inmediata)

Criterios de elegibilidad para los beneficios

Beneficios completos

- ✓ Empleado, jubilado, cónyuge casado/divorciado, pareja
- ✓ Cualquier miembro del hogar, independientemente de la edad o la relación, que resida en el hogar del empleado, incluida la pareja y sus hijos
- ✓ Todos los empleados cubiertos pueden asistir acompañados por cualquier persona a sus sesiones autorizadas/cubiertas independientemente de la relación con el empleado.
- ✓ Hijos y nietos, de 26 años o menos, que residan en EE. UU. o Puerto Rico. Esto incluye hijos y nietos de la pareja.
- ✓ Cualquier persona que reúna los requisitos de elegibilidad para beneficios antes del despido o desvinculación de un empleado seguirá siendo elegible para los beneficios hasta 6 meses a partir de la fecha del despido o desvinculación del empleado. Los beneficios se extienden por 6 meses a partir de la fecha de la llamada del empleado dentro de este período.

Los niños menores de 18 años deben tener una autorización por escrito y firmada por el tutor que tiene la custodia (ya sea que viva en el hogar o no) para asistir a las sesiones de asesoramiento por su cuenta. Este comunicado se entrega a su proveedor afiliado. Los padres divorciados que traen a sus hijos a las sesiones de asesoramiento deben traer una copia de su decreto de divorcio o tener un permiso firmado por el otro padre antes de traer a un niño a la sesión. Los abuelos que traen a sus nietos a las sesiones de asesoramiento deben tener prueba de tutela o permiso por escrito de los padres del niño.

Alliance Work Partners es un servicio profesional de Workers Assistance Program, Inc. Copyright © 2020 Workers Assistance Program, Inc. Confidencial y de dominio privado. Todos los derechos reservados.

Evaluación y referencias

- ✓ Hijos y nietos del empleado mayores de 27 años, cónyuge casado/divorciado, pareja u otra persona importante que vive fuera del hogar del empleado
- ✓ Empleado instruido por ley para recibir asesoramiento ordenado por la corte
- ✓ Todos los casos de crisis (suicidio/homicidio, violencia doméstica, dependencia química, abuso de sustancias, abuso de niños/ancianos) que no estén cubiertos de otro modo
- ✓ Cualquier persona que reúna los requisitos de elegibilidad para beneficios antes del despido o desvinculación de un empleado seguirá siendo elegible para evaluación y referencia después de 6 meses y hasta 1 año a partir de la fecha del despido o desvinculación del empleado. Los beneficios se extienden 1 año a partir de la fecha de la llamada del empleado dentro de este período.

Información y referencias

- ✓ Cualquier persona que se comunice con Alliance Work Partners independientemente de la situación contractual

Contacto

En línea y móvil

- ✓ Visite el sitio web de su EAP en awpnow.com y cree una cuenta personalizada.
- ✓ Seleccione "Acceder a sus beneficios"
- ✓ Código de inscripción: AWP-PPE-3667



Teléfono

Puede acceder a todos los beneficios las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al:

- ✓ **Número gratuito:** 1-800-343-3822
- ✓ **TDD:** 1-800-448-1823
- ✓ **Línea para adolescentes:** 1-800-334-TEEN (8336)



EAP (continuación)

Su EAP ofrece muchos recursos para ayudarle a incrementar su resiliencia, enfrentar los eventos desafortunados y descubrir su mejor versión. AWPnow.com es compatible con computadoras, teléfonos y tablets y es su puerta de acceso a herramientas en línea, recursos útiles, contenido de capacitación, seminarios en línea motivadores e información legal/financiera.

Iniciar sesión en su sitio web de EAP

AWPnow.com/main/benefits/AWPnow.com/main/benefits/

- ✓ Inicie sesión con su dirección de correo electrónico y contraseña
- ✓ Cree una cuenta: ¿Es la primera vez que inicia sesión? Use su código de inscripción AWP-PPE-3667 o envíenos un correo electrónico a am@alliancewp.com

Ver su video informativo sobre EAP

- ✓ En la página principal, la información sobre EAP es una breve introducción a sus servicios EAP

Redactar un testamento

Redactar un testamento es un paso importante en la planificación de la distribución de su patrimonio (activos incluidos bienes muebles e inmuebles) después de su muerte. Un testamento permite que sus hijos, cónyuge, otros miembros de la familia y las mascotas no queden desprovistos de atención después de su muerte. Si bien la redacción del testamento es un acto solemne, sus seres queridos y amigos le agradecerán por su organización y consideración. El sitio web de su EAP le brinda un recurso para redactar un testamento junto con otros documentos importantes de planificación patrimonial sin costo alguno para usted. Para empezar:

