

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS BENEFICIOS

Talley Construction Company, Inc. ofrece una variedad de beneficios que pueden ayudarlo a disfrutar de un mayor bienestar, lidiar con una enfermedad o accidente inesperado, construir y proteger su seguridad financiera, equilibrar su vida personal y profesional y satisfacer las necesidades diarias. Estos beneficios son asequibles, integrales y competitivos.

ELEGIBILIDAD

Empleados:

Empleados regulares de tiempo completo que trabajan 30 horas por semana o más

Dependientes:

Todos planes: Cónyuge por matrimonio legal

Todos los planes excepto la vida voluntaria: Hijos, hijastros o hijos adoptados legalmente menores de 26 años sin importar el estado del estudiante, matrimonial o dependiente de impuestos

Vida voluntaria: hijos, hijastros o hijos adoptados legalmente desde los 6 meses hasta la edad 20 o 26 si es un estudiante a tiempo completo

INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN

Una vez que haya revisado sus opciones y haya decidido, puede iniciar sesión en nuestra plataforma de inscripción en línea en cualquier momento, revisar su información personal y hacer sus elecciones o puede llamar a un inscriptor de SunLife al 1-800-818-7541 para obtener ayuda para inscribirse.

Vaya a <https://employeenavigator.com>.

PASO 1: Regístrese haciendo clic en Iniciar sesión y Regístrese como nuevo usuario. El identificador de su empresa es Talley2024.

PASO 2: Una vez que haya iniciado sesión o se haya registrado, se lo dirigirá a los Términos de uso y la Política de privacidad de Employee Navigator. Desplácese hacia abajo hasta Aceptar y continuar. Seleccione Continuar y luego Comencemos. Haga clic en Firmar documento para aceptar la firma electrónica y el consentimiento. Haga clic en Finalizar. Ahora se lo dirigirá a la página de inicio, donde seleccionará Comenzar inscripción y luego Comenzar.

PASO 3: Revise su información personal para verificar que sea correcta. Para continuar con el proceso de inscripción, haga clic en Guardar y continuar en la parte inferior de cada página.

PASO 4: En la pantalla Información de dependientes, agregue o revise sus dependientes. Si necesita agregar o eliminar dependientes, debe hacerlo en esta página. Una vez que se hayan actualizado sus dependientes, haga clic en Guardar y continuar.

PASO 5: Ahora se encuentra en la página de inscripción médica. Seleccione quién estará cubierto en “¿A quién inscribo?”. Esto actualizará el costo por período de pago al nivel de cobertura apropiado. Haga clic en Seleccionar en el cuadro del plan para inscribirse en el plan. Puede ver los documentos de información del plan en Recursos útiles en el lado derecho de la página. Haga clic en Guardar y continuar una vez que haya completado su selección médica. Si está rechazando la cobertura, haga clic en ¿No desea este beneficio? y seleccione el motivo correspondiente. ***Asegúrese de que todos los dependientes que se inscribirán en la cobertura tengan una marca de verificación verde junto a su nombre.

PASO 6: Si está inscrito en un plan médico, responda el formulario de coordinación de beneficios. Agregue a cualquier persona que esté cubierto por un plan médico que tenga otra cobertura con la información correspondiente.

PASO 7: Si está inscrito en el plan médico, es elegible para inscribirse en el beneficio de Atención primaria directa. Repita el paso 5.

PASO 8: Si está inscrito en el plan médico, es elegible para contribuir a una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA). Si desea elegir, ingrese su monto por elección de pago. Si está rechazando la cobertura, haga clic en ¿No desea este beneficio? y seleccione el motivo correspondiente.

PASO 9 :Repita el paso 5 para Dental y Visión..

INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN

PASO 10: El seguro de vida básico y AD&D es un beneficio pagado por la compañía. Revise el beneficio y HAGA CLIC EN GUARDAR Y CONTINUAR.

PASO 11: Ahora, deberá incluir a los beneficiarios de su póliza de seguro de vida básico y AD&D. Comience haciendo clic en Agregar un beneficiario. Si su beneficiario también es un dependiente, seleccione el cuadro desplegable Copiar dependiente existente. Si no incluye a un dependiente como beneficiario, seleccione el cuadro desplegable Tipo de beneficiario y elija Persona. Revise y complete la información del beneficiario (relación, nombre, apellido y porcentaje de asignación son campos obligatorios). El porcentaje de asignación para todos los beneficiarios debe ser igual al 100 %. Haga clic en Guardar para volver al Formulario de beneficiarios. Haga clic en Continuar para continuar con su inscripción

PASO 12: El siguiente beneficio es el seguro de vida voluntario, que es el seguro de vida adicional que paga el empleado. Si desea elegir un seguro de vida adicional, aquí es donde debe elegir su nivel de beneficio. Tenga en cuenta que si desea un seguro de vida adicional para su cónyuge o sus hijos, deberá elegir la cobertura para usted mismo. Puede ver los diferentes montos de cobertura deslizando el botón en las barras deslizantes. Haga clic en Guardar y continuar una vez que haya completado su selección de seguro de vida voluntario. Si rechaza la cobertura, haga clic en ¿No desea este beneficio? y seleccione el motivo correspondiente.

PASO 13: El siguiente beneficio es la discapacidad voluntaria a corto plazo. Se mostrará el monto de su beneficio semanal y el costo por período de pago. Para inscribirse, haga clic en Seleccionar. Si desea rechazar el beneficio, haga clic en ¿No desea este beneficio? y elija el motivo correspondiente.

PASO 14: El siguiente beneficio es la discapacidad voluntaria a largo plazo. Se mostrará el monto de su beneficio mensual y el costo por período de pago. Para inscribirse, haga clic en Seleccionar. Si desea rechazar el beneficio, haga clic en ¿No desea este beneficio? y elija el motivo correspondiente.

PASO 15: Ahora podrá elegir los productos del lugar de trabajo (accidente, enfermedad grave e indemnización hospitalaria). Para inscribirse, haga clic en Seleccionar. Si desea rechazar el beneficio, haga clic en ¿No desea este beneficio? y elija el motivo correspondiente.

PASO 16: El paso final es aplicar tu firma electrónica. Si no seleccionas Hacer clic para firmar, no se procesará tu inscripción.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS BENEFICIOS

CAMBIOS Y EVENTOS CALIFICANTES

CUANDO COMIENZA Y TERMINA LA COBERTURA

Empleados por hora / no exentos: la cobertura comienza el primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo a tiempo completo

Empleados asalariados / exentos: la cobertura comienza el primer día de empleo a tiempo completo

Su cobertura bajo los planes de beneficios finalizará a medianoche en la fecha de su tiempo completo termina el empleo



EVENTOS CALIFICANTES

Los empleados elegibles pueden inscribirse o realizar cambios en sus elecciones de beneficios durante el período de inscripción abierta anual, que generalmente se lleva a cabo en noviembre / diciembre de cada año para la fecha de renovación del 1 de enero. Al igual que con la mayoría de los beneficios, una vez que elija una opción, estará sujeto a esa opción para todo el año del plan, a menos que experimente un "Evento Calificador". Estos pueden incluir, pero no se limitan a:

- Cambios en la situación laboral
- Cambios en el estado civil legal
- Cambios en el número de dependientes (nacimiento de un hijo)
- Tomando un permiso sin goce de sueldo
- Dependiente satisface o deja de satisfacer el requisito de elegibilidad
- Derecho a Medicare o Medicaid
- Un cambio en el lugar de residencia del empleado, lo que hace que el transportista actual no esté disponible

Los cambios solicitados, distintos de los de recién nacidos, son prospectivos (primeros del mes siguiente) a la fecha solicitada.

RESUMEN DEL COSTO SEMANAL

Opciones de planes médicos			
	Option A: Talley Base Plan	Option B: Talley Rx Co-Pay Plan	
Solo empleado	\$35.81	\$68.32	
Empleado + 1 Dependiente	\$96.00	\$160.90	
Empleado + 2 o mas Dependientes	\$142.00	\$250.67	

Dental Opcion			
	Solo empleado	Empleado + 1 Dependiente	Empleado + 2 o mas Dependientes
Ameritas Dental	\$5.81	\$11.62	\$18.35

Vision Opcion			
	Solo empleado	Empleado + 1 Dependiente	Empleado + 2 o mas Dependientes
Ameritas Vision	\$1.55	\$2.82	\$4.22

Vida voluntaria a término			
---------------------------	--	--	--

Edad:	>20	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+
Cost per \$10,000 Coverage Per Month	1.06	1.06	1.32	1.84	2.62	4.18	7.30	13.28	20.30	32.52

To Calculate Weekly Cost:

EE Coverage Amount:

\$ _____ / 10,000 = \$ _____ X Rate: \$ _____ = \$ _____ X 12 = \$ _____ / 52 Wks = \$ _____

(Increments of \$10,000 only) *Based on age as of coverage effective date* Monthly Cost Annual Cost Weekly Cost

+ SP Coverage Amount:

\$ _____ / 5,000 = \$ _____ X Rate: \$ _____ = \$ _____ / 52 Wks = \$ _____

(Increments of \$5,000 only) *Based on Spouse age as of coverage effective date* Monthly Cost Annual Cost Weekly Cost

+Child Coverage Amount: Per \$2,000 (\$10,00 max) = \$0.09 (includes all eligible children, not per child) \$ _____

Total Voluntary Term Life: \$ _____

Planes de trabajo en grupo de SUNLIFE				
	Solo empleado	Empleado y esposa	Empleado y ninos	Familiar
Accident	\$3.73	\$5.99	\$7.98	\$10.24
Hospital Indemnity	\$3.30	\$5.69	\$4.77	\$7.16

RESUMEN DEL COSTO SEMANAL

Discapacidad voluntaria a corto plazo			
HOURLY/Non-Exempt Employees		SALARIED/ Exempt Employees	
\$ _____ X 40 Hrs =		\$ _____ / 52 Weeks:	
\$ hourly rate	Weekly Income	Base Annual Salary	Weekly Income
Weekly Income X 60% (.60) =		Weekly Income X 60% (.60) =	
	Weekly Benefit Amount		Weekly Benefit Amount
Weekly Benefit Amount X Rate: .0382 =		Weekly Benefit Amount X Rate: .0382 =	
	Monthly Cost		Monthly Cost
X 12 Months=		X 12 Month =	
	Annual Cost		Annual Cost
/ 52 Weeks =		/ 52 Weeks =	
	Weekly Cost		Weekly Cost

Discapacidad voluntaria a largo plazo																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Monthly Rate per Age Band</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><30</td><td>.00228</td></tr> <tr><td>30-34</td><td>.00251</td></tr> <tr><td>35-39</td><td>.00467</td></tr> <tr><td>40-44</td><td>.01094</td></tr> <tr><td>45-49</td><td>.01482</td></tr> <tr><td>50-54</td><td>.02002</td></tr> <tr><td>55-59</td><td>.02234</td></tr> <tr><td>60-64</td><td>.02098</td></tr> <tr><td>65-69</td><td>.01482</td></tr> <tr><td>70+</td><td>.01482</td></tr> </tbody> </table>		Monthly Rate per Age Band		<30	.00228	30-34	.00251	35-39	.00467	40-44	.01094	45-49	.01482	50-54	.02002	55-59	.02234	60-64	.02098	65-69	.01482	70+	.01482	<p>To calculate your weekly cost:</p> <p>Hourly employees start here— Hourly Rate: \$ _____</p> <p>X Hrs Per Year: 2,080</p> <p>= Annual Salary \$ _____</p> <p>/ 12 Months = \$ _____</p> <p>Monthly Gross Salary</p> <p>X Rate \$ _____</p> <p>based on age as of 1/1</p> <p>Monthly Cost: \$ _____</p> <p>X 12 Mths / 52 Weeks = \$ _____</p> <p>Total Weekly Cost</p>	
Monthly Rate per Age Band																									
<30	.00228																								
30-34	.00251																								
35-39	.00467																								
40-44	.01094																								
45-49	.01482																								
50-54	.02002																								
55-59	.02234																								
60-64	.02098																								
65-69	.01482																								
70+	.01482																								

SUNLIFE enfermedad crítica voluntaria				
costo semanal del empleado y cónyuge		costo semanal para niño/s		
	\$10,000	\$20,000	\$30,000	\$40,000
<25	\$1.45	\$2.91	\$4.36	\$5.82
25-29	\$1.50	\$3.00	\$4.50	\$6.00
30-49	\$2.45	\$4.89	\$7.34	\$9.78
50-59	\$4.55	\$9.09	\$13.64	\$18.18
60-69	\$8.42	\$16.85	\$25.27	\$33.69
70+	\$11.08	\$22.15	\$33.23	\$44.31
*tasas de cónyuge basadas en la edad del empleado				
**el costo aumenta con la edad				

Plan Medico

Resumen de la cobertura

A continuación se presentan las opciones de planes médicos en 2025.

Plan Features	Plan A	Plan B
	Base Plan	Rx Copay Plan
EN RED		
Calificación HDHP		
Año del calendario Deducibles (Indiv / Familiar)	\$3,300 / \$6,600	\$3,000 / \$6,000
Año del calendario Máximo de bolsillo (Indiv / Familia)	\$4,500 / \$9,000	\$5,000 / \$10,000
Cuidado preventivo	\$0	\$0
Visita de atención primaria	30% después del deducible	30% después del deducible
Visita Especialista	30% después del deducible	30% después del deducible
Examen de diagnóstico	30% después del deducible	30% después del deducible
X-Rayas	30% después del deducible	30% después del deducible
Imágenes complejas	30% después del deducible	30% después del deducible
Procedimiento ambulatorio	30% después del deducible	30% después del deducible
Visita de paciente hospitalizado	30% después del deducible	30% después del deducible
Sala de emergencias	30% después del deducible	30% después del deducible
Atención de urgencias	30% después del deducible	30% después del deducible
Rx Tier 1	30% después del deducible	\$10 copago
Rx Tier 2	30% después del deducible	\$35 copago
Rx Tier 3	30% después del deducible	\$50 copago
Specialty Rx	30% después del deducible	\$100 copago
Rx preventivo	\$3 / \$25 / \$50 copago	n/a
Afuera de Red		
Año del calendario Deducibles (Indiv / Familiar)	\$6,000 / \$12,000	\$6,000 / \$12,000
Año del calendario Máximo de bolsillo (Indiv / Familia)	\$9,000 / \$18,000	\$10,000 / \$20,000
Cuidado preventivo	\$0 <i>(subject to usual & customary charges)</i>	\$0 <i>(subject to usual & customary charges)</i>
Visita de atención primaria	40% después del deducible	40% después del deducible
Visita Especialista	40% después del deducible	40% después del deducible
Examen de diagnóstico	40% después del deducible	40% después del deducible
X-Rayas	40% después del deducible	40% después del deducible
Imágenes complejas	40% después del deducible	40% después del deducible
Procedimiento ambulatorio	40% después del deducible	40% después del deducible
Visita de paciente hospitalizado	40% después del deducible	40% después del deducible
Sala de emergencias	30% después del deducible	30% después del deducible
Atención de urgencias	40% después del deducible	40% después del deducible
Pharmacy / RX (All tiers)	40% después del deducible	40% después del deducible
Cuentas Semanal		
Empleado	\$35.81	\$68.32
Empleado + 1	\$96.00	\$160.90
Employee + Familia	\$142.00	\$250.67

Los resúmenes de beneficios y cobertura (SBC) están disponibles en línea en www.benselect.com/enroll. Haga clic en el icono "Más información" en la esquina superior derecha.

Plan Medico

Comprender los deducibles y el máximo "desembolso personal"

Comprender cómo funciona su deducible y coseguro lo ayudará a saber cuánto pagará.

Plan A: Base Plan

Solo para empleados: Dentro de la red, deducible de \$ 3,300 y coseguro del 30% con desembolso máximo de \$ 4,500

Familia: Dentro de la red \$ 6,600 de deducible y 30% de coseguro con un máximo de \$ 9,000 de su bolsillo

Los deducibles y coseguros fuera de la red son independientes de los deducibles y coseguros dentro de la red.

