

2025

BENEFICIOS



SUPERIOR™

Beneficios para Apoyar su Trayectoria de Vida

Ofrecemos un programa comprensivo de cuidados sanitarios para satisfacer sus necesidades y las de su familia. Esta guía le ofrece información para ayudarle a tomar sus decisiones al momento de inscripción. Durante el periodo de inscripción, tendrá la oportunidad de revisar sus necesidades de cobertura, considerar los planes de prestaciones disponibles y seleccionar aquellos que le proporcionarán el mayor valor a usted y su familia.

Esta guía también le ayuda a identificar formas de ahorrar dinero. No olvide revisar los planes descritos en esta guía para asegurarse de seleccionar los que mejor se adapten a sus necesidades y objetivos financieros.



¿Qué hay dentro?

4	¡Nuevo para 2025!
5	Lo Básico Sobre su Inscripción
7	Cómo inscribirse
7	Recursos Digitales
8	Planes Médicos y de Medicamentos Recetados
10	Cuenta de Ahorros para Gastos Sanitarios (HSA)
11	Cuentas de Ahorro Flexible (FSA)
12	Cómo encontrar un Médico
12	Buscando Atención
13	Programa de Bienestar
14	Beneficios Dentales
15	Beneficios de la Visión
16	Seguro Básico de Vida y Seguro Opcional de Vida
17	Seguros Opcionales por Discapacidad
18	Cobertura Suplementaria
19	Información - Plan de Retiro 401(k)
20	Programa de Asistencia al Empleado (EAP)
20	Programa de Fuerza Superior
21	Avisos Importantes
24	Contactos Clave

La información contenida en esta Guía se presenta con fines ilustrativos y se basa en la información proporcionada por el empleador. El texto contenido en esta Guía ha sido extraído de varios resúmenes de descripciones del plan e información de los beneficios. Aunque se ha hecho todo lo posible para informar con exactitud sobre sus beneficios, siempre es posible que haya discrepancias o errores. En caso de alguna discrepancia entre la Guía y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos oficiales del plan. Las opciones seleccionadas durante la inscripción abierta serán vinculantes. Los términos y provisiones registrarán sobre usted y las restricciones de los planes en los que se inscriba. Por lo general, a menos que experimente un evento de vida cualificado, sus elecciones se mantendrán vigentes durante todo el año del plan. Al completar su inscripción, usted autoriza a Superior Construction a retener las primas y/o aportaciones de su cheque de pago, ahora y en el futuro, como se requiera según cada uno de los planes. Toda la información es confidencial, de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros Médicos de 1996. Si tiene alguna pregunta sobre su Guía, póngase en contacto con Recursos Humanos. Superior Construction se reserva el derecho de cambiar, enmendar o cesar estos beneficios en cualquier momento.

¡Nuevo para 2025!

PLATAFORMA DE INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS - WORKDAY

Este año, los empleados de Superior utilizarán una nueva plataforma para inscribirse en los beneficios, realizar cambios en los beneficios existentes, agregar dependientes y/o actualizar cualquier información personal. **WORKDAY** es un portal de beneficios avanzado que permite a los empleados una experiencia fácil de usar y de navegar al inscribirse en los beneficios.



Los beneficios que elija en **WORKDAY** como nuevo empleado o durante el período de inscripción abierta permanecerán activos hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que experimente un evento de vida calificado. Si experimenta un evento de vida calificado, puede acceder a **WORKDAY** y someter el evento directamente desde el portal. Para obtener más información sobre cambios a mediados de año y los eventos de vida calificados, consulte la página 6 de esta guía.

Las instrucciones de inscripción se encuentran en la página 7 de esta guía.

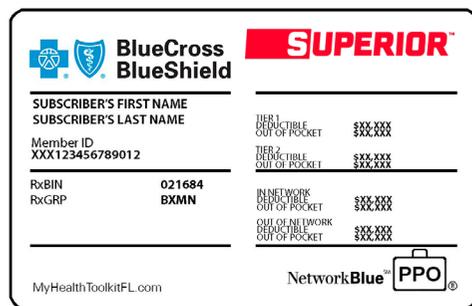
NUEVO PROVEEDOR DE SEGURO MÉDICO - BLUE CROSS BLUE SHIELD

A partir de 2025, su cobertura médica es proporcionada por Blue Cross Blue Shield (BCBS). Ya que BCBS es diferente a Florida Blue, querrá verificar que sus proveedores aún estén dentro de la red. Las instrucciones para encontrar un proveedor se encuentran en la página 12 de esta guía.



**BlueCross[®]
BlueShield[®]**

Tarjetas de identificación: Para 2025, todos los empleados que se inscriban en la cobertura médica recibirán una nueva tarjeta de identificación de BCBS. Esta tarjeta se utilizará cuando visite los consultorios de los proveedores y obtenga recetas. Las tarjetas de identificación no son necesarias para los servicios dentales o de visión, sin embargo, puede obtener una tarjeta de identificación digital descargando la aplicación o visitando los sitios web de las aseguradoras.



Lo Básico Sobre su Inscripción

A QUIÉN PUEDE CUBRIR

Para poder inscribirse en los beneficios que ofrecemos, usted o las personas a su cargo deben cumplir los siguientes criterios de elegibilidad:

EMPLEADOS

Debe ser un empleado regular a tiempo completo que trabaje actualmente 30 horas o más a la semana.

CÓNYUGE

La persona con la que está legalmente casado(a).

NOTA: Si su cónyuge está actualmente inscrito en un plan médico de Superior o piensa inscribir a su cónyuge, se le preguntará si el/ella es elegible para la cobertura médica a través de su empleador. Si su respuesta es **"Sí"**, deberá pagar un recargo mensual de \$100. Si su respuesta es **"No"**, no tendrá que pagar el recargo mensual de \$100. Si su cónyuge pierde la cobertura médica en algún momento durante el año del plan, esto se considera un Evento de Vida Calificado y su cónyuge será entonces elegible para la cobertura médica a través del plan médico de Superior.