- ✓ Vaya a AWPnow.com
- ✓ Seleccione Beneficios > Acceso a asuntos legales
- ✓ Haga clic en Conectarse a Acceso a asuntos legales
- ✓ A la derecha, en la casilla azul "Centro legal y financiero", seleccione Haga clic aquí para acceder al contenido legal y financiero.
- ✓ Descargue Quicken WillMaker & Trust para crear su plan patrimonial personalizado.

- ✓ Recuerde incluir su código de descuento al finalizar la compra para recibir esta valiosa herramienta de forma gratuita.

Ingrese a HelpNet para obtener información útil a su propio ritmo sobre diversos acontecimientos de la vida

- ✓ Seleccione Beneficios > HelpNet
- ✓ Haga clic en "Conectar a HelpNet"
Si tiene un tema en mente, ingréselo en el cuadro de búsqueda gris ubicado a la derecha y presione "enter"
- ✓ Para ver los seminarios en línea de desarrollo personal
 - Desplácese hasta la parte inferior y seleccione la casilla verde azulada "Seminarios en línea"
 - Elija entre los seminarios en línea disponibles actualmente, próximamente o archivados.
 - Los temas populares incluyen: El cuidado de las personas mayores en el hogar, Conceptos básicos sobre el dinero, Técnicas de relajación, Jubilación redefinida y muchos más
- ✓ Para ver los cursos de desarrollo profesional
 - Seleccione la casilla verde azulada "Centro de capacitación" para temas que incluyen comunicación, desarrollo profesional, liderazgo, equilibrio entre la vida laboral y personal, habilidades interpersonales y más
- ✓ Otros temas de Help Net son: Relaciones, finanzas, salud, resiliencia, temas legales, crecimiento personal, evaluaciones, calculadoras, video de salud y compras

Seminarios en línea de AWP

AWP ofrece seminarios en línea mensuales que puede ver a su conveniencia y están disponibles por hasta 60 días

- ✓ Regístrese para los próximos seminarios en línea, seleccione Seminarios en línea
- ✓ Vea las grabaciones de los seminarios en línea actualmente disponibles, seleccione Seminarios en línea > Grabaciones

Ver publicaciones de AWP

Inspírese, prepárese o infórmese para muchos eventos de la vida al seleccionar Publicaciones

- ✓ Preparación y respuesta: los pasos proactivos simples pueden ayudarnos a sobrevivir eventos traumáticos:
 - La gripe
 - Mal tiempo
 - Robo de identidad
 - Cómo enfrentar el terrorismo
 - Eventos traumáticos
- ✓ Prevención del suicidio: información sobre un tema importante
- ✓ Hojas de consejos: folletos de beneficios con más información sobre sus beneficios



Plan 401(k) de Preferred Pump and Equipment, LP

Administrado por Principal Financial Services



Elegibilidad	Aportes de los empleados: 3 meses de servicio y edad mínima 20 años y medio																				
Ingreso al plan	El 1.º día del mes después de 3 meses de empleo. Preferred Pump inscribe automáticamente a los empleados con una contribución del 3 %.																				
Jubilación	Jubilación normal: 65 años Jubilación anticipada: 59 ½ años con 6 años de servicio cumplidos																				
Contribuciones	Equivalentes del empleador: 50 % hasta 6 % de su aporte diferido Participación en las ganancias: Discrecional, se determina al final del año Reducción de salario: Antes de impuestos/ROTH a discreción del participante Máximo anual: \$24,500 Compensatorias: => 50 años - 50 a 59: \$32,500 (\$24,500, más \$8,000 compensatoria) - 60 a 63: \$35,750 (\$24,500, más \$11,250 compensatoria) - Mayor de 64 años: \$32,500 (\$24,500, más \$8,000 compensatoria)																				
Derechos adquiridos	Aportes diferidos del empleado/Ganancias diferidas: 100 % de inmediato Contribuciones del empleador/ganancias: Inversión gradual basada en años de servicio <table><tr><td>Año</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td>%</td><td>0</td><td>20</td><td>40</td><td>60</td><td>80</td><td>100</td></tr></table>							Año	1	2	3	4	5	6	%	0	20	40	60	80	100
Año	1	2	3	4	5	6															
%	0	20	40	60	80	100															
Cambios al plan 401(k)	Monto diferido: Mensual a través de ExponentHR, reflejado el 1.er día del mes siguiente Inversiones: En cualquier momento, acceso a Internet y teléfono a través del sitio web de Principal																				
Retiros	Permitidos según las pautas del plan																				
Retiros por dificultades económicas	Permitidos según las pautas del plan																				
Préstamos	Permitidos según las pautas del plan																				