Mi cobertura es solo para empleados y voy al médico por la gripe. Uso mi tarjeta de seguro y se me factura el monto total de \$ 125.00.

Mi saldo deducible es ahora \$3175.

Tengo gastos médicos adicionales y eventualmente alcanzo mi deducible de \$ 3,300.

Mi primera visita al médico después de alcanzar mi deducible ... y tengo una factura de \$ 200. Ahora pago el 30%, ya que he alcanzado mi deducible. Entonces pago \$ 60 y la compañía paga los otros \$ 140

Hasta que alcance mi desembolso máximo de \$ 4,500, pago el 30% y la compañía paga el otro 70% de los costos médicos en los que incurro.

Una vez que alcanzo mi desembolso máximo de \$ 4,500, la compañía paga el 100% de mis costos médicos incurridos.

Plan B: Rx Copay Plan

Solo para empleados: Dentro de la red, deducible de \$ 3,000 y coseguro del 30% con un desembolso máximo de \$ 5,000

Familia: Dentro de la red \$ 6,000 deducible y 30% de coseguro con un máximo de \$ 10,000 de su bolsillo

Los deducibles y coseguros fuera de la red son independientes de los deducibles y coseguros dentro de la red.

Tengo cobertura familiar y voy al médico por la gripe. Uso mi tarjeta de seguro y se me factura el monto total de \$ 125.00.

Mi saldo deducible es ahora \$5875.

Tengo gastos médicos adicionales y eventualmente alcanzo mi deducible de \$ 6,000.

Mi primera visita al médico después de alcanzar mi deducible ... y tengo una factura de \$ 200. Ahora pago el 30%, ya que he alcanzado mi deducible. Entonces pago \$ 60 y la compañía paga los otros \$ 140.

Hasta que alcance mi desembolso máximo de \$ 10,000, pago el 30% y la compañía paga el otro 70% de los costos en los que incurro.

Una vez que alcanzo mi desembolso máximo de \$ 10,000, la compañía paga el 100% de mis costos médicos incurridos.

PLAN MEDICO

Comprender el valor total de los beneficios cubiertos le permite asumir la responsabilidad de mantener una buena salud e incorporar hábitos saludables a su estilo de vida. Algunos ejemplos incluyen realizarse exámenes físicos regulares, mamografías e inmunizaciones. A través de los planes ofrecidos por Talley Construction Company, Inc., todos los individuos y familiares cubiertos son elegibles para recibir servicios de bienestar de rutina como estos, sin costo alguno; Todos los copagos, coseguros y deducibles están exentos.

¿CUÁLES SERVICIOS DE CUIDADO PREVENTIVO ESTÁN CUBIERTOS?

A continuación, se incluye una lista de los servicios comunes que se incluyen en los planes ofrecidos este año:

“UNA ONZA DE PREVENCIÓN ES VALE UNA LIBRA DE CURA ”

- Examen físico de rutina
- Bien bebé y cuidado de niños
- Bien visitas de mujer
- Inmunizaciones
- Prueba de densidad ósea de rutina
- Examen de mama de rutina
- Examen ginecológico de rutina
- Detección de diabetes gestacional
- Examen rectal digital de rutina
- Detección de cáncer colorrectal de rutina
- Prueba de rutina de la próstata
- Procedimientos de laboratorio de rutina
- Mamografías de rutina
- Papanicolaou de rutina
- Programas para dejar de fumar
- Pruebas para el VPH y el VIH
- Colonoscopia de rutina

PLAN MEDICO

Definiciones

Monto permitido: el monto máximo que un plan pagará por un servicio de atención médica cubierto. También se puede llamar "gasto elegible", "asignación de pago" o "tasa negociada".

Copago: un monto fijo que usted paga por un servicio de atención médica cubierto después de haber pagado su deducible. Los copagos (a veces llamados "copagos") pueden variar para diferentes servicios dentro del mismo plan, como medicamentos, análisis de laboratorio y visitas a especialistas. Generalmente los planes con primas mensuales más bajas tienen copagos más altos. Los planes con primas mensuales más altas generalmente tienen copagos más bajos.

Deducible: el monto que paga por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan de seguro comience a pagar.

Coseguro: el porcentaje de los costos de un servicio de atención médica cubierto que paga después de haber pagado su deducible.

Cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés): un tipo de cuenta de ahorros que le permite reservar dinero antes de impuestos para pagar gastos médicos calificados. Una cuenta de ahorros para la salud solo se puede usar si tiene un plan de salud con deducible alto (HDHP). Los planes con deducibles altos generalmente tienen primas mensuales más bajas que los planes con deducibles más bajos. Al utilizar los fondos no sujetos a impuestos en una HSA para pagar los gastos antes de alcanzar su deducible y otros costos de desembolso, como los copagos, reduce sus costos generales de atención médica. Los fondos de la HSA se transfieren de un año a otro si no los gasta. Una HSA puede ganar intereses.

Red: las instalaciones, los proveedores y los proveedores con los que su aseguradora de salud o su plan han contratado servicios de atención médica de proveedores. Recibir servicios de un proveedor de la red costará menos que utilizar un proveedor que no sea de la red.

Período de inscripción abierta: el período anual en el que las personas pueden inscribirse en un plan de seguro de salud. Fuera del Período de inscripción abierta, generalmente puede inscribirse en un plan de seguro de salud solo si califica para un Período de inscripción especial. Usted es elegible si tiene ciertos eventos de la vida, como casarse, tener un bebé o perder otra cobertura de salud.

Máximo de gastos de bolsillo: lo máximo que el empleado debe pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de gastar esta cantidad en deducibles y coseguros, su plan de salud paga el 100% de los costos de los beneficios cubiertos. NOTA: los copagos de los medicamentos recetados no cuentan para el Deducible o los límites máximos de desembolso directo.

Servicios preventivos: atención médica de rutina que incluye exámenes de detección, controles y asesoramiento al paciente para prevenir enfermedades, enfermedades u otros problemas de salud. Estos están cubiertos en su plan al 100%.

Atención primaria directa: la atención primaria directa es un modelo de atención médica centrado en dar prioridad al paciente. Eso significa tratarlos cuando lo necesitan, nunca apresurar a los pacientes a través de las citas y ser proactivo con los planes de tratamiento de atención médica. La relación médico-paciente es tal como lo sugiere su nombre: directa. Las clínicas de atención primaria directa no aceptan seguros, sino que deciden trabajar directamente con el paciente que proporciona laboratorios al por mayor y precios de medicamentos recetados en el camino.

Beneficiario: Un beneficiario es la persona que reciben dinero en el evento de su muerte.

PLAN MEDICO

Meritain Health[®]
an **aetna** company

Meritain Health será el nuevo administrador externo que se encargará de todos los reclamos médicos del plan médico autoasegurado de Talley Construction. Cuando reciba un servicio, sus proveedores deberán comunicarse con Meritain Health para verificar los beneficios. A continuación, se incluyen instrucciones para registrarse como miembro en el sitio web de Meritain Health para acceder a sus reclamos e información de elegibilidad.

El sitio web para miembros de Meritain Health

Una manera novedosa de conectarse con el plan de beneficios

¿Sabía que en www.meritain.com puede encontrar muchas herramientas y recursos para el cuidado de salud?

El sitio web para miembros le da acceso, las 24 horas del día, a muchas herramientas y recursos que le resultarán útiles para administrar sus beneficios de salud.

En meritain.com, usted puede:

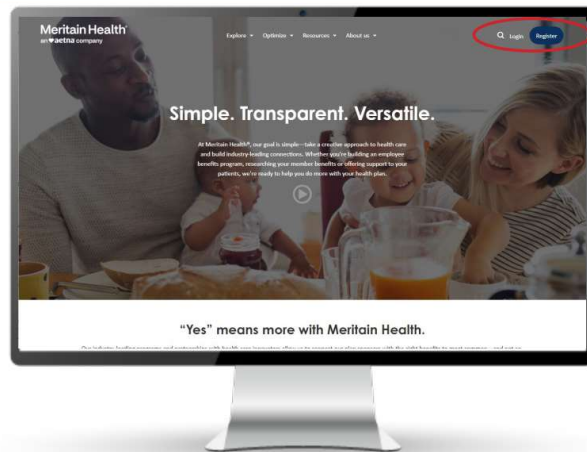
- Consultar sus beneficios y averiguar si cumple con los requisitos para recibirlos.
- Conocer el estado de los reclamos.
- Ver los documentos *Explicación de beneficios (EOB)*.
- Repasar el documento de su plan de beneficios.
- Ver los deducibles y límites de desembolso.
- Acceder a su tarjeta de identificación.

Acceder al sitio web es tan fácil como contar hasta tres

Si usted ya tiene una cuenta, simplemente, inicie sesión. Pero si es nuevo, tendrá que registrarse siguiendo estos pasos sencillos. Puede registrarse con los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SSN) o con el número de identificación de miembro más el número de identificación de grupo; ambos figuran en su tarjeta de identificación. Si usted es nuevo en el plan, pronto recibirá su tarjeta de identificación por correo postal.

Paso 1

Para registrarse, escanee el código QR y haga clic en el enlace, o visite www.meritain.com y haga clic en *Register* (Registrarse).



Paso 2

Seleccione *Member* (Miembro) en el campo *I am a* (Soy...). Luego, haga clic en *Next* (Siguiente).

Meritain Health[®]
an **aetna** company

PLAN MEDICO

Paso 3

Regístrese con su número de identificación de miembro o con los últimos cuatro dígitos del SSN. Deberá ingresar estos datos y, luego, seleccionar *Submit* (Enviar):

- Número de identificación de miembro y número de identificación grupo que figuran en su tarjeta de identificación; o SSN.
- Nombre (del empleado, cónyuge y dependientes adultos).
- Apellido (del empleado, cónyuge y dependientes adultos).
- Código postal.
- Dirección de correo electrónico de uso personal.
- Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa).

Luego, ponga un nombre de usuario y una contraseña. Una vez que confirma su dirección de correo electrónico, ¡listo!

Ya puede iniciar sesión en su cuenta con el nombre de usuario y la contraseña que generó.

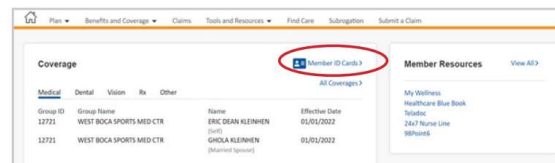
Qué encontrará en www.meritain.com

Puede navegar fácilmente por nuestro sitio web haciendo clic sobre los iconos de la página de inicio o a través de las opciones que figuran en la parte superior de la pantalla. Desde allí puede explorar las funciones mencionadas a continuación.

Haga clic en *Home* (Inicio) cada vez que quiera regresar a la página de inicio.

Tarjeta de identificación de miembro

Se puede acceder fácilmente a una copia de la tarjeta de identificación: solo tiene que hacer clic en el ícono de la *tarjeta de identificación de miembro* que aparece dentro del recuadro donde se detalla la cobertura. También se puede descargar una copia de la versión digital de la tarjeta de identificación.



Descripción general del plan de cuidado de salud

Se puede consultar los deducibles y desembolsos máximos en la página principal de su cuenta de miembro, una vez que inicia sesión.

Información sobre reclamos

Haga clic en *Claims* (Reclamos) para ver la información de sus reclamos. El botón *Apply* (Aplicar) le permite ver todos los reclamos. Notará que los reclamos tienen un estado: *In Process* (En proceso), *Processed* (Procesado) o *Awaiting Review* (Revisión pendiente). Para ver e imprimir los documentos *Explicación de beneficios* (EOB), haga clic debajo del número de reclamo, en el enlace a los detalles del reclamo.

PLAN MEDICO

Su plan utilizará la red Aetna Choice POS II a partir del 1 de enero de 2025

Encontrar médicos y hospitales en la red es muy fácil

Cuando usted y su familia necesitan cuidado, puede buscar médicos y hospitales en la red Aetna Choice POS II. Hacerlo es muy fácil si usa el directorio en línea Find Care de Aetna*. En las listas actualizadas, puede buscar proveedores por nombre, especialidad, sexo, afiliaciones a hospitales y mucho más.

Encuentre un proveedor de Aetna en línea en apenas algunos pasos

Puede usar el directorio desde cualquier lugar donde tenga acceso a Internet. Simplemente, haga lo siguiente:

- 1** Visite <https://www.aetna.com/dsepublic/#/mymeritain>.
- 2** Escriba el código postal, la ciudad, el condado o el estado del área geográfica deseada en el campo *Enter location here* (Ingresar la ubicación aquí). Haga clic en *Search* (Buscar).
- 3** Escriba *Aetna Choice® POS II (Open Access)* en *Select a Plan (Seleccione un plan)*. **También** puede seleccionar *Aetna Choice® POS II (Open Access)* en la lista de planes. Haga clic en *Continue* (Continuar).
- 4** Hay dos opciones disponibles para buscar proveedores. La búsqueda guiada usa algunos de nuestros términos buscados más comunes y los organiza fácilmente para que los usuarios los encuentren. Para usar la búsqueda guiada, haga clic en una de las categorías debajo de *Find what you need by category* (Encuentre lo que necesita por categoría). **También puede leer el paso cinco.**

Meritain Health[®]
an  **aetna**[®] company

Atención primaria directa

DEKALB MD - ¡TOMA LA VENTAJA!

Los empleados de Talley Construction que participan en el plan médico pueden inscribirse en DeKalb MD para atención primaria directa. Con Direct Primary Care, usted paga una suscripción mensual para usted y para cada dependiente, si lo desea. La atención primaria directa proporciona una serie de beneficios que incluyen los siguientes:

- Visitas ilimitadas sin copagos para usted y sus dependientes (si están suscritos)
- Citas el mismo día o al día siguiente. No hay largos tiempos de espera
- Tiempo de calidad con su médico y visitas más largas por problemas crónicos.

Posibilidad de llamar, enviar mensajes de texto o correo electrónico (telemedicina 24/7)

- Red de proveedores y clínicas.
- Atención personalizada adaptada al nivel de comodidad de cada paciente.
- Medicamentos y análisis de laboratorio a través de los costos (ver más abajo)
- Precio en efectivo con descuento para imágenes y terapia física

Medicamentos de muestra y costos de laboratorio

Laboratorio (trabajo de sangre):

- Basic Metabolic Panel - \$2.74
- Complete Blood Count with Diff - \$1.50
- Complete Metabolic Panel - \$3.43
- CRP (Inflammatory Marker) - \$3.00
- A1C (Diabetes Mellitus) - \$2.00
- PAP Smear \$14.00
- PSA (prostate) - \$2.00
- Testosterone - \$4.00
- Thyroid Stimulating Hormone - \$1.50
- Lipid Panel - \$3.00

Medicamentos (Top 10 en EE. UU.) - por mes:

- Atorvastatin (Lipitor) - \$3.21
- Levothyroxine (Synthroid) - \$7.91
- Lisinopril (Prinivil) - \$0.45
- Omeprazole (Prilosec) - \$2.34
- Metformin (Glucophage) - \$1.40
- Amlodipine (Norvasc) - \$0.45
- Simvastatin (Zocor) - \$0.90
- Hydrochlorothiazide (Microzide) - \$0.27
- Metoprolol Tartate - \$1.32
- Losartan (Cozaar) - \$2.70

Los empleados de Talley Construction que participan en el plan médico pueden pagar su suscripción mensual para Direct Primary Care mediante una deducción de nómina conveniente. A continuación, se detallan los costos por período de pago, en caso de que decida aprovechar este programa.

Costo semanal - Empleados que participan en medicina

- Empleado: \$6.92
- Esposa: \$6.92
- Cada niño: \$1.15

Un empleado debe suscribirse para que los dependientes se suscriban. Para inscribirse, debe completar el Formulario de inscripción de atención primaria directa. No puedes inscribirte en línea.

Atención primaria directa

DEKALB MD - ¡TOMA LA VENTAJA!

