

GUÍA DE BENEFICIOS

Extended Stay America

2025





O M I N I M U M

Indice...

Cuándo Inscribirse y Períodos de Espera.....	3
Cómo Inscribirse.....	4
Elegibilidad.....	4
New Benefits In 2025!.....	6
Health Advocate.....	8
Know Your Benefit Resources!.....	9
Dejar De Fumar.....	10
Cómo ser Un Buen Consumidor.....	11
Seguro Medico.....	12
Seguro Dental.....	28
Seguro Visión.....	30
Cuentas de Gastos Flexible.....	31
Beneficios para Viajeros.....	33
Seguro de Vida.....	34
Seguro de Discapacidad.....	36
Política de Baja Paternal Paga.....	38
401(K) PLAN.....	39
Programa de Asistencia Al Empleado (EAP).....	40
Seguro de Hogar y Auto.....	41
Seguro Legal.....	42
Seguro de Mascotas.....	43
Aetna Vital Savings.....	44
¿Que Sucede Si Tiene Un Evento Calificado De Vida?.....	45
¿Que Pasa Si Termina Su Empleo?.....	46
¿Que Sucede Si Cambio De Tiempo Completo A Tiempo Parcial?.....	47
Employment Verification.....	48
Preguntas Frecuentes (FAQs).....	49
Glosario de Términos.....	51
Contactos.....	52
Sumario de Beneficios y Cobertura (SBC).....	54
Aviso ACA de Cobertura del Mercado de Seguro.....	76
Notificaciones Legales.....	81

BIENVENIDO A SUS BENEFICIOS

iESA Management está encantada de tenerte en nuestro equipo!

En ESA, creemos que nuestros asociados son lo que nos separa de la competencia. Son nuestros asociados quienes dan vida al propósito y los valores fundamentales de la ESA todos los días cuando se sirven unos a otros, a nuestros huéspedes y a otros, como las comunidades en las que operamos. Es por eso que nos esforzamos por poner los intereses de usted y su familia a la vanguardia de todo lo que hacemos.

Esta guía de beneficios está destinada a proporcionarle información sobre los beneficios que están disponibles en nuestra empresa.

MANTÉNGASE SEGURO

Los programas de beneficios de salud, bienestar y jubilación de la ESA son una parte esencial de la vida de nuestros asociados. Por lo tanto, estamos comprometidos a ofrecer programas de beneficios diseñados competitivamente y a precios asequibles al comprometernos con algunos de los proveedores de atención médica y complementarios de la más alta calidad. Asegúrese de leer sobre Health Advocate para comprender las muchas maneras en que pueden ayudarlo a comprender las ofertas de beneficios de la ESA mientras usted y los miembros de su familia navegan por el complicado mundo de la atención médica.

MANTENTE BIEN

Nunca subestimes el poder del bienestar. Cada uno de nosotros tiene la responsabilidad de asegurar su salud física, social, mental, emocional y financiera. En la ESA, ofrecemos muchos recursos a nuestra disposición para ayudarlo en este sentido. Utilice esta guía para aprender cómo acceder y aprovechar estos recursos para abordar cualquier necesidad que usted o sus compañeros asociados puedan tener, ya sea ahora o en el futuro y asegúrese de estar atento a nuestros íconos de StayWell en las comunicaciones durante todo el año.

Gracias por tomarse el tiempo para estar informado y explorar cuáles de los muchos programas de la ESA son beneficiosos para usted y su familia.

Saludos cordiales,

Greg Juceam
Presidente y CEO

Mike Moore
Director de Recursos Humanos



This guide describes the benefit plans and policies available to you as an associate(s) of the company. The details of these plans and policies are contained in the official plan and policy documents. This guide is only meant to cover the major points of each plan or policy. It doesn't contain all of the details that are included in the Summary Plan Description (SPD). If there is a conflict between this Guide and the official Plan Documents, the Plan Document governs.

CÓMO INSCRIBIRSE

Todos los empleados deben conectarse en línea para inscribirse o declinar cada tipo de beneficio. Instrucciones detalladas acerca de cómo realizar su inscripción en myADP, están localizadas en

The Lobby e incluidas en la sección titulada Guía de Entrenamiento de myADP en esta guía.

ACCION REQUERIDA

Usted debe inscribirse a través del portal en línea de myADP al <https://my.adp.com/>. Si eres primeramente elegible y no te inscribes dentro de 31 días, perderás los beneficios.

ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS

Los empleados son elegibles para participar en los programas grupales de beneficios (ver la tabla en la página que sigue).

- Usted puede inscribir a los siguientes dependientes:
 - Su cónyuge legal
 - Su cónyuge es elegible para cobertura médica y dental de ESA si no tiene acceso a cobertura a través del empleador de él.

Certificado de matrimonio tiene que ser proporcionado

- Hijos dependientes menores de 26 años de edad
 - Hijos dependientes incluyen hijos naturales; hijastros; niños legalmente adoptados; niños de crianza o colocados con Usted para adopción; niños en su cuidado de acuerdo con una orden judicial y niños por los cuales Usted es el guardián legal.
 - Su niño soltero de cualquier edad que es totalmente discapacitado y un dependiente tributario en su declaración de impuestos. Documentación de estado de discapacidad tiene que ser proporcionado.

Certificado de nacimiento o documentación de adopción o tutela debe ser proporcionado para cada hijo.

Dependientes que NO SON elegibles para participar incluyen:

- Nietos, sobrinas, sobrinos u otros niños que no cumplen con las especificaciones mencionadas arriba
- Pareja doméstica
- Ex-cónyuge
- Padres, padrastos, abuelos, tias, tios, u otro miembro familiar que no es un dependiente legal calificado

CUÁNDO INSCRIBIRSE Y PERÍODOS DE ESPERA

Beneficios - Tiempo completo	Cuándo inscribirse	Período de espera para elegibilidad
Seguro Médico / Medicamentos Cuenta de Ahorro de Salud Seguro Dental Seguro de Visión Cuentas de Gastos Flexibles Seguro de Vida Suplementario Seguro de Vida para Dependientes Discapacidad a Corto Plazo Discapacidad a Largo Plazo Seguro de Discapacidad Adicional Seguro de Mascota Seguro Legal	Dentro de 31 días de la fecha de contratación o, cambio de estado desde tiempo	1er día del mes después de completar 60 días de empleo a tiempo completo
Seguro Básico de Vida con MA&D Discapacidad a Largo Plazo - Básico	Usted es automáticamente inscrito por la compañía	1er día del mes después de completar 60 días de empleo a tiempo completo
Health Advocate Service	Usted es automáticamente inscrito por la compañía	No hay período de espera
Programa de Asistencia al Empleado	Usted es automáticamente inscrito por la compañía	No hay período de espera
Plan de Jubilación 401k	En cualquier momento después de la fecha de contratación	Contribución del empleado: no hay período de espera Contribución Discrecional del Empleador: 6 meses
Vital Savings de Aetna*	En cualquier momento después de la fecha de contratación	No hay período de espera
Beneficios - Tiempo parcial	Cuando Inscribirse	Período de espera para elegibilidad
Seguro de Visión Seguro de Mascota Seguro Legal	Dentro de 31 días de su fecha de contratación	1er día del mes después de completar 60 días de empleo a tiempo completo
Programa de Asistencia al Empleado	Usted es automáticamente inscrito por la compañía	No hay período de espera
Vital Savings de Aetna	En cualquier momento después de la fecha de contratación	No hay período de espera
Plan de Jubilación 401k	En cualquier momento después de la fecha de contratación	Contribución del empleado: no hay período de espera Contribución Discrecional del Empleador: 6 meses

*Los empleados de tiempo completo no pueden participar si están inscritos en un plan médico de Aetna.

Una vez elegible, las contribuciones equivalentes se agregan a su cuenta por cheque de pago junto con sus contribuciones personales.



NEW BENEFITS IN 2025!

Healthee

Nos complace anunciar que nos hemos asociado con Healthee para que pueda elegir sus planes con confianza y navegar por su atención médica con facilidad. Esto es lo que puede esperar con Healthee:

Personalized recommendation system to help you

- Sistema de recomendaciones personalizado para ayudarlo elegir los mejores planes para sí mismo y su familia
- Acceso simplificado a la información sobre beneficios de salud, incluidos los costos

Herramientas para ayudarlo aprovechar al máximo su plan de salud:

- Asistente virtual y soporte mejorado para responder todas sus preguntas en cualquier momento
- Todo lo que necesitas a la hora de encontrar un proveedor
- Telesalud las 24 horas, los 7 días de la semana a un costo de \$0, incluida la salud mental, para los asociados inscritos en un plan médico de ESA

Health Advocate EAP

Nos complace anunciar que a partir de 2025, Health Advocate será nuestro nuevo proveedor del Programa de Asistencia al Empleado (EAP). Health Advocate se dedica a brindar apoyo emocional compasivo cuando más lo necesita. Sus administradores de atención y médicos clínicos ofrecen asesoramiento personalizado sobre una amplia gama de problemas de salud mental y bienestar. Ya sea que necesite ayuda con el estrés, el equilibrio entre el trabajo y su vida personal o los desafíos personales, están aquí para adaptar su apoyo a sus necesidades. Con la aplicación móvil o el sitio web de Health Advocate, puede acceder fácilmente:

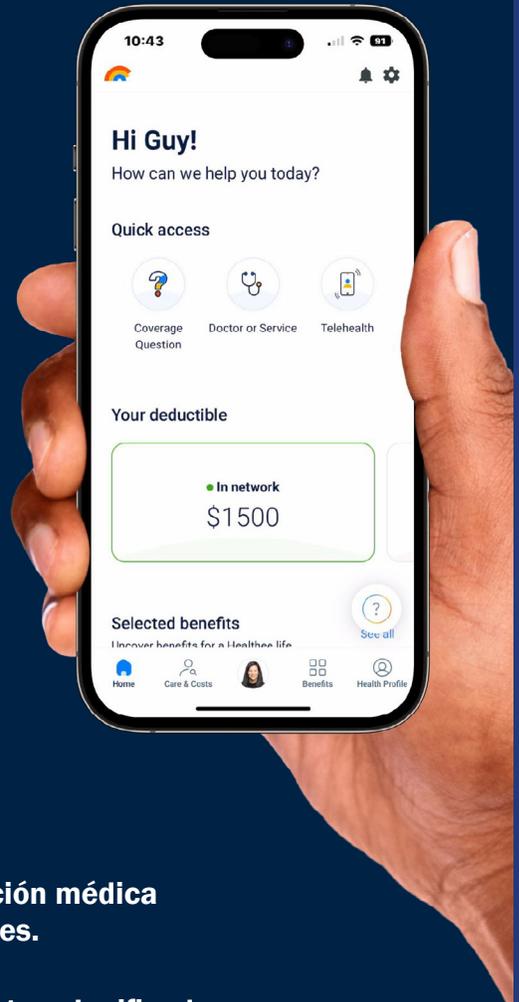
- Evaluaciones y listas de verificación personalizadas
- Asesoramiento y coaching en línea
- Navegación instantánea a terapia digital
- Centro legal específico del estado
- Recursos de aptitud financiera
- Acceso virtual a consejeros, entrenadores y otros expertos
- Apoyo laboral/personal, que incluye atención a personas mayores, cuidado de niños, apoyo para la reubicación y más





Una plataforma unificada para todas tus necesidades de atención médica

Diseñada para simplificar y reducir los costos de los beneficios de salud para los empleados, Healthee está disponible tanto como una aplicación web como móvil. Los empleados inscritos en un plan médico ESA tienen acceso a Healthee. Los empleados no inscritos pueden usar Healthee para acceder a sus tarjetas de identificación digitales.



Haz un seguimiento de todos tus gastos de atención médica fácilmente con widgets actualizados de deducibles.



Calcula el costo de tu atención médica para eventos planificados y no planificados, como limpiezas dentales y visitas a urgencias, mucho antes de llegar a la sala de espera.



Accede a tus tarjetas de identificación médica, dental y de visión en cualquier momento, directamente desde tu teléfono.



Encuentra doctores mejor calificados en tu área que acepten tus planes de seguro.



Reserva citas en línea sin necesidad de hacer una llamada.



Accede a un equipo de conserjería en vivo de beneficios que puede resolver todas tus preguntas técnicas y de atención médica.



- 1 Regístrate en Healthee con tu correo electrónico del trabajo.
- 2 Start benefit and getting Healtheeier!



Igual que Usted puede tener a un contador que lo ayuda a preparar sus impuestos, o un consejero financiero para ayudarlo a ahorrar y planificar para su jubilación; Usted se puede preguntar, ¿dónde puedo encontrar un experto para ayudarme con las muchas complejidades del cuidado de salud?

ESA ofrece este recurso a través de un terciario Health Advocate, sin ningún costo para Usted.

¿Quién es Health Advocate? Health Advocate es un servicio de defensoría especializado que emplea enfermeras y expertos de beneficios que son apoyados por profesionales clínicos. Este servicio será su asistente personal de salud para ayudar con los desafíos relacionados con beneficios.

¿Por qué tomar ventaja de los servicios de Health Advocate? Son independientes, no están asociados con ninguna de las aseguradoras de los beneficios de ESA. El servicio es confidencial y, tienen la habilidad de ayudarlo navegar el mundo complejo de cuidado de salud y de seguro de salud.

¿Qué tipo de asistencia es proporcionada? ¿No logra comprender una factura médica? ¿Busca ayuda con un diagnóstico? ¿Necesita encontrar a un médico primario o especialista? ¿Necesita ayuda con la programación de consultas? Health Advocate está aquí para ayudarlo con la pesquisa. Algunos de los servicios que proporcionan incluyen:

- Explicación de los programas y las opciones de beneficios de ESA de los que usted dispone.
- Resolver cuestiones de reclamaciones y facturas médicas
- Programar consultas y transferencia de historiales médicos
- Explicación de condiciones médicas complejas
- Coordinar cuidado y programar consultas de seguimiento
- Explicación de condiciones médicas y los nuevos tratamientos
- Asegurar segundas opiniones
- Aclarar beneficios y obtener aprobación para servicios cubiertos
- Encontrar opciones para servicios que no están cubiertos
- Estimación del costo de un procedimiento médico y negociación de pagos
- Obtener ayuda con el cuidado de ancianos para miembros de su familia e orientación de Medicare

¿Quién puede llamar a Health Advocate?

- Empleados elegibles para beneficios
- Sus cónyuges
- Sus hijos dependientes
- Sus padres
- Sus suegros

Health Advocate te ayuda a ser un mejor consumidor de salud.

LLame (866) 695-8622 (12/31/2024)

(866) 799-2728 (1/1/2025)

Email: answers@HealthAdvocate.com

O visite el sitio web en:

www.HealthAdvocate.com/member

¡CONOZCA SUS RECURSOS DE BENEFICIOS!

ESA les proporciona Healthee y Health Advocate para ayudarlo tomar las mejores decisiones de beneficios para sí mismo y su familia. La tabla a continuación describe las diferencias entre estos recursos valiosos.



Healthee

Healthee

- Revisar la Galería de Beneficios
- Explorar Opciones de Cobertura Personalizadas
- Reservar Citas en Línea
- Transparencia de Costos (médicos y servicios)
- Revisar las Calificaciones de Calidad de Proveedores
- Herramienta de Comparación de Planes



Health Advocate

- Responder preguntas y resolver reclamos (EOBs)
- Revisar Opciones de Tratamiento
- Soporte para Toma de Decisiones Médicas
- Revisar y Negociar Facturas Médicas
- Coordinar la atención y servicios clínicos con médicos
- Ayudar a prepararse para visitas al médico, revisar resultados y planificar atención futura



DEJAR DE FUMAR

Podemos ayudarle a dejar el tabaco

No importa qué tipo de producto de tabaco use, el Programa para dejar de fumar de Health Advocate puede ayudarle a tomar el control de su hábito para siempre sin costo alguno para usted. A través del programa, tiene acceso al apoyo telefónico de un entrenador, quien lo ayudará a desarrollar un plan personalizado para dejar de fumar que sea adecuado para usted. Para ser elegible, debe estar inscrito en el plan de Aetna Medical.

Usted y su entrenador tendrán conversaciones semanales para:

- Discuta su historial de tabaquismo
- Desarrollar un plan para dejar de fumar
- Explore formas de abordar sus desencadenantes
- Encuentre soluciones viables para frenar los antojos
- Adoptar nuevos comportamientos saludables

Características del programa:

- Programa de tres meses que incluyó dos meses de interacciones para dejar de fumar seguidos de un mes adicional de apoyo de mantenimiento
- Entrenamiento ilimitado y soporte personal disponible por teléfono o correo electrónico

¡Inscríbese hoy!

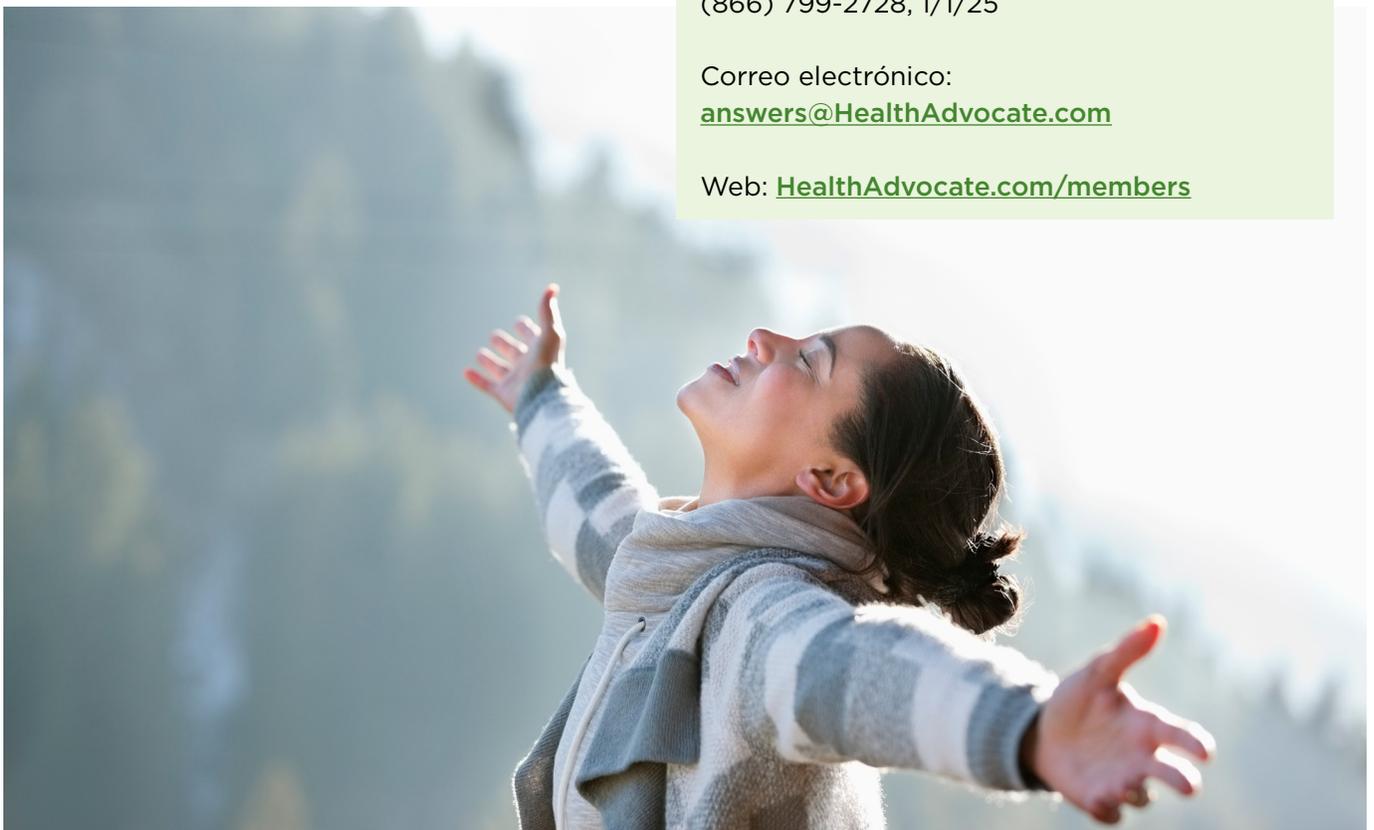
(866) 695-8622, 12/31/24

(866) 799-2728, 1/1/25

Correo electrónico:

answers@HealthAdvocate.com

Web: HealthAdvocate.com/members



CÓMO SER UN BUEN CONSUMIDOR

Todos compartimos en el costo del plan. Cuando mejor utilizamos el plan, lo mejor que funciona.

Piense en lo siguiente:

- Cuanto tiempo dedica para buscar:
 - Computadora
 - Nuevo automóvil
 - P Teléfono celular
 - Nuevos aparatos para Usted y su familia
- Cuanto tiempo pasa:
 - Buscando proveedores de salud de alta calidad
 - Enfocado con su salud y bienestar
 - Preparándose para una consulta de salud compilando anotaciones y preguntas acerca de su condición
 - Investigando y/o haciendo preguntas acerca del plan:
 - ✦ ¿Cuales servicios están cubiertos por el plan?
 - ✦ ¿Mis proveedores están dentro o fuera de la red?

En esta guía puede encontrar herramientas, recursos, consejos y programas para ayudarlo a tomar decisiones relacionadas con su salud.



INFORMACION DEL PLAN MEDICO



Servicios para miembros:

800-443-0157

Sitio web: www.aetna.com

ESA ofrece tres opciones de seguro medico para que Usted pueda seleccionar el plan que mejor se adapte a sus necesidades y las de su familia. Seleccione el mejor plan para Usted.

	Aetna Choice Plus II (CPII) Deducible Bajo (con HRA)		Aetna Choice Plus II (CPII) Deducible Alto (con HRA)		Aetna Choice POS II Plan Medico HSA (sin HRA)	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible – Año calendario						
Empleado	\$1,150	\$3,000	\$1,600	\$3,200	\$2,000	\$4,000
Empleado + 1	\$2,300	\$6,000	\$3,200	\$6,400	\$5,000	\$10,000
Empleado + Familia	\$3,450	\$9,000	\$4,800	\$9,600	\$5,000	\$10,000
Contribución de HSA por ESA						
Empleado		\$300		\$300		N/A
Empleado + 1		\$700		\$700		N/A
Empleado + Familia		\$1,100		\$1,100		N/A
Desembolso Máximo – Año Calendario						
Empleado	\$2,750	\$6,000	\$3,500	\$7,000	\$4,500	\$9,000
Empleado + 1	\$5,500	\$12,000	\$7,000	\$14,000	\$9,000	\$18,000
Empleado + Familia	\$8,250	\$18,000	\$10,500	\$21,000	\$13,300	\$26,600
BENEFICIOS						
Los porcentajes indicados abajo son su responsabilidad						
Lifetime Maximum	Ilimitado para cada individual					
Coaseguro	20%*	50%*	20%*	50%*	20%*	50%*
Servicios Médicos						
Consultación	20%*	50%*	20%*	50%*	20%*	50%*
Servicios médicos	20%*	50%*	20%*	50%*	20%*	50%*
Cirugía	20%*	50%*	20%*	50%*	20%*	50%*
Cuidado Preventivo						
Preventivo**	No hay costo	50%*	No hay costo	50%*	No hay costo	50%*
Diagnostico	20%*	50%*	20%*	50%*	20%*	50%*
Hospitalización	20%*	50%*	20%*	50%*	20%*	50%*
Paciente ambulatorio	20%*	50%*	20%*	50%*	20%*	50%*
Laboratorio y Radiografías						
Oficina, paciente ambulatorio o interno	20%*	50%*	20%*	50%*	20%*	50%*
Sala de Emergencia y Centro de Atención Urgente	20%*		20%*		20%*	
Sala de Emergencia	\$200 Copago + 20%*		\$200 Copago + 20%*		20%*	
Centro de Atención Urgente	20%*		20%*		20%*	
Clínica Ambulatoria	\$25 Copago		\$25 Copago		20%*	
Salud Mental y Abuso de Sustancias	20%*	50%*	20%*	50%*	20%*	50%*
Teladoc	\$40 Copago		\$40 Copago		\$40 Copago	

* Después de cumplir con el deducible.