HIJO(S) DEPENDIENTE(S)

Cobertura médica para hijos hasta la edad de 25 años (elegibles hasta el 31 de diciembre después de dicho cumpleaños).

Cobertura Dental y de Visión para hijos hasta la edad de 26 años (elegibles hasta el 31 de diciembre después de dicho cumpleaños).

Cobertura por Cáncer, Accidente, Enfermedad Crítica e Indemnización por Hospitalización para hijos hasta la edad de 26 años (elegibles hasta el 31 de diciembre después de dicho cumpleaños).

Cobertura de Seguro de Vida para hijos hasta la edad de 19 años o hasta la edad de 25 años de ser un estudiante a tiempo completo.

HIJOS RECIÉN NACIDOS DE HIJOS DEPENDIENTES CUBIERTOS (MENORES DE 26 AÑOS)

El hijo recién nacido de un hijo dependiente cubierto (menor de 26 años) tiene derecho a la cobertura médica durante los primeros 18 meses, siempre que el padre o la madre del recién nacido también sigan cubiertos.

DEPENDIENTES DISCAPACITADOS

Dependientes que sean discapacitados antes de los 26 años y que dependan de usted para su manutención pueden ser elegibles.

CUÁNDO PUEDE INSCRIBIRSE

DESPUÉS DE SER CONTRATADO

Su cobertura comienza el primer día del mes, después de 30 días de empleo. Debe presentar sus elecciones de beneficios y someter toda la documentación requerida antes de la fecha en que su cobertura entre en vigor.

DURANTE LA INSCRIPCIÓN ABIERTA

El periodo de Inscripción Abierta es su oportunidad para evaluar sus opciones de beneficios y hacer cambios para el año siguiente. Los beneficios seleccionados durante la Inscripción Abierta son efectivos del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025.

CAMBIOS A MITAD DE AÑO

Puede realizar cambios en sus elecciones de beneficios si experimenta un evento cualificado de vida. Los cambios que realice deben ser el resultado del evento cualificado y concordar con el mismo.

Las solicitudes de cambio a mitad de año y la documentación justificativa deben presentarse a través de PlanSource en un plazo de 30 días a partir de la fecha del evento.

EJEMPLOS DE EVENTOS CUALIFICADOS DE VIDA

- Nacimiento, adopción, tutela legal o colocación en adopción
- Matrimonio, divorcio o anulación
- Fallecimiento de un dependiente
- Ganancia o pérdida de otra cobertura acreditable

IMPORTANTE SABER

CÓMO REALIZAR CAMBIOS A MITAD DE AÑO DEBIDO A UN EVENTO CUALIFICADO

- Ingrese al portal online: myworkday.com
- Documentación de ayuda se hallará en el portal de inscripción en el momento de solicitar el cambio
- Si no solicita el cambio y aporta la documentación necesaria en un plazo de 30 días, tendrá que esperar hasta la siguiente inscripción abierta para realizar el cambio



Cómo inscribirse



Se pide a los empleados que completen sus elecciones de inscripción en línea mediante **WORKDAY**. Workday es su recurso en línea para obtener información relacionada con sus beneficios.

PARA INICIAR LA INSCRIPCIÓN

- Visite myworkday.com
- Si tiene una dirección de correo electrónico de la empresa, seleccione "SSO Login": iniciará sesión automáticamente en el sistema
 1. NOMBRE DE USUARIO: nombre.apellido (ejemplo: Juan.Smith)
 2. CONTRASEÑA: Sup + Año de nacimiento de 4 dígitos + últimos 4 números de su SSN + ! (ejemplo: Sup19806789!)
- Vaya a su bandeja de entrada de Workday y seleccione "Let's Get Started" para iniciar su proceso de inscripción
- Sus ofertas de beneficios se mostrarán en su página "Overview" para ver una descripción general
- Navegue a través de cada beneficio seleccionando "Manage" en la parte inferior de cada cuadro de beneficio
- Una vez acceda un beneficio, tendrá la capacidad de elegir o renunciar a cada uno; los costos por período de pago aparecerán a medida que elija sus beneficios
- Después de acceder cada beneficio y hacer sus elecciones, seleccione "Review and Sign" para revisar y ejecutar sus elecciones
- Desplácese hacia abajo hasta la firma electrónica y acepte los términos para continuar, luego elija "Submit" para someter
- Tendrá la opción de ver, descargar y salvar los beneficios elegidos desde la página donde somete sus elecciones haciendo clic en "View Benefits Statement" para ver su resumen de beneficios

* Para obtener ayuda para iniciar sesión en Workday, póngase en contacto con su administrador de proyectos o póngase en contacto con Recursos Humanos en hr@superiorconstruction.com.

Recursos digitales

ENLACES Y APLICACIONES MÓVILES

Los miembros tienen acceso a una variedad de servicios de cuenta tanto en línea como a través de las aplicaciones de los operadores, incluida la búsqueda de un proveedor, la descarga de tarjetas de identificación digitales, la verificación de beneficios, la revisión de reclamaciones, la comparación de costos, el acceso a descuentos, el contacto con el servicio de atención al cliente y más.