DeKalb MD Red de Clinicas

Fort Payne Clinic

617 Gault Avenue North

Fort Payne, AL 35967

Phone: (256) 979-1MED (1633)

fortpayne@dekalbmd.com

Mon/Wed/Fri 8AM-4PM Tues/Thurs 10AM-6PM

(closed daily 12PM-12:30PM for lunch)

Chattanooga, Shallowford Clinic

6150 Shallowford Road Suite 104

Chattanooga, TN 37421

Phone: (423) 551-6538

shallowford@dekalbmd.com

Mon/Wed 10AM-6PM, Tues/Thurs/Fri 8AM-4PM

(closed daily 12PM-12:30PM for lunch)

Chattanooga, Southside Clinic

1848 Rossville Ave

Chattanooga, TN 37408

Phone: (423) 551-6555

info@dekalbmd.com

Mon/Wed/Fri 8AM-4PM, Tues/Thurs 10AM-6PM,

(closed daily 12PM-12:30PM for lunch)

¿Interesado en explorar el modelo de atención primaria directa sin seguro médico de Talley Construction? Si es así, visite www.dekalbmd.com para obtener más información.

HealthJoy

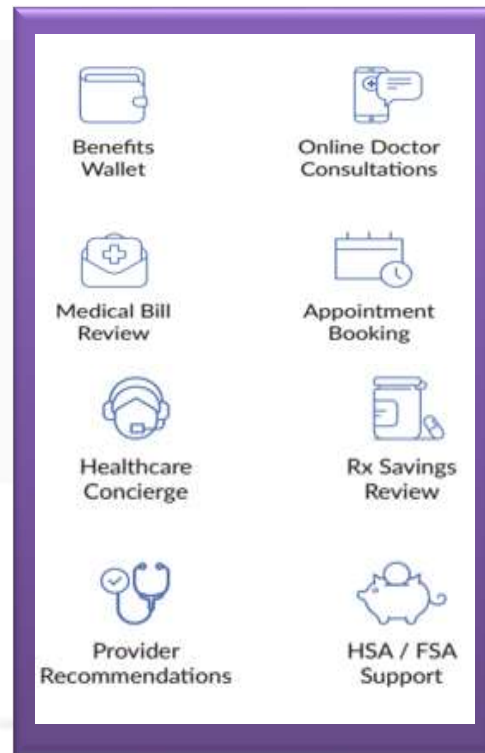
Todos los empleados tendrán acceso a la aplicación gratuita de conserjería de beneficios HealthJoy, para obtener información importante sobre beneficios, incluidas las tarjetas de identificación médica y dental, un conserje de atención médica, consultas médicas en línea, Rx Savings, recomendaciones de proveedores, etc. A continuación se muestra información adicional. Utilice la conveniente función "Hable con un médico" Y obtenga una copia electrónica de sus tarjetas de identificación a través de la aplicación gratuita HealthJoy.

Healthcare is Complicated. HealthJoy Makes it Simple.

HealthJoy is the first stop for all your healthcare needs. We make healthcare and employee benefits simple, quick and painless. Our easy-to-use mobile app uses modern technologies to deliver a seamless experience. We'll save you time, money and a ton of aggravation.

The Experts Are In.

Don't try and navigate your healthcare alone, our experts are here to help. HealthJoy believes that healthcare is best delivered through a conversation so that's why you'll have access to online doctors, healthcare concierges, billing specialist and more. HealthJoy is always available to you - 24/7/365 and is FREE to you and your family.



CARTERA DE BENEFICIOS

¿Necesitas conocer todos los beneficios de tus empleados en un instante? No vaya a cavar en su pila de folletos de beneficios de papel. Consulte la cartera de beneficios digitales de HealthJoy dentro de nuestra aplicación para acceder a sus tarjetas de beneficios más actualizadas. Tendrá acceso a su seguro médico, dental, de la vista, HSA, información del gimnasio, programas de bienestar, programas de recetas y todo lo que su compañía le brinde. La cartera de beneficios de HealthJoy es su única fuente de todos sus beneficios a los que siempre puede acceder desde su teléfono inteligente.



Habla a un Doctor

Nos hemos asociado con MeMD para nuestra oferta de telemedicina. Son una de las tres únicas redes de proveedores que han recibido la certificación del Comité Nacional de Control de Calidad (NQCA, por sus siglas en inglés), luego de haber aprobado su revisión rigurosa y exhaustiva. Su servicio se integra a la perfección en nuestra plataforma con un proceso simple de ingreso de miembros dentro de la aplicación HealthJoy. El tiempo promedio de espera para una llamada telefónica o videollamada es de menos de 10 minutos para los miembros. HealthJoy lleva el proceso un paso más allá al entregar una revisión posterior a la consulta en la bandeja de entrada de un miembro que contiene información detallada sobre su visita, instrucciones de cuidado y detalles de las recetas. También haremos un seguimiento con los miembros para garantizar su completa satisfacción con la experiencia.

HealthJoy



ENCONTRAR UN PROVEEDOR

Para comenzar, realizamos una evaluación de necesidades para comprender mejor la situación del miembro. Los miembros a menudo creen que necesitan visitar a un especialista o incluso a atención de urgencia cuando un proveedor de atención primaria es más apropiado. También educaremos al miembro sobre el mejor curso de acción, que podría incluir una consulta médica inmediata (y gratuita) en línea. La mayoría de las visitas médicas se pueden manejar con telemedicina. Esta redirección de la atención es un gran ahorro de costos para las empresas y solo una de las formas en que logramos la utilización más alta en la industria. Nuestro conserje comenzará una búsqueda de proveedores al reunir las preferencias de un miembro. Estos incluyen género, idiomas hablados, estacionamiento, horario de oficina y distancia. El conserje luego confirmará el estado de la red de un proveedor a través del teléfono porque los directorios de los operadores a menudo no están actualizados. Verificaremos que el médico acepte nuevos pacientes además de la disponibilidad de aprendizaje para que podamos programar una cita para ese miembro. Parte de nuestro proceso es proporcionar opciones de costos que beneficien tanto al empleado como al empleador. Los empleados reciben mediciones de calidad para que un proveedor los ayude en su selección.



ENCONTRAR UNA INSTALACIÓN

Comenzaremos con una evaluación completa de las necesidades y preferencias de un miembro. Después de confirmar la necesidad, es posible que se sorprenda de la cantidad de miembros que solicitan una resonancia magnética antes de siquiera ver a un médico. Comenzaremos nuestra búsqueda por preferencias de viaje, calificaciones de calidad (CMS más información pública y privada) y más. Nuestro conserje comparará las instalaciones dentro y fuera de la red cuando realice una recomendación. En muchas situaciones, es menos costoso para todas las partes pagar en efectivo que ir a través de un seguro. Llamaremos a la instalación para confirmar los precios y comprender la disponibilidad. Después de revisar todas las opciones, proporcionamos la mejor recomendación al miembro y programamos una cita en su nombre.



JOY guiará a los miembros a través de una serie de preguntas para recopilar información relacionada con la receta: marca frente a genérico, dosis, frecuencia y forma (por ejemplo, tableta, cápsula). Luego, nuestro conserje de atención de la salud ingresa el medicamento en nuestro algoritmo de prescripción desarrollado por un médico que busca formas de ahorrar dinero y, al mismo tiempo, de mantener la eficacia. Nuestro algoritmo combina el formulario del plan del miembro con las posibles oportunidades de ahorro. Investigaremos en 10 áreas clave, que incluyen:

- Alternativas terapéuticas
- Cupones de fabricante
- Programas de asistencia con receta
- Programas de ahorro de HealthJoy's Rx
- Pedido por correo internacional para ciertos medicamentos de alto nivel
- Opciones de pedido por correo
- Optimización de la farmacia
- Optimización de la dosis
- Alternativas genéricas
- Formularios alternativos

Nuestro plan de ahorros Rx recomendado se le proporciona al miembro, y nuestros conserjes lo ayudarán a configurarlos, por lo que el miembro debe realizar un trabajo mínimo.



Revisión de factura médica

Cuando un miembro recibe una factura médica que es confusa o más alta de lo esperado, puede recurrir a HealthJoy para obtener ayuda. Todo lo que deben hacer es tomar una foto dentro de nuestra aplicación para comenzar el proceso. Después de revisar la información presentada, nuestro conserje establecerá una hora para hablar con el miembro para comprender la situación y recopilar información adicional (si es necesario). Cuando parece que ocurrió un error de facturación, nuestro conserje comienza el proceso de negociación. No se detienen hasta que tengan una factura revisada o una explicación clara de los cargos. Este proceso incluye llamar al operador, al proveedor y a la oficina central de facturación. A menudo, se requieren múltiples llamadas a cada una de estas partes. Revisamos las facturas todo el tiempo con códigos CPT que tienen tasas de reembolso más altas que un código que es igual, si no más, aplicable.



PROGRAMA DE BIENESTAR

Los consultores de beneficios y los equipos de recursos humanos trabajan arduamente para crear excelentes programas para mantener a los empleados saludables y felices. Desafortunadamente, los empleados luchan para prestar atención. Deje que JOY lo ayude a pasar la voz a través del canal de comunicación más atractivo, HealthJoy. Crearemos una estrategia de participación basada en los objetivos del grupo y estableceremos campañas continuas para promover programas de bienestar, proporcionar recordatorios sobre eventos, ferias, ofertas e incentivos. Los mensajes se pueden personalizar aún más, solo se envían a los miembros que cumplen ciertos criterios (por ejemplo, en un HDHP o solo en una de las oficinas). Nuestro compromiso / divulgación se informará al consultor y al grupo destacando el éxito de nuestra estrategia

chatee con nosotros hoy iniciando sesión en la aplicación HealthJoy o llame (855) 947-6900



HealthJoy

Aborde el dolor de espalda y articulaciones con una terapia de ejercicio virtual gratuita

La terapia de ejercicio virtual de HealthJoy es un programa eficaz para las personas que luchan contra el dolor de espalda, cuello, hombros, rodillas o cadera. Con la orientación y el apoyo de un entrenador personal, puede reducir significativamente el dolor y mejorar las capacidades funcionales en solo 15 minutos al día. Mejor aún, ¡este programa es completamente gratuito para que lo uses!

82% Reducción del dolor

95% Satisfacción de los usuarios

85% Mejora de capacidades

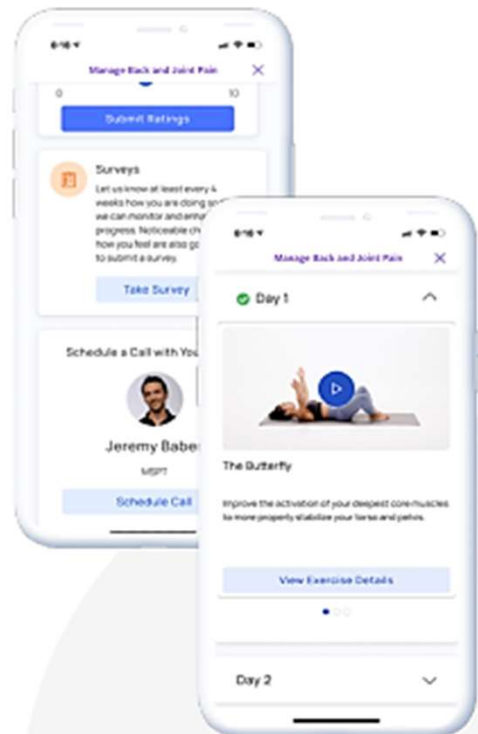
*Resultados basados en la muestra de alrededor de 50 participantes del programa

¿CÓMO FUNCIONA?

- Accede al programa a través de la aplicación de HealthJoy presionando en "Alivie el dolor de espalda y articulaciones" desde el menú.
- Completa una encuesta de admisión de 15 minutos, para poder entender mejor su situación particular. Se le asignará un entrenador personal, quien se comunicará para programar una llamada introductoria.
- Tu entrenador diseñará un plan de cuidados con hasta 12 semanas de ejercicios que se pueden hacer en casa o sobre la marcha, y estará allí para apoyarlo durante todo el programa.
- Tu entrenador te proveerá ejercicios de mantenimiento una vez que hayas completado el programa.

¿Qué estás esperando?

Tome el control de su dolor hoy presionando en "Alivie el dolor de espalda y articulaciones" desde el menú de su aplicación HealthJoy.



KisX Card / Valenz Health

KISx Card is Vālenz[®] Health

Diagnóstico por imágenes y cirugía simplificadas.

Al beneficiarse de nuestras prestaciones de cirugía y diagnóstico por imágenes, recibirá los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico por imágenes más comunes **SIN COSTO** para usted. Los procedimientos más comunes incluyen los siguientes: Ortopedia, cirugía general, colonoscopias, resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (TAC) y tomografía por emisión de positrones (PET).

¿Cómo funciona?

Antes de buscar proveedores dentro de la red a través de su plan de salud, solo debe llamarnos antes de su procedimiento programado. Si elige uno de nuestros proveedores, siempre pagará **\$0**.



Llame

Llame a nuestro navegador al (877) 438-5479 para obtener más información sobre su procedimiento y el funcionamiento del programa. Lo ayudaremos a encontrar el centro adecuado cerca de usted.



Programe

Nuestro navegador lo ayudará a programar su procedimiento. Tras concertar la cita, le entregarán un vale para que lo lleve a su consulta inicial.



Ahorre

Pagará \$0* de su bolsillo por elegir uno de nuestros proveedores. Valenz Health cubre todos los aspectos de su procedimiento.

* Los gastos de bolsillo están sujetos a los requisitos de cobertura del plan.



Manténgase sano

Después de someterse a una intervención con uno de nuestros proveedores, nuestro navegador le hará un seguimiento para asegurarse de que se esté recuperando por completo. Queremos asegurarnos de que esté mejorando para que pueda llevar una vida sana.

Llame, programe, ahorre: obtenga una asistencia médica más inteligente, mejor y más rápida

(877) 438-5479



032224-P

CUENTA DE AHORRO DE SALUD (HSA)

PARA 2025 Talley Construction Company, Inc. ESTÁ OFRECIENDO UNA CUENTA DE AHORROS (HSA) DE SALUD. ESTO ES COMO FUNCIONA UNA HSA:



Una cuenta de ahorros para la salud (HSA) es una cuenta de atención médica y una cuenta de ahorros en una. El propósito principal de esta cuenta es compensar el costo de un plan de salud con un deducible alto (HDHP) y proporcionar ahorros para sus gastos de atención médica elegibles de su bolsillo, aquellos que usted y sus dependientes de impuestos pueden tener ahora, en el futuro, y durante su jubilación.



Esta es una cuenta "portátil". Eres dueño de tu HSA! Se incluye en su paquete de beneficios para empleados, pero después de configurar su cuenta, es suya, incluso si cambia de trabajo o se retira.



Una vez que se establezca su HSA, usted, Talley Construction Company, Inc. o sus amigos y familiares aportarán dinero a su cuenta, y luego podrá utilizar el dinero de su HSA libre de impuestos para pagar los gastos de atención médica elegibles. Usted ahorra dinero en gastos que ya está pagando, como visitas al consultorio de médicos, medicamentos recetados y mucho más. Lo mejor de todo, usted decide cómo y cuándo usar los dólares de su HSA.

¿POR QUÉ ES UNA BUENA IDEA TENER UNA HSA?

Las HSA benefician a todos los que son elegibles para tener esta cuenta: individuos solteros, familias y futuros jubilados. Usted ahorra dinero en impuestos de tres maneras:

Depósitos libres de impuestos
El dinero que usted contribuye a su HSA no está gravado (hasta el límite anual del IRS)

Ganancias libres de impuestos
Su interés y cualquier ganancia de inversión crecen libres de impuestos

Retiros libres de impuestos
El dinero utilizado para gastos de atención médica elegibles no está gravado, ahora o en el futuro

Al apartar los dólares antes de impuestos en su HSA, usted paga menos impuestos y aumenta su salario neto con sus ahorros impositivos. Usted ahorra dinero en gastos elegibles que está pagando de su bolsillo. La cantidad que ahorra depende de su categoría impositiva. Por ejemplo, si está en el rango impositivo del 30 por ciento, puede ahorrar \$ 30 en cada \$ 100 gastados en gastos de atención médica elegibles.