** Incluye inmunizaciones, mamografía, papanicolau y prueba de maternidad.

† Maintenance medications, including oral contraceptives, must be filled through home delivery or at CVS after three (3) retail fills unless you contact Aetna Concierge to opt-out

MEDICAL



	Aetna Choice Plus II (CPII) Deducible Bajo (con HRA)		Aetna Choice Plus II (CPII) Deducible Alto (con HRA)		Aetna Choice POS II Plan Medico HSA (sin HRA)	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
MEDICAMENTOS RECETADOS – FARMACIA (SUMINISTRO DE 31 DIAS)						
Generico	\$9 copago	No hay cobertura	\$9 copago	No hay cobertura	20%	No hay cobertura
Marca Preferida	20%		20%		20%	
Marca No-preferida	20%		20%		20%	
MEDICAMENTOS RECETADOS – ENTREGA A DOMICILIO O FARMACIA CVS (SUMINISTRO DE 90 DIAS)[†]						
Generico	\$27 copago	No hay cobertura	\$27 copago	No hay cobertura	20%	No hay cobertura
Marca Preferida	20%		20%		20%	
Marca No-preferida	20%		20%		20%	

Contribución quincenal

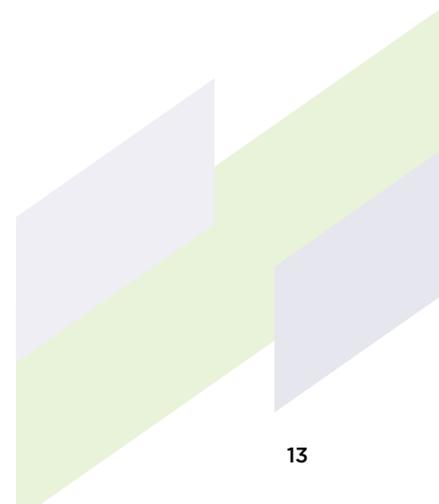
	Aetna Choice Plus II (CPII) Deducible Bajo (con HRA)		Aetna Choice Plus II (CPII) Deducible Alto (con HRA)		Aetna Choice POS II Plan Medico HSA (sin HRA)	
	Fumador	No Fumador	Fumador	No Fumador	Fumador	No Fumador
Empleado	\$160.07	\$76.99	\$119.87	\$36.79	\$120.56	\$37.48
Empleado	\$467.06	\$300.91	\$349.50	\$183.35	\$351.74	\$185.58
Empleado + Hijo(s)	\$383.61	\$217.45	\$295.51	\$129.35	\$297.33	\$131.18
Empleado + Familia	\$589.90	\$423.74	\$424.86	\$258.71	\$427.91	\$261.75

Para una lista completa de los servicios cubiertos, seleccionar el cuadro de Forms and Plan Documents encontrado debajo de Your Benefits en myADP.

Contribución semanal

	Aetna Choice Plus II (CPII) Deducible Bajo (con HRA)		Aetna Choice Plus II (CPII) Deducible Alto (con HRA)		Aetna Choice POS II Plan Medico HSA (sin HRA)	
	Fumador	No Fumador	Fumador	No Fumador	Fumador	No Fumador
Empleado	\$80.03	\$38.49	\$59.93	\$18.39	\$60.28	\$18.74
Empleado	\$233.53	\$150.45	\$174.75	\$91.68	\$175.87	\$92.79
Empleado + Hijo(s)	\$191.80	\$108.73	\$147.75	\$64.68	\$148.67	\$65.59
Empleado + Familia	\$294.95	\$211.87	\$212.43	\$129.35	\$213.95	\$130.88

Para una lista completa de los servicios cubiertos, seleccionar el cuadro de Forms and Plan Documents encontrado debajo de Your Benefits en myADP.



Ventaja Dentro de la Red

Usted tiene la libertad de usar los proveedores de su elección. Sin embargo, cuando visitas un proveedor dentro de la red, el porcentaje que pagas de desembolso está basado en un costo negociado, el cual es típicamente más bajo que los costos reales. Si visita un proveedor fuera de la red, puede ser responsable de pagar la diferencia entre los costos razonables y acostumbrados (R&C) y lo que el proveedor cobra. Los costos R&C son establecidos por la aseguradora, R&C es la cantidad generalmente considerada razonable basado en lo que la mayoría de los proveedores cobran por un servicio en particular en un área geográfica.

Cuidado Preventivo – El plan paga 100%

Los servicios de cuidado preventivo son esos típicamente relacionados con detección y exámenes preventivos. Servicios no preventivos son considerados como tratamiento o diagnóstico para una enfermedad, una lesión u otra condición médica. Hay límites de frecuencia en que tal a menudo puedes recibir cuidado preventivo. Pregúntele a su proveedor médico si la visita es considerada preventiva o no. Ejemplos de cuidado preventivo incluyen:

- Evaluación del corazón
- Mamograma (evaluación cáncer de mama)
- Visita ginecológica (evaluación cáncer cervical)
- Examen de la próstata (PSA)
- Vacunas contra el COVID
- Vacunas contra gripe y neumonía
- Evaluación del cáncer del colon
- Colonoscopia de rutina
- Inyección contra el tetano
- Vacuna contra herpes
- Evaluación de diabetes

Hay varios beneficios que están en lugar resultando de la Ley de Cuidado Asequible (reforma de cuidado de salud). Estos beneficios están cubiertos a 100% y incluyen:

- Consejería anticonceptiva y los métodos de anticoncepción aprobados por el FDA que requieren una receta.
- Apoyo de lactancia, consejería para mujeres y suministros.
- Prueba VPH (mujeres).
- Exámenes durante embarazo.

INFORMACION DEL PLAN MEDICO



Copagos y Coseguro

Un copago es una cantidad fija de dinero que se paga para ciertos servicios. En algunos casos, puede ser responsable por un coseguro después de pagar el copago

Coseguro es el porcentaje de costos cubiertos compartidos entre el asegurado y el plan. Por ejemplo, el plan paga un 80% de un cargo dentro de la red y el asegurado paga 20%. En algunos casos, se paga el coseguro después de satisfacer con el deducible anual del plan.

Desembolso Máximo

El desembolso máximo es la máxima cantidad de coseguro que el asegurado paga para gastos de salud elegibles durante el año del plan. Después de satisfacer el desembolso máximo, ESA paga un 100% de todos los gastos elegibles.

Deducible Anual y Cuenta de Reembolso de Salud (HRA)

El deducible anual es la cantidad de dinero que primero debe pagar de su bolsillo antes de que el plan comienza a pagar los servicios cubiertos con el coseguro. Si estás inscrito en el plan con deducible bajo o alto, ESA contribuye fondos a una Cuenta de Reembolso de Salud (HRA) para ayudarlo a satisfacer su deducible durante el año.

Los fondos HRA son prorrateados basado en la fecha que su cobertura entró en vigor y el número restante de meses en el año del plan. Empleados que tienen un evento de vida calificado y hacen cambios en sus beneficios a la mitad del año, mantendrán la misma proporción de fondos que se les dio en su fecha de vigencia.

Otro excelente beneficio de la HRA es que ESA permite los empleados mantener los fondos cada año como si fuera una cuenta de ahorros! Los fondos adicionales pueden ser útiles si sus gastos médicos fluctúan cada año.

Dentro de la Red			
	Deducible	Fondos HRA Proporcionados por ESA	Porción de Deducible para el Empleado
Empleado	\$1,150	\$300	\$850
Empleado + 1	\$2,300	\$700	\$1,600
Empleado + Familia	\$3,450	\$1,100	\$2,350
Empleado	\$1,600	\$300	\$1,300
Empleado + 1	\$3,200	\$700	\$2,500
Empleado + Familia	\$4,800	\$1,100	\$3,700

*Una vez que haya pagado su porción de deducible, solo paga un 20% de los costos hasta la cantidad de [desembolso máximo](#).

Si se va de ESA, fondos restantes de HSA son regresados a ESA.

Después de cumplir el deducible, el plan paga un 80% de los gastos elegibles (coseguro), hasta que alcance el desembolso máximo. Si recibe servicios por un proveedor fuera de la red, tendrá un deducible más alto y mayor porcentaje de desembolso máximo más altos.

Plan de Salud con opción de Deducible Bajo o Deducible Alto con HRA

Ejemplo dentro de la red:

Empleado - Opción con Deducible Alto, plan con deducible dentro de la red de \$1,600 - Cantidad financiada por ESA hacia el HRA es \$300

Gasto de deducible = \$1,300 (Deducible de \$1,600 - \$300 HRA)

Reclamación, Ejemplo #1

- Aetna recibe una reclamación por \$200
- Aetna aplica el descuento del costo negociado a la reclamación - \$80
- El gasto permitido de \$120 es debido al medico.

Primero, el HRA paga \$120.00 (quedan \$180 en el HRA)

\$0.00 - usted paga nada

Reclamación, Ejemplo #2

- Aetna recibe una reclamación por \$500
- Aetna aplica el descuento del costo negociado a la reclamación - \$240
- El gasto permitido de \$260 es debido al medico.

HRA paga \$180.00 (queda \$0 en el HRA)

Usted debe \$80 hacia la reclamación

Reclamación, Ejemplo #3

- Aetna recibe una reclamación por \$500
- Aetna aplica el descuento de \$300.00
- El gasto permitido de \$200 es debido al medico.

Usted no tiene fondos de HRA disponibles - usted debe \$200 hacia la reclamación

Durante el restodel año, las reclamaciones continuarán a ser procesadas de acuerdo con:

- Su responsabilidad restante de deducible
- Coaseguro dentro de la red 80% pagado por el plan & 20% coaseguro

NOTA IMPORTANTE: Fondos HRA restantes HRA son transferidos de un año al próximo

PLAN MÉDICO HSA



HEALTH SAVINGS ACCOUNT (HSA)



ESA ofrece un plan médico con deducible alto (HDHP) conocido como el Plan Médico HSA. Bajo el Plan Médico HSA, todos los servicios médicos y fármacos (con la excepción de los servicios preventivos, los cuales están cubiertos al 100 por ciento) son aplicados hacia el deducible anual. Una vez que usted cumpla con el deducible anual, el plan paga el 80% dentro de la red, hacia la mayoría de los gastos de salud hasta que alcance el desembolso máximo anual.

Adicionalmente, cuando usted participa en el Plan Médico HSA, puede abrir una cuenta de ahorros de salud (HSA) para ayudarlo a pagar elegibles gastos de salud desde su bolsillo. Dinero que usted aporta desde su cheque de pago es contribuido libre de impuestos. La cuenta es completamente financiada por usted, el empleado - no hay financiamiento por parte de ESA. La cantidad anual que elige depositar en su HSA es prorrateada basada en los meses restantes en el año, y depositado en cada período de pago.

Note: El administrador de nuestra cuenta de ahorros es Fidelity. Cuando usted elige contribuir al HSA, asegúrese de ABRIR su cuenta en el sitio web de Fidelity en www.netbenefits.com; si no, su dinero no tendrá a dónde ir.

Directrices del IRS

Cuando se inscribe en el Plan Médico HSA y contribuye a una cuenta de ahorros de salud, usted puede ahorrar dinero:

- El IRS establece límites anuales de cuanto se puede contribuir libre de impuestos. Para 2021, las contribuciones máximas para cuentas de ahorros de salud son:
 - \$3,650 para cobertura individual
 - \$7,300 para cobertura con dependientes
 - \$1,000 de contribución adicional para personas mayores de 55 años de edad

Adicionalmente, de acuerdo con las directrices del IRS, se debe cumplir con las siguientes calificaciones para inscribirse en una HSA:

- Tener cobertura a través de un plan médico con deducible alto (HDHP) calificado. Lo cual significa que usted debe ser inscrito en el Plan Médico HSA de ESA.
- No tener cobertura bajo otro seguro médico que no es un plan médico con deducible alto (HDHP). Esto significa que usted NO PUEDE:
 - Ser inscrito en el plan médico o de medicamentos de su cónyuge
 - Tener cobertura a través de Medicare Parte A o Parte B
 - Eres inscrito en una cuenta de gastos flexibles con propósito general de salud (ofrecida por ESA o perteneciendo a su cónyuge)
 - Tener cobertura a través de TRICARE o Medicare
 - Ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona



Triple ventaja tributaria:

- Las contribuciones no son imponibles
- Las ganancias de interés e inversiones son libres de impuestos.
- Pagos para gastos elegibles son libres de impuestos

Esperamos que esta información lo ayude a comprender mejor el Plan Médico HSA y la Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) y cómo funcionan juntas. Si tiene unas preguntas o necesita asistencia o clarificación adicional, usar el servicio de ESA Health Advocacy para entrar en contacto con su Health Advocate personal al (866) 695-8622 o por correo electrónico a answers@HealthAdvocate.com.

HERRAMIENTAS Y RECURSOS MEDICOS



Para localizar un médico u hospital dentro de la red

- Llamar a Servicios para Miembros de Aetna al (800) 443-0157
- Iniciar una sesión en www.aetna.com

Búsqueda de cuidado y costo

La sección de Find Care and Pricing en su cuenta del sitio para miembros de Aetna, iniciar una sesión en www.aetna.com, le proporcionará con un estimado del costo médico en el proveedor seleccionado antes de programar una cita.

Aplicación Health Aetna



La aplicación Aetna Health le facilita a usted y su familia a manejar sus beneficios, brindando conveniencia de acceso en cualquier lugar y en cualquier momento.

Visitar el sitio para miembros en www.aetna.com para establecer una cuenta y sus datos de usuario. Una vez que haya establecido su cuenta, puede:

- Búsqueda de instalaciones, procedimientos,
- Búsqueda de proveedores dentro de la red,
- Estimar y comparar costos,
- Acceder su tarjeta médica de identificación,
- Seguimiento de sus gastos y progreso hacia satisfacer el deducible,
- Ver y pagar reclamos

Línea de Enfermera 24-Horas - A solo una llamada de distancia

- Su cobertura médica incluye acceso a enfermeras registradas que puede llamar si tiene unas preguntas o necesita ayuda en cualquier momento o lugar. Con solo una llamada tendrá acceso a recursos para manejar una enfermedad o lesión, ayuda para reconocer síntomas urgentes o de emergencia y localizar médicos y hospitales en su área. La enfermera puede ayudar a programar una cita y a coordinar su récord médico para la visita.
- Llamar al (800) 556-1555 para hablar con una enfermera hoy mismo.

Health Decision Support

Health Decision Support es un programa que se puede acceder desde su cuenta en el sitio para miembros de Aetna, iniciando una sesión en www.aetna.com. Este programa lo puede ayudar con:

- Obtener mejor comprensión acerca de condiciones, tratamientos, procedimientos y cirugías
- Comprender términos médicos complejos
- Tomar mejores decisiones acerca de su cuidado de salud

Puede completar el programa en 20 minutos o menos, pero si no lo termina puede regresar más tarde y continuar desde dónde par.

HERRAMIENTAS Y RECURSOS PARA MEDICAMENTOS RECETADOS



Localizar una farmacia y ver los beneficios

Aetna proporciona herramientas y recursos para ayudarlo manejar sus medicamentos recetados.

Cómo empezar:

- Paso 1: Acceder el sitio web de Aetna en www.aetna.com
- Paso 2: Conéctarse a su cuenta en el sitio para miembros de Aetna
- Paso 3: Hacer clic en “Pharmacy”

Aquí encontrará herramientas y recursos útiles relacionados con su plan para medicamentos recetados.

- Ver los beneficios de farmacia
- Localizar una farmacia
- Estimar el costo de medicamento
- Ver sus reclamos de farmacia
- Iniciar el servicio de entrega por correo
- Encontrar información y los efectos secundarios de medicamentos

Orden de medicamentos por correo y opción para optar fuera del programa

Si requiere llenar suministro de 90 días para algún medicamento de mantenimiento o esos tomados regularmente para controlar condiciones tales como presión arterial alta y colesterol, lo debe hacer a través del programa de orden por correo o en una farmacia CVS a menos que entre en contacto con Aetna para optar fuera del programa.

El plan permite llenar los medicamentos de mantenimiento en la farmacia hasta tres veces. Después tiene que decidir si va a utilizar el programa de orden por correo o la farmacia CVS para los suministros de 90 días de sus medicamentos.

Si obtiene una receta para suministro de 90 días de su médico, tiene dos opciones:

Opción 1 - Medicamentos por medio de Aetna Rx Home Delivery

- Paso 1: Completar el formulario para ordenar medicamentos, disponible en línea en www.aetna.com (dentro de su cuenta de miembro) o llamando al servicio para miembros al 1-888-RX AETNA.
- Paso 2: Enviar el formulario a Aetna Rx Home Delivery por correo junto con la receta médica e información de pago o pídale a su médico enviar un fax con la receta y formulario de orden.

Opción 2 - Medicamentos por medio de CVS Pharmacy

- Paso 1: Ir a una farmacia CVS y llenar la receta médica de 90 días.
- Paso 2: Ordenar rellenos en línea en www.aetna.com (dentro de su cuenta de miembro) o llamando a la farmacia CVS.

Si decide optar fuera del programa de orden por correo, tiene que entrar en contacto con Aetna Concierge al 1-800-443-0157. Una vez que opte fuera del programa, su decisión estará en lugar por el resto del año calendario para todos sus medicamentos de mantenimiento. Para optar fuera del programa el próximo año, tendrá que entrar en contacto con Aetna Concierge nuevamente.

MÉDICO

Helpful Hints



Diferencias entre Sala de Emergencia, Clínica Ambulatoria y Centro de Atención Urgente

Visite Clínicas Ambulatorias

Es natural querer ir a la sala de emergencia cuando de repente nos herimos o enfermamos. Pero si Usted tiene una situación médica menor como un dolor de garganta o dolor de oído, la sala de emergencia no es la mejor opción. Las clínicas ambulatorias pueden ser mejor opción. Muchas están abiertas 7 días por semana, y el costo bajo el plan de ESA será mucho más económico.



CVS MinuteClinic

Non-emergency service	Average ER Cost ¹	Average Walk-In Cost ¹
Strep throat	\$750 - \$1,000	\$59
Ear infection	\$750 - \$1,000	\$59
Flu vaccination	\$750 - \$1,000	\$59
Sinus infection	\$750 - \$1,000	\$59
Your Costs Under ESA's Low and High Deductible Plans	\$200 copay + 20% coinsurance	\$25 copay
Your Costs Under ESA's HSA Medical Plan	20% coinsurance after deductible	20% coinsurance after deductible

¿Sabía?

Como un miembro de Aetna, puede acceder todos los servicios cubiertos en la MinuteClinic® a bajo costo o sin costo alguno para usted.

MinuteClinic es una clínica ambulatoria dentro de ciertas CVS Pharmacy® y tiendas Target y, es el proveedor de cuidado de salud al por menor más grande en Estados Unidos, haciéndolo fácil acceder cuidado en su área

Los proveedores de salud de MinuteClinic son calificados para tratar lesiones y enfermedades menores, tales como pequeños cortes, ampollas y heridas, condiciones cutáneas, bronquitis, síntomas de gripe y faringitis estreptocócica. Otros servicios incluyen varios tipos de exámenes físicos tales como un físico DOT, salud de mujer, detecciones de salud e inmunizaciones.

En la MinuteClinic, puede obtener atención rápida aun sin una cita en locales que están abiertos siete días por semana incluyendo noche y fines de semana.

Centro de Atención Urgente

Si tiene una situación urgente pero que no amenaza la vida, como una torcedura de tobillo o gripe, el centro de atención urgente puede ser una buena opción para recibir atención médica.

Usted no tiene que tener una cita, la mayoría de las clínicas están abiertas 7 días por semana y el tiempo de espera típicamente es de una (1) hora o menos (se puede esperar 4 horas o más en

la sala de emergencia)

See the Savings - Urgent Care

Non-emergency service	Average ER Cost ¹	Average Urgent Care Cost ¹
Sprains	\$750 - \$1,000	\$125 - \$175
Influenza	\$750 - \$1,000	\$125 - \$175
Minor lacerations	\$750 - \$1,000	\$125 - \$175
Headaches—migraine and tension	\$750 - \$1,000	\$125 - \$175
Your Costs Under ESA's Low and High Deductible Plans	\$200 copay + 20% coinsurance	20% coinsurance
Your Costs Under ESA's HSA Medical Plan	20% coinsurance after deductible	20% coinsurance after deductible

1. Average retail and ER pricing. Based on Aetna average claim costs. For illustrative purposes only.

Acceso a médicos a cualquier hora y desde cualquier lugar

Teledoc brinda acceso 24/7 a médicos y pediatras con certificación de la junta de EEUU a través de la conveniencia de teléfono o video por \$40. Este servicio estará disponible para todos los empleados y sus dependientes cubiertos en uno de los planes médicos de ESA..

Preguntas frecuentes:

¿Qué es Teladoc?

Teladoc brinda acceso 24/7 a médicos con certificación de la junta de EEUU por teléfono o video para una enfermedad que no es de emergencia tales como gripe, alergias, sinusitis y más.

¿Quiénes son los médicos de Teladoc?

Los médicos Teladoc son licenciados médicos de familia, internistas y pediatras. Tienen un promedio de 20 años de experiencia y licencia para practicar en el estado donde vives.

¿Teladoc sustituye a mi médico?

No. Teladoc no sustituye su médico primario. Se debe usar Teladoc para situaciones de no emergencia cuando no es conveniente ver a su médico o es fuera de las horas de oficina.

How do I set up my Teladoc account?

Visit the website [Teladoc.com/Aetna](https://teladoc.com/Aetna) and click "Member Login."

¿Cómo puedo establecer mi cuenta de Teladoc?

Conéctarse a su cuenta en línea o a través de la aplicación y hacer clic en "Request a Consult.". También puede llamar al (855) 835-2362.

Am I charged more for talking longer?

¿Hay un límite de tiempo para hablar con el médico?

No hay límite de tiempo para las visitas médicas.

¿Me cobran más si hablo más tiempo?

No hay ningún cobro adicional para visitas médicas más largas.

¿El médico de Teladoc puede recetar medicamentos?

Sí, los médicos de Teladoc pueden recetar medicamentos cuando es médicamente necesario*. Visitar teladoc.com/prescription-policy para verlos detalles.

¿Cómo pago la visita?

Puede pagar con su tarjeta HSA (cuenta de ahorros de salud), tarjeta de crédito, tarjeta de débito prepagada o a través de PayPal.

¿Si el médico de Teladoc recomienda que vea a mi médico primario o un especialista, tengo que pagar la consulta de Teladoc?

Sí. Igual que cualquier otra cita médica, se paga por el tiempo del médico.

¿Mi médico primario puede obtener un record de mi visita Teladoc?