BCBS

Visite myhealthtoolkitfl.com

[App Store](#)

[Google Play](#)



The Standard

Visite standard.com

[App Store](#)

[Google Play](#)



Sunlife

Visite sunlife.com

[App Store](#)

[Google Play](#)



Lincoln Financial

Visite lfg.com

[App Store](#)

[Google Play](#)



Teladoc

Visite teladoc.com

[App Store](#)

[Google Play](#)



Health Equity

Visite healthequity.com

[App Store](#)

[Google Play](#)

Planes Médicos y de Medicamentos Recetados

Para 2025, su cobertura médica se proporciona a través de BCBS. Vea el resumen de los beneficios médicos dentro de la red a continuación. Para obtener detalles completos, exclusiones y limitaciones, y beneficios fuera de la red, consulte los Certificados de cobertura que están disponibles en Recursos Humanos o en su sitio web de beneficios.

	\$2500 HSA	\$4000 PPO	\$1000 PPO
BENEFICIOS MEDICOS			
DENTRO DE LA RED			
Deducible por Año Calendario Individual / Familiar	\$2,500 / \$5,000	\$4,000 / \$8,000	\$1,000 / \$2,000
Desembolso Máximo Anual Individual / Familiar	\$6,550 / \$13,100	\$7,900 / \$15,800	\$6,550 / \$13,100
Coaseguro - El Plan Paga	80%	80%	80%
Examinaciones Preventivas	100% cubierto	100% cubierto	100% cubierto
Visita al Consultorio Primarios Especialista	CYD + 20% CYD + 20%	\$30 \$60	\$25 \$40
Visita al Consultorio de Cuidados Urgentes	CYD + 20%	\$50	\$50
Visita a sala de Emergencia (Hospital)	CYD + 20%	\$500 y después 20%	\$500 copay <i>Eximido si es admitido</i>
Servicios de Hospitalización	CYD + 20%	\$500 y después CYD + 20%	CYD + 20%
Servicios Ambulatorios	CYD + 20%	CYD + 20%	CYD + 20%
Laboratorios Independientes Diagnóstico / Rayos X/AIS	CYD + 20%	CYD + 20%	CYD + 20%
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS			
Farmacia minorista Genérico preferido / Marca / Especialidad / Marca no preferida	CYD + \$10 / \$50 / Basado en un nivel / \$90	\$10 / \$30 / \$40 / \$60	\$10 / \$30 / \$40 / \$60

PRIMAS DEL PLAN MÉDICO

Sus contribuciones como empleado para este año del plan se basan en su elección de plan y nivel de cobertura. A continuación, se detallan los costes por nómina para usted y sus dependientes con vigencia del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025:

	\$2500 HSA	\$4000 PPO	\$1000 PPO
PRIMAS DEL PLAN MÉDICO (SEMANALMENTE)			
Empleado Solamente	\$17.44	\$14.08	\$55.33
Empleado + Cónyuge	\$26.22	\$20.49	\$106.65
Empleado + Niño(s)	\$27.76	\$19.49	\$96.18
Familia	\$40.16	\$43.94	\$166.09



IMPORTANTE SABER
RECARGO PARA SU CÓNYUGE

Si su cónyuge está inscrito actualmente en un plan médico Superior o planea inscribir a su cónyuge, se le preguntará si es elegible para la cobertura médica a través de su empleador. Si su respuesta es Sí, deberá pagar un recargo mensual de \$100. Si su respuesta es No, no pagará el recargo mensual de \$100.

PRIMAS DEL PLAN MÉDICO CON DESCUENTO DE BIENESTAR EN LA PRIMA

¡Los empleados que completen la evaluación biométrica son elegibles para recibir un descuento en sus primas médicas! Consulte la página 13 para obtener más detalles.

	\$2500 HSA	\$4000 PPO	\$1000 PPO
PRIMAS DEL PLAN MÉDICO (SEMANALMENTE)			
Empleado Solamente	\$10.51	\$7.18	\$48.37
Empleado + Cónyuge	\$20.44	\$14.76	\$100.85
Empleado + Niño(s)	\$20.83	\$12.61	\$89.22
Familia	\$34.38	\$38.26	\$160.29

Cuenta de Ahorros para Gastos Sanitarios (HSA)

Si se inscribe en el plan \$2,500 HSA, debería considerar la posibilidad de contribuir a la cuenta de ahorro para gastos de salud (HSA, por sus siglas en inglés) administrada por **Health Equity**. Con una cuenta HSA, podrá tener un mayor control sobre sus gastos de atención médica ya que las contribuciones, los intereses y las extracciones que haga para cubrir gastos calificados por atención médica tienen ventajas fiscales. Este beneficio no está disponible para los inscritos en los planes Blue Options de \$1,000 o \$4,000.

¿POR QUÉ TENER UNA HSA?

- Las aportaciones son deducibles de impuestos
- Las extracciones para pagar gastos elegibles no están sujetas a impuestos
- Los intereses acumulados se aplazan fiscalmente y, si se utilizan para pagar gastos calificados, están libres de impuestos.
- El dinero que no se utiliza al final del año se transfiere al año siguiente.
- El saldo de su cuenta HSA puede invertirse
- Superior Construction contribuirá fondos a su cuenta HSA mensualmente

INFORMACIÓN DE CONTRIBUCIÓN		
	Empleado Solamente	Familia
Máxima Contribución Anual de Superior Construction	\$500	\$1,000
Máxima Contribución Anual del Empleado (Libre de Impuestos)	\$3,800	\$7,550
Total Máximo de Contribución Anual Permitida por el IRS en el 2025	\$4,300	\$8,550
Contribución Anual Adicional Permitida por el IRS solo para participantes después de cumplir 55 años de edad.	\$1,000	

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

- Debe estar inscrito en un plan de salud con deducible alto (HDHP)
- No debe estar inscrito en Medicare
- No debe estar cubierto por otro(s) seguro(s) médico(s), como una FSA de atención médica, una HRA u otra cobertura de "primer dólar".
- No debe haber recibido beneficios médicos de la Administración de Veteranos (VA) en ningún momento en los últimos tres meses
- No puede ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona
- Que el cónyuge no contribuya o participe en una FSA para gastos de salud a través de su empleador

TARJETA DE DÉBITO

Todos los participantes de HSA recibirán una tarjeta de débito HSA de **Health Equity**. Su tarjeta HSA se puede usar para pagar gastos médicos calificados facturados por una compañía de seguros, un consultorio médico y farmacias. Las transacciones con su tarjeta de débito HSA son seguras y solo funcionarán para comprar artículos elegibles y autorizados.