NOTA: A partir del 1 de enero de 2026, si gana más de \$150,000 en salarios FICA durante el año anterior, todas las contribuciones compensatorias deben hacerse a una cuenta Roth en dólares después de impuestos.



En línea
Visite Principal.com



Teléfono
800-547-7754 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 10:00 p.m. hora del este



ESOP: ¿Y yo qué gano? ¡Es gratis!

Nuestro Plan de propiedad de acciones para empleados (ESOP) es un beneficio de jubilación que libera acciones de Preferred Pump & Equipment a las cuentas de los empleados cada año. La magnitud del beneficio ESOP que disfrutará está ligada al rendimiento a largo plazo de nuestra empresa. Esta estructura propiedad de los empleados le brinda estas ventajas:

No paga por nuestro ESOP

Los empleados que trabajan al menos 1,000 horas al año y siguen siendo empleados de Preferred Pump ganan contribuciones anuales de acciones de la empresa en sus cuentas ESOP. No paga las asignaciones de ESOP de su propio bolsillo. Este es un beneficio adicional que Preferred Pump & Equipment paga en su totalidad.

ESOP y 401(k) funcionan bien juntos

Es importante seguir haciendo sus propias contribuciones a nuestro plan 401(k) pues esto proporciona una base diversificada para su jubilación. El ESOP agrega un componente único de creación de riqueza que la mayoría de los trabajadores estadounidenses no tienen.

Es probable que los empleados en los Estados Unidos que tienen un ESOP tengan 2.2 veces más ahorros para la jubilación que aquellos que trabajan en una empresa sin propiedad de los empleados. Parte de esto se debe a que estas empresas tienden a tener un 401(k) más un ESOP. Los dos planes funcionan bien juntos porque crecen de maneras muy diferentes. El 401(k) fluctúa con los mercados públicos o las inversiones que elija. Nuestro ESOP cambia según el rendimiento de Preferred Pump & Equipment.

Las cuentas ESOP pueden crecer como ninguna otra jubilación

Las cuentas ESOP tienden a comenzar muy pequeñas y crecen con el tiempo. La cuenta cambia debido a dos factores:

1. Asignaciones anuales
2. Cambios en el valor. El valor de las acciones de un ESOP puede cambiar muy rápidamente porque son acciones de una empresa. Si bien no hay garantías con el valor de las acciones, el potencial es tremendo en una empresa saludable como la nuestra. Cuando una empresa paga el dinero prestado de la adquisición original y continúa funcionando, se vuelve más valioso y hace que crezca el valor de ESOP.

Usted es recompensado por el éxito de la empresa

El ESOP se creó para recompensar a los empleados y mantener a Preferred Pump & Equipment durante muchos años en el futuro. La historia de nuestra empresa ha demostrado que una cultura positiva, divertida y alentadora combinada con un excelente servicio al cliente es una receta para el éxito. Si se enorgullece de su trabajo, cuida nuestro negocio y hace de nuestro servicio al cliente su principal prioridad, está haciendo las cosas que aumentan el valor de nuestro ESOP.

Pasos para recibir las recompensas de ESOP

Esto significa que nuestros empleados reciben un beneficio de jubilación adicional: nuestro Plan de propiedad de acciones para empleados (ESOP). A continuación se detallan los pasos básicos para ganar recompensas ESOP:

1. **Ingrese al plan.** No tiene que inscribirse en el ESOP. Es elegible automáticamente después de haber trabajado en nuestra compañía al menos 12 meses (mínimo 1,000 horas en ese año) y tener al menos 20 años y medio de edad. Después de cumplir esos requisitos, ingresa al plan el próximo 1 de enero o 1 de julio. Una excepción: aquellos que reunieron estos requisitos en el primer año el 12/31/19, ingresaron al plan retroactivamente el 1/1/19. Una vez que ingresa, su cuenta puede recibir contribuciones.
2. **Gane contribuciones.** Usted no paga por nuestro ESOP. Su cuenta recibirá una contribución cada año si trabajó al menos 1,000 horas en el año calendario y sigue siendo nuestro empleado el 31 de diciembre. Esta contribución pagada por la empresa se asigna en función de su compensación W-2 como una proporción de la compensación de todos los participantes. Mientras más años trabaje para PPE, más acciones podrá acumular.
3. **Adquiera el derecho.** Como la mayoría de los beneficios de jubilación, nuestro ESOP requiere que trabaje una cantidad de años para obtener el derecho a llevarse el valor total cuando sea elegible para una distribución. Usted gana un 20 % de adquisición de derechos por año a partir del 2.º año. Después de seis años completos, adquiere el 100 % de su cuenta. Un año de servicio adquirido es cualquier año calendario en el que trabaja 1000 horas o más.
4. **Aumento del valor de las acciones.** El valor de las acciones asignadas a su cuenta cambiará una vez al año, según una valoración independiente. Puede subir o bajar. Nuestro valor inicial por acción es muy bajo porque nuestro ESOP compró las acciones con dinero prestado. A medida que PPE pague la deuda de adquisición y siga teniendo un buen desempeño, anticipamos un crecimiento significativo en el valor. El desempeño de su trabajo (trabajar de manera segura, mantener excelentes relaciones y enfocarse en un servicio sobresaliente) afecta directamente la salud de nuestro negocio y, a su vez, el valor de su beneficio ESOP.
5. **Reciba una distribución.** Nuestro ESOP es una parte de los beneficios de jubilación. Recibe el valor justo de mercado de la cuenta después de jubilarse o dejar el empleo. Si se va antes de jubilarse a los 65 años de edad, puede haber un período de espera antes de que pueda solicitar su distribución con derechos adquiridos.

Esta hoja informativa brinda información básica sobre las reglas de nuestro Plan de propiedad de acciones para empleados (ESOP). Al tomar decisiones sobre sus beneficios, consulte la Descripción resumida del plan o el Documento del plan ESOP para obtener detalles específicos.

Avisos obligatorios

DIVULGACIÓN DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE

No necesita autorización previa de la compañía ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se le solicite al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos, lo que incluye obtener una autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado con anterioridad o procedimientos para hacer derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, visite el sitio web de su aseguradora.

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER

Si se sometió o se va a someter a una mastectomía, puede que tenga derecho a determinados beneficios conforme a la Ley de derechos sobre el cáncer y la salud de la mujer de 1998 (WHCRA). A las personas que reciban beneficios en relación con una mastectomía se les dará cobertura de la forma en que se determine en consulta con el paciente y el médico que lo atiende, para lo siguiente:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica;
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, entre ellas, los linfedemas.

Estos beneficios se brindarán sujetos a los mismos deducibles y coseguro correspondientes a los demás beneficios médicos y quirúrgicos que se dan bajo este plan. Consulte la descripción resumida del Plan para obtener detalles sobre el deducible, el porcentaje de beneficio y los requisitos de copago del Plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios del empleador, comuníquese con Recursos Humanos.

LEY DE PROTECCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y LA MADRE

En general, los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud no pueden, en virtud de la ley federal, restringir los beneficios de hospitalización en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto natural o menos de 96 horas después de una cesárea. No obstante, la ley federal no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, darle de alta a ella o a su bebé antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y las aseguradoras no pueden, conforme a la ley federal, solicitar que un proveedor obtenga la autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una duración de la hospitalización inferior a las 48 o 96 horas.

AVISO DE LA HIPAA ACERCA DE LOS DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Usted y sus dependientes pueden inscribirse en algunas coberturas de este plan sin esperar al próximo período de inscripción abierta. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes.

Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura bajo un programa estatal de seguro médico infantil está vigente, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus

dependientes en virtud de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico infantil.

Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) pasan a ser elegibles para un subsidio estatal de ayuda con la prima de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico infantil con respecto a la cobertura de este plan, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para recibir dicha asistencia. Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Recursos Humanos.

AVISO DE LA HIPAA SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE PHI

HIPAA impone numerosos requisitos a los planes de salud de los empleadores con respecto al uso y la divulgación de información médica individual.