Con su consentimiento, enviaremos a su médico una copia electrónica de su visita Teledoc.

*TELADOC does not guarantee that a prescription will be written. TELADOC operates subject to state regulation and may not be available in certain states. Teladoc does not prescribe DEA controlled substances, non-therapeutic drugs and certain other drugs which may be harmful because of their potential for abuse. Teladoc physicians reserve the right to deny care for potential misuse of services.

Visitas de salud mental a través de Teladoc – Atención virtual

Teladoc Health licensed therapists and psychiatrists are here for you no matter what you are facing, whether it's big or small. They can help you improve your mood with things like:

- Ahora puede utilizar Teladoc para sus visitas de salud conductual por una tarifa de consulta de \$40 para los planes con deducible alto y bajo y un coseguro después del deducible para el plan HSA.
- Con un costo de consulta de \$40 en los planes con deducible alto y bajo y un coseguro después del deducible en el plan HSA, Teladoc brinda acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a médicos, pediatras y profesionales de salud mental calificados a través de la conveniencia de una consulta por teléfono o video. Teladoc está disponible para los empleados y sus dependientes que estén inscritos en los planes médicos de ESA. Póngase en contacto con Teladoc al 1-855-835-2362 o visite www.teladoc.com/Aetna.



Comprender la Explicación de (EOB)

Favor asegúrese de revisar la Explicación de Beneficios (EOB) después de cada visita de salud.

Es importante comprender sus costos de cuidado de salud y cómo el plan médico de ESA funciona.

Usted puede ver, imprimir o descargar su EOB y otros documentos en cualquier momento conctando a su cuenta en el sitio web para miembros de Aetna en www.aetna.com. Revisar cuidadosamente cada sección.

Información personal

- Su nombre y dirección
- Su número de miembro tal como demostrado en su tarjeta de identificación
- El número de grupo identifica su plan

Seguimiento de gastos, ahorros y deducibles

- El primer cuadro es un resumen de lo que se debe y los pagos que ya fueron hechos para los reclamos listados en el EOB.
- El segundo cuadro es la cantidad ahorrada por usar proveedores dentro de la red.
- El tercer cuadro es la cantidad restante para cumplir con el deducible anual dentro de la red para el individual o la familia.

aetna Aetna Life Insurance Company
P.O. Box 36155
EL PASO, TX 75038-1156

Statement date: **May 14, 2012**

Member: **AMY S WELLS**
Member ID: **0122040189**
Group #: **000704-10-021 A P11110**
Group name: **TECT INC**

QUESTIONS? Contact us at aetna.com
1-800-331-1168
Or write to the address shown above.

AMY S WELLS
111 AETNA STREET
HARTFORD, CT 06156

THIS IS NOT A BILL
Keep this for your records

Explanation of benefits:
Track your health care costs

<p>\$25.24</p> <p>Amount you owe or already paid</p> <p>Amount billed: \$237.06</p> <p>Plan payments and discounts: -\$211.82</p> <p>You owe: \$25.24</p> <p>\$11.82 \$25.24</p>	<p>\$107.53</p> <p>Amount you saved</p> <p>Going to a doctor or hospital in our network saves you money.</p> <p>That's because we have arranged discounted rates with these providers.</p> <p>Our online provider directory can help you find a doctor or other health care professional. Just go to www.aetna.com.</p>	<p>\$0.00 (Deductible)</p> <p>Amount you have left to meet deductible</p> <p>Annual deductible: \$1,000.00</p> <p>Deductible used: \$1,000.00</p> <p>Deductible remaining: \$0.00</p> <p>\$1,000.00</p> <p>\$0 \$1,000.00</p>
---	---	--

A guide to key terms

Term	This means	Your totals
Amount billed:	The amount your doctor or health care provider billed for services	\$237.06
Member rate:	The agreed upon amount your doctor or health care provider in our network accepts as their fee	\$107.53
Amount you saved:	The difference between the amount billed and the in-network arranged pricing	\$107.53
Pending or not payable:	A claim that needs more review by us or an amount we did not pay. You may or may not have to pay this. Visit Your Claims Forwarder to learn more.	\$0.00
Deductible:	The amount you pay before your health plan will pay benefits.	\$0.00
Coinurance:	When you pay part of the bill and we pay part of the bill. This is your out-of-pocket amount.	\$25.24
Copay:	A fixed dollar amount you pay when you visit a doctor or other health care provider	\$20.00

A message from Aetna
Introducing your new Explanation of Benefits. It has a simpler look and feel, designed with you in mind.

Es importante comparar la Explicación de Beneficios (EOB) con la factura del médico para asegurar la exactitud. Acuérdesse: la cantidad indicada en el EOB es todo lo que debe pagar. Su gasto anual de desembolso nunca debe exceder el desembolso máximo del nivel de cobertura seleccionado. Si tiene unas preguntas acerca del EOB, favor de entrar en contacto con Health Advocate al 866-695-8622.

MÉDICO



Servicios de Aetna Concierge

ESA desea hacer más que ofrecer excelentes beneficios de salud. ESA quiere proporcionar asistencia para ayudar con la comprensión de beneficios y acceso a las herramientas necesarias para tomar decisiones informadas relacionadas con su cuidado de salud.

Saber sus opciones y estimaciones por adelantado puede ayudarlo a tomar decisiones y manejar mejor sus gastos de cuidado de salud.

Aetna's Concierge Service puede ayudar con:

- Aprender su cobertura - qué está cubierto
- Seleccionar un médico/hospital y determinar si el proveedor está dentro de la red
- Preguntas acerca de su diagnóstico
- Planificar para un tratamiento inminente

Llamar al número de teléfono en su tarjeta de identificación, o conectar a su cuenta de miembro de Aetna en línea en www.aetna.com.

El equipo de Aetna Concierge está disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. EST.

Programa de Bienestar Simple Steps

Aetna brinda seis programas en línea de bienestar para ayudarlo alcanzar sus metas de bienestar:

- Paso 1: Iniciar una sesión en www.aetna.com
- Paso 2: Hacer clic en "Stay Healthy"
- Paso 3: Hacer clic en "Complete a Health Assessment"
- Paso 4: Un plan personalizado será creado para usted
- Paso 5: Participar en las siguientes sesiones de capacitación en línea
 - Balance - Manejar su peso
 - Relajación - Lidar con el estrés
 - Nutrición - Alimentación saludable
 - Superar la insomnia - Dormir mejor
 - Respiración - Dejar de fumar
 - Superar la depresión - Ser más feliz

Aetna - One Flex Program

Get personalized care and support when you need it most

Programa Aetna One Flex Program

Cuidado y apoyo personalizado cuando lo necesite

Cuidado de salud de calidad es más que ir al médico una o dos veces al año. Algunas veces se requiere apoyo personal continuo para manejar un evento de salud o condición crónica. Sería bueno tener alguien con quien pueda depender para orientación y respuestas.

Aquí es cuando el programa Aetna In Touch Care puede ayudar - es parte de los beneficios, no hay ningún costo adicional.

Aetna One Flex te ofrece:

- Llamadas telefónicas continuas con una enfermera que sirve como un recurso de confianza para usted y su familia
- Apoyo digital que ofrece una variedad de recursos para ayudarlo manejar su salud
- Plan de acción de salud basado en sus necesidades y preferencias Para empezar a usar el apoyo digital de Aetna In Touch Care, conéctase a su cuenta en el sitio web para miembros en www.aetna.com. Usuarios de primera vez tendrán que crear una cuenta. Después, haga clic en Stay Healthy.

Programa de Maternidad

Usted merece mucho apoyo durante este tiempo. ¡Y, lo tienes! Aetna Maternity Program es un programa de apoyo para embarazo y aún para después de que nazca el bebé. Usted puede tomar ventaja de las características del programa. Incluyendo:

- Datos útiles acerca del cuidado prenatal, parto y más
- Una enfermera personal, si tiene alguna condición de salud que puede afectar su embarazo
- Si fuma, un programa para ayudar con dejar de fumar
- Información para el padre o su pareja

Como funciona - Este programa está incluido en los beneficios del plan de seguro de Aetna. Sólo tiene que inscribirse y completar una corta encuesta para que podamos aprender acerca de usted y su embarazo.

Sign up for Aetna Maternity Program today. You have two options:

Inscríbese hoy para Aetna Maternity Program. Tienes dos opciones:

- Opción # 1: Llamar al 1-800-CRADLE-1 (1-800-272-3531), días de semana de 8 a.m. a 7 p.m. ET.
- Opción # 2: Conéctase a su cuenta en el sitio seguro para miembros en www.aetna.com. Buscar bajo "Other Programs" y seleccionar "Maternity program."

MÉDICO



Hello Heart

¿Tiene presión arterial alta? Haz un seguimiento de la salud de tu corazón gratis con Hello Heart

Comience en unos sencillos pasos:

Hello Heart se ofrece sin costo alguno a los empleados inscritos en el plan médico de Aetna. ¡Visita <https://join.helloheart.com/> e ingresa a Extended Stay America para registrarte en Hello Heart hoy!

¿Cómo me ayudará Hello Heart?

- ¡No más adivinanzas! Tu monitor gratuito Hello Heart se empareja con tu teléfono y Envía automáticamente lecturas de presión arterial a la aplicación, para que pueda rastrear fácilmente las tendencias con el tiempo.
- Obtenga lecturas de salud instantáneas, con explicaciones claras para que sepa lo que significan. ¿Querido para compartir sus datos de salud e informes con su médico? ¡No hay problema!
- Hello Heart se trata de TI. Información personalizada, consejos para la salud del corazón y Gráficos fáciles de entender para que pueda ver cómo sus elecciones diarias pueden estar afectando la salud de su corazón.
- ¿Esos cinco minutos adicionales de caminata realmente hacen una diferencia? ¡Podría! Con Hello Corazón, puede ver cómo la actividad, el peso y los medicamentos pueden afectar sus lecturas.
- Disfruta de tu propia privacidad. La aplicación Hello Heart está diseñada con técnicas y Controles organizativos para mantener sus datos seguros. Puedes compartir tu información si quieres, o no. De cualquier manera, ¡puede usar la aplicación para acceder a sus datos de salud cuando los necesite!

Si tiene alguna pregunta sobre Hello Heart envíe un correo electrónico a support@helloheart.com o Contáctenos al (800) 767-3471.

DENTAL



El cuidado dental y visitas preventivas regulares a su dentista son importante para su salud en general. Mantener sus dientes sanos en el presente puede ayudarlo a evitar mayores gastos más adelante. Nuestro plan dental ofrecido a través de MetLife brinda una amplia red de dentistas y paga un 100% del costo para cuidado preventivo y rutinario.

Plan includes out-of-network benefits, see plan summary for additional details.

Resumen del plan dental	
Deducible individual	\$50 por año calendario
Deducible familiar	\$150 por año calendario
Beneficio máximo por persona	\$1,500 por año calendario
Servicios Preventivos	
Limpieza (Una (1) limpieza cada 6 meses)	Cubierto a 100%
Examen oral (Un (1) examen cada 6 meses)	Cubierto a 100%
Rayos-x (Boca entera: cada 3 años; Mordida: un (1) conjunto cada año calendario)	Cubierto a 100%
Sellantes	Cubierto a 100%
Servicios Básicos	
Amalgamas	Cubierto a 80% después del deducible
Servicio Periódental	Cubierto a 80% después del deducible
Endodoncia	Cubierto a 80% después del deducible
Cirugía oral	Cubierto a 80% después del deducible
Extracción simples	Covered at 80% after deductible
Servicios Mayores	
Puentes y dentaduras	Cubierto a 50% después del deducible
Coronas e incrustaciones	Cubierto a 50% después del deducible
Cirugía periodontal	Cubierto a 50% después del deducible
Ortodoncia	
Orthodoncia (hasta 19 años)	Cubierto a 50%
Beneficio máximo ortodoncia	\$1,500 por vida

1. Solo es un resumen; se aplican limitaciones y exclusiones

Para una lista completa de los servicios cubiertos, seleccionar el cuadro de Forms and Plan Documents encontrado debajo de Your Benefits en myADP.

Seguro Dental - Contribución quincenal

Deducción quincenal para el seguro dental	
Empleado	\$11.84
Empleado + Cónyuge	\$23.16
Empleado + Hijo(s)	\$26.53
Empleado + Familia	\$31.89

Seguro Dental - Contribución semanal

Deducción semanal para el seguro dental	
Empleado	\$5.92
Empleado + Cónyuge	\$11.58
Empleado + Hijo(s)	\$13.26
Empleado + Familia	\$15.94

BENEFICIOS DENTALES



Herramientas y recursos dentales

Usted puede beneficiar de MyBenefits

Información acerca de los beneficios de MetLife desde su computadora. Puede visitar el sitio web de MetLife, MyBenefits, en www.metlife.com/mybenefits, para administrar sus beneficios y para encontrar información importante y recursos útiles. Usted puede tomar ventaja de varias capacidades de auto servicio como también abundante información con fácil acceso, incluyendo herramientas para planificación y materiales acerca de la salud oral, MyBenefits ayuda a simplificar y facilitar la administración de sus beneficios.

Aprenda más acerca de sus beneficios - ¡para que puedas sacarles más provecho!

Página principal personalizada para todos sus beneficios de MetLife

- Para localizar un dentista dentro de la red, visitar el sitio web en www.metlife.com y seleccionar PDP Plus como la red.
- Acceso a los formularios y documentos que puede necesitar son disponibles en la biblioteca de formularios para que pueda descargarlos.
- Leer cuadros con mensajes especiales en la página principal que te hacen saber inmediatamente información de beneficios.
- Seguir sus reclamos en línea y optar por recibir avisos, conocidos como eAlerts, por correo electrónico que proporcionarán información sobre los cambios de estado en sus reclamos para ciertos beneficios.

La aplicación móvil de MetLife



La aplicación móvil de MetLife Dental¹ está disponible

Ver su plan dental ahora es más fácil. Simplifique su vida con la aplicación móvil MetLife Dental. Se puede:

- [Localizar proveedores](#) dentro de la red.
- Ver sus reclamos.
- Ver su tarjeta de identificación electrónica. Favor de notar: No se requiere una tarjeta de identificación para recibir servicios dentales. Algunos planes no tienen la tarjeta electrónica disponible.

Es fácil. Buscar "MetLife" en iTunes® App Store o Google Play® para descargar la aplicación. Usar sus datos de usuario de MyBenefits para conectarse y acceder las características².

Está disponible 24 horas por día, 7 días por semana.

Si prefiere, puede usar la herramienta Find a Dentist en el sitio móvil. Puede hacer una búsqueda en el directorio PPO Dental de MetLife desde su dispositivo. Visitar metlife.com desde su aparato móvil.

Esté atento a la funcionalidad adicional por MetLife. Estamos comprometidos en hacer más fácil trabajar con nosotros.

1. Las características de la aplicación móvil dental no son disponibles para todos los planes dentales de MetLife.

2. Antes de usar la aplicación móvil MetLife Dental, debe inscribirse en www.metlife.com/benefits desde una computadora, no se puede hacer desde un aparato móvil.

VISION



La cobertura de visión es a través de EyeMed y cubre exámenes de visión rutinarios, anteojos y lentes de contacto para Usted y sus dependientes elegibles. Usted puede seleccionar entre dos opciones de cobertura de visión.

BENEFICIOS DENTRO DE LA RED	Essential Beneficios de visión	Enhanced Beneficios de visión
Examen con dilatación, una (1) vez cada 12 meses	\$10 copago	\$0 copago
Copago para materiales - Lentes tipo		
Visión singular	\$10 copago	\$10 copago
Bifocal	\$10 copago	\$10 copago
Trifocal	\$10 copago	\$10 copago
**Lentes son permitidos una (1) por año calendario **		
DENTRO DE LA RED	Marcos para anteojos	Frames
Cualquier marco disponible en el local del proveedor	Asignación de \$140 + descuento de 20% sobre el balance	Asignación de \$170 + descuento de 20% sobre el balance
**Marcos son permitidos una (1) por año calendario **		
Opciones para lentes - Dentro de la Red		
Recubrimiento UV	\$15 copago	\$0 copago
Tinte (Sólido & Gradiente)	\$15 copago	\$0 copago
Resistencia a arañazos - Estándar	\$40 copago	\$0 copago
Policarbonato - Estándar	Cubierto	\$0 copago
Progresivo - Estándar	\$10 copago	\$0 copago
Recubrimiento antirreflejo - Estándar	\$45 copago	\$0 copago
Otros complementos y servicios	20% off	20% off
BENEFICIOS DENTRO DE LA RED	Lentes de contacto	Contact Lenses **In Lieu of Lenses**
En vez de marcos y lentes	Lentes de contacto	\$0 copay
En vez de marcos y lentes	\$140 Allowance + 15% off remaining balance	\$170 Allowance + 15% off remaining balance
Prueba y seguimiento - Lentes estándar	\$40 copago	\$0 copago
Convencional	Asignación de \$130 + descuento de 15% sobre el balance	Asignación de \$160 + descuento de 15% sobre el balance
Desechables	Asignación de \$140	Asignación de \$170
Medicamento necesario	Cubierto en Totalidad	Cubierto en Totalidad
**Lentes de contacto son permitidos una (1) por año calendario **	US Laser Network vision correction	US Laser Network vision correction
Descuentos adicionales disponibles - Dentro de la Red		
Lasik or cirugía PRK	Red US Laser corrección de visión	Red US Laser corrección de visión

Beneficios fuera de la red también son disponibles

Contribución quincenal - Seguro de Visión

	Esencial	Mejorado
Empleado	\$2.86	\$8.40
Empleado + 1	\$5.43	\$15.96
Empleado + Familia	\$5.71	\$16.80
Associate + Family	\$8.57	\$25.19

For a complete list of covered services go to the Forms and Plan Documents tile under Your Benefits on MyADP.

Contribución semanal - Seguro Visión

	Esencial	Mejorado
Empleado	\$1.43	\$4.20
Empleado + 1	\$2.71	\$7.98
Empleado + Familia	\$2.86	\$8.40
Associate + Family	\$4.28	\$12.60



FLEXIBLE SPENDING ACCOUNT (FSA)

Flores & Associates – Cuentas de Gastos Flexibles

Una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) le permite contribuir dinero libre de impuestos (por lo tanto reduciendo el sueldo imponible) desde su cheque para pagar gastos elegibles. El FSA de Salud no es disponible para empleados inscritos en el Plan Médico HSA.

Si anticipa tener los gastos médicos o para cuidado de un dependiente, durante el año que viene, hacer deducciones libres de impuestos desde su cheque hacia un FSA, le puede ahorrar hasta 35% dependiendo de su tasa de impuestos.

Usted tendrá 90 días después del final del año calendario para someter reclamaciones de reembolso.

NOTA: Usted no puede cambiar la cantidad elegida después de indicar su selección inicial durante el período de inscripción abierta o como empleado nuevamente elegible, a menos que tenga un evento de vida calificativo.

Cuenta de Gastos Flexibles de Salud FSA

Usted puede contribuir un máximo anual de máximo del IRS de \$3,300 desde su cheque para pagar gastos médicos elegibles. Algunos ejemplos incluyen:

- Deducibles
- Coaseguro
- Medicamentos recetados
- Copagos
- Gastos dentales (incluyendo ortodoncia)
- Anteojos y lentes de contacto
- Servicios quiroprácticos
- Cirugía Lasik
- Medicamentos que no requieren recetas

Ud no puede inscribirse en una cuenta de gastos FSA, si esta en el Plan Medico HSA

Servicios cosméticos no son elegibles para reembolsos.

Reglas del FSA de Salud

Haga el presupuesto de sus contribuciones cuidadosamente. Contribuciones son hechas sobre base de año calendario. Después de que el plan termine el 31 de diciembre, Usted puede transferir un máximo de \$660 de fondos restantes hacia el FSA de Salud para el próximo año calendario.

*Amount is subject to change based upon IRS guidelines.

FSA para Cuidado de Dependiente

Si Usted trabaja y tiene niños o ancianos / adulto discapacitado que Usted cuida, puede encontrar valor en el FSA para Cuidado de Dependiente. Contribuya hasta \$5,000 anuales para reembolsarse a sí mismo los gastos de cuidado incurridos mientras está en el trabajo, incluyendo:

- Campamento de verano
- Guardería infantil
- Cuidado para ancianos
- Cuidado pre-escolar
- Sueldo e impuestos sobre nómina para un cuidador en domicilio

Si eres casado y sometes una declaración de impuestos por separado, Usted puede contribuir hasta \$2,500 al año. La contribución combinada para una pareja casada son \$5,000 si someten una declaración de impuestos juntos.

Reglas del FSA para Cuidado de Dependiente

Haga su presupuesto cuidadosamente. Las contribuciones son hechas sobre base del año calendario. Cualquier cantidad restante en el FSA para Cuidado de Dependiente es perdida.

FSA Example	Participating in FSA	NOT Participating in FSA
(1) Your Annual Salary Before Taxes	\$35,000	\$35,000
(2) Less: Your Health Care FSA Election Your Dependent Care FSA Election	- \$3,200 - \$5,000	\$0 \$0
(3) Your Taxable Income	\$26,800	\$35,000
(4) Your Estimated Taxes (25% Federal & FICA)	- \$6,700	- \$8,750
(5) Less: Health Care Expenses You Pay Out of Pocket Dependent Care Expenses You Pay Out of Pocket	\$0 – paid by FSA \$0 – paid by FSA	- \$2,750 - \$5,000
(6) Your Net Take-Home Salary	\$20,100	\$18,500
Your estimated savings under the FSA	\$1,600	

BENEFICIOS DE TRANSPORTE

¿Quién es elegible para participar?

Todos los empleados de tiempo completo y tiempo parcial.

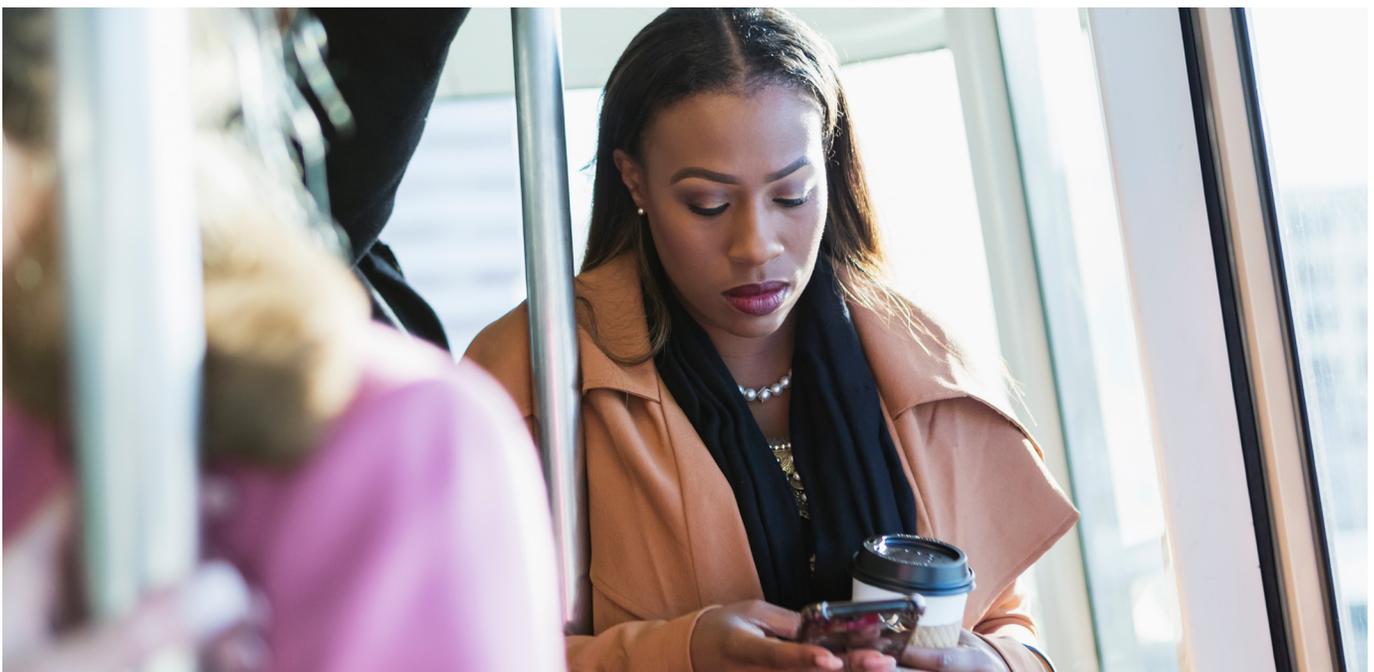
¿Cómo funciona?