Puede encontrar una lista completa de gastos calificados en la Publicación 502 del IRS, en www.irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf.

Cuentas de Ahorro Flexible (FSA)

Ofrecemos la opción de dos cuentas flexibles para gastos (FSA, por sus siglas en inglés) administradas por Payflex. Estas cuentas le permiten pagar gastos elegibles con dólares antes de impuestos.

Tenga en cuenta: Si está inscrito en el Plan HSA, no puede participar en la FSA para gastos de salud.

FSA PARA GASTOS SANITARIOS

Una Cuenta de Ahorro Flexible (FSA, por sus siglas en inglés) para gastos relacionados a su salud y la de sus dependientes elegibles puede utilizarse para pagar costos médicos, de prescripción, dentales y de visión cualificados que no estén totalmente cubiertos por sus planes de seguro para usted y sus dependientes elegibles a efectos fiscales. Esta cuenta es una opción solo para aquellos inscritos en el plan médico de \$1,000 o \$4,000. Permitimos a los participantes trasladar hasta \$640 del balance no utilizado al final del año del plan para utilizarlo en el reembolso de los gastos incurridos en el año siguiente. Projete sus gastos para el año y planifique sus contribuciones de acuerdo a ello, ya que a fin de año perderá el derecho a cualquier cantidad que supere los \$640.

FSA PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES

Una Cuenta de Ahorro Flexible (FSA, por sus siglas en inglés) para el cuidado de dependientes puede utilizarse para pagar los gastos elegibles relacionados con el cuidado y la supervisión de su hijo (hasta los 13 años) o de un adulto dependiente que reporte en su declaración de impuestos. Gastos cualificados incluyen la guardería de niños o adultos, el cuidado después del colegio, jardín infantil, la nina o el canguro. Debe acumular los fondos en su FSA para el cuidado de dependientes antes de que se le pueda reembolsar.

Encontrará una lista completa de los gastos cualificados en la publicación 502 del IRS, en www.irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf.

	FSA PARA GASTOS DE SALUD	FSA PARA CUIDADO DE DEPENDIENTES
¿Quién es elegible?	Empleados que están inscritos en los planes médicos PPO de \$4,000 o \$1,000.	Todos los Empleados
¿Contribución máxima permitida?	\$3,200	\$2,500 casados que presentan una declaración por separado \$5,000 por persona soltera o casada que presenta una declaración conjunta.
¿Cuándo está disponible el dinero?	La cantidad completa de su elección estará disponible el 1ro de enero.	Su contribución será añadida a su cuenta después de procesarse cada nómina. Podrá utilizar solo la cantidad disponible en su cuenta a dicho momento.
¿Cuál es la fecha límite para usar los fondos de mi FSA?	31 de diciembre	31 de diciembre
¿Se transfieren los fondos de mi FSA?	\$640 pueden transferirse al próximo año del plan	No
¿Hay un período de gracia?	Ninguno	Ninguno

Cómo encontrar un médico

QUÉ SIGNIFICA ESTAR "DENTRO DE LA RED" Y POR QUÉ LE AHORRA DINERO:

Piénselo así: estar dentro de la red significa recibir atención sanitaria de la amplia gama de proveedores que están contratados bajo su plan de salud. Por lo tanto, la red, representa un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica han acordado ofrecerle tarifas con descuento porque usted es miembro de Blue Cross Blue Shield, que negocia por usted. Por ende, tendrá menos gastos de su bolsillo cuando reciba atención médica, y no pueden facturarle más de lo acordado - esto se llama facturación de saldos - y usted está a salvo de ello mientras permanezca dentro de la red.

Visite myhealthtoolkit.com para encontrar un médico que esté dentro de la red.



**BlueCross[®]
BlueShield[®]**

Buscando Atención

	TELEMEDICINA	CUIDADOS AMBULATORIOS	CLINICA DE URGENCIAS	SALA DE EMERGENCIAS (HOSPITAL)
SU COSTO	\$	\$\$	\$\$\$	\$\$\$\$
TRATAMIENTO PARA	<ul style="list-style-type: none"> Gripe y resfriado Dolor de garganta/ dolor de oídos Fiebre leve Alergias / Erupción cutánea 	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas similares a los de la gripe Fiebre leve Vómitos/Dolor de estómago Cortes menores 	<ul style="list-style-type: none"> Fiebre alta Esguinces Fracturas 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor en el pecho Vómitos constantes Sangrado severo Dificultad para respirar Heridas profundas/lesiones en la cabeza

TELEMEDICINA

Si está inscrito en un plan médico a través de Superior Construction, tendrá acceso a un programa de telemedicina mediante Teladoc. Teladoc le proporciona acceso 24/7 a médicos certificados por la junta de licenciatura en los Estados Unidos, con la conveniencia de citas telefónicas, por video o aplicación móvil.

PASO 1: ¡REGÍSTRESE EN TELADOC AHORA!

- Inicie sesión en su cuenta de MyHealthToolkitFL.com
- Seleccione: PROVIDERS & SERVICES y luego TELEHEALTH.