Los fondos de la HSA se transfieren de un año a otro y se acumulan en su cuenta. No existe una regla de "usarlo o perderlo" con las HSA, y usted decide cómo y cuándo usar sus fondos de la HSA, que pueden usarse para los gastos elegibles que tiene ahora, en el futuro o durante la jubilación. Y cuando tiene un cierto saldo en su HSA, las oportunidades de inversión están disponibles.

CUENTA DE AHORRO DE SALUD (HSA)

Si elige participar en la Opción A (Plan básico), un plan de salud con deducible alto calificado, tiene la oportunidad de abrir una Cuenta de ahorro para la salud (H.S.A.). Los siguientes son los montos máximos que se pueden aportar anualmente a su cuenta, de acuerdo con las pautas del IRS:

Individual: 2025—\$ 4,300 / **Familiar:** 2025—\$ 8,550

Si tiene más de 55 años, puede aportar \$ 1,000 adicionales por año.

No solo se puede utilizar su cuenta de ahorros para la salud para pagar gastos médicos directos, sino que también puede pagar otros gastos relacionados con la salud con esta cuenta libre de impuestos. Esta lista no es exhaustiva, y el

IRS puede modificar los gastos elegibles de vez en cuando. Tenga en cuenta que los artículos comunes de las farmacias, como los vendajes, los ungüentos, los supresores de la tos y otros medicamentos de venta libre no son elegibles para ser comprados con los dólares de su cuenta de ahorros para la salud, a menos que su médico proporcione una receta por escrito.

- Acupuncture
- Ambulance
- Annual Physical Examination
- Artificial Limb
- Artificial Teeth
- Bandages
- Birth Control Pills
- Body Scan
- Braille Books and Magazines
- Breast Pumps and Supplies
- Breast Reconstruction Surgery
- Chiropractor
- Christian Science Practitioner
- Contact Lenses
- Crutches
- Dental Treatment
- Diagnostic Devices
- Disabled Dependent Care Expenses
- Drug Addiction
- Eye Exam
- Eyeglasses
- Eye Surgery
- Fertility Enhancement
- Guide Dog or Other Service Animal
- Hearing Aids
- Home Care
- Hospital Services
- Laboratory Fees
- Lactation Expenses
- Learning Disability
- Lifetime Care—Advance Payments
- Lodging
- Long-Term Care
- Medical Conferences
- Medicines
- Nursing Home
- Nursing Services
- Optometrist
- Organ Donors
- Osteopath
- Oxygen
- Physical Examination
- Pregnancy Test Kit
- Prosthesis
- Psychiatric Care
- Psychoanalysis
- Psychologist
- Special Education
- Sterilization
- Stop-Smoking Programs
- Surgery
- Therapy
- Transplants
- Vasectomy
- Vision Correction Surgery
- Weight-Loss Program
- Wheelchair
- Wig
- X-ray

\$ DINERO GRATIS \$ - ¡Compruébalo!

Si elige la opción A y elige contribuir a una cuenta de ahorros para la salud, Talley Construction igualará su contribución dólar por dólar hasta \$ 9.62 por semana / \$ 500 por año (individual) o \$ 19.23 por semana / \$ 1,000 por año (con dependientes). Los empleados pueden detener, iniciar o cambiar sus H.S.A. cantidad de la contribución en cualquier momento.

Health Equity es el banco custodio de su cuenta de ahorros para la salud. Comuníquese con ellos directamente al 1-866-346-5800 o en www.healthequity.com para hacer un cambio de nombre o dirección, solicitar una nueva tarjeta de débito, consulta de saldo, etc.

Si está inscrito en otra cobertura además de su HDHP elegible con Talley Construction, **NO** puede contribuir a un H.S.A. Si ese plan no es un HDHP calificado. Esto incluye la inscripción en Medicare, Medicaid, TriCare, cualquier cobertura patrocinada por el gobierno o el plan de su cónyuge.

DENTAL PLAN

RESUMEN DE COBERTURA

A continuación se muestra el plan dental disponible a través de Ameritas de forma voluntaria.

Beneficios del plan	
Tipo 1	100%
Tipo 2	80%
Tipo 3	50%
Deducible	\$50/año calendario Tipo 2 y 3 Tipo 1 exento \$150/familia
Máximo (por persona)	\$1,250 por año calendario
Preventive PlusSM	Incluidas
Provisión	90% del costo usual y habitual (U&C)
Periodo de espera	Ninguno
Inscripciones abiertas anualmente	Incluidas

Listado muestra de procedimientos (Current Dental Terminology © Asociación Dental Americana)

Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
<ul style="list-style-type: none"> Examen de rutina (2 por periodo de beneficios) Radiografías de aletas de mordida (2 por periodo de beneficios) Radiografías de toda la boca/panorámicas (1 en 3 años) Radiografías periapicales Limpieza (2 por periodo de beneficios) Aplicación de flúor en niños de 18 años de edad o menores (1 por periodo de beneficios) Sellantes (16 años de edad y menores) Mantenedores de espacio 	<ul style="list-style-type: none"> Amalgamas Composite a base resina Endodoncia (tratamiento no quirúrgico) Endodoncia (tratamiento quirúrgico) Periodoncia (tratamiento no quirúrgico) Periodoncia (tratamiento quirúrgico) Reparación de dentaduras postizas Extracciones simples Extracciones complejas Anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> Incrustaciones con recubrimiento cuspidéo Coronas (1 en 5 años por diente) Reparación de coronas Implantes Prostodoncia (puente fijo; dentaduras postizas completas/parciales) (1 en 5 años)

Tarifas semanales

Empleado únicamente	\$5.81
Empleado + 1 dependiente	\$11.62
Empleado + 2 o más dependientes	\$18.35

Información de Ameritas

Estamos para ayudarlo
Este plan fue diseñado específicamente para los empleados de Talley Construction. En Ameritas Group, no sólo brindamos cobertura: nos aseguramos que siempre tenga a su disposición una voz amable que le explique sus beneficios, atienda sus dudas y responda a sus preguntas. Nuestros asociados del departamento de atención al cliente le asistirán con gusto de lunes a jueves entre 7 a.m. y la medianoche (Hora del Centro) y los viernes de 7 a.m. a 6:30 p.m. Se puede comunicar con ellos a la línea gratuita: 800-487-5553. Para obtener más información en cualquier momento acerca del plan, acceda a nuestro sistema automatizado de respuesta de voz o visítenos en la página de Internet ameritas.com

Ahorros en medicamentos recetados

Nuestros miembros y sus dependientes con cobertura pueden ahorrar en medicamentos recetados en más de 60,000 farmacias en todo el país, entre las que se encuentran CVS, Walgreens, Rite Aid y Walmart. Este descuento se ofrece sin costo adicional y no es un seguro.

Para recibir este descuento en recetas los miembros únicamente tienen que visitar nuestra página de Internet ameritas.com e ingresar (o crear) una cuenta segura, por medio de la cual podrán tener acceso e imprimir una tarjeta de identificación de ahorros para recibir los descuentos.

DENTAL PLAN

RESUMEN DE COBERTURA

Ahorros en armazones y lentes

Los miembros de los planes de Ameritas pueden ahorrar hasta un 15% en armazones y lentes adquiridos en cualquier Walmart Vision Center a nivel nacional. Los miembros pueden traer su receta de visión actual de otro proveedor de atención oftalmológica y comprar anteojos en Walmart. Este acuerdo especial de ahorro no es un seguro: está disponible sin ningún cargo adicional a su prima.

Para recibir su tarjeta de identificación de ahorro, visite ameritas.com e inicie una sesión con (o cree) su cuenta de miembro segura. Será necesario que los miembros presenten su tarjeta de ahorros al momento de la compra para recibir los descuentos.

Preventive PlusSM

Con esta opción de plan, los beneficios para los procedimientos preventivos Tipo 1 que no se deduzcan del beneficio máximo anual del miembro del plan. Esto le ahorra el máximo anual completo para procedimientos básicos Tipo 2 y procedimientos mayores Tipo 3 que están cubiertos en su plan.

Información acerca de la red de proveedores dentales

Para encontrar a un proveedor, visite la página de Internet ameritas.com y seleccione "FIND A PROVIDER" (ENCUENTRE A UN PROVEEDOR), y después "DENTAL". Ingrese su criterio de selección y elija buscar según su ubicación o buscar a un dentista o clínica específico. Residentes de California: Cuando se le pida seleccionar una red, elija la red de Ameritas que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación o llame a nuestro departamento de atención al cliente al teléfono 800-487-5553.

Previo al tratamiento

Aunque no exigimos que complete un formulario de autorización previo al tratamiento para ningún procedimiento, le recomendamos que sí lo haga para los trabajos dentales que considere costosos. Como consumidor inteligente, es bueno que conozca anticipadamente su contribución en los costos. Sólo pídale a su dentista que presente la información para un presupuesto previo al tratamiento ante nuestro departamento de atención al cliente. Le informaremos tanto a usted como a su dentista la suma exacta que cubrirá su seguro y la cifra que usted deberá pagar. De este modo, no habrá sorpresas una vez que el trabajo sea realizado.

Inscripción abierta

Si el miembro del plan no opta por participar cuando se le informa que cumple con los requisitos (periodo inicial), éste puede elegir participar en el próximo periodo de inscripción del titular de la póliza. Este periodo de inscripción se llevará a cabo todos los años y el seguro de quienes elijan participar en esta póliza durante ese momento, entrará en vigencia el 1 de julio.

Sección 125

Este plan se ofrece como parte del Plan de la Sección 125 del titular de la póliza. Todos los empleados tienen la opción, conforme a la Sección 125, de participar o no en este plan. Si el miembro del plan no opta por participar cuando se le informa que cumple con los requisitos (periodo inicial), éste puede elegir participar en el próximo periodo de inscripción del titular de la póliza.

Presupuesto Automático de Servicios Dentales (Dental Cost Estimator)

¿Alguna vez se ha preguntado cuánto cuesta un procedimiento dental? La respuesta a esa pregunta puede encontrarse al usar la herramienta del Presupuesto Automático de Servicios Dentales (Dental Cost Estimator) de Ameritas ubicada en nuestro portal Secure Member Account (cuenta segura para miembros).

Los miembros del plan pueden buscar por código postal para un procedimiento dental específico y ver el estimado de rango de precios para dentistas generales que no pertenezcan a nuestra red y ubicados en esa área. Por supuesto, siempre les sugerimos a nuestros miembros que platiquen con sus dentistas, y sepan lo que implica cualquier plan de tratamiento recomendado.

Esta herramienta funciona a través de G2Dental y utiliza información de FAIR Health actualizada cada año. Tome en cuenta que los presupuestos no reflejan las tarifas con descuento que están disponibles con nuestras redes de proveedores, y que hasta el momento no incluyen estimados en ortodoncia.

Además, cuando los miembros del plan están registrados en su cuenta segura, ellos pueden:

- Minimizar el uso de papel al recibir EOBs electrónicos y así evitar que sus buzones estén saturados con correo extra.
- Revisar su certificado de seguro e información específica de los beneficios del plan
- Tener acceso a servicios adicionales como la tarjeta de identificación de descuentos en recetas (Rx).

VISION PLAN

A continuación se muestra el plan vision disponible a través de Ameritas de forma voluntaria.

	Red de proveedores VSP Choice Network + Afiliados	Fuera de la red
Deducibles		
	\$10 Examen	\$10 Examen
Examen anual de la vista	\$25 Lentes de vidrio o armazones* Cubierto al 100%	\$25 Lentes de vidrio o armazones Hasta \$45
Lentes (por par)		
Monofocales	Cubiertos al 100%	Hasta \$30
Bifocales	Cubiertos al 100%	Hasta \$50
Trifocales	Cubiertos al 100%	Hasta \$65
Lenticulares	Cubiertos al 100%	Hasta \$100
Progresivos	Vea opciones de lentes	No aplica
Lentes de contacto		
Prueba y exámenes de seguimiento	Costo para miembros hasta \$60	No hay beneficios
Opcional	Hasta \$130	Hasta \$105
Medicamente necesarios	Cubiertos al 100%	Hasta \$210
Armazones	\$130**	Hasta \$70
Frecuencias (en meses)		
Examen/Lente/Armazón	12/12/24 Con base en la fecha de servicio	12/12/24 Con base en la fecha de servicio

*El deducible aplica para un par completo de anteojos o armazones, cualquiera que sea lo elegido.

**La provisión para Costco será el equivalente de la venta al mayoreo.

Opciones de lentes (costo para el miembro del plan)*

	Red de proveedores VSP Choice Network + Afiliados (Otro que no sea Costco)	Fuera de la red
Lentes progresivos	Hasta la tarifa contratada con el proveedor para bifocales. El paciente es responsable de pagar la diferencia entre el costo de lentes básicos y el costo de lentes progresivos.	Hasta la provisión de bifocales con línea.
Estándar Policarbonato	Cubiertos al 100% para hijos dependientes \$33 adultos	No hay beneficios
Polarizado plástico uniforme	\$15 (excepto rosa I y II)	No hay beneficios
Polarizado plástico con graduación	\$17	No hay beneficios
Lentes fotocromáticos (vidrio y plástico)	\$31-\$82	No hay beneficios
Revestimiento resistente a rayones	\$17-\$33	No hay beneficios
Revestimiento antirreflejo	\$43-\$85	No hay beneficios
Protección contra rayos ultravioleta	\$16	No hay beneficios

*Los costos para los miembros del plan en las opciones en lentes, pueden variar conforme al nivel de graduación, opción elegida y tiendas al menudeo.

Tarifas semanales

Empleado únicamente	\$1.55
Empleado + 1 dependiente	\$2.82
Empleado + 2 o más dependientes	\$4.22

VISION PLAN

Características adicionales de la red Focus® Choice

Lentes de contacto opcionales	La provisión puede aplicarse para desechables, pero la cantidad en dólares debe ser usada en su totalidad una sola vez (el proveedor ordenará materiales para 3 a 6 meses). Aplica cuando los lentes de contacto fueron elegidos en lugar de anteojos. Para planes con una provisión por separado para ajuste y examen de lentes de contacto (incluidos los exámenes de seguimiento), el costo del ajuste y la evaluación se deducirá de la provisión.
Anteojos adicionales	20% de descuento adicional por pares completos de anteojos y/o gafas de sol con prescripción.
Descuento en armazones	VSP ofrece un 20% de descuento sobre la cantidad que exceda la provisión para precios al menudeo.*
Laser VisionCare	VSP ofrece en promedio un descuento de 15% o 5% sobre el precio de promoción ofrecido en procedimiento LASIK Custom LASIK y PRK. El desembolso máximo por ojo que pagan los miembros del plan es de \$1,800 en cirugía LASIK, \$2,300 en cirugía personalizada LASIK utilizando tecnología Wavefront y \$1,500 en cirugía PRK. Para poder recibir beneficios, un proveedor de VSP debe coordinar el procedimiento.
Visión menor	Con autorización previa, 75% de la cantidad aprobada (se cubre hasta \$1,000 cada dos años).

Conforme a las leyes que así apliquen, los costos reducidos pueden variar según la ubicación de los doctores.

Tiendas de menudeo afiliadas disponibles a través de los planes Focus

Nuestros proveedores afiliados en tiendas de menudeo, tales como Costco® Optical y Visionworks, brindan a los miembros del plan mayor comodidad al tener más opciones en tiendas. Costco Optical tiene 400 tiendas en todo el país. Visionworks administra cerca de 400 tiendas ópticas en 37 estados y en el Distrito de Columbia (DC). Entre dichas tiendas se encuentran EyeMasters, Visionworks, Dr. Bizer's VisionWorld, Eye DRx y Hour Eyes. En cualquiera de estas tiendas los miembros podrán disfrutar de beneficios cubiertos en su totalidad junto con el beneficio equivalente en armazones.