Una cuenta de transporte te permite reservar dólares antes de impuestos para gastos de transporte público y estacionamiento relacionados con tu viaje diario al trabajo.

Hay dos tipos de cuentas de transporte: transporte público y estacionamiento. Tienes la opción de inscribirte en una o ambas cuentas. Tú eliges un monto de elección mensual, hasta \$325 para gastos de transporte público y hasta \$325 para gastos de estacionamiento. El dinero se deposita en tu cuenta a través de una deducción de nómina y luego se utiliza para pagar los gastos de transporte elegibles.

¡Importante!

- Tu elección para Transporte y/o Estacionamiento se deducirá una vez al mes.
- Debes tener fondos en tu cuenta de transporte antes de poder gastarlos.
- Puede que no puedas cambiar tu monto de elección o cancelar tu participación en el plan, por lo que debes inscribirte sabiamente.
- Si tu empleo termina antes del fin del año del plan, tu cuenta será cancelada. Puedes seguir presentando reclamos por gastos elegibles que hayas incurrido mientras participabas activamente en el plan.
- Los fondos no utilizados que queden en tu cuenta al final del año se trasladarán al siguiente año del plan, si continúas participando en el plan.



LIFE AND DISABILITY INSURANCE

Seguro de Vida con Muerte
Accidental y Desmiembramiento

(MA&D) – Sin ningún costo para Usted

ESA paga el beneficio de Seguro Básico de Vida y MA&D equivalente a una (1) vez el sueldo (redondeado al próximo \$1,000 más alto) hasta \$300,000 para los empleados a tiempo completo. A los 70 años de edad, el beneficio es reducido por 50%.



Seguro Suplementario de Vida

Además del seguro básico de vida con MA&D proporcionado por ESA, ofrecemos programas de seguro suplementario de vida. A través de Lincoln Financial Group, Usted puede comprar seguro de vida a término adicional para sí mismo y sus dependientes. El programa suplementario de vida proporciona oportunidad para comprar cobertura para el empleado equivalente a 1, 2, 3, o 4 veces el sueldo, hasta un máximo de \$1,000,000 (combinado básico y suplementario). Si Usted se inscribe al ser primeramente elegible, Usted está garantizado cobertura de hasta \$400,000 (combinado básico y suplementario), sin una Evidencia de Asegurabilidad (comprobante de buena salud). Una Evidencia de Asegurabilidad (EOI) es necesaria si compra una cantidad por arriba de \$400,000. Favor de revisar las instrucciones en esta Guía de Beneficios, de cómo someter un EOI si está seleccionando cobertura por arriba de \$400,000. Favor de entrar en contacto con el equipo de beneficios si tiene alguna pregunta.

Seguro de Vida para Dependientes

Cónyuges

Usted también puede comprar seguro de vida a término a través de Lincoln Financial Group para su cónyuge con beneficio de \$10,000, \$25,000 o \$50,000. Si Usted elige cobertura para el cónyuge al ser primeramente elegible, el cónyuge recibe cobertura sin Evidencia de Asegurabilidad. Se requiere una Evidencia de Asegurabilidad si elige cobertura para su cónyuge después del período inicial de inscripción.

Niño(s)

Usted también puede cubrir a sus hijos dependientes a los 26 años de edad con una póliza de seguro de vida a término de Lincoln Financial Group con beneficio de \$5,000 o \$10,000. No se requiere Evidencia de Asegurabilidad es requerida.

Selección de Beneficiario



Seleccionar su beneficiario es importante. Usted tendrá que designar un beneficiario para el seguro de vida, a través del portal myADP. Asegúrese tener el número de seguro social del beneficiario para que pueda completar este proceso. Aun no elija inscribirse en los beneficios ofrecidos por ESA, Usted tiene que designar un beneficiario para el seguro básico de vida.

Seguro Suplementario de Vida

Age Bands	Tasa quincenal por cada \$1000 de cobertura	Tasa semanal por cada \$1000 de cobertura
<-24	\$0.023	\$0.012
25-29	\$0.028	\$0.014
30-34	\$0.037	\$0.018
35-39	\$0.042	\$0.021
40-44	\$0.046	\$0.023
45-49	\$0.071	\$0.035
50-54	\$0.108	\$0.054
55-59	\$0.198	\$0.099
60-64	\$0.309	\$0.155
65-69	\$0.586	\$0.293
70+	\$1.615	\$0.808

Spouse Life

Opciones	Tasa quincenal	Tasa semanal
\$10,000	\$0.942	\$0.471
\$25,000	\$2.349	\$1.175
\$50,000	\$4.689	\$2.345

Child Life

Opciones	Tasa quincenal	Tasa semanal
\$5,000	\$0.489	\$0.245
\$10,000	\$0.978	\$0.489

Como parte de su rutina, revise quien esta nombrado como su beneficiario y haga cambios si necesita.

Por favor dese cuenta que sus beneficiarios de Suplementario de Vida seran los mismos que los de Vida Basica.



DISABILITY

Si Usted resulta discapacitado debido a una enfermedad o accidente no laboral, el seguro de discapacidad protege sus ingresos para asegurar de que haya una fuente continua de ingresos durante su discapacidad.

Seguro de Discapacidad a Corto Plazo

Empleados a tiempo completo pueden comprar seguro de discapacidad a corto plazo dentro de 31 días de la fecha de contratación. El seguro de discapacidad a corto plazo proporciona cobertura de 60% del sueldosemanal, hasta un máximo de \$2,500 semanal por 12 semanas. Los beneficios empiezan el 8° día desde el principio de una enfermedad o accidente. Es importante notar que el plan de cobertura para discapacidad a corto plazo incluye una limitación para condiciones preexistentes. Eso significa que durante los 12 primeros meses de cobertura, el participante no es elegible para beneficios por una condición que existió durante los 3 meses previos a la fecha de vigencia de la cobertura (esto se aplica a enfermedades y embarazo).

Si Usted no compra el seguro de discapacidad a corto plazo cuando es primeramente elegible, Usted tendrá que completar una Evidencia de Asegurabilidad.

Discapacidad a Corto Plazo			
Tasa quincenal para cada \$10 de beneficio semanal	\$0.254	Tasa semanal para cada \$10 de beneficio semanal	\$0.127
Ejemplo de deducción quincenal para beneficio		Ejemplo de deducción semanal para beneficio	
Ejemplos de sueldo	Por Pago	Ejemplos de sueldo	Por Pago
\$30,000	\$8.79	\$30,000	\$4.39
\$50,000	\$14.65	\$50,000	\$7.33
\$70,000	\$20.52	\$70,000	\$10.26

Seguro de Discapacidad a Largo Plazo – Sin costo para Usted

ESA provides all Full-time associates with Basic Long-Term Disability coverage at no cost to you. This is a company-paid benefit that replaces 50% of your monthly salary, up to \$5,000 per month, should you experience a qualifying disability. The benefit is payable after 90 consecutive days of total disability.

Seguro de Discapacidad a Largo Plazo – Sin costo para Usted

Usted también puede comprar seguro adicional de discapacidad a largo plazo. El seguro adicional proporciona beneficio de 60% del sueldo mensual, hasta un máximo de \$15,000 mensual. Si Usted compra esta cobertura, cualquier cantidad de beneficio recibido desde la cobertura adicional no es sujeto a impuestos (porque Usted paga la prima).

Semejante al seguro de discapacidad a corto plazo, la cobertura a largo plazo también tiene una cláusula de limitación para condiciones preexistentes.

Discapacidad a Largo Plazo			
Tasa quincenal para cada \$100 de beneficio mensual	\$0.236	Tasa semanal para cada \$100 de beneficio mensual	\$0.118
Ejemplo de deducción para beneficio		Ejemplo de deducción semanal para beneficio	
Ejemplo de sueldos	Por Pago	Ejemplo de sueldos	Por Pago
\$30,000	\$5.90	\$30,000	\$2.15
\$50,000	\$9.85	\$50,000	\$4.93
\$70,000	\$13.78	\$70,000	\$6.89

EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD (EOI)

La Evidencia de Asegurabilidad (EOI) es un cuestionario de salud que ayuda a Lincoln Financial Group determinar si usted o algún dependiente califica para nueva cobertura de seguro de vida o discapacidad o, para un aumento de cobertura. Los cuestionarios son completados y sometidos en línea en el sitio web de Lincoln Financial Group tal como indicado a continuación.

Instrucciones Para la Sumisión en Línea

1. Visite www.lincolnfinanciam.com
2. En el recuadro “New Users” haga clic en “Register”. Complete la inscripción de usuario. Utilice el código de ESA, ExtendedStay y cree el nombre de usuario y contraseña. Haga clic en “Register”, y será regresado a la previa página para que pueda conectarse.
3. Una vez que esté conectado, seleccione “Complete Evidence of Insurability/Statement of Health.”
4. Introduzca la información de cobertura
5. Introduzca la información de solicitante. Usted puede rellenar la información automáticamente introduciendo su número de empleado y haciendo clic en “Pre-Fill Your Information.”
6. Introduzca la información médica. Usted tiene que contestar cada pregunta. Si usted contesta “Yes” a
7. cualquier pregunta, favor proporcionar detalles incluyendo fecha, nombre y razón por la cual toma cualquier medicamento, y el nombre del médico y su información de contacto.

Lincoln Financial Group revisará el EOI para determinar aprobación para la cobertura. Al ser aprobado, la selección y deducción de nómina serán actualizados en myADP para el próximo cheque de pago aplicable.



POLÍTICA DE BAJA PATERNAL PAGA

ESA ofrece 6 semanas de baja parental pagadas al 100% de su tasa base de pago. La baja parental se puede tomar de forma intermitente, en incrementos al menos semanales, comenzando dentro de los primeros 4 meses del nacimiento, adopción o colocación de cuidado de crianza de un niño y terminando dentro de los 7 meses. El propósito de la política es dar a los nuevos padres flexibilidad y tiempo adicionales para vincularse con su nuevo hijo y adaptarse a su nueva situación familiar después del nacimiento de un nuevo niño, o después de la adopción o colocación en el hogar de acogida de un niño que tiene 17 años o menos. Esta política tiene como objetivo crear un ambiente de trabajo flexible y amigable para la familia y cultivar una atmósfera donde los asociados puedan prosperar mientras atienden las obligaciones familiares esenciales.

Elegibilidad

- Para ser elegible para la baja parental pagada, debe cumplir con los siguientes criterios: Ser empleado de ESA a tiempo completo durante al menos 12 meses; y Trabajar al menos 1,250 horas durante los 12 meses consecutivos inmediatamente anteriores a la fecha en que comenzaría la licencia parental; y
- Ser un “nuevo padre”, es decir, alguien que ha dado a luz a un niño; quién es el cónyuge, la unión civil o la pareja de hecho de alguien que ha dado a luz a un hijo; que ha adoptado a un niño de 17 años o menos; o que ha tenido un niño de 17 años o menos colocado con ellos para el cuidado de crianza. Para ser elegible para la licencia parental bajo esta política, el nacimiento, la adopción o la colocación de cuidado de crianza deben ocurrir a partir del 1 de enero de 2024.

Coordinación con Beneficios de Discapacidad a Corto Plazo (STD por sus cifras en inglés)

1. Para los padres biológicos inscritos en el programa de STD de la ESA, la baja parental pagada comenzará una vez que finalice su cobertura de STD.
2. Para los padres que dan a luz que no están inscritos en STD, la baja parental pagada comenzará cuando finalice su período de discapacidad (según lo certificado por su proveedor de atención médica). Durante el período de discapacidad, el asociado será elegible para tiempo libre pagado a través de vacaciones no utilizadas, o días personales no utilizados, con la aprobación de la administración. Si el proveedor de atención médica de un asociado indica que el asociado no está discapacitado después del nacimiento del niño, la licencia parental pagada puede comenzar inmediatamente después del nacimiento del niño. Solicitando Baja Paternal Paga
3. Si la necesidad de baja parental es previsible, debe notificar a su gerente e incluir el tiempo estimado y la duración de la licencia con 60 días calendario de anticipación.
4. Si la necesidad de baja parental no es previsible, debe notificar a su gerente lo antes posible.
5. Después de notificar a su gerente, debe comunicarse con Lincoln Financial Group al 1-888-555-5555 para solicitar FMLA, STD y / o baja parental.
6. Lincoln Financial Group completará la admisión de reclamos, recopilará los datos necesarios para determinar si el reclamo es pagadero y notificará a la ESA el período de tiempo aprobado para el pago de la baja parental.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su socio de recursos humanos o envíe un correo electrónico a benefits@esa.com

401(K) PLAN



Todos los empleados a tiempo completo y parcial son elegibles para participar en el plan 401(k) de ESA.

El plan 401(k) es un plan de ahorros para la jubilación, patrocinado por el empleador que le permite hacer contribuciones libres de impuestos a una cuenta de jubilación. Usted puede ahorrar hasta el límite máximo anual establecido por el IRS.

- Se ahorra e invierte un porcentaje de su cheque de pago antes que se deduzcan los impuestos.
- Los estudios demuestran que personas que ahorran dinero automáticamente a través de deducción de nómina en lugar de manualmente después de ser pagados, ahorran más.
- Con un 401(k), Ud. controla cómo su dinero es invertido.
- Expertos financieros recomiendan ahorrar un 10% de su sueldo hacia la jubilación.

Eligibility	Immediate upon date of hire
Match Eligibility	Six month waiting period
Match Calculation	50% of the first 6% deferral, ESA maximum match is 3% of your salary Once eligible, match contributions are added to your account on a bi-weekly basis along with your personal contributions.
Vesting	You are always 100% vested in your contributions ESA match is vested as follows from your date of hire: After 1 year of service – 33.3% After 2 years of service – 66.6% After 3 years of service – 100%

Cómo Inscribirse

Usted recibirá una guía de inscripción desde Fidelity a su dirección residencial. Conéctarse en línea a Fidelity al www.NetBenefits.com o llamar al 800-835-5097 para aprender más acerca de cómo inscribirse.

Inversiones Fidelity

Fidelity es el principal proveedor de administración de inversiones, planificación, consejería de cartera de inversiones, corretaje y la subcontratación de los beneficios.

Fidelity ofrece:

- Facilidad de administración
- Excelentes herramientas en línea
- Recursos educativos

Roth 401k

Associates can elect Roth 401(k) contributions in addition to a pre-tax 401(k) election. The contribution limit for 2025 is \$23,000, and if you will be at least age 50 by the end of the year, you are eligible to make an additional \$7,500 catch up contribution. Starting January 1, 2025, individuals ages 60 through 63 years old will be able to make catch-up contributions up to \$10,000 annually or 150% of the regular catch-up amount.

Obtener ayuda es sencillo. Esto es lo que puede esperar



Ya sea que necesite ayuda con un problema de atención médica o del seguro, apoyo para afrontar un problema estresante o recursos para que su vida/trabajo sea más fácil, nuestros expertos compasivos están disponibles para ayudarlo cuando más lo necesite. **Esto es lo que puede esperar cuando se comunica con nosotros:**

Cuando necesite ayuda de atención médica



Lo remitiremos rápidamente al lugar adecuado.

- Recopilamos toda la información de su problema
- Lo guiamos al experto de Health Advocate adecuado para su necesidad



Venga preparado. Es posible que necesite:

- Tener a mano la factura médica y la explicación de beneficios.
- Firmar nuestro Formulario de autorización médica (Medical Authorization Release Form), que nos permite trabajar en su nombre para resolver su problema.



Cuánto tiempo se tarda. El “tiempo de respuesta” depende del problema. Encontrar un especialista dentro de la red lleva menos tiempo que otros problemas más profundos que necesitan investigación y contacto con planes médicos y proveedores.



Tendremos seguimiento con usted hasta que se solucione su problema. Esto incluye enviarle información actualizada por correo electrónico. Nota: esos correos electrónicos seguros procederán de un buzón llamado **Health Advocate Follow Up** (seguimiento de Health Advocate).

Cuando necesite orientación o ayuda con el trabajo/la vida



Un profesional de EAP iniciará un breve proceso de admisión:

- Confirmará su información de contacto
- Repasará las directrices de confidencialidad y los beneficios de EAP+Work/Life.



Evaluará las preocupaciones de seguridad, como el riesgo de que se cause daño a usted mismo o de que dañe a otras personas, abuso, o problemas con el alcohol o las drogas



Obtendrá información sobre el motivo por el que necesita orientación:

- Presiones financieras y laborales
- Estrés, ansiedad, depresión
- Relaciones familiares
- Abuso de sustancias



Determinará qué tipo de orientación puede ser el más adecuado para usted (individual, familiar o de pareja) y qué opciones de orientación están disponibles



Lo pondrá en contacto con el profesional adecuado para comenzar las sesiones de orientación*



Un especialista en el trabajo/la vida puede ayudarlo a encontrar recursos para el cuidado infantil, el cuidado de adultos mayores y más. También podemos ponerlo en contacto con un especialista en asuntos legales o financieros para hacer una consulta telefónica.

* Si necesita recibir un nivel de atención mayor que la consejería para pacientes ambulatorios, lo ayudaremos a analizar las opciones.



Recuerde, estamos aquí para ayudarlo con cualquier problema, desde el principio hasta al final, para hacer su vida más feliz, más saludable y más fácil. Usted, su cónyuge, sus dependientes, sus padres y sus suegros son todos elegibles para recibir los servicios de Health Advocate. **La ayuda está disponible 24/7.**



866-799-2728

HealthAdvocate.com/members
answers@HealthAdvocate.com

Llamada • Email • Mensaje • Chat en vivo

 **HealthAdvocate**SM

No somos una compañía de seguros. Health Advocate no es un proveedor directo de atención médica y no está afiliado a ninguna compañía de seguros ni proveedor externo. ©2024 Health Advocate HA-M-2401052-1.2FLY

AUTO AND HOME INSURANCE



Seguro Grupal de Hogar y Auto

Farmers es un programa de descuento que ofrece acceso a cobertura de hogar y auto a través de la conveniencia de deducción de nómina. Como empleado a tiempo completo usted recibe descuentos grupales para cobertura de hogar y auto de MetLife. Las pólizas de hogar y auto se renuevan a diferentes momentos durante el año, por lo tanto usted puede inscribirse en cualquier momento.

Farmers ofrece una amplia línea de pólizas de cobertura, incluyendo:

- Auto
- Barco
- Inundación
- Motocicleta
- Responsabilidad civil en exceso
- Vehículo recreativo
- Inquilinos
- Casa / Condominio

Para propietario de vivienda en alquiler

- Casa móvil Una póliza de Hogar y Auto ofrece varias características únicas, incluyendo::
- Nómina y descuentos grupales
- Cobertura de costo de reemplazo para pérdidas totales
- Cobertura de reemplazo para piezas especiales
- Beneficio de ahorros de deducible
- Servicios de resolución para robo de identidad
- Cobertura de costo de reemplazo de casa
- Reporte de reclamaciones 24-horas

Para obtener una cotización, llame al 800-438-6381 o visite www.myautohome.farmers.com

Poderosa protección legal de su lado

La asistencia legal de calidad puede ser costosa. Y puede ser difícil saber a dónde acudir para encontrar un abogado en el que pueda confiar. Con MetLife Legal Plans, tiene acceso a la orientación y las herramientas de expertos que necesita para navegar por una amplia gama de necesidades legales personales. Ya sea que esté comprando o vendiendo una casa, formando una familia o cuidando a padres ancianos, el beneficio brinda protección en cada paso.

Reduzca el costo de bolsillo de los servicios legales con MetLife Legal Plans.

Cómo funciona

Nuestro servicio se adapta a sus necesidades. Con abogados de la red disponibles en persona, por teléfono o por correo electrónico y herramientas en línea para hacerlo usted mismo, hacemos que sea fácil obtener ayuda legal. Y, siempre tendrá la opción de elegir qué abogado usar. Puede elegir uno de nuestra red de abogados precalificados, o utilizar un abogado fuera de nuestra red y recibir un reembolso de parte del costo. 1

Lo mejor de todo es que tiene acceso ilimitado a nuestros abogados para todos los asuntos legales cubiertos por el plan. Por una tarifa mensual de \$ 15.25 convenientemente pagada a través de la deducción de nómina, un experto está de su lado siempre que lo necesite.

Planificación patrimonial a su alcance

Nuestro sitio web le brinda la posibilidad de crear testamentos, testamentos vitales y poderes notariales en línea en tan solo 15 minutos. Responda algunas preguntas sobre usted, su familia y sus activos para crear estos documentos al instante. En los estados donde está disponible, también tiene acceso para firmar y notarizar sus documentos en línea a través de nuestra función de notario de video. número arábigo

Cómo usar el plan:

1. Encuentra un abogado

Crear una cuenta en members.legalplans.com para ver sus coberturas y seleccionar un abogado para su asunto legal. O llámenos al 800-821-6400 para obtener ayuda.

2. Haga una cita

Llame al abogado que seleccione y programe una hora para hablar o reunirse.

3. ¡Eso es todo!

No hay copagos, deducibles o formularios de reclamo cuando utiliza un abogado de la red para un asunto cubierto.

¿Preguntas? Llame al Centro de Servicio al Cliente de MetLife Legal Plans al 800-821-6400 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este

Legal Plan Contributions	Rates
Biweekly Deduction	\$7.04
Weekly Deduction	\$3.52

SEGURO DE MASCOTAS



No importa en qué travesuras impredecibles se meta tu peludo miembro de la familia, tu familia no está completa sin ellas. Con MetLife Seguro de Mascotas, puede estar seguro de que su salud y su billetera están protegidas si se enfrenta a un viaje inesperado al veterinario.

¿Por qué MetLife Seguro de Mascotas?