Esta información, conocida como información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés), incluye prácticamente toda la información médica identificable individualmente que está en poder de un plan de salud, ya sea recibida por escrito, en un medio electrónico o como comunicación oral. Este aviso describe las prácticas de privacidad del Plan de Beneficios para Empleados (referido en este aviso como el Plan), patrocinado por la Compañía (en adelante, el patrocinador del plan). El Plan está obligado por ley a resguardar la privacidad de su información médica y a proporcionarle este aviso de las obligaciones legales y prácticas de privacidad del Plan con respecto a su información médica. Es importante tener en cuenta que estas reglas rigen sobre el Plan, no el patrocinador del plan como empleador.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida mantenida por y para el Plan para la inscripción, el pago, las reclamaciones y la gestión de casos. Si cree que su información médica protegida es incorrecta o está incompleta, puede solicitar al departamento de Recursos Humanos que modifique la información. Para obtener una copia completa del Aviso de prácticas de privacidad que describe cómo se puede usar y divulgar su información médica protegida y cómo puede obtener acceso a la información, comuníquese con Recursos Humanos.

AVISO IMPORTANTE SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

Lea este aviso detenidamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con la Compañía y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no incorporarse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando hacerlo, debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y su 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 de los lugares que lo pueden ayudar a decidir su cobertura de medicamentos por receta.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la de medicamentos por receta de Medicare.

1. La cobertura de medicamentos por receta de Medicare se puso a disposición de todos los que tuvieran Medicare en el 2006. Puede conseguir esta cobertura si se incorpora a un plan de medicamentos por receta de Medicare o a un plan Medicare Advantage (como un plan HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos por receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes pueden ofrecer

Avisos obligatorios (continuación)

- también más cobertura por una prima mensual más alta.
2. La Compañía ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece su empleador pague, en promedio, para todos los participantes del plan, tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Dado que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede quedarse con ella y no pagar ninguna prima mayor (recargo) cuando decida incorporarse al plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede incorporarse a un plan de medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez durante un período de inscripción inicial de siete meses. Ese período comienza tres meses antes de cumplir 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y continúa durante los tres meses siguientes. Puede inscribirse del 15 de octubre al 7 de diciembre. Su cobertura comenzará el 1 de enero.

Sin embargo, si perdió su actual cobertura acreditable de medicamentos recetados, 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 inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura con la compañía puede verse afectada o no. Para la mayoría de las personas cubiertas por el plan, el plan pagará primero los beneficios de medicamentos recetados y Medicare determinará sus pagos en segundo lugar. Para obtener más información sobre qué programa paga primero y qué programa paga después, consulte la descripción resumida del plan o comuníquese con Medicare al número de teléfono o la dirección web que se indican aquí.

Si decide no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancela su cobertura actual de la Compañía, tenga en cuenta que usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura hasta que se abra la inscripción o en caso de un evento de inscripción especial.

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con la Compañía 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 se mantiene 63 días seguidos o más sin una cobertura fidedigna de medicamentos por receta, es posible que su prima mensual sea al menos 1% mayor que la prima básica del beneficiario de Medicare, por cada mes que no tuvo cobertura. Por ejemplo, si estuvo diecinueve meses sin una cobertura fidedigna, puede que su prima sea, en correspondencia, un 19% mayor que la prima básica del beneficiario de Medicare. Tendrá que pagar esta prima mayor (recargo) mientras tenga la cobertura de medicamentos por receta de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

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

En el manual "Medicare y Usted" encontrará información detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura

de medicamentos recetados. Medicare le enviará por correo una copia del manual todos los años. Es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

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

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su programa estatal de asistencia para seguros médicos (vea los números de teléfono en la contraportada de su manual "Medicare y Usted") para ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Las personas que utilizan dispositivos TTY deberá llamar al 1-877-486-2048.

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

DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA SEGÚN COBRA

Usted recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla. Cuando sea elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. El derecho a la continuación de la cobertura en virtud de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando, de otro modo, finalizaría la cobertura de salud grupal.

Para obtener información adicional sobre sus derechos y obligaciones en virtud del plan y la ley federal, debe revisar la descripción resumida del plan o comunicarse con Recursos Humanos.

¿Qué es la continuación de la cobertura en virtud de COBRA?

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando de otro modo terminaría debido a un evento de vida. Esto también se llama un "evento elegible". Los eventos elegibles específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un acontecimiento elegible, se debe ofrecer la continuación de la cobertura de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario elegible". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios elegibles si se pierde la cobertura del Plan debido al acontecimiento elegible. Según el plan, los beneficiarios elegibles que opten por la continuación de la cobertura en virtud de COBRA tienen derecho a mantener su cobertura.