APLICACIÓN MÓVIL Descargue la aplicación MyHealthToolkitFL, seleccione FIND CARE y luego VIDEO VISIT
TELÉFONO 1.866.789.8155

PASO 2: PROPORCIONAR HISTORIAL MÉDICO Y SOLICITAR UNA CONSULTA

Como en cualquier otra visita al médico, tendrá que facilitar su historial médico registrándose en Teladoc por teléfono o por Internet. Si se registra antes de necesitar atención médica, el tiempo de respuesta de su médico será de 10 minutos. Si tiene dependientes menores de 18 años, puede inscribirlos en su cuenta. Dependientes adultos también son elegibles, pero deberán crear y registrarse en su propia cuenta.

Programa de Bienestar

Este programa está disponible para todos los empleados que están inscritos en uno de los planes médicos. Los participantes tienen la oportunidad de obtener crédito para sus primas médicas mensuales. La participación en este programa es voluntaria.

CÓMO FUNCIONA:

1. Inscríbete en un plan médico
2. Completar un control biométrico; organizamos múltiples exámenes biométricos in situ, durante todo el año.
(Limitado a una prueba de detección por persona, por año)
3. **Reciba un crédito en sus primas médicas**



IMPORTANTE SABER

¿QUÉ ES UN CRIBADO BIOMÉTRICO?

Esta evaluación proporciona un indicador rápido de los factores de riesgo para la salud de una persona en función de la presión arterial, el colesterol y los niveles de azúcar en la sangre.

Beneficios Dentales

Su cobertura dental se proporciona a través de The Standard. Puede ver sus beneficios, imprimir una tarjeta de identificación y localizar proveedores dentales dentro de la red visitando standard.com.

	PLAN BÁSICO	PLAN ALTO
AMERITAS		
Deducible Individual / Familiar	\$50 / \$150	\$50 / \$150
Cuidados Preventivos Limpiezas, exámenes, radiografías, sellantes, mantenedores de espacio, y tratamientos de floururo	Cubeirto al 100%	Cubeirto al 100%
Servicios Básicos Empastes, reparaciones, extracciones, cirugía oral, anestesia general, endodoncia y periodoncia	80%	90%
Servicios Mayores Incrustaciones, recubrimientos, coronas, puentes e implantes	50%	60%
Cobertura de Ortodoncia (Solo Menores)	N/A	50%
Beneficio de Ortodoncia (Máximo de por Vida)	N/A	\$2,000
Máximo del Plan Anual	\$2,000	\$2,000
PRIMAS DEL PLAN DENTAL (SEMANALMENTE)		
Empleado Solamente	\$2.11	\$4.21
Empleado + Cónyuge	\$6.24	\$10.42
Empleado + Niños	\$6.22	\$12.14
Familia	\$11.32	\$19.43

IMPORTANTE SABER

CÓMO ENCONTRAR UN DENTISTA DENTRO DE LA RED:

- Visite standard.com
- Seleccione "Find a Dentist" y continúe a la página web de Ameritas
- Introduzca su Ciudad, Estado o Código Postal y escoja la red "Classic (PPO) Network"
- Pulse "Search"

Beneficios de la vista

La cobertura bajo el plan de vision se proporciona a traves de The Standard. Cuando utilice un oftalmólogo que participe en la red, los descuentos serán mayores y no necesitará someter formularios de reclamación. Miembros del plan también tienen acceso a opciones para actualizar sus lentes con descuento y a la cirugía ocular LASIK.

Puede ver los beneficios, imprimir una tarjeta de identificación y buscar proveedores dentro de la red para el cuidado de la vista en el sitio web standard.com

EN RED		FUERA DE LA RED	
Examen Anual de la Vista <i>Una vez cada 12 meses</i>	\$10	Examen Anual de la Vista	Reembolso Máximo: \$35
Armaduras <i>Una vez cada 12 meses</i>	\$130 allowance	Armaduras	Reembolso Máximo: \$65
Lentes Monofocales, bifocales y trifocales <i>Una vez cada 12 meses</i>	Copago \$10	Lentes Monofocales Lentes Bifocales Trifocales	Reembolso Máximo: \$25 Reembolso Máximo: \$40 Reembolso Máximo: \$55
Lentes de Contacto <i>Una vez cada 12 meses</i>	\$130 de asignación anual <i>(15% de descuento a balance sobre asignación anual)</i>	Lentes de Contacto	Reembolso Máximo: \$104
PRIMAS DEL PLAN DE VISIÓN (SEMANALES)			
Empleado Solamente		\$1.38	
Empleado + Cónyuge		\$2.80	
Empleado + Niños		\$2.45	
Familia		\$3.86	

IMPORTANTE SABER

CÓMO ENCONTRAR UN OFTALMÓLOGO DENTRO DE LA RED:

- Visite standard.com
- Seleccione "Find An Eye Doctor" y pulse EyeMed
- Escoja la red "Insight Network" e introduzca su Código Postal
- Pulse "Search"

Seguro Básico de Vida

Empleados elegibles serán inscritos automáticamente en el Seguro Básico de Vida a través de **Lincoln**.

COBERTURA BÁSICA DE VIDA

La Cobertura Básica de Vida consiste de \$25,000 por empleado y por Muerte Accidental y Desmembramiento incluye una cobertura de \$25,000 por empleado. Estos montos son garantizados, sin preguntas sobre su historial médico.

COBERTURA PARA DEPENDIENTES

La cobertura para sus dependientes consiste de \$2,000 por su cónyuge y \$2,000 por sus hijos. No se harán preguntas sobre historial médico.

Seguro Opcional de Vida

Los empleados tienen la opción de contratar un seguro de vida a través de Lincoln.

COBERTURA PARA EMPLEADOS

Puede optar por adquirir un mínimo de \$20,000 de cobertura en incrementos de \$10,000, hasta \$300,000. El importe máximo de emisión garantizada es igual a 5 veces sus ingresos anuales hasta un nivel de cobertura que no supere \$150,000. La primera vez que sea elegible para el plan puede optar por cobertura hasta el máximo importe de la emisión garantizada que le aplique sin tener que presentar pruebas de asegurabilidad.