Servicios oftalmológicos para miembros del plan

El plan Focus para el cuidado de la vista de Ameritas Group ofrece la red VSP de atención oftalmológica, la cual ahorra dinero a los miembros del plan. El servicio de Atención al Cliente para los miembros del plan está disponible a través de representantes capacitados y serviciales de VSP. Llámenos o consulte nuestra página de Internet para encontrar a los proveedores de la red VSP más cercanos, revisar información sobre los beneficios del plan y mucho más.

Centro de Atención al Cliente de VSP: 1-800-877-7195

- Horario de los servicios de Atención al Cliente: De 5 a.m. a 7 p.m. (hora del Pacífico) de lunes a viernes y los sábados de 6 a.m. a 2:30 p.m. (hora del Pacífico)
- Sistema Interactivo de Respuesta de Voz disponible las 24 horas y los 7 días de la semana

Encuentre a un proveedor VSP en la página de Internet: ameritas.com

Consulte la información de beneficios del plan en la página de Internet: vsp.com

Sección 125

Este plan se ofrece como parte del Plan de la Sección 125 del titular de la póliza. Todos los empleados tienen la opción, conforme a la Sección 125, de participar o no en este plan. Si el miembro del plan no opta por participar cuando se le informa que cumple con los requisitos (periodo inicial), éste puede elegir participar en el próximo periodo de inscripción del titular de la póliza.

Este documento contiene las características destacadas de los beneficios del plan ofrecidos por Ameritas Life Insurance Corp. y elegidos por su empleador. No es un certificado de seguros y no incluye las exclusiones ni las limitaciones. Para conocer exclusiones y limitaciones o para un listado completo de los procedimientos cubiertos, contacte a su administrador de beneficios.

SEGURO DE VIDA BÁSICA Y AD&D

RESUMEN DE COBERTURA

Talley Construction ofrece cobertura Básica de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento a todos los empleados elegibles para beneficios sin costo a través de SunLife Financial.

Montos de cobertura

Para usted

\$15,000 sin que se le hagan preguntas médicas.¹

Los beneficios se reducen al 67 % a los 65 años de edad, al 42 % a los 70 años de edad y al 22 % a los 75 años de edad.

La cobertura se interrumpe cuando su contrato laboral queda sin efecto o se jubila.

- La póliza incluye un monto equivalente al Seguro contra muerte accidental y desmembramiento (AD&D), que proporciona beneficios si sufre una lesión accidental cubierta o fallece a causa de un siniestro cubierto.

Más información sobre el Seguro de vida y contra AD&D de Sun Life

Quédese tranquilo sabiendo que el Seguro de vida y contra AD&D puede proporcionarles a sus seres queridos un apoyo financiero cuando usted ya no esté y cuando ellos más lo necesiten.

- Solicite el traslado de su cobertura si se jubila o cambia de empleadores.²
- Presente una solicitud para recibir una parte de su beneficio por fallecimiento para ayudar a cubrir los gastos médicos y de vida, en caso de contraer una enfermedad terminal.
- Aproveche la asesoría y/o información profesional de clínicos, abogados, contadores y otros especialistas comunicándose con los Servicios de asistencia a reclamantes.³
- Elabore un testamento, designe un ejecutor y nombre un tutor para sus hijos mediante la Elaboración de testamento en línea.³

Cómo puede ayudarlo el Seguro de vida y contra AD&D

El Seguro de vida y contra AD&D puede proporcionar apoyo financiero adicional al:

- cubrir gastos del hogar;
- aliviar deudas (por ej., hipotecas o préstamos estudiantiles) que pudiera dejar;
- permitir que sus familiares contraten a alguien si necesitan ayuda cuando usted ya no esté;



SEGURO DE VIDA BÁSICA Y AD&D



- dejar una herencia a sus seres queridos o incluso a una organización con la que esté comprometido; y
- ayudar a su familia con el costo del funeral o las facturas médicas.

Límites y exclusiones

No se pagará ningún beneficio de AD&D por una pérdida que se deba a o sea consecuencia de:*

- suicidio estando cuerdo o demente;
- lesiones autoinfligidas intencionalmente;
- un padecimiento o enfermedad corporal o mental de cualquier tipo, o infección a menos que se deba a un corte o lesión accidental;
- agresión o tentativa de agresión, delito o acto delictivo;
- participación activa en guerra (declarada o no declarada) o servicio activo en cualquier fuerza armada en tiempo de guerra;
- participación activa en disturbios, rebelión o insurrección;
- una lesión ocasionada por cualquier actividad aeronáutica, que no sea como pasajero que haya pagado su boleto;
- el uso voluntario del empleo de cualquier sustancia controlada como se define en el Título II de La Ley Integral para el Control y la Prevención del Abuso de Drogas (Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act) de 1970, según se modifique ahora o en lo sucesivo, a menos que se administren por indicaciones de un médico;
- la operación de cualquier vehículo motorizado por parte del empleado en estado de ebriedad.
 - La ebriedad se define como el nivel mínimo de alcohol en la sangre que la jurisdicción donde sucedió el accidente determine para declarar que el conductor operaba el automóvil bajo la influencia del alcohol.
 - Para los propósitos de esta exclusión, "vehículo motorizado" incluye, entre otros, automóviles, motocicletas, botes y motos de nieve.

*Sujeto a variaciones legales en cada estado.

SEGURO DE VIDA DE PLAZO VOLUNTARIO

RESUMEN DE COBERTURA

El seguro de Vida Adicional está disponible de forma voluntaria a través de SunLife Financial para usted, su cónyuge e hijos.

Montos de cobertura disponibles

- Elija los montos de los beneficios que mejor respondan a sus necesidades y a su presupuesto:

Para usted	Para su cónyuge	Para su(s) hijo(s)
Puede elegir de \$10,000 a \$500,000, en incrementos de \$10,000 (sin exceder 5 veces sus ingresos mensuales básicos), sin que se le hagan preguntas médicas por un máximo de hasta \$100,000. ¹	Si elige cobertura para usted, puede inscribirse para una cobertura de \$5,000 a \$150,000, en incrementos de \$5,000 sin que se le hagan preguntas médicas hasta \$50,000. ¹ (No debe exceder el 100 % de su monto elegido.)	Si elige cobertura para usted, puede elegir un monto de beneficios de \$10,000..
Los beneficios se reducen a un 60 % a la edad de 75 años, a un 35 % a la edad de 80 años, a un 27.5 % a la edad de 85 años, a un 20 % a la edad de 90 años, a un 7.5 % a la edad de 95 años y a un 5 % a la edad de 100 años. La cobertura se interrumpe cuando su contrato laboral queda sin efecto o se jubila.	La cobertura finaliza cuando su cónyuge cumple 75 años de edad.	Se paga un beneficio completo para un hijo dependiente que tenga entre 6 meses y 20 años o 26 años si es estudiante a tiempo completo. Se paga un beneficio reducido para un hijo que tenga entre 14 días y 6 meses de edad..

- El costo del Seguro de vida de Sun Life depende del monto del beneficio que elija pagar y su edad.

La cobertura de vida voluntaria es un problema de garantía (sin preguntas médicas) solo cuando es elegible por primera vez como nuevo empleado. Las solicitudes de cobertura o los aumentos de cobertura en las inscripciones anuales posteriores requieren aprobación de suscripción y se debe presentar un formulario de evidencia de asegurabilidad (EOI) a Sunlife.



SEGURO DE VIDA DE PLAZO VOLUNTARIO

Más información sobre el Seguro de vida de Sun Life

Quédese tranquilo sabiendo que el Seguro de vida puede proporcionarle a sus seres queridos un apoyo financiero cuando usted ya no esté y cuando ellos más lo necesiten.

- Considere complementar su Seguro de vida pagado por el empleador en caso de que sus ingresos sean necesarios para cubrir los gastos del hogar o diarios, o si comparte la responsabilidad de una deuda importante con otra persona.
- Afiliarse la primera vez que se determine su elegibilidad y no tendrá que presentar una prueba de buena salud.¹
- Adapte su cobertura a medida que cambien sus necesidades (por ej., si se casa o tiene hijos), ya que estará cubierto durante un año por vez.¹
- Solicite el traslado de su cobertura si se jubila o cambia de empleadores.²
- Presente una solicitud para recibir una parte de su beneficio por fallecimiento para ayudar a cubrir los gastos médicos y de vida, en caso de contraer una enfermedad terminal.

Cómo puede ayudarlo el Seguro de vida de Sun Life

El Seguro de vida puede proporcionar apoyo financiero adicional al:

- cubrir gastos del hogar;
- aliviar deudas (por ej., hipotecas o préstamos estudiantiles) que pudiera dejar;
- permitir que sus familiares contraten a alguien si necesitan ayuda cuando usted ya no esté;
- dejar una herencia a sus seres queridos o incluso a una organización con la que esté comprometido; y
- ayudar a su familia con el costo del funeral o las facturas médicas.

Límites y exclusiones

Si la causa del fallecimiento del empleado es el suicidio:*

- No se pagará ningún monto del Seguro de vida o del Seguro de vida del dependiente si el suicidio ocurre durante los 24 meses posteriores a la fecha de entrada en vigencia del seguro del empleado.
- No se paga ningún monto incrementado ni adicional del Seguro de Vida si el suicidio ocurre durante los 24 meses posteriores a la entrada en vigencia del monto incrementado o adicional del seguro de vida.
- No se pagará ningún monto del Seguro de vida mayor al Monto garantizado de la póliza emitida si el suicidio ocurre dentro de los 24 meses posteriores a la fecha de entrada en vigencia del monto que excede el Monto garantizado de la póliza emitida.

*Sujeto a variaciones legales en cada estado.



SEGURO DE VIDA DE PLAZO VOLUNTARIO

Costo semanal

Edad:	>20	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+
Costo per \$10,000 Coverage Per Month	1.06	1.06	1.32	1.84	2.62	4.18	7.30	13.28	20.30	32.52

To Calculate Weekly Cost:

EE Coverage

Amount:

$$\frac{\$ \text{_____}}{\$10,000} \times \text{Rate: } \$ \text{_____} = \$ \text{_____} \times 12 = \$ \text{_____} \div 52 \text{ Wks} = \$ \text{_____}$$

(Increments of \$10,000 only)

Based on age as of coverage effective date

Monthly Cost

Annual Cost

Weekly Cost

+ SP Coverage

Amount:

$$\frac{\$ \text{_____}}{\$5,000} \times \text{Rate: } \$ \text{_____} = \$ \text{_____} \times 12 = \$ \text{_____} \div 52 \text{ Wks} = \$ \text{_____}$$

(Increments of \$5,000 only)

Based on Spouse age as coverage effective date

Monthly Cost

Annual Cost

Weekly Cost

+Child Coverage Per \$2,000 = \$0.09 (includes all eligible children, not per child)
 Amount: (\$10,000 max)

\$

Total Voluntary Term Life Weekly Cost:

\$



PLAN DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

RESUMEN DE COBERTURA

El seguro de Discapacidad a Corto Plazo está disponible para usted de forma voluntaria a través de SunLife Financial.

Monto de la cobertura

- Reciba un cheque semanal, después de que se apruebe su reclamo, que reponga el 60 % de sus ingresos, hasta por un máximo de \$1,000.
- Tenga en cuenta que otras fuentes de ingresos pueden afectar el monto de sus beneficios.
- El costo de su plan depende de factores como su edad e ingresos semanales.

Más información sobre el Seguro de incapacidad a corto plazo de Sun Life¹

El Seguro de incapacidad a corto plazo le proporciona un beneficio semanal en efectivo para ayudarlo a cubrir los gastos diarios (como la hipoteca/la renta, los servicios públicos, el cuidado de niños o los comestibles) si está imposibilitado de trabajar por un plazo breve debido a una incapacidad cubierta (por ej., lesiones en la espalda, la recuperación de una cirugía o, incluso, una licencia por maternidad).

- Comience a recibir los beneficios, luego de que se apruebe su reclamo, en tan solo 15 días a partir de la fecha en que se encuentre imposibilitado para trabajar debido a una lesión y 15 días por una enfermedad (estos plazos se denominan "período de eliminación").
- Reciba un cheque semanal (después de que se apruebe su reclamo) por hasta 11 semanas: mientras todavía se encuentre imposibilitado para trabajar debido a una incapacidad cubierta.

La cobertura de discapacidad a corto plazo es un problema de garantía (sin preguntas médicas) solo cuando es elegible por primera vez como nuevo empleado. Las solicitudes de cobertura o los aumentos de cobertura en las inscripciones anuales posteriores requieren aprobación de suscripción y se debe presentar un formulario de evidencia de asegurabilidad (EOI) a Sunlife.



PLAN DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

¿Cuáles son las exclusiones?

No se le puede pagar ningún beneficio en virtud de la Póliza por cualquier Período de incapacidad u otra pérdida para los que los beneficios sean pagaderos, que sea originado por, se impute a o que resulte de:

- lesiones autoinfligidas intencionalmente;
- guerra, declarada o no declarada, o de cualquier acto de guerra; servicio activo en cualquier fuerza armada en tiempo de guerra;
- una afección preexistente, excepto:
 - si su incapacidad comienza luego de los 12 meses posteriores a su fecha de entrada en vigencia o luego de los 12 meses posteriores a la fecha de entrada en vigencia de cualquier incremento en su monto del seguro;
 - si se lo ha asegurado en virtud de la póliza durante 3 meses consecutivos antes de ocurrir su incapacidad por el monto inicial del seguro o de cualquier incremento subsiguiente y durante dicho período no ha:
 - procurado obtener tratamiento, consulta, recomendación, atención o servicios médicos, incluso medidas de diagnóstico para dicha afección, sin importar si la afección se diagnosticó o sospechó en aquel momento; o
 - tomado medicamentos recetados o medicinas para la afección.
- su participación activa en un tumulto, rebelión o insurrección;
- agresión o tentativa de agresión, delito u otro acto delictivo; o
- un accidente o enfermedad por los cuales tenga derecho a los beneficios de cualquier ley sobre indemnización laboral, por enfermedades laborales o alguna ley similar; o
- un accidente o enfermedad que se produce mientras se realiza una acción o tarea relacionada con cualquier ocupación por la que se obtiene un sueldo o ganancia.

¿Cuáles son los límites?

No se le puede pagar ningún beneficio en virtud de la Póliza por cualquier Período de incapacidad u otra pérdida:

- mientras no esté bajo la atención continua de un médico por el accidente o la enfermedad que causa la incapacidad, salvo que haya alcanzado su punto máximo de recuperación y aún se encuentre incapacitado;
- por cualquier período en el que no pueda presentar las evaluaciones clínicas o exámenes médicos solicitados por nosotros.

PLAN DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

RESUMEN DE COBERTURA

El seguro de Discapacidad a Largo Plazo está disponible para usted de forma voluntaria a través de SunLife Financiamiento.

Monto de la cobertura

- Obtenga un cheque mensual, después de que se apruebe su reclamo, que reponga el 60 % de sus ingresos, hasta un máximo de \$7,500.
- Tenga en cuenta que otras fuentes de ingresos pueden afectar el monto de sus beneficios.
- El costo de su plan depende de factores como su edad e ingresos mensuales.

Más información sobre el Seguro de incapacidad a largo plazo de Sun Life

El Seguro de incapacidad a largo plazo le proporciona un beneficio mensual en efectivo para ayudarlo a cubrir los gastos diarios (como la hipoteca o la renta, los servicios públicos, el cuidado de los niños o los comestibles), en caso de que una incapacidad con cobertura (por ej., lesiones en la espalda y ciertas enfermedades crónicas, como un ataque cardíaco, cáncer o un accidente cerebrovascular) lo aleje de su trabajo por un tiempo prolongado.