Si es empleado, será un beneficiario elegible si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- Sus horas de trabajo se reducen, o
- Su empleo finaliza por algún motivo que no está relacionado con mala conducta.

Si usted es cónyuge de un empleado, pasará a ser un beneficiario elegible si pierde su cobertura del plan debido a los siguientes acontecimientos elegibles:

Avisos obligatorios (continuación)

- Su cónyuge muere;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge finaliza por algún motivo que no está relacionado con mala conducta;
- Su cónyuge se inscribe en los beneficios de Medicare (en la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios elegibles si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos elegibles:

- El progenitor-empleado muere;
- Las horas de trabajo del progenitor-empleado se han reducido;
- El empleo del progenitor-empleado finaliza por algún motivo que no está relacionado con mala conducta;
- El progenitor-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los progenitores se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura en virtud del plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura según COBRA?

El plan ofrecerá la continuación de cobertura según COBRA a los beneficiarios elegibles solo después de que el administrador del plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento elegible. El empleador debe notificar al administrador del plan los siguientes eventos elegibles:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- Muerte del empleado; o
- El empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas)

Aviso obligatorio

Debe dar aviso de algunos eventos elegibles y, para los otros eventos elegibles (divorcio o separación legal del Empleado y su cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días de ocurrido el evento. Comuníquese con su empleador y/o administrador de COBRA para conocer los procedimientos para este aviso, incluida una descripción de cualquier información o documentación requerida.

¿Cómo se proporciona la cobertura según COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba el aviso de que ha ocurrido un evento elegible, se ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios elegibles. Cada beneficiario elegible tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos elegibles, o un segundo evento elegible durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

Este período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA puede extenderse de la siguiente manera:

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de continuación de la cobertura según COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el plan está discapacitado y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA por un máximo de 29 meses.

La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA.

Extensión por el segundo evento elegible del período de 18 meses de continuación de la cobertura

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando su familia tiene otro evento elegible durante los 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses más de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si el Plan es debidamente notificado sobre el segundo evento elegible. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que obtenga la continuación de la cobertura según COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible para el plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento elegible hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura del plan si no hubiera ocurrido el primer evento elegible.

Si tiene preguntas

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de continuación de la cobertura en virtud de COBRA deben dirigirse al contacto o los contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y de Atención Médica Asequible, y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Employee Benefits Security Administration (EBSA) (Administración de Protección de Beneficios a los Empleados) del Departamento de Trabajo de EE. UU. o visite www.dol.gov/ebsa. (En el sitio web de EBSA puede encontrar las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA).

Informe a su plan los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, debe informar a su empleador el cambio de dirección. Debe conservar una copia, para sus registros, de toda notificación que envíe.

Información de contacto del plan

Comuníquese con su empleador para obtener el nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte responsable de administrar su continuación de la cobertura de COBRA.

Nuevas opciones de cobertura del mercado de seguros médicos y su cobertura médica

PARTE A: información general

Una de las disposiciones clave de la ley de atención médica fue una nueva forma de comprar un seguro médico: el mercado de los

Avisos obligatorios (continuación)

seguros médicos. Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el mercado y la cobertura médica basada en el empleo que ofrece su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece “un solo lugar” para encontrar, comparar opciones y comprar seguro médico privado. También puede ser elegible para cierto tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta a la cobertura de seguro médico a través del Mercado comienza en noviembre de cada año y la cobertura cobra vigencia a partir del 1 de enero.

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

Puede ser elegible para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros de primas a través del mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica de su empleador que cumple con ciertos estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que le convenga inscribirse en el plan médico de su empleador. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduce su prima mensual o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no ofrece cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (pero a ningún otro miembro de su familia) es más del 9.8 % de los ingresos de su hogar para el año, o si la cobertura que brinda su empleador no alcanza el “valor mínimo” establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, puede ser elegible para un crédito fiscal.

Nota: si compra un plan médico a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica ofrecida por su empleador, entonces puede perder la contribución del empleador (si corresponde) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador, así como su contribución de empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluyen de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del mercado se hacen después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

El mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite www.HealthCare.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea para la cobertura de seguro médico.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (“HIPAA”) es un programa federal que reglamenta el uso y divulgación de todo registro médico y otra información médica identificable individualmente en cualquier formato, ya sea electrónico, en papel u oral, y garantiza la debida confidencialidad. Esta Ley le otorga importantes derechos nuevos para comprender y controlar cómo se usa su información de salud. La Ley HIPAA aplica sanciones a las entidades cubiertas que hagan un uso indebido de la información personal de salud.