Si durante su periodo de elegibilidad inicial se inscribe con una cobertura de al menos \$20,000, en un futuro podrá añadir hasta \$20,000 más de cobertura durante el periodo anual de inscripción abierta sin tener que presentar pruebas de asegurabilidad.

COBERTURA PARA CÓNYUGES

Este seguro sólo es disponible si está inscrito con cobertura opcional de vida para empleados.

Personas inscritas con cobertura opcional de vida para empleados también podrán optar por adquirir en incrementos de \$5,000 cobertura bajo el seguro de vida para su cónyuge. El beneficio disponible es de hasta el 50% de la cobertura opcional que tenga el empleado.

La primera vez que sea elegible para el plan, podrá elegir un monto de beneficio para la cobertura de su cónyuge de hasta la cantidad de la emisión garantizada (o sea, \$50,000) sin tener que presentar pruebas de asegurabilidad. El coste de la cobertura se basa en la edad del empleado.

COBERTURA PARA NIÑOS

Este seguro sólo es disponible si está inscrito con cobertura opcional de vida para empleados

Personas inscritas en la cobertura opcional de vida para empleados también podrán optar por adquirir una cobertura de \$1,000, \$5,000 o \$10,000 para los hijos que cumplan los requisitos. Un hijo elegible se define como los hijos dependientes desde el nacimiento hasta los 19 años, o menores de 25 años si el hijo es estudiante a tiempo completo. Toda cobertura bajo el seguro de vida para hijos es de emisión garantizada y no se requiere ninguna prueba de asegurabilidad.

IMPORTANTE SABER

PREGUNTAS FRECUENTES

¿CAMBIA EL MONTO DEL BENEFICIO BAJO LA COBERTURA EN FUNCION DE MI EDAD?

El monto del beneficio bajo la cobertura se reducirá al 50% a los 70 años.

¿PUEDO CONTINUAR CON ESTA COBERTURA SI MI EMPLEO TERMINA?

La cobertura puede continuar si se cumplen ciertos criterios en función de las provisiones de Portabilidad y Conversión.

¿TENGO QUE RELLENAR UN CUESTIONARIO MÉDICO?

Las elecciones iniciales que superen los importes de emisión garantizados y las inscripciones tardías requieren que se complete un cuestionario como prueba de asegurabilidad. La cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de aprobación de su cuestionario médico por parte de la aseguradora.

Seguros Opcionales por Discapacidad

Cobertura opcional por discapacidad está disponible mediante **Lincoln**.

COBERTURA EN CASO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

Esta cobertura le ofrece protección a usted y a su familia en caso de que una discapacidad de corta duración le impida realizar las tareas de su trabajo o profesión. La cobertura STD (por sus siglas en inglés), protege sus ingresos debido a una lesión o enfermedad. Para recibir los beneficios, su reclamación debe ser aprobada por Lincoln. Vea un breve resumen de los beneficios a continuación:

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD)	
Periodo de Espera	Dependiendo de su elegibilidad y discapacidad, el beneficio comenzará con o antes del octavo día del período continuo de una lesión o enfermedad.
Duración del Período de Pago	13 semanas or 26 semanas; dependiendo de su elegibilidad
Cantidad del Beneficio	60% de sus ingresos semanales
Beneficio Máximo	\$1,500 por semana

IMPORTANTE SABER

POR QUÉ ES IMPORTANTE LA COBERTURA POR DISCAPACIDAD

Entendemos que para la mayoría de nosotros nuestros ingresos son el recurso financiero más importante. Quedarse sin ingresos durante un periodo de tiempo prolongado sería probablemente devastador para usted y su familia. Reconocemos la importancia de proteger sus ingresos en caso de que no pueda trabajar debido a una lesión o enfermedad.

TOME NOTA: Si previamente ha rechazado esta cobertura, usted será sujeto a proveer Evidencia de Asegurabilidad (EOI, por sus siglas en inglés).

PRESTACIONES DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

La cobertura LTD (por sus siglas en inglés) es un plan que reemplaza un porcentaje de sus ingresos protegiéndole a usted y su familia en caso de que quede discapacitado y no pueda realizar las tareas materiales y sustanciales de su trabajo. Los beneficios LTD reemplazan un 60% de sus ingresos mensuales, hasta una cantidad máxima. Consulte un breve resumen sobre este plan a continuación:

DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)	
Periodo de Espera	Dependiendo de su elegibilidad, el beneficio comenzará el día 91 o el día 181 del período continuo de una lesión o enfermedad.
Duración del Período de Pago	Hasta la edad normal de jubilación bajo la Seguridad Social
Cantidad del Beneficio	60% de sus ingresos mensuales
Beneficio Máximo	\$5,000 o \$10,000 al mes, dependiendo de su elegibilidad.

Cobertura Suplementaria

Los planes de Enfermedades Críticas, Indemnización Hospitalaria y Accidentes se ofrecen a través de The Standard y el plan de Cáncer se ofrece a través de SunLife. Estos planes ayudan con los gastos médicos y personales incurridos cuando una persona está en tratamiento. Los costos de los planes variarán según el empleado.

INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Un ingreso al hospital puede tener un grave impacto financiero del que puede ser difícil recuperarse. En caso de que sea admitido al hospital, una vez que se apruebe su reclamo, se le enviará un cheque directamente a usted, y luego usted decidirá cómo gastar el dinero.