- Cobertura flexible con hasta un 90% de reembolso y libertad para visitar a cualquier veterinario con licencia de EE. UU.
- Cobertura opcional de atención preventiva
- Acceso 24/7 a los servicios de conserjería de telesalud, porque los accidentes y las enfermedades no siempre esperan a que su veterinario esté abierto
- Único proveedor que ofrece planes familiares, que cubren varios gatos y perros en una sola póliza
- Descuentos de hasta el 30% y ofertas adicionales en el cuidado de mascotas, donde estén disponibles
- Aplicación móvil MetLife Pet para enviar y rastrear reclamos, administrar la salud y el bienestar de su mascota y encontrar servicios para mascotas cercanos
- Cobertura de condiciones preexistentes previamente cubiertas al cambiar de proveedor

Obtenga una cotización o inscríbese hoy:

Visita [www.metlife.com/getpetquote]

Llame al [1-800-GET-MET8]

<p><u>Necesidades esenciales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Accidentes y enfermedades ● Diabetes ● Infecciones del oído ● Pancreatitis ● Cáncer ● Displasia de cadera ● Ligamento cruzado ● Y más... 	<p><u>Atención sofisticada</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Terapia con láser ● Cuidado holístico ● Acupuntura ● Hidroterapia ● IVDD ● Y más... 	
<p><u>Características de la política donde esté disponible</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Telesalud ● Beneficios de mortalidad ● Descuentos y recompensas ● Ahorro deducible ● Y más... 	<p><u>Cobertura opcional de atención preventiva</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pulga y garrapata ● Espadura y castración ● Heartworm ● Entrenamiento conductual ● Limpieza dental ● Y más... 	

Todos los empleados a tiempo parcial tiene elegibilidad inmediata para este programa. Vital Savings de Aetna es un programa de descuentos que le permite ahorrar dinero en medicamentos recetados, servicios dentales, cuidado de visión y más. No hay formularios de reclamación ni referencias.

Cómo Inscribirse y el Costo del Programa

Para inscribirse:

- Visite el sitio web al www.vitalsavings.com/ESH, o
- Llame al 1-877-698-4825

Utilice el código “ESH” para recibir el costo especial para los empleados a tiempo completo de ESA.

Hay una tarifa para este programa que Usted paga directamente a Aetna – no hay deducción de nómina disponible.

- Programa Individual: \$76 por año
- Programa Familiar: \$100 por año

Ahorros para Medicamentos Recetados

Reciba descuentos en la farmacia. Típicamente, los ahorros pueden ser entre 10 y 40 por ciento para genéricos y medicamentos de marca. Cadenas nacionales que participán en el programa incluyen CVS y Rite Aid.

Ahorros Dentales

La tarjeta Vital Savings Dental le proporciona acceso a servicios dentales con descuentos – sin tener seguro. Simplemente presente la tarjeta en cualquier uno de los 156,000 proveedores participantes para:

- Grandes servicios: Ahorros para limpiezas, coronas y exámenes ... hasta aparatos dentales y blanqueamiento.
- Grandes ahorros: El descuento es inmediato – ahorros entre 15 y 50 por ciento por visita en la mayoría de casos.

Ahorros de Visión

Reciba exámenes de visión, anteojos, lentes de contacto, cirugía LASIK y mucho más.

Grandes beneficios: Usted también recibe extras, tales como ahorros de membresía para gimnasio, vitaminas y más.

Acuérdese: El programa Vital Savings no es un seguro. El rango de descuentos proporcionados por el programa varía dependiendo en el tipo de proveedor y servicio recibido. El programa no hace ningún pago a los proveedores médicos ni dentales. Algunas áreas tienen servicios limitados.

Empleados a tiempo completo son elegibles con tal que no estén participando en ningún otro programa de ESA con Aetna.

¿QUE SUCEDE SI TIENE UN EVENTO CALIFICADO DE VIDA?

Hacer Cambios Durante el Año

Si tiene un evento calificado de vida, tiene 31 días * desde la fecha del acontecimiento para cambiar su selección de beneficios. Usted tiene que acceder myADP para actualizar su selección de beneficios para el evento calificado de vida. Cualquier cambio tiene que cumplir con las directrices aprobadas por el IRS y ser consistente con el tipo de evento que experimentó. Usted tendrá que proporcionar documentación justificativa para el evento. El equipo de Total Rewards Benefits revisará la petición y determinará si el cambio solicitado es permitido de acuerdo con las directrices del IRS

Los eventos calificados de vida incluyen, pero no son limitados a:

- Agregar un dependiente por nacimiento, adopción o matrimonio.
- Su cónyuge termina o comienza un nuevo empleo (cuando afecta la elegibilidad para cobertura)
- Usted o su cónyuge tiene un cambio de estado laboral desde tiempo completo a tiempo parcial o vice versa (cuando afecta la elegibilidad para cobertura)
- Pérdida de un dependiente por divorcio, fallecimiento o su hijo(a) alcanza la edad límite de elegibilidad para cobertura.
- Cambio en la elegibilidad para Medicaid o subsidio para el programa de seguro de salud para niños (CHIP).

*Si usted, su cónyuge o hijo dependiente pierde la cobertura de Medicaid, del programa de seguro de salud para niños (CHIP) o gana elegibilidad para asistencia estatal para prima, tienes 60 días desde la fecha del evento para inscribirse



¿QUE PASA SI TERMINA SU EMPLEO?

Si termina su empleo, las coberturas brindadas por los beneficios terminarán de acuerdo con el siguiente horario:

Benefit Plan	Coverage End Date
<ul style="list-style-type: none">Seguro MédicoSeguro DentalSeguro de Visión	Si el último día trabajado es entre el 1o y 15 del mes: La cobertura termina el 15 del mes Si el último día trabajado es el 16 o más tarde: La cobertura termina el último día del mes.
<ul style="list-style-type: none">Seguro de Vida / MA&DDiscapacidad a Corto PlazoDiscapacidad a Largo PlazoFSA de SaludFSA para Cuidado de DependienteCuenta de Ahorros de Salud	Su último día trabajado
	Usted mantiene su cuenta de ahorros de salud

Planes de Salud y Bienestar

Si está inscrito en el beneficio médico, dental, de visión o FSA de salud, el día antes de que termine su empleo, usted - y cualquier otro dependiente cubierto - tiene la oportunidad de continuar la cobertura por su cuenta a través de COBRA. Favor notar que a menos que se continúe la cobertura médica a través de COBRA, cualquier balance restante en su HRA será perdido

- Si eres elegible para continuar cualquier plan de cobertura, recibirá un paquete de COBRA desde **Flores & Associates**. El paquete se enviará por correo a la dirección de su casa que está registrada en myADP.
- Generalmente se recibe el paquete dentro de 14 días del último día trabajado.
- Las instrucciones de cómo elegir y pagar por COBRA estarán en el paquete.

Seguro de Vida

Los beneficios del seguro de vida (seguro básico de vida y seguro voluntario de vida para cónyuge y/o hijos) termina el último día de empleo activo o cambio de estado. Favor de entrar en contacto con Lincoln Financial Group para convertir los beneficios del seguro de vida. Si está interesado en convertir su seguro de vida, el papeleo requerido y la primera prima debe ser pagada a Lincoln Financial Group dentro de 31 días de la fecha de terminación.

Si desea continuar su cobertura de vida, favor de entrar en contacto con el equipo de beneficios de ESA a benefits@esa.com para solicitar un paquete de información. A su solicitud, el equipo de beneficios podrá enviar por correo / correo electrónico el paquete de conversión para su finalización. Una vez que haya completado el formulario, lo debe enviar junto con el pago a Lincoln Financial Group antes de 31 días de la fecha de su terminación de empleo.

Plan 401(k)

Si participa en el plan 401(k) de ESA, puede llamar a Fidelity y ellos le explicarán sus opciones para distribución. Para garantizar que se haya procesado su terminación de empleo, planifique llamar a Fidelity al menos 30 días después de su último día de trabajo. Llamar al Call 800-835-5097 o visitar el sitio web de Fidelity en www.netbenefits.com.

Importante: Antes de separarse de la compañía favor de confirmar que su dirección es correcta en myADP. Si no es así, debe actualizar la información.

¿QUE SUCEDE SI CAMBIO DE TIEMPO COMPLETO A TIEMPO PARCIAL?

If your employment status changes from full-time to part-time, your benefit coverage will terminate according to the following schedule:

<ul style="list-style-type: none"> • Seguro Médico • Seguro Dental 	<p>If your status change occurs between the 1st-15th of the month: Coverage ends on the 15th of the month</p> <p>If your status change occurs the 16th of the month or later: Coverage ends on the last day of the month</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro Vision 	La cobertura continúa
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro de Vida / MA&D • Discapacidad a Corto Plazo • Discapacidad a Largo Plazo • FSA de Salud • FSA para Cuidado de Dependiente 	Fecha del cambio de estado
<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta de Ahorros de Salud 	Usted mantiene su cuenta de ahorros de salud

Planes de Salud y Bienestar

Si está inscrito en el beneficio médico, dental, de visión o FSA de salud, el día antes del cambio de estado laboral desde tiempo completo a tiempo parcial, usted - y cualquier otro dependiente cubierto - tiene la oportunidad de continuar la cobertura por su cuenta a través de COBRA. Favor notar que a menos que se continúe la cobertura médica a través de COBRA, cualquier balance restante en su HSA será perdido.

- Si eres elegible para continuar cualquier plan de cobertura, recibirá un paquete de COBRA desde Flores & Associates. El paquete se enviará por correo a la dirección de su casa que está registrada en myADP.
- Generalmente se recibe el paquete dentro de 14 días del último día trabajado.
- Las instrucciones de cómo elegir y pagar por COBRA estarán en el paquete.

Seguro de Vida

Los beneficios del seguro de vida (seguro básico de vida y seguro voluntario de vida para cónyuge y/o hijos) termina el último día de empleo activo o cambio de estado. Favor de entrar en contacto con Lincoln Financial Group para convertir los beneficios del seguro de vida. Si está interesado en convertir su seguro de vida, el papeleo requerido y la primera prima debe ser pagada a Lincoln Financial Group dentro de 31 días de la fecha de terminación.

Si desea continuar su cobertura de vida, favor de entrar en contacto con el equipo de beneficios de ESA a benefits@esa.com para solicitar un paquete de información. A su solicitud, el equipo de beneficios podrá enviar por correo / correo electrónico el paquete de conversión para su finalización. Una vez que haya completado el formulario, lo debe enviar junto con el pago a Lincoln Financial Group antes de 31 días de la fecha de su terminación de empleo.

Plan 401 (k)

Si participa en el plan 401(k) de ESA, puede continuar participando. Para inscribirse o para hacer cambios, favor de llamar al 800-835-5097 o visitar el sitio web de Fidelity en www.netbenefits.com.

Importante: Antes de separarse de la compañía favor de confirmar que su dirección es correcta en myADP. Si no es así, debe actualizar la información.



EMPLOYMENT VERIFICATION

Are you applying for credit, leasing or renting, financing a purchase, or applying for government services?

We have partnered with The Work Number® service, which is a simple, secure and private way to get your employment and/or income information to the companies that need it. It's available 24/7, so that you can get the decisions you need when you need them.

From now on if the banker, the property manager, the car dealer or caseworker asks you how much money you make or to prove where you work, just send them to:

- www.theworknumber.com
- 800-367-5690 M-F 8:00 am to 8:00 pm (ET)
- member@equifax.com
- ESA Employer Code 4556338

Simple as that. Visit <https://employees.theworknumber.com> to learn more.

PREGUNTAS FRECUENTES (FAQS)

1. ¿No consigo conectarme a myADP, qué debo hacer?

- Asegúrese de estar registrado(a). Si no está registrado(a), haga clic en “Register” (Registrarse) y siga las indicaciones.
- Si ha olvidado su nombre de usuario o su contraseña, haga clic en “I Forgot User ID or Password” (He olvidado mi nombre de usuario o mi contraseña) y siga las indicaciones en pantalla.
- Si todavía no puede ingresar, póngase en contacto con su Administrador del sistema HRIS o con su gerente para obtener ayuda.

2. ¿Dónde encuentro las instrucciones de cómo inscribirme?

Instrucciones detalladas de cómo inscribirse a través de myADP están en la Guía de Entrenamiento para myADP. Para acceder la guía de entrenamiento, seleccionar el cuadro de Forms and Plan Documents encontrado debajo de Your Benefits en myADP.

3. ¿Si no quiero inscribirme en los planes de beneficios de ESA, tengo que hacer cualquier cosa?

No, si usted comienza a ser elegible para inscribirse y no toma medidas para elegir los beneficios, solamente tendrá los beneficios pagados por la compañía de ESA: seguro de vida básico y seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D), seguro de incapacidad a largo plazo (LTD), programa Health Advocate (Defensor de la Salud) y programa de ayuda al empleado (EAP).

4. ¿Puedo cambiar mis selecciones, y si puedo, cuánto tiempo tengo para cambiarlas?

Después del período de inscripción inicial, sólo se puede cambiar las selecciones durante el período anual de inscripción abierto o, si tiene un evento de vida calificado. Si tiene un evento de vida calificado, conéctese a myADP y seleccionar Life Event dentro de 31 días del acontecimiento para poder hacer cualquier cambio.

5. ¿Tengo que inscribirme en todos los beneficios?

No, puede inscribirse en cada plan individualmente. ESA proporciona Seguro Básico de Vida con MA&D; Discapacidad a Largo Plazo (LTD), como también los programas de Health Advocate y Asistencia al Empleado (EAP) sin ningún costo para Usted.

6. ¿Si mi hijo es mayor de 18 años de edad, puedo inscribirlo como un dependiente?

Si, en el seguro médico, dental y de visión:

- Usted puede inscribir hijos dependientes de hasta 26 años de edad.
- Usted también puede inscribir hijos solteros mayores de 26 años de edad que son incapaces de cuidar de sí mismos mentalmente o físicamente.

Si, en el Seguro de Vida para Niños:

- Hijos dependientes pueden estar cubiertos hasta los 19 años. Cobertura puede ser continuada hasta los 26 años de edad, pero sólo si él es estudiante a tiempo completo.

Se requiere documentación de apoyo.

7. ¿Cómo someto documentación apoyante para mis dependientes?

Se puede enviar la documentación de apoyo por correo electrónico a benefits@esa.com o por fax al 980-335-3379. Favor de indicar su nombre y tipo de documentación en la línea titulada 'Asunto'

8. ¿Cuido de mis padres y de los hijos de mi hermano(a), puedo incluirlos en los planes de ESA? I take care of my parents and my sibling's children - can I cover them under ESA's Plan?

Los padres no son dependientes elegibles para los planes de beneficios de ESA y no pueden ser inscritos para cobertura.

Para ser elegible, el niño dependiente debe ser menor de 26 años de edad. Si él no es su hijo biológico, él debe estar en una de las siguientes categorías para ser elegibles para la cobertura:

- Hijastro
- Legalmente adoptado
- Niño de crianza o colocado con Usted para a adopción
- En su cuidado en cumplimiento con una orden judicial
- Un niño por el cual Usted es el guardián legal

Se requiere documentación de apoyo.

9. ¿Si soy primeramente elegible, cuándo debo completar una Evidencia de Asegurabilidad (EOI)?

Si eres primeramente elegible, se requiere el EOI si el monto total de seguro básico y suplementario de vida excede \$400,000 de cobertura.

10. ¿Si es después de mi período inicial de elegibilidad, cuándo tengo que completar una Evidencia de Asegurabilidad (EOI)?

Después del período inicial de inscripción, Usted solamente puede inscribirse o hacer cambios durante subsecuentes períodos de inscripción o, si tiene un evento de vida calificado.

- Si está eligiendo seguro suplementario de vida (Empleado, Cónyuge e Hijos), Discapacidad a Corto Plazo (STD) y/o Discapacidad a Largo Plazo Suplementario (LTD).
 1. Durante el período de inscripción abierta; o,
 2. Resultando de un evento de vida calificado

Lincoln Financial Group revisará el EOI para determinar aprobación para la cobertura. Si Usted es aprobado, la selección y deducción de nómina serán actualizados en myADP para el próximo período de pago apropiado.

11. I called customer service (Aetna, EyeMed, MetLife, Lincoln Financial Group) and am confused by the response. What should I do?

Puede contactar Health Advocate para recibir asistencia al (866) 695-8622 o por correo electrónico a answers@HealthAdvocate.com.

Usted también puede contactar el equipo de beneficios Total Rewards a benefits@esa.com para obtener asistencia.

12. ¿Cuándo voy a recibir mis tarjetas de identificación para los seguros?

- Usted puede esperar recibir las tarjetas de identificación en su domicilio particular dentro de los 15 días de su inscripción (o como máximo el 1 de enero si se inscribe durante el período de inscripción abierta).
- Asegúrese de que myADP cuente con su domicilio particular correcto para poder recibir las tarjetas en forma oportuna.
- Usted no recibirá una tarjeta de seguro para el plan de la visión y el plan dental.
 - Simplemente proporcione su fecha de nacimiento y número de Seguro Social a su proveedor y éste podrá acceder a su cobertura.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

COPAGO: Un copago es el monto fijo en dólares que usted paga por ciertos servicios dentro de la red en un plan de tipo PPO. En algunos casos, usted puede ser responsable del coseguro después de que se haga un copago.

COSEGURO: Su parte de los costos de un servicio de atención médica que, por lo general, se calcula como porcentaje del monto cobrado por los servicios. Comienza a pagar el coseguro después de alcanzar el deducible de su plan. Su plan paga un cierto porcentaje de la factura total, y usted paga el porcentaje restante.

DEDUCIBLE: Un deducible es la cantidad de dinero que debe cubrir antes de que su plan comience a pagar los servicios cubiertos por el coseguro. Algunos servicios, como las visitas al consultorio que requieren copagos, no se consideran para el deducible. Por ejemplo, si el deducible de su plan es de \$1000, usted pagará el 100 por ciento de los gastos de salud elegibles hasta que haya alcanzado el deducible de \$1000. Después de eso, usted comparte el costo con su plan mediante el pago de un coseguro.

DENTRO DE LA RED: un grupo de médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores de atención médica que tienen un acuerdo con el proveedor de su plan médico. Usted paga una tarifa acordada por los servicios cuando usa proveedores que están dentro de la red.

FORMULARIO: Una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. También se llama lista de medicamentos.

FUERA DE LA RED: Atención recibida de un médico, un hospital u otro proveedor que no forma parte del acuerdo del plan médico. Pagará más cuando use proveedores fuera de la red, ya que no cuentan con una tarifa acordada con su proveedor del plan. También se le puede facturar la diferencia entre lo que cobra por sus servicios el proveedor fuera de la red y lo que paga por esos servicios el proveedor del plan.

MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO: esto es lo máximo que debe pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de gastar esta cantidad en deducibles y coseguro, su plan de salud paga el 100 por ciento de los costos de los beneficios cubiertos. Sin embargo, fuera de la red, usted debe pagar ciertos cargos superiores a los montos razonables y habituales.

PLAN DE SALUD CON DEDUCIBLE ALTO (HDHP): Este es un tipo de plan médico que requiere que el afiliado alcance un deducible antes de que el coseguro cubra los servicios. Todos los gastos pagados por el miembro cuentan para el deducible y el límite máximo de gastos de bolsillo.

CONTACTS

Medical/Pharmacy Benefits

Aetna

Servicios para miembros:
800-443-0157
Sitio Web: www.aetna.com

Advocacy Services / Tobacco Cessation

Health Advocate

Servicios para miembros:
(866) 695-8622, thru 12/31/24
(866) 799-2728, effective 1/1/25
Sitio Web: www.healthadvocate.com

Dental

MetLife

Servicios para miembros:
800-638-5433
Sitio Web: www.metlife.com

Vision

Eyemed

Servicios para miembros:
866-723-0513
Sitio Web: www.eyemed.com

Health Savings Account (HSA) / 401(k) Accounts

Fidelity

Servicios para miembros:
800-835-5097
Sitio Web: www.netbenefits.com

Flexible Spending Account (FSA) / Commuter Benefit

Flores & Associates

Servicios para miembros:
800-532-3327
Sitio Web: www.flores247.com

Telehealth

TELADOC

Servicios para miembros:
855-TELADOC (835-2362)
Sitio Web: www.Teladoc.com/Aetna

Life & Disability

Lincoln Financial Group

Life

Servicios para miembros:
888-787-2129
Sitio Web: www.mylincolnportal.com

Disability

Servicios para miembros:
888-408-7300
Sitio Web: www.mylincolnportal.com

Employee Assistance Program (EAP)

Health Advocate

Servicios para miembros:
(866) 695-8622, thru 12/31/24
(866) 799-2728, effective 1/1/25
Sitio Web: www.healthadvocate.com/esa

Group Home & Auto

MetLife

Servicios para miembros:
800-638-5433
Sitio Web: metlife.com

Vital Savings

Aetna

Servicios para miembros:
877-698-4825
Sitio Web: www.vitalsavings.com/ESH

Pet Insurance

MetLife

Servicios para miembros:
855-270-7387
Email: pet_info@metlife.com

Legal Insurance

MetLife

Servicios para miembros:
800-638-5433
Sitio Web: metlife.com

Para otras preguntas de beneficios
benefits@esa.com

Preguntas de myADP
HRIS@esa.com

**RESÚMEN ES
DE BENEFICIOS
Y COBERTURA
(SBCS)**





The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, www.HealthReformPlanSBC.com or by calling 1-888-982-3862. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> or call 1-888-982-3862 to request a copy.

Important Questions		Answers		Why This Matters:
What is the overall deductible?		In-Network: EE Only \$1,150 / EE+ 1 Dependent \$2,300 / EE+ Family \$3,450. Out-of-Network: EE Only \$3,000 / EE+ 1 Dependent \$6,000 / EE+ Family \$9,000. Health Fund: \$300 / \$700 / \$1,100		Generally, you must pay all of the costs from <u>providers</u> up to the <u>deductible</u> amount before this <u>plan</u> begins to pay. If you have other family members on the policy, the overall family <u>deductible</u> must be met before the <u>plan</u> begins to pay.
Are there services covered before you meet your deductible?		Yes. In-network <u>preventive care</u> is covered before you meet your <u>deductible</u> .		This <u>plan</u> covers some items and services even if you haven't yet met the <u>deductible</u> amount. But a <u>copayment</u> or <u>coinsurance</u> may apply. For example, this <u>plan</u> covers certain <u>preventive services</u> without <u>cost sharing</u> and before you meet your <u>deductible</u> . See a list of covered <u>preventive services</u> at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?		No.		You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?		In-Network: EE Only \$2,750 / EE+ 1 Dependent \$5,500 / EE + Family \$8,250; Out-of-Network: EE Only \$6,000 / EE+ 1 Dependent \$12,000 / EE + Family \$18,000		The <u>out-of-pocket limit</u> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <u>plan</u> , they have to meet their own <u>out-of-pocket limits</u> until the overall family <u>out-of-pocket limit</u> has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?		Premiums, <u>balance-billing</u> charges, health care this <u>plan</u> doesn't cover & penalties for failure to obtain <u>pre-authorization</u> for services.		Even though you pay these expenses, they don't count toward the <u>out-of-pocket limit</u> .
Will you pay less if you use a network provider?		Yes. See www.aetna.com/docfind or call 1-888-982-3862 for a list of in-network providers.		This <u>plan</u> uses a <u>provider network</u> . You will pay less if you use a <u>provider</u> in the <u>plan's</u> network. You will pay the most if you use an <u>out-of-network provider</u> , and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider's</u> charge and what your <u>plan</u> pays (<u>balance billing</u>). Be aware, your <u>network provider</u> might use an <u>out-of-network provider</u> for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?		No.		You can see the <u>specialist</u> you choose without a <u>referral</u> .