- Comience a recibir los beneficios, luego de que se apruebe su reclamo, en tan solo 90 días (esta duración se denomina "período de eliminación").
- Reciba un beneficio mensual, luego de que se apruebe su reclamo, durante todo el tiempo que aún no pueda trabajar debido a una incapacidad cubierta, hasta que cumpla la Edad Normal de Jubilación del Seguro Social (Social Security Normal Retirement Age).
- Reúna las condiciones necesarias para obtener beneficios adicionales si su incapacidad cubierta comienza con una estadía hospitalaria de 14 días o más.
- Trabaje junto con un profesional certificado en rehabilitación, cuando sea el momento apropiado, para elaborar un plan de reinserción laboral que sea adecuado para usted y que pueda incluir días de trabajo a prueba, beneficios por incapacidad parcial o programas de rehabilitación para ayudarlo a recuperar su actividad laboral y seguir adelante.

La cobertura de discapacidad a largo plazo es un problema de garantía (sin preguntas médicas) solo cuando es elegible por primera vez como nuevo empleado. Las solicitudes de cobertura o los aumentos de cobertura en las inscripciones anuales posteriores requieren aprobación de suscripción y se debe presentar un formulario de evidencia de asegurabilidad (EOI) a Sunlife.



PLAN DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

¿Cuáles son las exclusiones?

No se le puede pagar ningún beneficio en virtud de la Póliza por cualquier Período de incapacidad u otra pérdida para los que los beneficios sean pagaderos, que sea originado por, se impute a o que resulte de:

- lesiones autoinfligidas intencionalmente;
- guerra, declarada o no declarada, o de cualquier acto de guerra; servicio activo en cualquier fuerza armada en tiempo de guerra;
- una afección preexistente, excepto:
 - si su incapacidad comienza luego de los 12 meses posteriores a su fecha de entrada en vigencia o luego de los 12 meses posteriores a la fecha de entrada en vigencia de cualquier incremento en su monto del seguro;
 - si se lo ha asegurado en virtud de la póliza durante 3 meses consecutivos antes de ocurrir su incapacidad por el monto inicial del seguro o de cualquier incremento subsiguiente y durante dicho período no ha:
 - procurado obtener tratamiento, consulta, recomendación, atención o servicios médicos, incluso medidas de diagnóstico para dicha afección, sin importar si la afección se diagnosticó o sospechó en aquel momento; o
 - tomado medicamentos recetados o medicinas para la afección.
- su participación activa en un tumulto, rebelión o insurrección;
- agresión o tentativa de agresión, delito u otro acto delictivo; o
- haber operado cualquier vehículo motorizado por su parte bajo la influencia de cualquier sustancia ilegal o medicamento no recetado por un médico o en un estado de ebriedad.

¿Cuáles son los límites?

No se le puede pagar ningún beneficio en virtud de la Póliza por cualquier Período de incapacidad u otra pérdida:

- mientras no esté bajo la atención continua de un médico por el accidente o la enfermedad que causa la incapacidad, salvo que haya alcanzado su punto máximo de recuperación y aún se encuentre incapacitado;
- por cualquier período en el que no pueda presentar las evaluaciones clínicas o exámenes médicos solicitados por nosotros; o
- por cualquier Período de incapacidad durante el cual se encuentre en prisión.



PLANES DE DISCAPACIDAD

Calcule sus costos semanales por Incapacidad a Corto y Largo plazo utilizando el cuadro a continuación.

Discapacidad voluntaria a corto plazo																									
HOURLY/Non-Exempt Employees		SALARIED/ Exempt Employees																							
\$ _____ X 40 Hrs =		\$ _____ / 52 Weeks:																							
\$ hourly rate	Weekly Income	Base Annual Salary	Weekly Income																						
Weekly Income X 60% (.60) =		Weekly Income X 60% (.60) =																							
	Weekly Benefit Amount		Weekly Benefit Amount																						
Weekly Benefit Amount X Rate: .0382 =		Weekly Benefit Amount X Rate: .0382 =																							
	Monthly Cost		Monthly Cost																						
X 12 Months=		X 12 Month =																							
	Annual Cost		Annual Cost																						
/ 52 Weeks =		/ 52 Weeks =																							
	Weekly Cost		Weekly Cost																						
Discapacidad voluntaria a largo plazo																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Monthly Rate per Age Band</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><30</td><td>.00228</td></tr> <tr><td>30-34</td><td>.00251</td></tr> <tr><td>35-39</td><td>.00467</td></tr> <tr><td>40-44</td><td>.01094</td></tr> <tr><td>45-49</td><td>.01482</td></tr> <tr><td>50-54</td><td>.02002</td></tr> <tr><td>55-59</td><td>.02234</td></tr> <tr><td>60-64</td><td>.02098</td></tr> <tr><td>65-69</td><td>.01482</td></tr> <tr><td>70+</td><td>.01482</td></tr> </tbody> </table>		Monthly Rate per Age Band		<30	.00228	30-34	.00251	35-39	.00467	40-44	.01094	45-49	.01482	50-54	.02002	55-59	.02234	60-64	.02098	65-69	.01482	70+	.01482	<p>To calculate your weekly cost:</p> <p>Hourly employees start here— Hourly Rate: \$ _____</p> <p>X Hrs Per Year: 2,080</p> <p>= Annual Salary \$ _____</p> <p>/ 12 Months = \$ _____</p> <p>Monthly Gross Salary</p> <p>X Rate \$ _____</p> <p>based on age as of 7/1</p> <p>Monthly Cost: \$ _____</p> <p>X 12 Mths / 52 Weeks = \$ _____</p> <p>Total Weekly Cost</p>	
Monthly Rate per Age Band																									
<30	.00228																								
30-34	.00251																								
35-39	.00467																								
40-44	.01094																								
45-49	.01482																								
50-54	.02002																								
55-59	.02234																								
60-64	.02098																								
65-69	.01482																								
70+	.01482																								

SEGURO DE ACCIDENTE

El siguiente plan de accidentes grupales está disponible de forma voluntaria a través de SunLife.

Puede comprar esta cobertura para usted y su familia. La cobertura infantil está disponible hasta la edad de 26.

► **AYUDA A SUS FINANZAS DESPUÉS DE UNA ADVERSIDAD.**

Cuando usted, su cónyuge o hijo tienen un accidente cubierto, como una caída de una bicicleta que requiere atención médica, pueden recibir beneficios en efectivo para ayudar a cubrir los costos inesperados.

► **AYUDA A CUBRIR GASTOS RELACIONADOS.**

Si bien los planes de salud pueden cubrir los costos directos asociados con un accidente, puede utilizar los beneficios de accidentes para ayudar a cubrir los gastos relacionados, como la pérdida de ingresos, cuidado de niños, deducibles y copagos.

► **PAGA BENEFICIOS EN EFECTIVO DIRECTAMENTE A USTED.**

El Seguro de Accidente se puede usar como desee, y se paga además de cualquier otra cobertura que ya tenga. Los beneficios se le pagan directamente a usted. Y entienda esto: no hay preguntas de salud ni limitaciones de enfermedades preexistentes.

Además, todos los miembros de la familia en su plan son elegibles para un beneficio de detección de bienestar, que también se le paga directamente una vez al año por persona cubierta.

Una vez que su cobertura entre en vigencia, puede presentar un reclamo por accidentes cubiertos que ocurran después de la fecha de vigencia de su plan de seguro. A menos que se especifique lo contrario, los beneficios se pagan solo una vez por cada accidente cubierto, según corresponda. La lista completa de beneficios se enumera aquí.

DISLOCACIONES	ABIERTO (CIRUGÍA)	CERRADO (SIN CIRUGÍA)
Cadera	\$4,000	\$2,000
Rodilla, tobillo o huesos del pie	\$2,000	\$1,000
Codo, muñeca o mandíbula inferior	\$800	\$400
Hombro	\$1,000	\$500
Clavícula o huesos de la mano	\$1,600	\$800
Dedo(s) o dedo(s) del pie	\$200	\$100
FRACTURAS	ABIERTO (CIRUGÍA)	CERRADO (SIN CIRUGÍA)
Cadera o muslo	\$4,000	\$2,000
Craneal deprimida	\$6,000	\$3,000
Craneal simple	\$3,000	\$1,500
Procesos vertebrales, Huesos de la cara or Nariz	\$700	\$350
Pierna	\$2,000	\$1,000
Vértebra, esternón or Pelvis	\$1,600	\$800
Mandíbula superior o parte superior del brazo	\$750	\$375
Mandíbula inferior, Clavícula, Hombro, Antebrazo, Mano, Muñeca, Pie, Tobillo, Rótula, Codo or Talón	\$650	\$325
Costilla, Dedo, Dedo del pie or Coxis	\$350	\$175
Múltiples costillas	\$1,000	\$500

SEGURO DE ACCIDENTE

LESIONES ADICIONALES		
Lesión ocular (reparación quirúrgica)		\$250
Lesión ocular (extracción de objeto)		\$250
Herida de bala		\$500
Parálisis (paraplejía)		\$25,000
Parálisis (tetraplejía)		\$50,000
Coma		\$10,000
Concusión		\$300
QUEMADURAS		
	2. ^{DO} GRADO	3. ^{ER} GRADO
20-40 centímetros cuadrados	\$400	\$1,000
41-65 centímetros cuadrados	\$800	\$2,000
66-160 centímetros cuadrados	\$1,200	\$6,000
161-225 centímetros cuadrados	\$1,600	\$14,000
Más de 225 centímetros cuadrados	\$2,000	\$20,000
Injerto de piel	50% del beneficio de quemaduras aplicable	
LACERACIONES		
Sin suturas y tratadas por un médico		\$35
Laceración individual de menos de 5 cm con suturas		\$65
5-15 cm con suturas (total de todas las laceraciones)		\$250
Más de 15 cm con suturas (total de todas las laceraciones)		\$700
SERVICIOS MÉDICOS		
Examen de diagnóstico: arteriograma, angiograma, tomografía computarizada, tomografía axial computarizada, electrocardiograma, electroencefalograma o resonancia magnética (1 vez por año de beneficios)		\$200
Examen de diagnóstico: radiografía (1 vez por accidente cubierto)		\$50
Tratamiento de emergencia por accidente, sala de no emergencia (una vez por accidente cubierto)		\$50
Visita al consultorio del médico de seguimiento de tratamiento (por visita, hasta 6 veces por accidente cubierto)		\$100
Fisioterapia (por visita hasta 10 visitas por accidente cubierto)		\$25
Dispositivos médicos		\$125
Manejo del dolor epidural (hasta 2 veces por accidente cubierto)		\$100
Medicamento con receta médica		\$25
Prótesis (una)		\$500
Prótesis (dos)		\$1,000
Transfusión de sangre, plasma o plaquetas		\$200
HOSPITAL		
Admisión al hospital (una vez por año de beneficios)		\$1,000
Hospitalización (por día, hasta 365 días por accidente cubierto)		\$500
Admisión a la unidad de cuidados intensivos (una vez por año de beneficios; pagadera en lugar del beneficio de admisión hospitalaria si se hospitaliza de inmediato en la UCI)		\$1,500
Hospitalización en la unidad de cuidados intensivos (por día, hasta 14 días, pagadera además de cualquier beneficio de hospitalización)		\$500
Ambulancia (tierra)		\$400
Ambulancia (Aire)		\$1,500
Admisión en la sala de emergencias		\$200
Alojamiento familiar (por día, hasta 30 días por año de beneficios)		\$100
Transporte (100 o más millas hasta 3 veces por accidente cubierto)		\$500
Unidad de rehabilitación (por día, hasta 30 días por accidente cubierto)		\$100
CIRUGÍA		
Cirugía miscelánea que requiere anestesia general (no cubierta por ningún otro beneficio)		\$300
Cirugía Abierta		\$1,250
Cirugía exploratoria o desbridamiento		\$250
Desgarro de tendón/ligamento/manguito rotador		\$625
Cartilago de rodilla desgarrado		\$625
Disco roto/herniado		\$625

SEGURO DE ACCIDENTE

DENTAL DE EMERGENCIA	
Extracción dental de emergencia	\$50
Corona dental de emergencia	\$200
BIENESTAR	
Beneficio de detección de bienestar (una vez por año de beneficio)	\$50

PÉRDIDAS DE VIDA Y EXTREMIDADES*	
Muerte accidental	\$25,000
Muerte accidental de pasajero (paga un beneficio adicional si se produce una muerte accidental mientras viaja como pasajero que paga la tarifa en un medio de transporte público)	\$100,000
Pérdida catastrófica: Ambos brazos o ambas manos, ambas piernas o ambos pies, una mano y un pie o un brazo y una pierna, o la pérdida irrecuperable de la vista de ambos ojos	\$15,000
Pérdida de una mano, pie, pierna o brazo	\$7,500
Pérdida de vista de un ojo o pérdida de un ojo	\$7,500
Uno o más dedos de las manos o pies	\$1,500
Un dedo o un dedo del pie	\$750

Las siguientes coberturas no constituyen un seguro de salud integral (a menudo denominado "cobertura médica principal"). NO proporcionan seguro básico de hospital, médico o médico principal.

Para recibir el seguro, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad establecidos por su empleador. La póliza determinará la fecha de entrada en vigencia de su cobertura y puede demorarse si no está trabajando de manera activa en la fecha en que su cobertura entraría en vigencia. Del mismo modo, la cobertura para dependientes, si se ofrece, puede retrasarse si sus dependientes están en el hospital (excepto los recién nacidos) en la fecha en que la cobertura entraría en vigencia. Consulte su Certificado para más detalles.

Limitaciones y exclusiones

Las siguientes exclusiones y limitaciones pueden variar según las leyes y regulaciones estatales. Esta lista puede no ser completa. Consulte su Certificado o solicite detalles a su administrador de beneficios.

Accidente

No pagaremos un beneficio que se deba a: suicidio estando cuerdo o demente; lesiones autoinfligidas intencionalmente; cometer o intentar cometer un asalto, delito grave u otro acto criminal; guerra o un acto de guerra; participación activa en un motín, rebelión o insurrección; uso voluntario de cualquier sustancia controlada/drogas ilegales; operación de un vehículo motorizado en estado de ebriedad; si no presenta un comprobante de su pérdida según lo requerido por nosotros (esto cubre un examen médico, atención continua, certificado de defunción, registros médicos, etc.); encarcelamiento; hacer actividades de ala delta, puenting, paracaidismo, parapente, parasailing, parakiting o montañismo; participar en o practicar para cualquier competencia atlética competitiva semiprofesional o profesional en la que se reciba alguna compensación, incluido el entrenamiento o el arbitraje; lesiones sufridas por el

transporte aéreo comercial que no sea viajar como pasajero que paga una tarifa; enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo a menos que esté inscrito en una cobertura de 24 horas.

Esta Descripción es preliminar a la emisión de la Póliza. Consulte su Certificado para conocer más detalles. La recepción de esta Descripción general no constituye la aprobación de la cobertura de la Póliza. En caso de discrepancia entre esta Descripción, el Certificado y la Póliza, regirán los términos de la Póliza. Es posible que las ofertas de productos no estén disponibles en todos los estados y pueden variar según las leyes y regulaciones del estado.

Coverage	Cost per pay period*
Employee	\$3.73
Employee + Spouse	\$5.99
Employee + Child(ren)	\$7.99
Employee + Family	\$10.25

SEGURO DE ENFERMEDAD GRAVE

El siguiente plan de enfermedad grave grupales está disponible de forma voluntaria a través de SunLife.

▶ AYUDA A PROTEGER SUS FINANCIAS DE UNA ENFERMEDAD.

Cuando usted, su cónyuge o su hijo es diagnosticado con una enfermedad cubierta, puede recibir beneficios en efectivo para ayudar a cubrir los costos inesperados que su plan de salud no cubre.

▶ AYUDA A CUBRIR GASTOS RELACIONADOS.

Si bien los planes de salud pueden cubrir los costos directos asociados con una enfermedad grave, puede utilizar su beneficio para ayudar a cubrir los gastos relacionados, como la pérdida de ingresos, el cuidado de niños, el viaje de ida y vuelta para el tratamiento, deducibles y copagos.

PAGA BENEFICIOS EN EFECTIVO DIRECTAMENTE A USTED.

- ▶ El seguro de enfermedad grave se puede usar como desee, y se paga además de cualquier otra cobertura que ya tenga.