TRATAMIENTO	PLAN BAJO	PLAN ALTO
Ingreso hospitalario	\$1,000	\$2,000
Confinamiento hospitalario (10 días)	\$2,500	\$4,000
Confinamiento en cuidados intensivos (3 días)	\$750	\$1,200
TOTAL PAGADO A USTED:	\$4,250	\$7,200

ACCIDENTE

Si usted o su dependiente cubierto tienen un accidente cubierto, pueden recibir beneficios en efectivo para ayudar a cubrir los costos inesperados. Si bien su seguro de salud cubre algunos costos, puede usar esta cobertura para ayudar a cubrir los gastos relacionados con el accidente, como la pérdida de ingresos, el cuidado de los niños, el deducible y los copagos.

Más de 70 lesiones y tratamientos están cubiertos; a continuación se enumeran algunos ejemplos de accidentes cubiertos y el pago de beneficios.

EJEMPLOS DE PAGOS DE BENEFICIOS POR ACCIDENTE::	
Visita de emergencia	\$600
Radiografía	\$400
Conmoción	\$600
Fractura de pierna (cirugía)	\$3,400
Reparación del cartílago de la rodilla	\$1,000
Ingreso hospitalario	\$2,500

ENFERMEDAD CRÍTICA

Esta cobertura puede ayudar a proteger sus finanzas al proporcionarle un pago único cuando su familia más lo necesita. El pago que recibes es tuyo para que lo gastes como mejor te parezca, además de cualquier otro seguro que puedas tener.

- La cobertura para usted está disponible en incrementos de \$5,000 hasta \$30,000.
- La cobertura para su cónyuge está disponible en incrementos de \$5,000 hasta \$30,000, pero no puede exceder más que el monto de su cobertura.
- Los niños están cubiertos automáticamente al 50% del monto de su cobertura.

EJEMPLOS DE DIAGNÓSTICO ELEGIBLE PARA ENFERMEDADES CRÍTICAS::	
Ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal en etapa terminal, etc.	100% del monto de la cobertura
Enfermedad arterial coronaria grave (con recomendación de bypass), cáncer (no invasivo), etc.	25% del monto de la cobertura

CÁNCER

Un diagnóstico de cáncer tiene un impacto financiero del que puede ser difícil recuperarse. El seguro contra el cáncer le paga beneficios en efectivo por una variedad de formas en que se trata su cáncer. La cobertura está disponible para usted y su familia.

EJEMPLOS DE PAGOS DE BENEFICIOS POR CÁNCER:	
Internamiento hospitalario inicial	\$4,000 diarios
Pruebas de detección de cáncer	\$75
Ambulancia (Terrestre/Aérea)	\$250/\$2,000
Radiación oral o intravenosa	\$600 semanal
Centro de Cuidados Extendidos	\$200 semanales
Hospicio	\$100 diarios

IMPORTANTE SABER

PÓLIZAS DE INDEMNIZACIÓN

Las pólizas de indemnización pueden pagarle un monto único estipulado por el plan si está enfermo u hospitalizado. Usted sigue siendo responsable por pagar el costo de su atención.

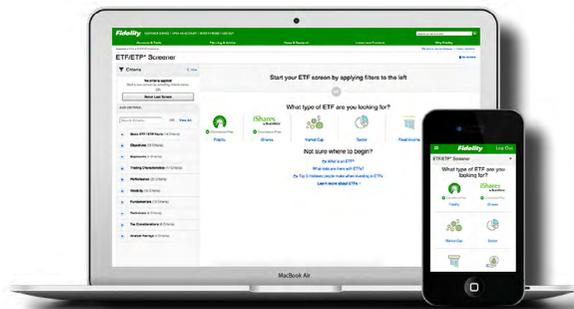
- El pago que recibe no se basa en el tamaño de su factura médica
- Es posible que haya un límite en la cantidad que estas pólizas pagarán cada año
- Estas pólizas no son sustitutos del seguro de salud integral
- Dado que estas pólizas no son seguros de salud, no tienen que incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican al seguro de salud

Información - Plan de Retiro 401(k)

Si usted tiene al menos 21 años de edad y tiene 60 días de servicio con Superior, usted es elegible para inscribirse en el plan de retiro 401(k). El límite anual de aplazamiento de empleados es de \$22,500 a menos que tenga 50 años o más, entonces el límite de contribución total es de \$7,500. Superior igualara el 100% del primer 3% de compensación más el 50% del siguiente 2% de compensación.

NetBenefits ha evolucionado para proveerle ayuda más allá de simplemente ahorrar para su retiro. Desde crear ahorros para emergencias y manejar sus gastos hasta como avanzar sus conocimientos relacionados a inversiones e incrementar sus ahorros. NetBenefits tiene los recursos que usted necesita para ayudarlo a lograr un nivel de bienestar financiero y sentirse seguro de su situación.

INSCRIBIRSE ES ¡FÁCIL! Mande un texto con la palabra "Fit" al 343-898 o escanee el código QR que ve aquí para comenzar el proceso



IMPORTANTE SABER PRESENTACIÓN DE WELLCENTS®

Su solución de bienestar financiero para permitirle generar confianza en su vida financiera. Nuestra misión principal es guiarlo en la creación de un plan de acción personalizado que lo llevará al máximo bienestar financiero, permitiéndole disfrutar de una jubilación segura y próspera.

Comience con una evaluación de bienestar financiero en línea, se analizarán sus respuestas y luego se le proporcionará un puntaje de bienestar financiero. En función de su puntuación, se le proporcionan herramientas, recursos y orientación que le ayudarán y apoyarán a lo largo de su trayectoria financiera.

Correo electrónico: helpdesk@mywellcents.com para obtener más información!

401k.com

Provided by **Fidelity NetBenefits**

Español



Get Started

Save & Invest

Life happens.

Adjusting to an unexpected change or celebrating a big milestone? We can help you navigate these important moments with confidence.

[Explore now](#)

REGÍSTRESE COMO NUEVO USUARIO

Visite al 401k.com y haga clic en "Register as a new user". Siga las instrucciones para crear su nombre único de usuario y contraseña. Entonces, entre a la página para ver todos los recursos e información en su página personalizada de NetBenefits.