 All copayment and coinsurance costs shown in this chart are after your deductible has been met, if a deductible applies.				
Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions & Other Important Information
		In-Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	20% coinsurance	50% coinsurance	None
	Specialist visit	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	None
If you have a test	Preventive care / <u>screening</u> / immunization	No charge	50% coinsurance	You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
	Diagnostic test (x-ray, blood work)	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	None
	Generic drugs	\$9 copayment (retail) \$27 copayment (mail order)	Not covered	Covers 30 day supply (retail), 31-90 day supply (mail order). Includes contraceptive drugs & devices obtainable from a pharmacy, oral fertility drugs. No charge for preferred generic FDA-approved women's contraceptives in-network. Review formulary for prescriptions requiring precertification. Your cost will be higher for choosing Brand over Generics.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.aetnapharmacy.com/premierplus	Preferred brand drugs	20% <u>coinsurance</u>	Not covered	Maintenance drugs- after three retail fills, members are required to fill a 90-day supply at Aetna Rx Home Delivery or CVS, unless you opt-out. Mandatory generic (or additional cost if generic available and not selected)
	Non-preferred brand drugs	20% <u>coinsurance</u>	Not covered	First prescription fill at a retail pharmacy or specialty pharmacy. Subsequent fills must be through the Aetna Specialty Pharmacy Network.
Premier Plus Formulary	Specialty drugs	Applicable cost as noted above for generic or brand drugs	Not covered	
	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	None
If you have outpatient surgery	Physician/surgeon fees	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions & Other Important Information
		In-Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you need immediate medical attention	<u>Emergency room care</u>	\$200 <u>copayment</u> ; 20% <u>coinsurance</u>	\$200 <u>copayment</u> ; 20% <u>coinsurance</u>	None
	<u>Emergency medical transportation</u>	20% <u>coinsurance</u>	20% <u>coinsurance</u>	None
	<u>Urgent care</u>	20% <u>coinsurance</u> ; \$25 <u>copayment</u> /walk-in clinic	20% <u>coinsurance</u> ; \$25 <u>copayment</u> /walk-in clinic	None
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Penalty of \$400 for failure to obtain <u>pre-authorization</u> for out-of-network care.
	Physician/surgeon fees	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	None
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Office & other outpatient services: 20% <u>coinsurance</u>	Office & other outpatient services: 50% <u>coinsurance</u>	None
	Inpatient services	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Penalty of \$400 for failure to obtain <u>pre-authorization</u> for out-of-network care.
	Office visits	No charge	50% <u>coinsurance</u>	Cost sharing doesn't apply to certain preventive services. Maternity care may include tests & services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound). Penalty of \$400 for failure to obtain <u>pre-authorization</u> for out-of-network care may apply.
If you are pregnant	Childbirth/delivery professional services	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	120 visits/calendar year. Penalty of \$400 for failure to obtain <u>pre-authorization</u> for out-of-network care.
	Childbirth/delivery facility services	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	60 visits/calendar year for Physical, Occupational, Speech Therapy & Chiropractic care combined.
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Home health care</u>	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Not covered.
	<u>Rehabilitation services</u>	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	60 days/calendar year. Penalty of \$400 for failure to obtain <u>pre-authorization</u> for out-of-network care.
	<u>Habilitation services</u>	Not covered	Not covered	Not covered.
	<u>Skilled nursing care</u>	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	60 days/calendar year. Penalty of \$400 for failure to obtain <u>pre-authorization</u> for out-of-network care.
	<u>Durable medical equipment</u>	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	None
	<u>Hospice services</u>	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Penalty of \$400 for failure to obtain <u>pre-authorization</u> for out-of-network care.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions & Other Important Information
		In-Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Not covered	Not covered	Not covered.
	Children's glasses	Not covered	Not covered	Not covered.
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	Not covered.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- Acupuncture
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult & Child)
- Glasses (Child)
- Habilitation services
- Hearing aids
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private-duty nursing
- Routine eye care (Adult & Child)
- Routine foot care
- Weight loss programs - Except for required preventive services.

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- Bariatric surgery
- Chiropractic care - 60 visits/calendar year for Chiropractic care combined with rehabilitation services.
- Infertility treatment - Limited to the diagnosis & treatment of underlying medical condition.

Your Rights to Continue Coverage:

There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is:

- For more information on your rights to continue coverage, contact the [plan](tel:1-888-982-3862) at 1-888-982-3862.
- If your group health coverage is subject to ERISA, you may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- For non-federal governmental group health [plans](#), you may also contact the Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 or www.ccio.cms.gov.
- If your coverage is a church [plan](#), church [plans](#) are not covered by the Federal COBRA continuation coverage rules. If the coverage is insured, individuals should contact their State insurance regulator regarding their possible rights to continuation coverage under State law.

Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance [Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights:

There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact:

- Aetna directly by calling the toll free number on your Medical ID Card, or by calling our general toll free number at 1-888-982-3862.

- If your group health coverage is subject to ERISA, you may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- For non-federal governmental group health plans, you may also contact the Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov.
- Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact information is at: <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

If you don't have Minimum Essential Coverage for a month, you'll have to make a payment when you file your tax return unless you qualify for an exemption from the requirement that you have health coverage for that month.

Does this plan Meet Minimum Value Standard? Yes.

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

-----To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.-----

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the **cost sharing** amounts (**deductibles**, **copayments**, and **coinsurance**) and **excluded services** under the **plan**. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health **plans**. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- The plan's overall deductible \$1,150
- Specialist coinsurance 20%
- Hospital (facility) coinsurance 20%
- Other coinsurance 20%

This EXAMPLE event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
 Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
 Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,800	Total Example Cost	\$1,900
In this example, Peg would pay:			
<i>Cost Sharing</i>			
Deductibles	\$1,150	Deductibles	\$1,150
Copayments	\$0	Copayments	\$0
Coinsurance	\$1,600	Coinsurance	\$150
<i>What isn't covered</i>			
Limits or exclusions	\$0	Limits or exclusions	\$0
The total Peg would pay is	\$2,750	The total Mia would pay is	\$1,300

Note: If your **plan** has a wellness program and you choose to participate, you may be able to reduce your costs.

Managing Joe's type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The plan's overall deductible \$1,150
- Specialist coinsurance 20%
- Hospital (facility) coinsurance 20%
- Other coinsurance 20%

This EXAMPLE event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
 Diagnostic tests (*blood work*)
 Prescription drugs
 Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$7,400	Total Example Cost	\$1,900
In this example, Joe would pay:			
<i>Cost Sharing</i>			
Deductibles	\$1,150	Deductibles	\$1,150
Copayments	\$0	Copayments	\$0
Coinsurance	\$1,250	Coinsurance	\$150
<i>What isn't covered</i>			
Limits or exclusions	\$0	Limits or exclusions	\$0
The total Joe would pay is	\$2,400	The total Mia would pay is	\$1,300

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

- The plan's overall deductible \$1,150
- Specialist coinsurance 20%
- Hospital (facility) coinsurance 20%
- Other coinsurance 20%

This EXAMPLE event includes services like:

Emergency room care (*including medical supplies*)
 Diagnostic test (*x-ray*)
 Durable medical equipment (*crutches*)
 Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$7,400	Total Example Cost	\$1,900
In this example, Mia would pay:			
<i>Cost Sharing</i>			
Deductibles	\$1,150	Deductibles	\$1,150
Copayments	\$0	Copayments	\$0
Coinsurance	\$1,250	Coinsurance	\$150
<i>What isn't covered</i>			
Limits or exclusions	\$0	Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$2,400	The total Mia would pay is	\$1,300

The **plan** would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, www.HealthReformPlanSBC.com or by calling 1-888-982-3862. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> or call 1-888-982-3862 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	In-Network: EE Only \$1,600 / EE+ 1 Dependent \$3,200 / EE+ Family \$4,800. Out-of-Network: EE Only \$3,200 / EE+ 1 Dependent \$6,400 / EE+ Family \$9,600. Health Fund: \$300 / \$700 / \$1,100	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the policy, the overall family deductible must be met before the plan begins to pay.
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. In-network preventive care is covered before you meet your deductible.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost sharing and before you meet your deductible. See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	In-Network: EE Only \$3,500 / EE+ 1 Dependent \$7,000 / EE + Family \$10,500; Out-of-Network: EE Only \$7,000 / EE+ 1 Dependent \$14,000 / EE + Family \$21,000	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan, they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, balance-billing charges, health care this plan doesn't cover & penalties for failure to obtain pre-authorization for services.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit.
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.aetna.com/docfind or call 1-888-982-3862 for a list of in-network providers.	This plan uses a provider network. You will pay less if you use a provider in the plan's network. You will pay the most if you use an out-of-network provider, and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	No.	You can see the specialist you choose without a referral.

 All <u>copayment</u> and <u>coinsurance</u> costs shown in this chart are after your <u>deductible</u> has been met, if a <u>deductible</u> applies.				
Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions & Other Important Information
		In-Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	20% coinsurance	50% coinsurance	None
	Specialist visit	20% coinsurance	50% coinsurance	None
If you have a test	Preventive care / screening/ immunization	No charge	50% coinsurance	You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
	Diagnostic test (x-ray, blood work)	20% coinsurance	50% coinsurance	None
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.aetnapharmacy.com/premierplus	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% coinsurance	50% coinsurance	None
	Generic drugs	\$9 copayment (retail) \$27 copayment (mail order)	Not covered	Covers 30 day supply (retail), 31-90 day supply (mail order). Includes contraceptive drugs & devices obtainable from a pharmacy, oral fertility drugs. No charge for preferred generic FDA-approved women's contraceptives in-network. Review formulary for prescriptions requiring precertification. Your cost will be higher for choosing Brand over Generics.
Premier Plus Formulary	Preferred brand drugs	20% coinsurance	Not covered	Maintenance drugs- after three retail fills, members are required to fill a 90-day supply at Aetna Rx Home Delivery or CVS, unless you opt-out. Mandatory generic (or additional cost if generic available and not selected)
	Non-preferred brand drugs	20% coinsurance	Not covered	First prescription fill at a retail pharmacy or specialty pharmacy. Subsequent fills must be through the Aetna Specialty Pharmacy Network.
If you have outpatient surgery	Specialty drugs	Applicable cost as noted above for generic or brand drugs	Not covered	None
	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% coinsurance	50% coinsurance	None
	Physician/surgeon fees	20% coinsurance	50% coinsurance	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions & Other Important Information
		In-Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you need immediate medical attention	<u>Emergency room care</u>	\$200 copayment; 20% coinsurance	\$200 copayment; 20% coinsurance	None
	<u>Emergency medical transportation</u>	20% coinsurance	20% coinsurance	None
	<u>Urgent care</u>	20% coinsurance; \$25 copayment /walk-in clinic	20% coinsurance; \$25 copayment /walk-in clinic	None
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% coinsurance	50% coinsurance	Penalty of \$400 for failure to obtain pre-authorization for out-of-network care.
	Physician/surgeon fees	20% coinsurance	50% coinsurance	None
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Office & other outpatient services: 20% coinsurance	Office & other outpatient services: 50% coinsurance	None
	Inpatient services	20% coinsurance	50% coinsurance	Penalty of \$400 for failure to obtain pre-authorization for out-of-network care.
	Office visits	No charge	50% coinsurance	Cost sharing doesn't apply to certain preventive services. Maternity care may include tests & services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound). Penalty of \$400 for failure to obtain pre-authorization for out-of-network care may apply.
If you are pregnant	Childbirth/delivery professional services	20% coinsurance	50% coinsurance	
	Childbirth/delivery facility services	20% coinsurance	50% coinsurance	
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Home health care</u>	20% coinsurance	50% coinsurance	120 visits/calendar year. Penalty of \$400 for failure to obtain pre-authorization for out-of-network care.
	<u>Rehabilitation services</u>	20% coinsurance	50% coinsurance	60 visits/calendar year for Physical, Occupational, Speech Therapy & Chiropractic care combined.
	<u>Habilitation services</u>	Not covered	Not covered	Not covered.
	<u>Skilled nursing care</u>	20% coinsurance	50% coinsurance	60 days/calendar year. Penalty of \$400 for failure to obtain pre-authorization for out-of-network care.
	<u>Durable medical equipment</u>	20% coinsurance	50% coinsurance	None
	<u>Hospice services</u>	20% coinsurance	50% coinsurance	Penalty of \$400 for failure to obtain pre-authorization for out-of-network care.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions & Other Important Information
		In-Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Not covered	Not covered	Not covered.
	Children's glasses	Not covered	Not covered	Not covered.
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	Not covered.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- Acupuncture
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult & Child)
- Glasses (Child)
- Habilitation services
- Hearing aids
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private-duty nursing
- Routine eye care (Adult & Child)
- Routine foot care
- Weight loss programs - Except for required preventive services.

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- Bariatric surgery
- Chiropractic care - 60 visits/calendar year for Chiropractic care combined with rehabilitation services.
- Infertility treatment - Limited to the diagnosis & treatment of underlying medical condition.

Your Rights to Continue Coverage:

There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is:

- For more information on your rights to continue coverage, contact the [plan](tel:1-888-982-3862) at 1-888-982-3862.
- If your group health coverage is subject to ERISA, you may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- For non-federal governmental group health plans, you may also contact the Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 or www.ccio.cms.gov.
- If your coverage is a church plan, church plans are not covered by the Federal COBRA continuation coverage rules. If the coverage is insured, individuals should contact their State insurance regulator regarding their possible rights to continuation coverage under State law.

Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights:

There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact:

- Aetna directly by calling the toll free number on your Medical ID Card, or by calling our general toll free number at 1-888-982-3862.

- If your group health coverage is subject to ERISA, you may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- For non-federal governmental group health plans, you may also contact the Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 or www.ccoio.cms.gov.
- Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact information is at: <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

If you don't have **Minimum Essential Coverage** for a month, you'll have to make a payment when you file your tax return unless you qualify for an exemption from the requirement that you have health coverage for that month.

Does this plan Meet Minimum Value Standard? Yes.

If your plan doesn't meet the **Minimum Value Standards**, you may be eligible for a **premium tax credit** to help you pay for a plan through the **Marketplace**.

-----To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.-----

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments, and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- **The plan's overall deductible** \$1,600
- **Specialist coinsurance** 20%
- **Hospital (facility) coinsurance** 20%
- **Other coinsurance** 20%

This EXAMPLE event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
 Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
 Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,800	Total Example Cost	\$1,900
In this example, Peg would pay:			
<i>Cost Sharing</i>			
Deductibles	\$1,600	Deductibles	\$1,600
Copayments	\$0	Copayments	\$0
Coinsurance	\$1,900	Coinsurance	\$60
<i>What isn't covered</i>			
Limits or exclusions	\$0	Limits or exclusions	\$0
The total Peg would pay is	\$3,500	The total Mia would pay is	\$1,660

Note: If your plan has a wellness program and you choose to participate, you may be able to reduce your costs.

Managing Joe's type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- **The plan's overall deductible** \$1,600
- **Specialist coinsurance** 20%
- **Hospital (facility) coinsurance** 20%
- **Other coinsurance** 20%

This EXAMPLE event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
 Diagnostic tests (*blood work*)
 Prescription drugs
 Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$7,400	Total Example Cost	\$1,900
In this example, Joe would pay:			
<i>Cost Sharing</i>			
Deductibles	\$1,600	Deductibles	\$1,600
Copayments	\$0	Copayments	\$0
Coinsurance	\$1,160	Coinsurance	\$60
<i>What isn't covered</i>			
Limits or exclusions	\$0	Limits or exclusions	\$0
The total Joe would pay is	\$2,760	The total Mia would pay is	\$1,660

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

- **The plan's overall deductible** \$1,600
- **Specialist coinsurance** 20%
- **Hospital (facility) coinsurance** 20%
- **Other coinsurance** 20%

This EXAMPLE event includes services like:

Emergency room care (*including medical supplies*)
 Diagnostic test (*x-ray*)
 Durable medical equipment (*crutches*)
 Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$1,900	Total Example Cost	\$1,900
In this example, Mia would pay:			
<i>Cost Sharing</i>			
Deductibles	\$1,600	Deductibles	\$1,600
Copayments	\$0	Copayments	\$0
Coinsurance	\$60	Coinsurance	\$60
<i>What isn't covered</i>			
Limits or exclusions	\$0	Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$1,660	The total Mia would pay is	\$1,660



Coverage for: EE Only; EE+ Family | Plan Type: POS

The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, www.HealthReformPlanSBC.com or by calling 1-888-982-3862. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> or call 1-888-982-3862 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	In-Network: EE Only \$2,000; EE+ 1 Dependent \$5,000; EE+ Family \$5,000. Out-of-Network: EE Only \$4,000; EE+ 1 Dependent \$10,000; EE+ Family \$10,000.	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the policy, the overall family <u>deductible</u> must be met before the <u>plan</u> begins to pay.
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. In-network <u>preventive care</u> is covered before you meet your <u>deductible</u> .	This <u>plan</u> covers some items and services even if you haven't yet met the <u>deductible</u> amount. But a <u>copayment</u> or <u>coinsurance</u> may apply. For example, this <u>plan</u> covers certain <u>preventive services</u> without <u>cost sharing</u> and before you meet your <u>deductible</u> . See a list of covered <u>preventive services</u> at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	In-Network: EE Only \$4,500; EE+ 1 Dependent: Individual \$4,500/ Family \$9,000; EE+ Family: Individual \$4,500/ Family \$13,300. EE Only: \$9,000; EE + 1 Dependent: Individual \$9,000/ Family \$18,000; Family: Individual \$9,000/ Family \$26,600	The <u>out-of-pocket limit</u> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <u>plan</u> , they have to meet their own <u>out-of-pocket limits</u> until the overall family <u>out-of-pocket limit</u> has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, <u>balance-billing charges</u> , health care this <u>plan</u> doesn't cover & penalties for failure to obtain <u>pre-authorization</u> for services.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <u>out-of-pocket limit</u> .
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.aetna.com/docfind or call 1-888-982-3862 for a list of in-network providers.	This <u>plan</u> uses a <u>provider network</u> . You will pay less if you use a <u>provider</u> in the <u>plan's network</u> . You will pay the most if you use an <u>out-of-network provider</u> , and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider's charge</u> and what your <u>plan</u> pays (<u>balance billing</u>). Be aware, your <u>network provider</u> might use an <u>out-of-network provider</u> for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	No.	You can see the <u>specialist</u> you choose without a <u>referral</u> .

All copayment and coinsurance costs shown in this chart are after your deductible has been met, if a deductible applies.



Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions & Other Important Information
		In-Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care <u>provider's office</u> or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	20% coinsurance	50% coinsurance	None
	<u>Specialist</u> visit	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	None
	<u>Preventive care / screening / immunization</u>	No charge	50% coinsurance	You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your <u>plan</u> will pay for.
If you have a test	<u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work)	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	None
	Generic drugs	20% <u>coinsurance</u>	Not covered	Covers 30 day supply (retail), 31-90 day supply (mail order). Includes contraceptive drugs & devices obtainable from a pharmacy, oral fertility drugs. No charge for preferred generic FDA-approved women's contraceptives in-network.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about <u>prescription drug coverage</u> is available at www.aetnapharmacy.com/premierplus	Preferred brand drugs	20% <u>coinsurance</u>	Not covered	Review formulary for prescriptions requiring precertification. Your cost will be higher for choosing Brand over Generics. Maintenance drugs- after three retail fills, members are required to fill a 90-day supply at Aetna Rx Home Delivery or CVS, unless you opt-out.
	Non-preferred brand drugs	20% <u>coinsurance</u>	Not covered	
	<u>Specialty drugs</u>	Applicable cost as noted above for generic or brand drugs	Not covered	First prescription fill at a retail pharmacy or specialty pharmacy. Subsequent fills must be through the Aetna Specialty Pharmacy Network.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	None
	Physician/surgeon fees	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions & Other Important Information
		In-Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you need immediate medical attention	<u>Emergency room care</u>	20% <u>coinsurance</u>	20% <u>coinsurance</u>	None
	<u>Emergency medical transportation</u>	20% <u>coinsurance</u>	20% <u>coinsurance</u>	None
	<u>Urgent care</u>	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	None
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Penalty of \$400 for failure to obtain pre-authorization for out-of-network care.
	Physician/surgeon fees	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	None
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Office & other outpatient services: 20% <u>coinsurance</u>	Office & other outpatient services: 50% <u>coinsurance</u>	None
	Inpatient services	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Penalty of \$400 for failure to obtain pre-authorization for out-of-network care.
If you are pregnant	Office visits	No charge	50% <u>coinsurance</u>	Cost sharing doesn't apply to certain preventive services. Maternity care may include tests & services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound). Penalty of \$400 for failure to obtain pre-authorization for out-of-network care may apply.
	Childbirth/delivery professional services	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	
	Childbirth/delivery facility services	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	
	<u>Home health care</u>	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	120 visits/calendar year. Penalty of \$400 for failure to obtain pre-authorization for out-of-network care.
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Rehabilitation services</u>	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	60 visits/calendar year for Physical, Occupational, Speech Therapy & Chiropractic care combined.
	<u>Habilitation services</u>	Not covered	Not covered	Not covered.
	<u>Skilled nursing care</u>	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	60 days/calendar year. Penalty of \$400 for failure to obtain pre-authorization for out-of-network care.
	<u>Durable medical equipment</u>	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	None
	<u>Hospice services</u>	20% <u>coinsurance</u>	50% <u>coinsurance</u>	Penalty of \$400 for failure to obtain pre-authorization for out-of-network care.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions & Other Important Information
		In-Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Not covered	Not covered	Not covered.
	Children's glasses	Not covered	Not covered	Not covered.
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	Not covered.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- Acupuncture
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult & Child)
- Glasses (Child)
- Habilitation services
- Hearing aids
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private-duty nursing
- Routine eye care (Adult & Child)
- Routine foot care
- Weight loss programs - Except for required preventive services.

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- Bariatric surgery
- Chiropractic care - 60 visits/calendar year for Chiropractic care combined with rehabilitation services.
- Infertility treatment - Limited to the diagnosis & treatment of underlying medical condition.

Your Rights to Continue Coverage:

There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is:

- For more information on your rights to continue coverage, contact the [plan](tel:1-888-982-3862) at 1-888-982-3862.
 - If your group health coverage is subject to ERISA, you may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.
 - For non-federal governmental group health [plans](#), you may also contact the Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 or www.cchio.cms.gov.
 - If your coverage is a church [plan](#), church [plans](#) are not covered by the Federal COBRA continuation coverage rules. If the coverage is insured, individuals should contact their State insurance regulator regarding their possible rights to continuation coverage under State law.
- Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance [Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights:

There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact:

- Aetna directly by calling the toll free number on your Medical ID Card, or by calling our general toll free number at 1-888-982-3862.

- If your group health coverage is subject to ERISA, you may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- For non-federal governmental group health plans, you may also contact the Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov.
- Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact information is at: <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

If you don't have Minimum Essential Coverage for a month, you'll have to make a payment when you file your tax return unless you qualify for an exemption from the requirement that you have health coverage for that month.

Does this plan Meet Minimum Value Standard? Yes.

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

-----To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.-----

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the **cost sharing** amounts (**deductibles**, **copayments** and **coinsurance**) and **excluded services** under the **plan**. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health **plans**. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- The **plan's overall deductible** \$2,000
- **Specialist coinsurance** 20%
- **Hospital (facility) coinsurance** 20%
- **Other coinsurance** 20%

This EXAMPLE event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
 Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
 Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,800	Total Example Cost	\$7,400	Total Example Cost	\$1,900
In this example, Peg would pay:					
<i>Cost Sharing</i>					
Deductibles	\$2,000	Deductibles	\$2,000	Deductibles	\$1,900
Copayments	\$0	Copayments	\$0	Copayments	\$0
Coinsurance	\$2,100	Coinsurance	\$1,000	Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>					
Limits or exclusions	\$60	Limits or exclusions	\$20	Limits or exclusions	\$0
The total Peg would pay is	\$4,160	The total Joe would pay is	\$3,020	The total Mia would pay is	\$1,900

Note: If your **plan** has a wellness program and you choose to participate, you may be able to reduce your costs.