Con el seguro de enfermedad grave, también tiene acceso a los servicios de apoyo a la atención médica. Puede hablar con médicos y expertos en reclamaciones sobre su cobertura médica, beneficios, diagnóstico y opciones de tratamiento.

BENEFICIOS *(Puede comprar esta cobertura a una tarifa grupal).*

Para usted	Puede elegir entre \$10,000 y \$40,000 de cobertura, en incrementos de \$10,000. No se hacen preguntas médicas.
Para su cónyuge	Si elige la cobertura para usted, puede elegir entre \$10,000 y \$40,000 de cobertura, en incrementos de \$10,000. No se hacen preguntas médicas. No debe exceder 100% del monto de su cobertura.
Para su(s) hijo(s)	Si elige la cobertura para usted, puede elegir entre \$5,000 y \$20,000 de cobertura, en incrementos de \$5,000. No se hacen preguntas médicas. No debe exceder 50% del monto de su cobertura. Un hijo elegible se define como un hijo desde su nacimiento hasta los 26 años de edad.

TALLEY CONSTRUCTION COMPANY, INC.

All Eligible Employees

PÓLIZA #: 942977

SEGURO DE ENFERMEDAD GRAVE

Una vez que su cobertura entre en vigencia, puede presentar una reclamación por condiciones cubiertas que se diagnostiquen después de la fecha de vigencia de su plan de seguro. La lista completa de condiciones se enumera aquí.

CONDICIONES CUBIERTAS – El plan paga el 100% del monto del beneficio inicial a menos que se indique lo contrario.

Condiciones principale	Infarto cardíaco ^R	Accidente cerebrovascular ^R
	Enfermedad renal en etapa terminal ^R	Cirugía de revascularización coronaria ^R (Paga 25%)
Condiciones de cáncer	VIH ocupacional/Hepatitis B, C o D	Angioplastia ^R (Paga 5%)
	Insuficiencia de un órgano importante ^R	
	Cáncer invasivo ^R	
	Cáncer no invasivo ^R (Paga 25%)	
	Cáncer de piel ^R (Paga 5%)	

^R = Beneficio de recurrencia disponible

¿Cuándo necesitaría el beneficio de recurrencia?

Algunas veces las personas son diagnosticadas con la misma condición dos veces. Si esto le ocurre y han pasado 12 meses consecutivos entre el primer y el segundo diagnóstico, le pagaremos un beneficio adicional (cuyo monto se indica en su Certificado). Solo las condiciones marcadas (R) en la tabla anterior son elegibles para el beneficio de recurrencia. Una vez que se haya pagado el beneficio de recurrencia, no se pagará ningún beneficio adicional por esa enfermedad grave.

The chart below shows possible coverage amounts and their **weekly** costs.

Find your age bracket (as of the effective date of coverage) to see the cost for the coverage amount you choose.

Employee Critical Illness - Choice 1 | Age and cost - pay period (weekly) premium

Coverage amounts	<25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+
10000	\$1.45	\$1.50	\$2.45	\$2.45	\$2.45	\$2.45	\$4.55	\$4.55	\$8.42	\$8.42	\$11.08	\$11.08
20000	\$2.91	\$3.00	\$4.89	\$4.89	\$4.89	\$4.89	\$9.09	\$9.09	\$16.85	\$16.85	\$22.15	\$22.15
30000	\$4.36	\$4.50	\$7.34	\$7.34	\$7.34	\$7.34	\$13.64	\$13.64	\$25.27	\$25.27	\$33.23	\$33.23
40000	\$5.82	\$6.00	\$9.78	\$9.78	\$9.78	\$9.78	\$18.18	\$18.18	\$33.69	\$33.69	\$44.31	\$44.31

Spouse Critical Illness - Choice 1 | Age and cost - pay period (weekly) premium

Coverage amounts	<25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+
10000	\$1.45	\$1.50	\$2.45	\$2.45	\$2.45	\$2.45	\$4.55	\$4.55	\$8.42	\$8.42	\$11.08	\$11.08
20000	\$2.91	\$3.00	\$4.89	\$4.89	\$4.89	\$4.89	\$9.09	\$9.09	\$16.85	\$16.85	\$22.15	\$22.15
30000	\$4.36	\$4.50	\$7.34	\$7.34	\$7.34	\$7.34	\$13.64	\$13.64	\$25.27	\$25.27	\$33.23	\$33.23
40000	\$5.82	\$6.00	\$9.78	\$9.78	\$9.78	\$9.78	\$18.18	\$18.18	\$33.69	\$33.69	\$44.31	\$44.31

Child(ren) Critical Illness - Choice 1

Coverage amounts	Cost - pay period (weekly) premium
5000	\$0.09
10000	\$0.18
15000	\$0.28
20000	\$0.37

SEGURO DE ENFERMEDAD GRAVE

¿Debo responder alguna pregunta de salud para inscribirme?

Si contribuye al costo de su seguro, es posible que deba completar preguntas de salud si no elige la cobertura cuando está disponible por primera vez y desea elegir en una fecha posterior, o si desea aumentar la cobertura. Para responder preguntas de salud, complete nuestra solicitud Evidencia de asegurabilidad. Las preguntas de salud deben ser aprobadas por Sun Life antes de que la cobertura entre en vigencia. Consulte su Certificado para más detalles.

¿Qué pasa si tengo una condición preexistente?

Si se le diagnostica una enfermedad grave cubierta dentro de los 12 meses de entrada en vigencia de su seguro o 12 meses después de cualquier aumento en su monto de seguro, no pagaremos ningún beneficio por ninguna afección preexistente. Una afección preexistente incluye cualquier cosa para la que haya solicitado tratamiento en los 12 meses anteriores a la entrada en vigencia de su seguro. El tratamiento puede incluir consultas, asesoramiento, atención, servicios o una receta para medicamentos o fármacos.

¿Cómo presento una reclamación de enfermedad grave?

Si recibe un diagnóstico después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, puede presentar una reclamación con nosotros si descarga los formularios de nuestro sitio web. Le pediremos que usted y su médico brinden información sobre su condición médica.

Información sobre los servicios ofrecidos

Los servicios de valor agregado no son seguros, se ofrecen solo en líneas específicas de cobertura y tienen un cargo por separado, que se agrega al costo del seguro. El costo se incluye en el monto total facturado. HealthChampionSM (un servicio de asistencia médica) no es un seguro y lo proporciona ComPsych*. ComPsych* es una marca comercial registrada de ComPsych Corporation. Las entidades que brindan los servicios de valor agregado no son subcontratistas de Sun Life y Sun Life no es responsable ni tiene responsabilidad civil por la atención, los servicios o el asesoramiento brindado por ellos. Sun Life se reserva el derecho de suspender cualquiera de los Servicios en cualquier momento.

Esta Descripción es preliminar a la emisión de la Póliza. Consulte su Certificado para conocer más detalles. La recepción de esta Descripción general no constituye la aprobación de la cobertura de la Póliza. En caso de discrepancia entre esta Descripción, el Certificado y la Póliza, regirán los términos de la Póliza. Es posible que las ofertas de productos no estén disponibles en todos los estados y pueden variar según las leyes y regulaciones del estado.

¿Puedo recibir beneficios por más de una enfermedad grave?

Si. Para poder recibir beneficios por más de una enfermedad grave, debe haber al menos 1 mes entre cada fecha de diagnóstico. Solo puede reclamar beneficios una vez por cada afección cubierta a menos que se pague un beneficio por recurrencia.

¿Cómo se grava mi beneficio?

Si usted o su empleador pagan la totalidad o parte del costo de la cobertura antes de impuestos, parte o la totalidad de la cantidad de su beneficio se declarará en impuestos en un Formulario 1099 como ingreso imponible. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con un asesor fiscal o con su empleador.

¿Puedo mantener mi seguro si dejo a mi empleador?

Según las variaciones estatales y el plan de su empleador, es posible que tenga la opción de continuar la cobertura cuando finalice su empleo. Su empleador puede asesorarlo sobre sus opciones.

Limitaciones y exclusiones

Las siguientes exclusiones y limitaciones pueden variar según las leyes y regulaciones estatales. Es posible que la lista no esté completa. Consulte su Certificado o solicite detalles a su administrador de beneficios.

Enfermedad grave

No pagaremos un beneficio que se deba a o resulte de servicios, tratamientos o complicaciones no incluidos en los Puntos destacados de beneficios, proporcionados por un miembro de la familia inmediata, o no relacionado con una enfermedad grave/enfermedad especificada. Estos incluyen un trasplante autólogo de médula ósea, suicidio, intento de suicidio o lesiones autoinfligidas intencionalmente, cirugía plástica o cosmética electiva, servicio militar activo, guerra, cualquier acto de guerra o su servicio activo en cualquier servicio armado durante tiempo de guerra (excluyendo durante actos de terrorismo); su participación activa en una revuelta, rebelión o insurrección; cometer o intentar cometer un asalto, delito grave u otro acto criminal; participar en una conducta peligrosa o actividad peligrosa donde existe la posibilidad de muerte o lesiones graves; estar encarcelado en una institución penal de cualquier tipo; estar legalmente intoxicado o bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que se tome por consejo de un médico y se tome según lo recetado.

Las condiciones cubiertas tienen criterios de diagnóstico específicos que deben cumplirse (junto con la documentación de respaldo) para que se pague un beneficio. Para obtener información adicional sobre las

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

El siguiente plan de seguro de indemnización hospitalaria grupales está disponible de forma voluntaria a través de SunLife.

Servicios cubiertos

Este plan ofrece beneficios de hospitalización para usted, su cónyuge o su(s) hijo(s). Un hijo elegible se define como un hijo desde que nace hasta que cumple 26 años de edad. Una vez que su cobertura de indemnización hospitalaria entra en vigencia, puede presentar un reclamo por estadias hospitalarias que ocurran después de la fecha de entrada en vigencia de su plan.

Los beneficios se pagan por estadía hospitalaria debido a:

- Enfermedad
- Accidentes*
- Embarazo normal**
- Complicaciones del embarazo
- Complicaciones del recién nacido
- Trastornos mentales y nerviosos
- Consumo de sustancias

AYUDA A PROTEGER SUS FINANZAS

Cuando se trata de una estadía hospitalaria, puede recibir un beneficio por gastos inesperados que su plan de salud no cubra.

AYUDA A CUBRIR GASTOS RELACIONADOS.

Si bien los planes de salud pueden cubrir los costos directos relacionados con una enfermedad o lesión, puede usar sus beneficios de indemnización hospitalaria para ayudar a cubrir gastos relacionados, como pérdida de ingresos, cuidado infantil, deducibles y copagos.

PAGA BENEFICIOS EN EFECTIVO DIRECTAMENTE A USTED.

Los pagos del seguro de indemnización hospitalaria se pueden usar como desee, y paga beneficios además de cualquier otra cobertura que ya tenga. Los beneficios son pagaderos directamente a usted.

Plan de beneficios	
Primer día de hospitalización: 1 día por año Este beneficio paga el primer día de su estadía en una cama normal de hospital o cama de UCI.	\$500
Hospitalización diaria: hasta 30 días por año Este beneficio paga por una estadía hospitalaria en una habitación estándar y se paga además del beneficio del primer día de hospitalización.	\$100 por día
Hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): hasta 10 días por año Este beneficio paga por una estadía en la UCI y se paga además del beneficio por el primer día de hospitalización y del beneficio por hospitalización diaria.	\$100 por día

*Las hospitalizaciones por accidente deben darse dentro de los 365 días a partir del accidente.

**Las hospitalizaciones debido a un embarazo normal están sujetas a un período de espera de 10 meses (ver Preguntas frecuentes)

Coverage	Weekly (52) Cost*
Employee	\$3.30
Employee + Spouse	\$5.68
Employee + Child(ren)	\$4.77
Employee + Family	\$7.15

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Definiciones útiles

Hospitalización significa estadía del paciente internado en un hospital o unidad de rehabilitación durante al menos 20 horas continuas. Debe haber un cargo por cuarto y comida a menos que sea un Hospital de la Administración de Veteranos u otro hospital operado por el gobierno federal. Las horas que pasa en una unidad de observación no son elegibles para el beneficio del primer día de hospitalización. Sin embargo, una estadía de 20 horas o más en la unidad de observación estará cubierta según el beneficio de hospitalización diaria.

La hospitalización no incluye el período que estuvo en una sala de emergencia del hospital, un centro quirúrgico independiente o un centro ambulatorio.

Hospital significa un centro con licencia que brinda atención médica de internación y tratamiento para personas enfermas y lesionadas con servicio de enfermería las 24 horas bajo la supervisión de un médico. El hospital no incluye un hogar de descanso; un centro de enfermería especializada; un centro de atención prolongada; un lugar de convalecencia; una unidad de rehabilitación; un centro de hospicio; un lugar que brinda atención de custodia; un centro de trastorno mental y nervioso o un centro de tratamiento de consumo de sustancias.

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) significa una parte específicamente designada de un hospital que brinda el más alto nivel de atención médica. Solo se permiten pacientes gravemente enfermos o lesionados que requieren observación y atención intensivas y completas, incluida la unidad de cuidados intensivos neonatales especializada en la atención de recién nacidos enfermos o prematuros. La UCI debe estar bajo observación continua por parte del personal de enfermería que está especialmente capacitado y asignado exclusivamente a la unidad de cuidados intensivos las 24 horas, y tiene un médico asignado a tiempo completo. Una UCI no es una unidad de atención progresiva; una unidad de atención intermedia; un cuarto privado vigilado; una unidad de cuidados intensivos subagudos o una unidad de observación.

Tratamiento para pacientes hospitalizados o internos significa recibir tratamiento como paciente interno que hace uso y se le cobra el cuarto, la comida y las instalaciones de un hospital o unidad de rehabilitación. El requisito de que se le cobre no se aplica a la hospitalización en un Hospital de la Administración de Veteranos u otro hospital operado por el gobierno federal.

Unidad de rehabilitación significa una unidad distinta dentro de un hospital que brinda servicios de atención en rehabilitación sobre la base de una internación. Los servicios de atención en rehabilitación constan de servicios multidisciplinarios de restauración física a fin de lograr la mayor funcionabilidad posible para la discapacidad debido a una enfermedad o lesión. Estos servicios se brindan por parte de o bajo la supervisión de un médico de rehabilitación capacitado y experimentado. Una unidad de rehabilitación no es un centro de rehabilitación independiente; un asilo de ancianos; un centro de atención prolongada; un centro de enfermería especializada; un hogar de descanso o un hogar para ancianos; un centro de hospicio; un centro para el tratamiento del alcoholismo o la drogadicción, o un centro de vida asistida.

Exclusiones

Las exclusiones enumeradas a continuación podrían variar según la ley y las regulaciones estatales. Esta lista puede no ser exhaustiva. Examine el certificado o consulte a su administrador de beneficios para obtener más detalles.

Seguro de indemnización hospitalaria

No se pagarán beneficios relacionados o que sean consecuencia de servicios o tratamiento prestados o internación fuera de Estados Unidos o Canadá. No se pagarán beneficios por cualquier pérdida que sea causada o se deba a: guerra o cualquier acto de guerra o su servicio activo en cualquier servicio armado durante un tiempo de guerra (esto no incluye actos de terrorismo); servicio militar activo; montar o conducir cualquier vehículo motor en una carrera, espectáculo de acrobacias, prueba de velocidad o conducir mientras está intoxicado; cometer o intentar cometer un asalto, delito grave u otro acto criminal; participación activa en un disturbio, rebelión o insurrección; cometer o intentar suicidarse, ya sea cuerdo o demente, o lesionarse intencionalmente; encarcelamiento en una institución penal de cualquier tipo; aborto electivo o complicaciones de los mismos; cirugía o procedimientos electivos o cosméticos, excepto para cirugía reconstructiva a menos que se deba a anomalías congénitas o enfermedades de un niño dependiente que haya dado lugar a un defecto; inseminación artificial, fertilización in vitro, fertilización del tubo de ensayo; esterilización, ligadura de trompas o vasectomía, y reversión de la misma, a menos que sea recomendado por un médico; o cambio de género, a menos que lo recomiende un médico.