En cumplimiento de la Ley HIPAA, hemos preparado esta explicación sobre cómo debemos mantener la privacidad de su información médica y cómo podemos usar y divulgar su información médica. Podemos usar y divulgar sus registros médicos solo para los fines que se enumeran a continuación: operaciones de tratamiento, pago y atención médica.

- El “tratamiento” implica la prestación, coordinación o administración de la atención médica y los servicios relacionados por parte de uno o más proveedores de atención médica. Un ejemplo es la gestión de casos.
- El “pago” implica las actividades tales como la obtención del reembolso de los servicios, la confirmación de la cobertura, la facturación o cobro y la revisión de la utilización. Un ejemplo es la adjudicación de un reclamo y el reembolso a un proveedor por una visita al consultorio.
- Las operaciones de atención médica incluyen los aspectos comerciales del funcionamiento de nuestro plan de salud, como la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad, funciones de auditoría, análisis de administración de costos y servicio al cliente.

También podemos crear y distribuir información médica anónima al eliminar todas las referencias a información de identificación individual.

Es posible que nos comuniquemos con usted para brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Cualquier otro uso y divulgación se hará únicamente con su autorización por escrito. Puede revocar dicha autorización por escrito y estamos obligados a honrar y acatar esa solicitud por escrito a partir de ese momento, pero dicha revocación no regirá sobre las medidas que hayamos tomado con anterioridad cuando contábamos con su autorización. Tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida, que puede ejercer presentando una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información médica protegida, incluidas las restricciones relacionadas con divulgaciones a familiares, otros parientes, amigos personales cercanos o cualquier otra persona que usted identifique. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada, a menos que la solicitud se haga para restringir la divulgación a la aseguradora con el fin de realizar operaciones de pago o de atención médica (y no con el fin de llevar a cabo un tratamiento), y la protección de la información médica se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual usted pagó de su bolsillo en su totalidad. Si aceptamos una restricción, debemos cumplirla a menos que usted acepte por escrito revocarla.

- El derecho a hacer solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida por parte nuestra a través de medios alternativos o en lugares alternativos.
- El derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida.
- El derecho a modificar su información médica protegida.
- El derecho a recibir un informe de divulgaciones no rutinarias de información médica protegida.
- Tenemos la obligación de proporcionarle y usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nuestra parte al menos cada tres años.

Avisos obligatorios (continuación)

La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica protegida y proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida.

Este aviso entra en vigor el 20 de mayo de 2011 y estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso de prácticas de privacidad vigente actualmente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y de hacer efectivas las disposiciones del nuevo aviso para toda la información médica protegida que mantenemos. Publicaremos y usted puede solicitar una copia escrita del Aviso de prácticas de privacidad actualizado de esta oficina.

Puede presentar un recurso si cree que se han violado sus protecciones de privacidad. Tiene derecho a presentar una queja formal por escrito ante nosotros en la dirección a continuación o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, sobre violaciones de las disposiciones de este aviso o las políticas y procedimientos de nuestra oficina. No se tomarán represalias por presentar una queja.

Para obtener más información sobre HIPAA o presentar una queja:

The U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Ave, S.W. Washington, D.C. 20201
(202) 619-0257
Número gratuito: 1-877-696-6775

Aviso sobre ayuda con la prima mediante Medicaid y el Programa de seguro médico infantil (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de ayuda para que pueda pagar la cobertura a través de 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 ayuda con las primas, pero puede comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se indican a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si la ayuda con la prima está disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, llame al 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar una solicitud. Si es elegible, pregunte en su estado si hay algún programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para una ayuda con la prima mediante Medicaid o CHIP, así como elegibles para el plan de su empleador, este último debe permitirle inscribirse en su plan si todavía no lo ha hecho. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura en los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para recibir ayuda con la prima. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede que sea elegible para ayuda con vista a pagar las primas del plan de salud de su empleador. La lista de estados siguiente se actualizó el 31 de julio de 2020. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447
ALASKA – Medicaid
Sitio web del programa de pago de primas del seguro médico de AK: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/mcicaid/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
COLORADO – Health First Colorado (programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/TRS estatal 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/TRS estatal 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
FLORIDA – Medicaid
Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext. 2131
CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAU_cont.aspx Teléfono: 916-440-5676
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)
Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
KANSAS – Medicaid
Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm Teléfono: 1-800-792-4884
KENTUCKY – Medicaid
Sitio web del programa de pago de primas de seguro de salud integrado de Kentucky (KI-HIPP) https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihhip.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov

Avisos obligatorios (continuación)

LOUISIANA – Medicaid
Sitio web: www.medicaid.la.gov o 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.maine.gov/dhhs/ofl/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: TRS de Maine 711 Sitio web de la prima del seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofl/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: TRS de Maine 711
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ Teléfono: 1-800-862-4840
MINNESOTA – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739
INDIANA – Medicaid
Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584
MONTANA – Medicaid
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084
NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218
NEW JERSEY – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710
NEW YORK – Medicaid
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100
MISSOURI – Medicaid
Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
OREGON – Medicaid
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462
RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa de Rte Share)
SOUTH CAROLINA – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
SOUTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid
Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
NORTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825
UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT – Medicaid
Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.coverva.org/hipp/ Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-855-242-8282
WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
WEST VIRGINIA – Medicaid
Sitio web: http://mywvhipp.com/ Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid and 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

Información de contacto

Contacto	Título	Número de teléfono	Correo electrónico
Delia Flores-Velazquez	Especialista en beneficios	817-413-2681	dfloresvelazquez@preferredpump.com

¿Tiene más preguntas sobre sus beneficios?

El equipo de HUB está a su disposición para ayudarle en todo lo que necesite sobre sus beneficios. Su administrador de cuenta designado es un experto en lo que respecta a su paquete de beneficios y puede ayudarle con lo siguiente:

- ✓ Elección del plan de beneficios
- ✓ Presentación de reclamaciones
- ✓ Apelación de reclamaciones
- ✓ Redes de proveedores
- ✓ Eventos de vida elegibles
- ✓ ¡Y mucho más!

HUB ofrece una línea directa para todas las reclamaciones y preguntas relacionadas con los beneficios de los empleados. Puede enviar sus preguntas por correo electrónico o llamar para hablar con un representante. Un miembro del equipo de HUB responderá su consulta lo antes posible.

Contacto	Título	Número de teléfono	Correo electrónico
Shara Coufal	Ejecutiva de cuentas	817-529-5351	shara.coufal@hubinternational.com
Hannah Bowden	Gerente de cuentas	817-820-8127	hannah.bowden@hubinternational.com
Matthew Hawkins	Asesor de beneficios	817-529-5366	matthew.hawkins@hubinternational.com
Mark Grace	Asesor de beneficios	817-529-5353	mark.grace@hubinternational.com
April Harris	Especialista en reclamaciones	817-529-5328	april.harris@hubinternational.com
Allie Delgado	Representante bilingüe	817-529-5334	allie.delgado@hubinternational.com
Pablo Faidley	Medicare	817-529-5337	paul@gusbatesfinacial.com
Hunter Anderson	Medicare	817-529-5321	hunter@gusbatesfinacial.com

Consulte la información proporcionada a continuación cuando necesite comunicarse con uno de sus proveedores de beneficios.

Plan	Proveedor del plan y Número de grupo	Número de teléfono	Sitio web
Plan médico	United Healthcare 933006	844-638-8697	www.myuhc.com
Cuenta de ahorros para gastos de salud (HSA)	WEX	866-451-3399	www.wexbenefitsyou.com
Plan odontológico	United Healthcare 933006	877-816-3596	www.myuhc.com
Plan oftalmológico	VSP 30027869	800-877-7195	www.vsp.com
Seguro de vida	Prudential 70927	800-524-0542	www.prudential.com/mybenefits
Discapacidad	Prudential 70927	800-842-1718	www.prudential.com/mybenefits
Accidentes	Prudential	844-455-1002	www.prudential.com/mybenefits
Indemnización por hospitalización	Prudential	844-455-1002	www.prudential.com/mybenefits
Enfermedad grave	Prudential	844-455-1002	www.prudential.com/mybenefits
LegalShield, IDShield	LegalShield Phil Ernest	817-269-2653	www.legalshield.com/info/preferredpump
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	Alliance Work Partners	800-343-3822	www.awpnow.com
Jubilación/401(k)	Principal 732240	800-547-7754	principal.com
Recursos del centro	HUB	817-335-9547	