Managing Joe's type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The **plan's overall deductible** \$2,000
- **Specialist coinsurance** 20%
- **Hospital (facility) coinsurance** 20%
- **Other coinsurance** 20%

This EXAMPLE event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
 Diagnostic tests (*blood work*)
 Prescription drugs
 Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$12,800	Total Example Cost	\$7,400	Total Example Cost	\$1,900
In this example, Peg would pay:					
<i>Cost Sharing</i>					
Deductibles	\$2,000	Deductibles	\$2,000	Deductibles	\$1,900
Copayments	\$0	Copayments	\$0	Copayments	\$0
Coinsurance	\$2,100	Coinsurance	\$1,000	Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>					
Limits or exclusions	\$60	Limits or exclusions	\$20	Limits or exclusions	\$0
The total Peg would pay is	\$4,160	The total Joe would pay is	\$3,020	The total Mia would pay is	\$1,900

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

- The **plan's overall deductible** \$2,000
- **Specialist coinsurance** 20%
- **Hospital (facility) coinsurance** 20%
- **Other coinsurance** 20%

This EXAMPLE event includes services like:

Emergency room care (*including medical supplies*)
 Diagnostic test (*X-ray*)
 Durable medical equipment (*crutches*)
 Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$12,800	Total Example Cost	\$7,400	Total Example Cost	\$1,900
In this example, Mia would pay:					
<i>Cost Sharing</i>					
Deductibles	\$2,000	Deductibles	\$2,000	Deductibles	\$1,900
Copayments	\$0	Copayments	\$0	Copayments	\$0
Coinsurance	\$2,100	Coinsurance	\$1,000	Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>					
Limits or exclusions	\$60	Limits or exclusions	\$20	Limits or exclusions	\$0
The total Peg would pay is	\$4,160	The total Joe would pay is	\$3,020	The total Mia would pay is	\$1,900

Assistive Technology

Persons using assistive technology may not be able to fully access the following information. For assistance, please call 1-888-982-3862.

Smartphone or Tablet

To view documents from your smartphone or tablet, the free WinZip app is required. It may be available from your App Store.

Non-Discrimination

Aetna complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate, exclude or treat people differently based on their race, color, national origin, sex, age, or disability.

Aetna provides free aids/services to people with disabilities and to people who need language assistance.

If you need a qualified interpreter, written information in other formats, translation or other services, call 1-888-982-3862.

If you believe we have failed to provide these services or otherwise discriminated based on a protected class noted above, you can also file a grievance with the Civil Rights Coordinator by contacting:

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (CA HMO customers: PO Box 24030, Fresno, CA 93779)

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379 (CA HMO customers: 1-860-262-7705)

Email: CRCoordinator@aetna.com

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, or at 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna is the brand name used for products and services provided by one or more of the Aetna group of subsidiary companies, including Aetna Life Insurance Company, Coventry Health Care plans and their affiliates (Aetna).

**AVISO DE ACA
ACERCA DE LA
COBERTURA DEL
MERCADO DE
SEGUROS**





¿Qué significa la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) para Usted?

Si cumple con los siguientes requerimientos de elegibilidad, será ofrecido seguro médico: empleado a tiempo parcial que ha estado con la compañía por un período de 12 meses y trabajó un promedio de 30 horas semanales en los últimos 12 meses. Favor aguarde recibir el paquete de beneficios en el evento de obtener elegibilidad.

El resto de esta página y las próximas páginas detallan la información acerca de la Reforma de Salud y el Mercado de Seguros Médicos

En cumplimiento con la Reforma de Salud, la notificación acerca el Mercado de Seguros Médicos está incluida en esta guía. Un Mercado en línea o “Exchange”, es un sitio web dónde compañías de seguros médicos se juntan para proporcionar un sitio donde comprar cobertura médica. De esa manera, hay un sitio dónde se puede comparar, lado a lado, las opciones de cobertura médica privada. Las opciones presentadas son determinadas por el estado y/o intercambios de cuidado de salud federal.

Más cambios requeridos por la ley entraron en efecto el 1 de enero de 2014. Usted puede oír más sobre la Reforma del Cuidado de la Salud-particularmente sobre el estado y los mercados federales que están abiertos. Los medios de comunicación públicos estarán informando sobre este tema, como también podrá ver anuncios para el Marketplace en la televisión, en línea y en su buzón de correo. Estos anuncios (en su mayoría desde las compañías de seguros de salud) se centrarán en alentar a considerar la posibilidad de elegir cobertura de atención médica a través del mercado.

Si tiene alguna pregunta acerca del Mercado de Seguros Médicos

- Visite www.HealthCare.gov o llame a [800-318-2596](tel:800-318-2596)

Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad a través de Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP):

- Visite HealthCare.gov o llame a [\(800\) 318-2596](tel:800-318-2596) para obtener más información acerca del programa de Medicaid y otras opciones disponibles en su estado.
- Visite InsureKidsNow.gov o llame [\(877\) 543-7669](tel:877-543-7669) para obtener información acerca del programa CHIP.

Nota especial para elegibles empleados a tiempo completo: Los planes médicos patrocinados por Extended Stay America están en cumplimiento con todos los requisitos de la Reforma de Salud. Con tal que sea elegible y/o esté inscrito en el seguro médico de Extended Stay America, su cobertura estará en cumplimiento con los requisitos de cobertura y asequibilidad. Por que los planes médicos de Extended Stay America cumplen con los requerimientos de la Reforma de Salud, no es probable que Usted reciba cualquier tipo de ayuda desde el gobierno para pagar alguna cobertura obtenida a través del Mercado de Seguros Médicos.

Urgimos de que cada empleado pesquise sus opciones y seleccione la mejor cobertura para su circunstancias.



New Health Insurance Marketplace Coverage Options and Your Health Coverage

Form Approved
OMB No. 1210-0149
(expires 5-31-2020)

PART A: General Information

When key parts of the health care law take effect in 2014, there will be a new way to buy health insurance: the Health Insurance Marketplace. To assist you as you evaluate options for you and your family, this notice provides some basic information about the new Marketplace and employment-based health coverage offered by your employer.

What is the Health Insurance Marketplace?

The Marketplace is designed to help you find health insurance that meets your needs and fits your budget. The Marketplace offers "one-stop shopping" to find and compare private health insurance options. You may also be eligible for a new kind of tax credit that lowers your monthly premium right away. Open enrollment for health insurance coverage through the Marketplace begins in October 2013 for coverage starting as early as January 1, 2014.

Can I Save Money on my Health Insurance Premiums in the Marketplace?

You may qualify to save money and lower your monthly premium, but only if your employer does not offer coverage, or offers coverage that doesn't meet certain standards. The savings on your premium that you're eligible for depends on your household income.

Does Employer Health Coverage Affect Eligibility for Premium Savings through the Marketplace?

Yes. If you have an offer of health coverage from your employer that meets certain standards, you will not be eligible for a tax credit through the Marketplace and may wish to enroll in your employer's health plan. However, you may be eligible for a tax credit that lowers your monthly premium, or a reduction in certain cost-sharing if your employer does not offer coverage to you at all or does not offer coverage that meets certain standards. If the cost of a plan from your employer that would cover you (and not any other members of your family) is more than 9.5% of your household income for the year, or if the coverage your employer provides does not meet the "minimum value" standard set by the Affordable Care Act, you may be eligible for a tax credit.¹

Note: If you purchase a health plan through the Marketplace instead of accepting health coverage offered by your employer, then you may lose the employer contribution (if any) to the employer-offered coverage. Also, this employer contribution –as well as your employee contribution to employer-offered coverage– is often excluded from income for Federal and State income tax purposes. Your payments for coverage through the Marketplace are made on an after-tax basis.

How Can I Get More Information?

For more information about your coverage offered by your employer, please check your summary plan description or contact [ESA Benefits Department](#).

The Marketplace can help you evaluate your coverage options, including your eligibility for coverage through the Marketplace and its cost. Please visit HealthCare.gov for more information, including an online application for health insurance coverage and contact information for a Health Insurance Marketplace in your area.

¹ An employer-sponsored health plan meets the "minimum value standard" if the plan's share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60 percent of such costs.

PART B: Information About Health Coverage Offered by Your Employer

This section contains information about any health coverage offered by your employer. If you decide to complete an application for coverage in the Marketplace, you will be asked to provide this information. This information is numbered to correspond to the Marketplace application.

3. Employer name ESA Management LLC		4. Employer Identification Number (EIN) 90-1015925	
5. Employer address 13024 Ballantyne Corporate Place Suite 1000		6. Employer phone number 980-345-1600	
7. City Charlotte		8. State NC	9. ZIP code 28277
10. Who can we contact about employee health coverage at this job? Total Rewards Team			
11. Phone number (if different from above) 980-345-1948		12. Email address benefits@esa.com	

Here is some basic information about health coverage offered by this employer:

- As your employer, we offer a health plan to:

All employees. Eligible employees are:

Some employees. Eligible employees are:

Full-time associates regularly scheduled to work at least 37 hours per week and Part-time associates who meet the requirements set forth by the ACA.

- With respect to dependents:

We do offer coverage. Eligible dependents are:

Spouses who do not have access to coverage through their own employers, children up to age 26 regardless of marital or student status AND unmarried children of any age who are incapable of supporting themselves due to a mental or physical disability occurring prior to age of 26.

We do not offer coverage.

- If checked, this coverage meets the minimum value standard, and the cost of this coverage to you is intended to be affordable, based on employee wages.

** Even if your employer intends your coverage to be affordable, you may still be eligible for a premium discount through the Marketplace. The Marketplace will use your household income, along with other factors, to determine whether you may be eligible for a premium discount. If, for example, your wages vary from week to week (perhaps you are an hourly employee or you work on a commission basis), if you are newly employed mid-year, or if you have other income losses, you may still qualify for a premium discount.

If you decide to shop for coverage in the Marketplace, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) will guide you through the process. Here's the employer information you'll enter when you visit [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) to find out if you can get a tax credit to lower your monthly premiums.

The information below corresponds to the Marketplace Employer Coverage Tool. Completing this section is optional for employers, but will help ensure employees understand their coverage choices.

13. Is the employee currently eligible for coverage offered by this employer, or will the employee be eligible in the next 3 months?

Yes (Continue)
13a. If the employee is not eligible today, including as a result of a waiting or probationary period, when is the employee eligible for coverage? _____ (mm/dd/yyyy) (Continue)

No (STOP and return this form to employee)

14. Does the employer offer a health plan that meets the minimum value standard*?
 Yes (Go to question 15) No (STOP and return form to employee)

15. For the lowest-cost plan that meets the minimum value standard* offered only to the employee (don't include family plans): If the employer has wellness programs, provide the premium that the employee would pay if he/ she received the maximum discount for any tobacco cessation programs, and didn't receive any other discounts based on wellness programs.

a. How much would the employee have to pay in premiums for this plan? \$ 36.79

b. How often? Weekly Every 2 weeks Twice a month Monthly Quarterly Yearly

If the plan year will end soon and you know that the health plans offered will change, go to question 16. If you don't know, STOP and return form to employee.

16. What change will the employer make for the new plan year? _____

Employer won't offer health coverage
 Employer will start offering health coverage to employees or change the premium for the lowest-cost plan available only to the employee that meets the minimum value standard.* (Premium should reflect the discount for wellness programs. See question 15.)

a. How much would the employee have to pay in premiums for this plan? \$ _____

b. How often? Weekly Every 2 weeks Twice a month Monthly Quarterly Yearly

NOTIFICACIONES LEGALES



AVISO IMPORTANTE DE ESA MANAGEMENT, LLC SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON PRESCRIPCIÓN Y MEDICARE

Lea este aviso con detenimiento y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con prescripción con ESA Management, LLC y sobre sus opciones amparadas por la cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con prescripción se encuentra al final de este aviso.

Si ni usted ni sus dependientes cubiertos son elegibles ni tienen Medicare, este aviso no aplica ni para usted ni para sus dependientes, según sea el caso. Sin embargo, igual debe conservar una copia de este aviso en caso de que usted o un dependiente califiquen para cobertura de Medicare en el futuro. Tenga en cuenta, sin embargo, que los avisos posteriores pueden reemplazar este aviso.

Hay dos cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados:

La cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas que tenían Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos con Prescripción de Medicare o en un Plan Medicare Advantage (como una Organización para el Mantenimiento de la Salud [Health Maintenance Organization, HMO] o una Organización de Proveedores Preferidos [Preferred Provider Organization, PPO]) que ofrecen cobertura de medicamentos con prescripción. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan, al menos, un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

ESA Management, LLC ha determinado que se prevé que la cobertura de medicamentos con prescripción ofrecida por el Plan de Salud del Empleado ("Plan") de ESA Management, LLC pague, en promedio para todos los participantes del plan, tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos con prescripción de Medicare, y que se considere como una cobertura "acreditable" de medicamentos con prescripción. Esto es importante por los motivos que se describen a continuación.

Debido a que su cobertura actual es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos con prescripción de Medicare, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, siempre que lo haga dentro de períodos específicos

Inscribirse en Medicare — Normas generales

A modo de contexto, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare si primero ha sido elegible para Medicare. Si califica para Medicare debido a su edad, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare durante un período de inscripción inicial de siete meses. Ese período comienza tres meses antes de que cumpla 65 años, incluyendo el mes en que los cumple, y continúa durante los siguientes tres meses. Si califica para Medicare debido a discapacidad o a enfermedad renal en fase terminal, su período inicial de inscripción en la Parte D de Medicare depende de la fecha en la que comenzó su discapacidad o tratamiento. Para obtener más información, debe comunicarse

con Medicare al número de teléfono o a la dirección web que aparecen más adelante.

Inscripción tardía y penalización por inscripción tardía

Si decide esperar para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, puede hacerlo posteriormente durante el período de inscripción anual de la Parte D de Medicare, el cual se abre cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Pero como norma general, si difiere su inscripción en la Parte D de Medicare después de haber sido elegible para inscribirse, es posible que deba pagar una prima más alta (una penalización).

Si después de su período inicial de inscripción de la Parte D de Medicare usted pasa **63 días continuos o más sin cobertura "acreditable" de medicamentos con prescripción** (es decir, una cobertura de medicamentos con prescripción que sea, al menos, tan buena como la cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare), su prima mensual de la Parte D puede subir en, al menos, 1% de la prima que habría pagado si se hubiera inscrito oportunamente por cada mes que no tuvo cobertura acreditable.

Por ejemplo, si después de su período inicial de inscripción de la Parte D de Medicare usted pasa 19 meses sin cobertura, su prima puede ser, al menos, 19% más alta que la prima que de otro modo hubiera pagado. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta durante el tiempo que tenga cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare. Sin embargo, hay algunas excepciones importantes a la penalización por inscripción tardía.

Excepciones del período especial de inscripción a la penalización por inscripción tardía

Existen "períodos especiales de inscripción" que le permiten agregar cobertura de la Parte D de Medicare meses o incluso años después de que sea elegible para hacerlo, sin una penalización. Por ejemplo, si después de su período inicial de inscripción de la Parte D de Medicare pierde o decide abandonar la cobertura médica patrocinada por el empleador o por el sindicato que incluye cobertura "acreditable" de medicamentos con prescripción, será elegible para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare en ese momento.

Además, si de otro modo pierde otra cobertura acreditable de medicamentos con prescripción (como en el caso de una póliza individual) sin que sea su culpa, podrá inscribirse nuevamente en un plan de medicamentos de Medicare sin penalización. Estos períodos especiales de inscripción finalizan dos meses después del mes en el que finaliza su otra cobertura.

Compare coberturas

Debe comparar su cobertura actual, incluidos cuáles medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare en su área. Consulte el resumen del Plan de ESA Management, LLC para obtener una síntesis de la cobertura de medicamentos con prescripción del plan. Si no tiene una copia, puede obtener una al comunicarse con nosotros al número de teléfono o a la dirección que se encuentran más adelante.

Coordinación de otra cobertura con la Parte D de Medicare

En términos generales, si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está cubierto por el plan de ESA Management, LLC debido a su empleo (o al empleo de otra persona, como su cónyuge o alguno de sus padres), su cobertura amparada por el Plan de ESA Management, LLC no

AVISO INTEGRAL DE LA HIPAA SOBRE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD

ESA MANAGEMENT, LLC

AVISO IMPORTANTE

AVISO INTEGRAL DE LA HIPAA SOBRE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD

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

Este aviso se le proporciona a usted en nombre de:
ESA Management, LLC. Employee Welfare Benefit Plan

El deber del plan de proteger su información médica protegida

La información individualmente identificable sobre su salud o condición pasada, presente o futura, la provisión de atención médica para usted o el pago por la atención médica se consideran "Información Médica Protegida" (Protected Health Information, PHI). Se requiere que el Plan amplíe ciertas protecciones a su PHI y que se le proporcione este aviso sobre sus prácticas de privacidad que explican cómo, cuándo y por qué el Plan puede usar o divulgar su PHI. Excepto en circunstancias específicas, el Plan puede usar o divulgar solo la PHI mínima necesaria para lograr el propósito del uso o la divulgación.

El Plan debe seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso, aunque se reserva el derecho de cambiarlas, así como de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Si lo hace, y el cambio es importante, recibirá una versión revisada de este aviso, ya sea a través de entrega directa, envío por correo a su última dirección conocida o de alguna otra manera. Este aviso, y cualquier revisión importante del mismo, también se le proporcionará por escrito cuando lo solicite (pregúntele a su representante de Recursos Humanos o comuníquese con el Funcionario de Privacidad del Plan, descritos más adelante) y será publicado en cualquier sitio web mantenido por ESA Management, LLC que describa los beneficios disponibles para empleados y dependientes.

También puede recibir uno o más avisos de privacidad de compañías de seguros que brinden beneficios de acuerdo al Plan. Esos avisos describirán cómo las compañías de seguros usan y divulgan la PHI y sus derechos con respecto a la PHI que conservan.

Cómo el plan puede usar y divulgar su información médica protegida

El Plan usa y divulga PHI por una variedad de motivos. Para sus usos y divulgaciones de rutina, no requiere su autorización, pero para otros usos y divulgaciones, se puede requerir su autorización (o la autorización de su representante personal [por ejemplo, una persona que es su custodio, tutor o tiene un poder notarial]). A continuación, se ofrecen más descripción y ejemplos de los usos y divulgaciones de su PHI por parte del Plan.

• Usos y divulgaciones relacionadas con tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- **Tratamiento:** en general, y como usted lo esperaría, se le permite al Plan divulgar su PHI para fines de su tratamiento médico. Por lo tanto, puede divulgar su PHI a médicos, personal de enfermería, hospitales, técnicos de emergencias médicas, farmacéuticos y otros profesionales de la salud cuando la divulgación es para su tratamiento médico. Por ejemplo, si se lesiona en un accidente y es importante que su equipo de tratamiento conozca su tipo de sangre, el Plan podría divulgar esa PHI al equipo para permitirle que le brinden un tratamiento más eficaz.
- **Pago:** por supuesto, la función más importante del Plan, en lo que a usted respecta, es que pague por la totalidad o parte de

resultará afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por el Plan, el Plan pagará primero los beneficios de medicamentos con prescripción, y Medicare determinará sus pagos en segundo lugar. Para obtener más información acerca de este tema sobre qué programa paga primero y qué programa paga en segundo lugar, consulte el resumen del Plan o comuníquese con Medicare al número de teléfono o a la dirección web que figuran más adelante.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura de medicamentos con prescripción de ESA Management, LLC, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura. Para recuperar la cobertura, deberá volver a inscribirse en el Plan, conforme a las normas de elegibilidad e inscripción del Plan. Debe revisar el resumen del Plan para determinar si le está permitido agregar cobertura y cuándo.

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

Comuníquese con la persona que figura más adelante para obtener más información, o llame al 980-345-1747. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de ESA Management, LLC cambia. También puede solicitar una copia.

Para obtener más información sobre sus opciones alternativas por la cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare:

Puede encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con prescripción en el manual "Medicare & You" (Medicare y usted). Obtendrá una copia del manual por correo cada año de parte de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

- Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare:
- Visite www.medicare.gov.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Recuerde: Conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se lo haga para mostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y si debe o no pagar una prima más alta (una penalización).

Fecha: January 1, 2024

Nombre de la entidad/del remitente:

Dirección: ESA Benefits Department
13024 Ballantyne Corporate Place
Charlotte, NC 28277

Número de teléfono: 980-345-1600

la atención médica que recibe (siempre que la atención esté cubierta por el Plan). En el transcurso de sus operaciones de pago, el Plan recibe una cantidad sustancial de PHI sobre usted. Por ejemplo, médicos, hospitales y farmacias que le brindan atención le envían al Plan información detallada sobre la atención que brindan, de modo que se les pueda pagar por sus servicios. El Plan también puede compartir su PHI con otros planes en ciertos casos. Por ejemplo, si está cubierto por más de un plan de atención médica (p. ej., cubierto por este Plan y el plan de su cónyuge o cubierto por los planes que cubren a su padre y a su madre), podemos compartir su PHI con los otros planes para coordinar el pago de sus reclamos.

- **Operaciones de atención médica:** el Plan puede usar y divulgar su PHI en el curso de sus "operaciones de atención médica". Por ejemplo, puede usar su PHI para evaluar la calidad de los servicios que recibió o divulgar su PHI a un contador o abogado para propósitos de auditoría. En algunos casos, el Plan puede divulgar su PHI a compañías de seguro con el propósito de obtener varias coberturas de seguro. Sin embargo, el Plan no divulgará, con fines de suscripción, PHI que sea información genética.
- **Otros usos y divulgaciones de su PHI que no requieren autorización.** La ley establece que el Plan puede usar y divulgar su PHI sin autorización en las siguientes circunstancias:
 - **Al patrocinador del plan:** el plan puede divulgar su PHI a los empleadores (como ESA Management, LLC) que patrocinan o mantienen el Plan en beneficio de empleados y dependientes. Sin embargo, la PHI solo se puede usar con propósitos limitados, y no se puede usar para propósitos de medidas o decisiones relacionadas con el empleo o en conexión con cualquier otro beneficio o plan de beneficios para empleados de los empleadores. La PHI se puede divulgar al: Departamento de Recursos Humanos o de Beneficios para Empleados a los efectos de inscripciones y desafilaciones, censos, resoluciones de reclamos y otros asuntos relacionados con la administración del Plan; Departamento de Nómina a los efectos de garantizar deducciones de nómina apropiadas y otros pagos de las personas cubiertas por su cobertura; Departamento de Tecnología de la Información, según sea necesario para preparación de compilaciones de datos e informes relacionados con la administración del Plan; Departamento de Finanzas a los efectos de reconciliar pagos apropiados de la prima y beneficios del Plan y otros asuntos relacionados con la administración del Plan; Asesor Jurídico interno para ayudar con la resolución de reclamos, cobertura y otras disputas relacionadas con la provisión de beneficios del Plan
 - **A los proveedores de servicios del Plan:** el plan puede divulgar la PHI a sus proveedores de servicios ("socios comerciales") que llevan a cabo pago de reclamos y servicios de administración del plan. El Plan requiere un contrato por escrito que obligue al socio comercial a salvaguardar y limitar el uso de PHI.
 - **Exigido por la ley:** el Plan puede divulgar la PHI cuando una ley exige que presente información sobre presuntos maltratos, abandono o violencia doméstica, que esté relacionada con una sospecha de actividad delictiva o en respuesta a una orden judicial. También debe divulgar PHI a las autoridades que supervisan el cumplimiento de estos requisitos de privacidad.
 - **Para actividades de salud pública:** el Plan puede divulgar PHI cuando sea necesario para recopilar información sobre enfermedades o lesiones o para informar estadísticas vitales a la autoridad de salud pública.
 - **Para actividades de supervisión de la salud:** el plan puede divulgar PHI a agencias o departamentos responsables de supervisar el sistema de atención médica a efectos tales como informar sobre incidentes inusuales o investigarlos.
 - **Relativo a los difuntos:** el Plan puede divulgar PHI relacionada con la muerte de una persona a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias y a organizaciones de obtención de órganos relacionadas con donaciones o trasplantes de órganos, ojos o tejidos.
 - **Para propósitos de investigación:** en ciertas circunstancias, y **84** bajo estricta supervisión de una junta de privacidad, el Plan

puede divulgar PHI para ayudar a la investigación médica y psiquiátrica.

- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad:** para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad, el Plan puede divulgar PHI según sea necesario a fuerzas del orden público o a otras personas que razonablemente pueden prevenir o disminuir la amenaza de daño.
- **Para funciones específicas del Gobierno:** el Plan puede divulgar PHI de personal militar y veteranos en ciertas situaciones a instituciones correccionales en ciertas situaciones, a programas gubernamentales relacionados con elegibilidad e inscripción y por motivos de seguridad nacional
- **Usos y divulgaciones que requieren autorización:** para usos y divulgaciones que van más allá de tratamiento, pago y propósitos de operaciones, y por motivos que no están incluidos en una de las excepciones descritas anteriormente, se requiere que el Plan tenga su autorización por escrito. Por ejemplo, usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, usos y divulgaciones de PHI para fines comerciales y divulgaciones que constituyen una venta de PHI requerirían su autorización. Su autorización puede revocarse en cualquier momento para detener usos y divulgaciones futuras, excepto en la medida en que el Plan ya haya emprendido una acción sobre la base de su autorización.
- **Usos y divulgaciones que requieren que usted tenga la oportunidad de oponerse:** el plan puede compartir PHI con su familia, amigo u otra persona involucrada en su atención o en el pago de su atención. También podemos compartir PHI con estas personas para notificarles sobre su ubicación, condición general o fallecimiento. Sin embargo, el Plan puede divulgar su PHI solo si le informa sobre la divulgación por adelantado y usted no se opone (pero si hay una situación de emergencia y no se le puede dar la oportunidad de objetar, se puede llevar a cabo la divulgación si es consistente con cualquier deseo expresado anteriormente y se determina que la divulgación es lo mejor para usted; usted debe estar informado y se le debe dar la oportunidad de oponerse a una divulgación posterior tan pronto como sea posible).

Sus derechos con respecto a su información médica protegida

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con su información médica protegida:

- **Solicitar restricciones sobre usos y divulgaciones:** tiene derecho a solicitar que el Plan limite cómo usa o divulga su PHI. El Plan considerará su solicitud, pero no está legalmente obligado a aceptar la restricción. En la medida en la que acepte cualquier restricción sobre su uso o divulgación de su PHI, pondrá el acuerdo por escrito y lo cumplirá, excepto en situaciones de emergencia. El Plan no puede aceptar limitar usos o divulgaciones que exige la ley.
- **Elegir cómo se el Plan se comunica con usted:** tiene derecho a solicitar que el Plan le envíe información a una dirección alternativa o por medios alternativos. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. El Plan debe aceptar su solicitud siempre que sea razonablemente fácil atender la solicitud.
- **Inspeccionar y copiar su PHI:** a menos que su acceso esté restringido por motivos de tratamiento claros y documentados, tiene derecho a ver su PHI en posesión del Plan o sus proveedores si presenta su solicitud por escrito. El Plan, o alguien en nombre del Plan, responderá a su solicitud, normalmente dentro de los 30 días. Si su solicitud es denegada, recibirá los motivos de la denegación por escrito y una explicación de cualquier derecho a que se revise la denegación. Si desea copias de su PHI, se puede imponer un cargo por la copia, pero puede eximirse, dependiendo de sus circunstancias. Tiene derecho a elegir qué partes de su información quiere copiar y recibir, a pedido, previa información sobre el costo de copiado.
- **Solicitar modificaciones de su PHI:** si cree que hay un error o falta información en un registro de su PHI en poder del Plan o de uno de sus proveedores, puede solicitar por escrito que se corrija o complemente el registro. El Plan, o alguien en nombre del Plan, responderá normalmente dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud. El Plan puede denegar la solicitud si se determina que la PHI: (i) es correcta y completa; (ii) no es creada por el Plan o su proveedor o no es parte de los registros del

PLAN DE SALUD DEL EMPLEADO DE ESA MANAGEMENT, LLC AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

proveedor o del Plan; o (iii) no se permite ser divulgada. Cualquier denegación indicará los motivos de la misma y le explicará sus derechos para solicitar que se adjunte a su PHI la solicitud y la denegación, junto con cualquier declaración en respuesta que usted proporcione. Si se aprueba la solicitud de enmienda, el Plan o el proveedor, según sea el caso, cambiará la PHI y así se lo informará, y le dirá a otras personas que necesiten saber sobre el cambio en la PHI.

- **Averiguar qué divulgaciones se han realizado:** tiene derecho a obtener una lista de cuándo, a quién, con qué propósito y qué parte de su PHI ha sido divulgada por el Plan y sus proveedores, a excepción de las instancias de divulgación para las que proporcione la autorización, o instancias en las que la divulgación fue hecha a usted o a su familia. Además, la lista de divulgación no incluirá divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La lista tampoco incluirá ninguna divulgación hecha con fines de seguridad nacional a funcionarios del orden público o a instituciones correccionales o antes de la fecha en la que normas de privacidad federales se aplicaron al Plan. Normalmente recibirá una respuesta a su solicitud por escrito de dicha lista dentro de los 60 días después de que realice la solicitud por escrito. Su solicitud puede relacionarse con divulgaciones que se remontan a seis años. No se cobrarán cargos por hasta una de esas listas cada año. Puede haber un cargo por solicitudes más frecuentes.

Cómo presentar quejas sobre las prácticas de privacidad del Plan

Si cree que el Plan o uno de sus proveedores puede haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión tomada por el Plan o un proveedor sobre el acceso a su PHI, puede presentar una queja con la persona que se indica en la sección inmediata siguiente. También puede presentar una queja por escrito ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. La ley no permite que nadie tome medidas de represalia contra usted si presenta dichas quejas.

Notificación de una violación de privacidad

Cualquier persona cuya PHI no asegurada ha sido, o se cree razonablemente que ha sido, usada, accedida, adquirida o divulgada de manera no autorizada, recibirá una notificación por escrito del Plan dentro de los 60 días posteriores al descubrimiento de la violación.

Si la violación involucra a 500 o más residentes de un estado, el Plan notificará a los medios de comunicación importantes en el estado. El Plan mantendrá un registro de violaciones de seguridad y presentará esta información al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) anualmente. Se requieren informes inmediatos del Plan al HHS si una violación de seguridad involucra a 500 o más personas.

Persona de contacto para obtener información o presentar una queja

Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con el Funcionario de Privacidad del Plan o el(los) Funcionario(s) Adjunto(s) de Privacidad (consulte a continuación). Si tiene alguna queja sobre las prácticas de privacidad del Plan, el manejo de su PHI, o el proceso de notificación de una violación, comuníquese con el Funcionario de Privacidad o con un Funcionario Adjunto de Privacidad autorizado.

Funcionario de Privacidad

El Funcionario de Privacidad del Plan, la persona responsable de garantizar el cumplimiento de este aviso, es:

Fecha de entrada en vigor:

La fecha de entrada en vigor de este aviso es: January 1, 2024

Fecha de entrada en vigor:

La fecha de entrada en vigor de este aviso es: October 5, 2022.

AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o a un plan colectivo de cobertura médica, puede inscribirse posteriormente a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes).

La pérdida de elegibilidad incluye, entre otros:

- Pérdida de elegibilidad para la cobertura como consecuencia de dejar de cumplir con los requisitos de elegibilidad del plan (p. ej., divorcio, cese de la situación de dependiente, fallecimiento de un empleado, terminación del empleo, reducción en el número de horas de empleo).
- Pérdida de la cobertura de una HMO porque la persona ya no reside o no trabaja en el área de servicio de la HMO y no hay otra opción de cobertura disponible a través del patrocinador del plan de la HMO. Eliminación de la opción de cobertura en la que se inscribió una persona, y no se ofrece otra opción en su lugar. No regresar de un permiso de ausencia de la Ley de Ausencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Act, FMLA). Pérdida de elegibilidad de acuerdo a Medicaid o al Programa de Seguro Médico Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP).
- A menos que el evento que da lugar a su derecho especial de inscripción sea una pérdida de elegibilidad de acuerdo a Medicaid o al CHIP, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador que patrocina esa cobertura deje de contribuir a la cobertura).
- Si el evento que da lugar a su derecho especial de inscripción es una pérdida de cobertura de acuerdo a Medicaid o al CHIP, puede solicitar la inscripción en este plan dentro de 60 días después de la fecha en la que usted o sus dependientes pierden dicha cobertura de acuerdo a Medicaid o al CHIP. Del mismo modo, si usted o su(s) dependiente(s) se vuelven elegibles para un subsidio de primas otorgado por el estado a este plan, puede solicitar la inscripción en este plan dentro de los 60 días después de la fecha en la que Medicaid o el CHIP determinen que usted o el(los) dependiente(s) califican para el subsidio.
- Además, si tiene un nuevo dependiente producto de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, del nacimiento, de la adopción o de la colocación para adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con:

ESA Benefits Department
benefits@esa.com
980-345-1600

* Este aviso es pertinente para coberturas de atención médica sujetas a las normas de transferencia de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

AVISO SOBRE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LAS MUJERES

La ley exige que el Plan de Atención Médica del Empleado de ESA Management, LLC le proporcione el siguiente aviso:

La Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres (Ley de Salud de la Mujer y Derechos del Cáncer, WHCRA) brinda ciertas protecciones para personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía. La cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía.

- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica.
- Prótesis.
- Y tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos linfedemas.

El Plan de Atención Médica del Empleado de ESA Management, LLC brinda cobertura médica para mastectomías y procedimientos relacionados enumerados anteriormente, sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos en este plan. Por lo tanto, los siguientes deducibles y coaseguros aplican:

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, consulte su o comuníquese con su Administrador del Plan al: Departamento de Beneficios, benefit@esa.com (980) 345-1600.

AVISO GENERAL DE LA COBRA

Modelo de aviso general de los derechos de la cobertura de continuación de COBRA

(para que usen los planes de salud grupales de un solo empleador)

Derechos de la cobertura de continuación conforme a la ley COBRA

Introducción

Le enviamos este aviso porque recientemente obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, el momento en el que usted y su familia pueden recibirla, y lo que usted puede hacer para proteger su derecho a obtenerla. Al ser elegible para la cobertura de COBRA, también puede ser elegible para otras opciones que pueden costarle menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA se originó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985. Usted y otros familiares suyos pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando se termine la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones conforme al Plan y a la ley federal, debe revisar el resumen de la descripción del Plan o comunicarse con el administrador del Plan.

Al perder la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros médicos, puede cumplir con los requisitos para tener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Asimismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte afiliados de último momento.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería terminar debido

a un evento determinado de la vida. Este acontecimiento también se conoce como “evento específico”. Los eventos específicos se incluyen más abajo en este aviso. Después de un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un “beneficiario que cumple con los requisitos”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplan con los requisitos si la cobertura del Plan se pierde debido al evento específico. Según el Plan, los beneficiarios que cumplan con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de deben pagar la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

sus horas de empleo se reducen; o

su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

su cónyuge muere;

las horas de empleo de su cónyuge se reducen;

el empleo de su cónyuge termina por un motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge;

su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o

se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

el empleado cubierto muere;

las horas de empleo del empleado cubierto se reducen;

el empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto;

el empleado cubierto adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);

los padres se divorcian o se separan legalmente; o el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios que cumplan con los requisitos solamente después de que se le informe al administrador del Plan que ha ocurrido un evento específico. El empleador debe notificar los siguientes eventos habilitantes al administrador del Plan: la terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo; la muerte del empleado; el hecho de que el empleado adquiriera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas)

Para todos los otros eventos específicos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan en los 60 días 60 posteriores a que se produzca el evento habilitante. Debe proporcionarle este aviso a: administrador del Plan). Informe al administrador del plan si tiene preguntas sobre elegir la cobertura de continuación de COBRA.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de

COBRA?

Después de que el administrador del Plan recibe el aviso de que se ha producido un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumplan con los requisitos. Cada beneficiario que cumpla con los requisitos tendrá su propio derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de su cónyuge y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación temporal de la cobertura debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, y en general dura 18 meses. Determinados eventos específicos, o un segundo evento específico durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay otros motivos por los cuales este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA puede prolongarse:

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

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia que esté cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le avisa al respecto al administrador del Plan en el plazo correspondiente, usted y toda su familia pueden recibir una extensión adicional de hasta 11 meses de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA. (Agregue la descripción de cualquier procedimiento adicional del Plan para este aviso, incluida la descripción de toda documentación o información obligatoria, el nombre de la persona a quien enviarle este aviso y el período válido para enviar el aviso).

Extensión por un segundo evento específico del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si su familia sufre otro evento específico durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se le avisa al Plan como corresponde acerca del segundo evento específico. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA en el caso de que el empleado o ex empleado muera, adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento específico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento específico.

¿Hay otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un “período de inscripción especial”. Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov

¿Puedo inscribirme en Medicare, en caso de ser elegible, después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, después del período de inscripción inicial, hay un período de inscripción especial de 8 meses[1] para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza cuando ocurre lo primero de lo siguiente:

El mes posterior a la finalización del empleo.

El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basada en el empleo actual.

Si elige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y desea inscribirse en Medicare Parte B después de que finalice su cobertura de continuación, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Si se inscribe inicialmente en Medicare Parte A o B después de elegir la cobertura de continuación COBRA, el plan puede terminar su cobertura de continuación (sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede descontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA).

Si está inscrito tanto en COBRA como en Medicare, Medicare será generalmente el pagador principal. Es posible que algunos planes “disminuyan” el monto que Medicare pagaría en caso de ser el pagador principal, incluso si usted no está inscrito.

Para obtener más información, visite www.medicare.gov/medicare-and-you

Si tiene preguntas

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Atención Médica (de bajo costo) y la Protección al Paciente, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área, o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite www.HealthCare.gov.

Informe a su plan si cambia de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia, para su registro, de todos los avisos que le envíe al administrador del Plan.

Información de contacto del Plan

(Ingrese el nombre del Plan y el nombre (o el puesto), la dirección y el número de teléfono de la persona o las personas a las que se les puede solicitar información sobre el Plan y la cobertura de continuación de COBRA).

ESA Benefits Department
benefits@esa.com
980-345-1600

AVISO SOBRE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LAS MUJERES

La ley exige que el Plan de Atención Médica del Empleado de ESA Management, LLC le proporcione el siguiente aviso:

La Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres (Ley de Salud de la Mujer y Derechos del Cáncer, WHCRA) brinda ciertas protecciones para personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía. La cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente para:

Todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía.

Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica.

Prótesis.

Y tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos linfedemas.

El Plan de Atención Médica del Empleado de ESA Management, LLC brinda cobertura médica para mastectomías y procedimientos relacionados enumerados anteriormente, sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos en este plan. Por lo tanto, los siguientes deducibles y coaseguros aplican:

Low Deductible	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual	\$1,150	\$3,000
Deducible familiar	\$3,450	\$9,000
Coaseguro	20%	50%

High Deductible	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual	\$1,600	\$3,200
Deducible familiar	\$4,800	\$9,600
Coaseguro	20%	50%

HSA	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual	\$2,000	\$4,000
Deducible familiar	\$5,000	\$10,000
Coaseguro	20%	50%

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, consulte su Summary Plan Description o comuníquese con su Administrador del Plan al:

ESA Benefits Department
benefits@esa.com
980-345-1600

AVISO DE LA LEY DE MICHELLE

(Para acompañar la certificación del estatus de estudiante dependiente)

La Ley de Michelle es una ley federal que exige que ciertos planes de salud colectivos sigan siendo elegibles para hijos adultos dependientes que asisten a una escuela postsecundaria, donde los niños dejarían de considerarse estudiantes elegibles debido a un permiso para ausentarse necesario desde el punto de vista médico. En tal caso, el plan debe continuar tratando al hijo como elegible hasta la más tempranas de:

la fecha que es un año después de la fecha en la que comenzó el permiso para ausentarse médicamente necesario; o

la fecha en que la cobertura de otro modo finalizaría bajo el plan.

Para que se apliquen las protecciones de la Ley de Michelle, el hijo debe:

ser un hijo dependiente, según los términos del plan, de un participante o beneficiario; y

haber sido inscrito en el plan, y como estudiante en una institución de educación postsecundaria, inmediatamente antes del primer día del permiso para ausentarse médicamente necesario.

“Permiso para ausentarse médicamente necesario” significa cualquier cambio en la inscripción en la escuela postsecundaria que comience mientras el hijo padece una enfermedad o lesión grave, es médicamente necesario y hace que el hijo pierda su estatus de estudiante a los efectos de la cobertura del plan.

Si cree que su hijo es elegible para esta elegibilidad continua, debe proporcionarle al plan una certificación escrita por su médico tratante de que el hijo padece una enfermedad o lesión grave y que el permiso para ausentarse es médicamente necesario.

Si tiene alguna pregunta con respecto a la información contenida en este aviso o el derecho de su hijo a la continuación de la cobertura de la Ley de Michelle, debe comunicarse con

ESA Benefits Department
benefits@esa.com
980-345-1600.

AVISO DE LOS PROGRAMAS DE BIENESTAR PATROCINADOS POR EL EMPLEADOR

ESA Management, LLC Wellness Program es un programa de bienestar voluntario disponible para. El programa es administrado de acuerdo con las normas federales que permiten los programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluye la Ley sobre Estadounidenses con

Discapacidades de 1990 (Americans with Disabilities Act, ADA), la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) y Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos, según sea el caso, entre otras.

Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre este aviso o sobre las protecciones contra la divulgación y represalias, comuníquese con [al](#) o [al](#).

Los detalles sobre el programa de bienestar, que incluyen criterios e incentivos, se pueden encontrar en el [al](#).

Si no puede participar en alguna de las actividades con relación a su salud o no obtiene algunos de los resultados médicos necesarios para merecer un incentivo, es posible que tenga derecho a una adaptación razonable o una norma alternativa. Puede solicitar una adaptación razonable o una norma alternativa, comunicándose con [al](#) o [al](#).

La información de [al](#) se utilizará con el fin de brindarle información que lo ayude a comprender su condición médica actual y los posibles riesgos. Asimismo, se puede utilizar para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar, como [al](#). También le recomendamos que comparta sus resultados o preocupaciones con su médico de cabecera.

Protecciones contra la divulgación de información médica

Por ley, debemos mantener la privacidad y seguridad de su información médica personal e identificable. Aunque el programa de bienestar y ESA Management, LLC pueden utilizar información adicional recopilada para diseñar un programa con base en los riesgos para la salud que se presentan en su lugar de trabajo, el programa de bienestar nunca divulgará su información personal ni al público ni al empleador, a menos que sea necesario para responder una solicitud de su parte sobre una adaptación razonable que se necesita para participar en el programa de bienestar o conforme a la ley permita. La información médica que lo identifica de forma personal y se proporciona con relación a el programa de bienestar no se divulgará ni a los directores o gerentes y no se utilizará para tomar decisiones con respecto a su empleo.

Se prohíbe la venta, intercambio, transferencia y divulgación de su información médica, conforme a la ley lo permita, a menos que sea para realizar determinadas actividades relacionadas al programa de bienestar y no se le pedirá o exigirá que renuncie al derecho de la confidencialidad de su información médica como condición para participar en el programa de bienestar o para obtener un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con la finalidad de brindarle servicios, como parte del programa de bienestar, cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. La(s) única(s) personas que recibirán su información médica personal e identificable es(son) [al](#) a fin de brindarle servicios bajo el programa de bienestar.

Además, toda la información médica que se obtenga a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus registros personales, la información almacenada de manera electrónica se codificará y la información que proporcione, como parte del programa de bienestar, se utilizará para tomar una decisión sobre su empleo. Se tomarán las precauciones necesarias para evitar cualquier filtración de información y en caso de que se filtre alguna información que incluya información que proporcionó con relación al programa de bienestar, le notificaremos de inmediato.

No puede ser discriminado en su empleo a causa de la información médica que proporciona como parte de participar en el programa de bienestar, ni se deben tomar represalias en su contra si decide no participar.

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

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

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA-Medicaid	ARKANSAS-Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
ALASKA-Medicaid	CALIFORNIA-Medicaid
El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

<p align="center">COLORADO-Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</p>	<p align="center">KENTUCKY-Medicaid</p>
<p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx</p>
<p align="center">FLORIDA-Medicaid</p>	<p align="center">LOUISIANA-Medicaid</p>
<p>Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>	<p>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)</p>
<p align="center">GEORGIA-Medicaid</p>	<p align="center">MAINE-Medicaid</p>
<p>Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, Presiona 2</p>	<p>Sitio web por inscripción: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página Web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711</p>
<p align="center">INDIANA-Medicaid</p>	<p align="center">MASSACHUSETTS-Medicaid y CHIP</p>
<p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 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</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: (617) 886-8102</p>
<p align="center">IOWA-Medicaid y CHIP (Hawki)</p>	<p align="center">MINNESOTA-Medicaid</p>
<p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562</p>	<p>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</p>
<p align="center">KANSAS-Medicaid</p>	<p align="center">MISSOURI-Medicaid</p>
<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884</p>	<p>Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>

MONTANA-Medicaid	DAKOTA DEL SUR-Medicaid
Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HSHIPPPprogram@mt.gov	Sitio web: https://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
NEBRASKA-Medicaid	OKLAHOMA-Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178	Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
NEVADA-Medicaid	OREGON-Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
NUEVO HAMPSHIRE-Medicaid	PENSILVANIA-Medicaid
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218	Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462
NUEVA JERSEY-Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND-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	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIt e Share Line)
NUEVA YORK-Medicaid	TEXAS-Medicaid
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	Sitio web: http://pontehiptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
CAROLINA DEL NORTE-Medicaid	UTAH-Medicaid y CHIP
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669
DAKOTA DEL NORTE-Medicaid	VERMONT-Medicaid
Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825	Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
CAROLINA DEL SUR-Medicaid	VIRGINIA-Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: https://www.coverva.org/es/famis-select https://www.coverva.org/es/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON-Medicaid	WISCONSIN-Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
WEST VIRGINIA-Medicaid	WYOMING-Medicaid
Sitio web: https://dhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2022, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
 Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
 1-866-444-EBSA (3272)

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

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)



The descriptions of the benefits are not guarantees of current or future employment or benefits. If there is any conflict between this guide and the official plan documents, the official documents will govern.