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

Incluido en los beneficios provistos por su empleador hay un programa de asistencia para empleados con los siguientes recursos. Estos recursos están disponibles sin costo para usted.



Apoyo emocional confidencial

Nuestros clínicos altamente capacitados escucharán sus inquietudes y les ayudarán a usted o a sus familiares con cualquier problema, como por ejemplo:

- Ansiedad, depresión, estrés
- Duelo, pérdidas y adecuación en la vida
- Conflictos maritales o de relación



Soluciones para el trabajo y la vida personal

Nuestros especialistas proporcionan derivaciones calificadas y recursos para todo lo que se incluya en su lista de quehaceres, como:

- Búsqueda de cuidados para niños y ancianos
- Contratar compañías de mudanza o contratistas de refacciones en el hogar
- Planificar eventos, ubicar lugares de atención para mascotas



Asesoramiento legal

Hable con nuestros abogados a fin de obtener asistencia práctica para sus problemas legales más apremiantes, como por ejemplo:

- Divorcio, adopción, leyes de familia, testamentos, fideicomisos y mucho más

¿Necesita representación? Obtenga una consulta gratis de 30 minutos y una reducción del 25 % en los honorarios.



Recursos financieros

Nuestros expertos financieros pueden ayudarle con una amplia gama de problemas.

- Retiro, impuestos, hipotecas, presupuestos y más

Para obtener orientación adicional, podemos remitirlo a un profesional financiero local y coordinar el reembolso del costo de una consulta inicial de una hora en persona.



Apoyo en línea

GuidanceResources® en línea es su vínculo a información fundamental, herramientas y apoyo durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Inicie sesión para:

- Artículos, podcasts, videos, diapositivas
- Capacitaciones a demanda
- Respuestas personales a sus preguntas en *Pregúntele a un experto*



Ayuda para padres primerizos

ParentGuidanceSM lo acompaña a lo largo del proceso de convertirse en padre, biológico o adoptivo, lo que incluye:

- Preparación emocional y financiera para la llegada del bebé
- Búsqueda de cuidado de niños
- Planificación para el regreso al trabajo y otros asuntos



Preparación gratuita de testamento en línea

EstateGuidance® le permite crear rápida y fácilmente un testamento en línea.

- Especifique sus deseos respecto de sus propiedades
- Imparta instrucciones sobre su funeral y entierro
- Elija un tutor para sus hijos

Su programa ComPsych® GuidanceResources® EAPBusiness Class ofrece a alguien con quien hablar y recursos para consultar siempre y dondequiera que los necesite.

Llame al: 877.595.5281

TDD: 800.697.0353

Su número gratuito le ofrece acceso directo a un GuidanceConsultantSM, 24/7, que responderá a sus preguntas y, si es necesario, lo remitirá a un asesor u otros recursos.

En línea: guidanceresources.com

Aplicación: GuidanceResources® Now

ID de la web: EAPBusiness

Inicie sesión hoy para conectarse directamente con un asesor GuidanceConsultant y abordar su problema o consultar artículos, podcasts, videos y otras herramientas útiles.

Apoyo, recursos e información durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Comuníquese con EAPBusiness Class en cualquier momento

Llame al: 877.595.5281

TDD: 800.697.0353

En línea: guidanceresources.com

Aplicación: GuidanceResources® Now

ID de la web: EAPBusiness

SERÁ PREPARACIÓN Y DUELO CONSEJERÍA.

Los siguientes servicios de preparación y asesoramiento de duelo están disponibles para usted sin costo alguno.

Elaboración de testamento en línea

El testamento es la piedra angular de cualquier plan de masa hereditaria y puede proteger sus bienes y a sus seres queridos. Mediante un sitio web seguro y de fácil uso, usted y su cónyuge ahora pueden generar y descargar un testamento en aproximadamente 20 minutos. Dicho servicio incluye lo siguiente:

- guía paso a paso y personalización según su situación en particular,
- glosario de términos legales,
- posibilidad de designar un ejecutor para que lleve a cabo su voluntad y un(varios) tutor(es) para sus hijos
- posibilidad de generar un testamento vital (por una tarifa adicional).

Elaboración de testamento en línea

Para proteger sus bienes y seres queridos, puede ingresar en línea para generar y descargar un testamento en:

www.EstateGuidance.com

SLFVAS
Código promocional

Elaboración de testamento en línea, proporcionado por ComPsych para empleados en actividad inscritos en el Seguro de Vida de Sun Life. Este servicio no constituye un seguro.


Servicios de asistencia a reclamantes

Si necesita hablar con un asesor o necesita información legal o financiera en relación con un reclamo de un Seguro de Vida o Incapacidad ante Sun Life, puede llamar a ComPsych para solicitar asistencia gratuita y objetiva.

888-475-3827

Servicios de asistencia a reclamantes, proporcionado por ComPsych a reclamantes y beneficiarios del Seguro de Vida de Sun Life. Hasta cinco sesiones de asesoría por reclamo. Este servicio no constituye un seguro.

COMPSYCH
THE GUIDANCE RESOURCES COMPANY

 Sun Life Financial®

Servicios de asistencia a reclamantes

Perder un ser querido o quedar incapacitado puede ser, como mínimo, abrumador. Con los Servicios de asistencia a reclamantes, cuenta con acceso sin costo, planificación financiera objetiva, información legal y apoyo emocional, en caso de que usted o un familiar haya presentado su reclamo ante nosotros.

Puede recibir lo siguiente:

- hasta cinco sesiones de asesoría profesional telefónica por reclamo para obtener asistencia legal, financiera y emocional,
- acceso ininterrumpido a los servicios de asesoría que brindan los profesionales que componen el personal de ComPsych, incluso clínicos, abogados diplomados, contadores públicos, planificadores financieros y otros expertos financieros,
- asistencia en temas como impuestos a la herencia, pérdidas de ingresos, acreedores y juicio testamentario, y
- apoyo en situaciones relacionadas con traumatismos, pérdidas y adaptaciones de la calidad de vida, así como otras inquietudes.

Los profesionales de ComPsych no venden productos financieros y no reciben comisiones, por lo tanto puede estar seguro de que recibirá la información que necesita para ayudarle en momentos críticos.

Obtener la ayuda que necesita para enfrentar los desafíos de la vida y para planificar de manera adelantada cómo proteger a sus seres queridos puede ser muy útil.

AVISOS LEGALES

Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA)

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 aborda cómo un empleador puede exigir la elegibilidad y la inscripción para los beneficios de atención médica, y garantiza que la información de salud protegida que lo identifica se mantenga privada. Tiene derecho a inspeccionar la información de salud protegida contra copia que mantiene el plan y para el plan para la inscripción, el pago, las reclamaciones y la gestión de casos. Si considera que la información médica protegida sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirle a su administrador de beneficios que modifique la información. Para obtener una copia completa del Aviso de prácticas de privacidad, que describe cómo se puede usar y divulgar su información médica protegida y cómo obtener acceso a la información, comuníquese con Recursos Humanos.

La Regla de Privacidad de HIPAA entró en vigencia a partir del 14 de abril de 2003. La Regla de Privacidad tiene la intención de salvaguardar la información médica protegida (PHI). Las disposiciones de la Regla de Privacidad tienen un impacto significativo en aquellos que manejan información de salud y en todos los ciudadanos con respecto a su PHI personal. Nuestro corredor de seguros de salud y todos nuestros planes contratados se adhieren a la Regla de Privacidad de HIPAA.

Medicaid y el Programa de seguro médico para niños (CHIP)

Si es elegible para la cobertura de salud de Talley Construction Company, Inc., pero no puede pagar las primas, algunos estados tienen programas de asistencia para primas que pueden ayudar a pagar la cobertura con fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia de prima disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, una vez que se determina que usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con la prima en cualquiera de estos programas, el plan de salud del empleador debe permitirle a usted y a sus dependientes inscribirse en el plan: siempre que usted y sus dependientes sean elegibles y no estén inscritos. Esto se llama una oportunidad de "inscripción especial", y debe solicitar cobertura dentro de los 60 días de haber sido elegible para recibir asistencia con la prima.

Aviso de inscripción de la Ley de Salud de la Mujer y Derechos del Cáncer

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de la Mujer y el Cáncer de 1998 (WHCRA). Para las 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:

1. Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
2. Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; prótesis
3. Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido linfedema.

Divulgación de la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y Madres

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

AVISOS LEGALES

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 enero de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK 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
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

AVISOS LEGALES

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
<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://hcpf.colorado.gov/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.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>Sitio web: https://www.flmedicaidtprecover.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
<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>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>
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<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://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
<p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.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://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Sitio web: www.medicicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>

AVISOS LEGALES

<p style="text-align: center;">MAINE – Medicaid</p> <p>Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US 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 style="text-align: center;">MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711</p>
<p style="text-align: center;">MINNESOTA – Medicaid</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 style="text-align: center;">MISSOURI – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
<p style="text-align: center;">MONTANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p style="text-align: center;">NEBRASKA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
<p style="text-align: center;">NEVADA – Medicaid</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p style="text-align: center;">NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid</p> <p>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</p>
<p style="text-align: center;">NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP</p> <p>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</p>	<p style="text-align: center;">NUEVA YORK – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
<p style="text-align: center;">CAROLINA DEL NORTE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100</p>	<p style="text-align: center;">DAKOTA DEL NORTE – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>

AVISOS LEGALES

<p align="center">OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742</p>	<p align="center">OREGON – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p>
<p align="center">PENSILVANIA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIP-P-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-JIDS (5437)</p>	<p align="center">RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)</p>
<p align="center">CAROLINA DEL SUR – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p align="center">DAKOTA DEL SUR – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>
<p align="center">TEXAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p align="center">UTAH– Medicaid y CHIP</p> <p>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</p>
<p align="center">VERMONT – Medicaid</p> <p>Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p align="center">VIRGINIA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924</p>
<p align="center">WASHINGTON – Medicaid</p>	<p align="center">WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP</p>
<p>Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022</p>	<p>Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
<p align="center">WISCONSIN – Medicaid y CHIP</p>	<p align="center">WYOMING – Medicaid</p>
<p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002</p>	<p>Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269</p>

AVISOS LEGALES

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de enero de 2024, 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. 6156

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)

AVISOS LEGALES

Aviso de protección del paciente

Su proveedor generalmente puede requerir la designación de un proveedor de atención primaria. Tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en su red y que esté disponible para aceptarlo a usted o los miembros de su familia. Hasta que realice esta designación, su proveedor puede designar una para usted.

Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria. No necesita autorización previa de su proveedor o de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica en su red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, se puede exigir al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, siguiendo un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para hacer derivaciones.

Aviso de inscripción especial de HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, puede inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Aviso de privacidad de HIPAA

Comuníquese con Recursos Humanos si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para obtener un aviso de privacidad.

Notificación de extensión de cobertura de dependientes a los 26 años y oportunidad de inscripción

Las personas cuya cobertura finalizó o que se les negó la cobertura (o que no eran elegibles para la cobertura), debido a que la disponibilidad de cobertura para dependientes de niños que finalizó antes de cumplir los 26 años son elegibles para inscribirse en programas médicos, dentales y oftalmológicos. Para obtener más información, comuníquese con el administrador de su plan.

Aviso El límite de por vida ya no se aplica y la oportunidad de inscripción

No se aplica el límite de por vida del valor en dólares de los beneficios del programa médico del patrocinador del plan de la empresa (autofinanciado). Se encuentran disponibles las oportunidades de inscripción para personas que previamente perdieron cobertura debido a un límite de por vida. Para obtener más información, comuníquese con el administrador de su plan.

AVISOS LEGALES

Según lo exige la PPACA, puede obtener el resumen de beneficios y cobertura (SBC) de cada plan médico disponible para usted iniciando sesión en nuestro sistema de inscripción electrónica. Para verlo o imprimirlo, visite www.employeenavigator.com. Puede iniciar sesión con su nombre de usuario y contraseña. Haga clic en el ícono “Biblioteca de documentos”. Los SBC se encuentran en la Biblioteca de documentos.



Copia en papel: tiene derecho a solicitar y obtener una versión en papel de los SBC sin costo alguno. Se puede solicitar una versión en papel a Adam Longino

ALongino@TalleyConstruction.net.

Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre los documentos proporcionados, comuníquese con Jason Bryant con la oficina de nuestro corredor al jbryant@oakbridgeinsurance.com.



CONTACTOS

Nombre de la compañía	Información del contacto
Medical – Talley Self-Insured Network: Aetna POS II Claims Administrator: Meritain Health Group #: 24300	<p>Es importante mostrar su tarjeta de identificación de Meritain a sus médicos, hospital y farmacia. Su nueva tarjeta de identificación garantizará que los reclamos se envíen a la dirección correcta y que se apliquen los descuentos y beneficios de PPO correspondientes.</p> <p>P.O. Box 853921 Richardson, TX 75085-3921 www.meritain.com</p> <p>Toll Free: 800-925-2272</p>
Health Savings Accounts Health Equity	<p>www.healthequity.com</p> <p>Customer Service#: : 1-866-346-5800</p>
Dental / Vision: Ameritas Group# 010-045516	<p>www.ameritas.com</p> <p>Customer Service: (800) 487-5553</p> <p>VSP Vision Customer Service: (800) 877-7195</p>
HealthJoy	<p>Customer Service: (877) 500-3212</p> <p>Email: customersuccess@healthjoy.com</p>
KisX Card / Valenz Health	<p>Customer Service: (877) 438-5479</p>
DeKalb Primary Care	<p>SouthSide Clinic: (423) 551-6555</p> <p>Shallowford Clinic: (423) 551-6538</p> <p>Fort Payne Clinic: (256) 979-1633</p> <p>Additional locations available – see page 13</p>



CONTACTOS

Nombre de la compañía

Información del contacto

SunLife Financial

Policy #241159

Basic Life / ADD

Voluntary Term Life

Short Term Disability

Long Term Disability

Policy #942977

Voluntary Accident

Voluntary Critical Illness

Voluntary Hospital Indemnity

Claims:

Accident, Cancer and Critical Illness claims

Mon.–Thurs., 8 a.m. to 7 p.m. ET

Fri., 8 a.m. to 6 p.m. ET

Call: 877-820-5306

Email: slfworksitclaims@disabilityrms.com

Fax: 866-376-9480

Life claims

Mon.–Fri., 8 a.m. to 8 p.m. ET

Call: 800-247-6875

Fax: 800-979-5128

Long-Term Disability claims

Mon.–Fri., 8 a.m. to 8 p.m. ET

Call: 800-247-6875

Online: www.sunlife.com/account

Email: myclaimsdocuments@sunlife.com

Short-Term Disability claims

Mon.–Fri., 8 a.m. to 8 p.m. ET

Call: 855-629-8811

Online: www.sunlife.com/account

Email: myclaimsdocuments@sunlife.com

Value-added services:

2Online Will Preparation

Online: www.estateguidance.com

Promotional code: SLF4VAS

Health care support services

Call: 888-327-4729

Email: healthchampion@compsych.com

EAPBusiness Class

Call: 877-595-5281

TDD: 800-697-0353

Online: www.guidanceresources.com

App: GuidanceResources® Now

Web ID: EAPBusiness

Oakbridge Insurance Agency

Donna Dozier, Account Manager

ddozier@oakbridgeinsurance.com

Direct Line: 706-221-4671

Justin White, Consultant

jwhite@oakbridgeinsurance.com

Direct Line: 423-362-5745

Jason Bryant, Service Manager

jbryant@oakbridgeinsurance.com

Direct Line: 706-419-3964

Talley Construction Company, Inc.

Adam Longino
Human Resources Director

alongino@talleyconstruction.net

706-866-2638

Harold Manis
Human Resources Manager

hmanis@talleyconstruction.net

706-866-2639

Rose Stewart
Human Resources Coordinator

rstewart@talleyconstruction.net

706-450-9936