Para apoyo adicional, contacte a la línea de servicio a participantes de Fidelity: 800-294-0415.

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Los empleados de Superior tienen acceso libre de costo a un Programa de Asistencia al Empleado (EAP, por sus siglas en inglés). Este es facilitado por la aseguradora Lincoln e incluye hasta 5 visitas personales con un profesional de salud mental o consejero. Igualmente, todo empleado tiene acceso a una línea telefónica gratuita de apoyo que está a su disposición las 24 horas del día, 7 días a la semana, los 365 días del año.

- Asesoramiento: Asistencia telefónica y sesiones presenciales.
- Asesoramiento financiero: programe una sesión telefónica para recibir asesoramiento financiero. Revise su presupuesto y defina sus metas para mejorar y proteger su patrimonio.
- Asistencia jurídica: Asistencia telefónica; hasta un 25% de descuento en servicios adicionales.
- Asuntos de Familia: acceso disponible mediante línea telefónica gratuita o sitio web para obtener asesoramiento sobre temas como el cuidado de niños y de ancianos. Solicite referencias y acceda a una amplia fuente de información para tratar asuntos que puedan impactarle a usted y su familia.

Para obtener más información sobre el programa, visite [GuidanceResources.com](https://www.GuidanceResources.com), descargue la aplicación móvil Guidance NowSM o llame al 888-628-4824. Cuando visite [GuidanceResources.com](https://www.GuidanceResources.com), use las siguientes credenciales para iniciar su sesión y acceder a los recursos de su EAP:

USERNAME (NOMBRE DE USUARIO): LFGSupport

PASSWORD (CONTRASEÑA): LFGSupport1

Programa de Fuerza Superior

El Programa de Fuerza Superior le reembolsará a todo empleado elegible por actividades calificadas que sean presentadas para consideración, hasta \$60 por empleado elegible, dos veces por año (un máximo de \$120 por empleado elegible) por programas aprobados. El reembolso será incluido en su cheque de cobro.

ACTIVIDADES CUALIFICADAS:

- Un Evento de Carrera / Caminata
- Membresía a un Gimnasio
- Rutina de Ejercicio en Casa
- Clases de Ejercicio o para Estar en Forma
- Lección de Deporte Activo con un Entrenador (Coach) Licenciado
- Membresía de Entrenamiento Personal
- Suscripción para Mantenerse En Forma (Peletón, The Mirror, etc.)
- Sesiones con un Dietético / Nutricionista Licenciado o Entrenador de Salud
- Programas para Mantener el Peso con Componente de Entrenamiento

IMPORTANTE SABER

PERIODO ANUAL DE PRESENTACION

Del 1 de enero al 31 de junio de 2025 o del 1 de julio al 31 de diciembre de 2025

ENLACE PARA PRESENTAR ACTIVIDADES



Avisos Importantes

AVISO IMPORTANTE DE SUPERIOR CONSTRUCTION SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

Por favor, lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Superior Construction y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

Superior Construction, según se determine que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Plan Florida Blue, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura actual de medicamentos recetados acreditable, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual con Superior Construction no se verá afectada. Su cobertura actual paga los gastos de salud además de los medicamentos recetados. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, usted y sus dependientes elegibles seguirán siendo elegibles para recibir todos sus beneficios actuales de salud y medicamentos recetados. [Consulte las páginas 7-9 de la Guía de Divulgación de Cobertura Acreditable para Personas Elegibles de la Parte D de Medicare de los CMS (disponible en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>), que describe las disposiciones/opciones del plan de medicamentos recetados que las personas elegibles para Medicare pueden tener disponibles cuando sean elegibles para la Parte D de Medicare.]

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Construcción Superior, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura solo durante un evento de vida calificado o durante el período de inscripción anual.

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Superior Construction y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

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

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados, comuníquese con el administrador de su plan. Recibirás este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de su empleador cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

- Visita medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una multa).

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por la duración de la estadía en el hospital en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención médica de la madre o del 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 para prescribir una duración de la estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

LEY DE MICHELLE

La Ley de Michelle protege a un estudiante postsecundario de perder el estatus de estudiante de tiempo completo bajo la cobertura médica de un empleador si el estudiante es (i) un hijo dependiente de un participante o beneficiario según los términos del plan; y (ii) inscrito en un plan sobre la base de ser estudiante en una institución educativa postsecundaria inmediatamente antes del primer día de una licencia médicamente necesaria para ausentarse de la escuela. Un dependiente cubierto por la ley tiene derecho a los mismos beneficios que si el dependiente continuara inscrito como estudiante de tiempo completo. La ley también reconoce que los cambios en la cobertura (ya sea debido al diseño del plan o a una elección de inscripción anual posterior) se transfieren al dependiente por el resto de la licencia de ausencia médicamente necesaria.

AVISO DE LA LEY DE DERECHOS DE LA MUJER Y EL CÁNCER DE 1998 (WHCRA)

Si ha tenido o va a tener una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer 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 la paciente, para:

Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía;

- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y
- Prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas, de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al administrador de su plan.

REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD: LEY DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO

Resúmenes de beneficios y cobertura (SBC): La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA) requiere que los planes de salud y los emisores de seguros de salud proporcionen resúmenes uniformes de beneficios y cobertura (SBC). Estos SBC son proporcionados por nuestra compañía de seguros médicos. Puede acceder a los SBC en Workday. Puede solicitar que se envíe una copia de este aviso a los dependientes elegibles que residen en una dirección que no sea la suya comunicándose con Recursos Humanos y proporcionando la dirección postal separada.

Mercado de Seguros Médicos (Intercambio): Esta sección proporciona información básica sobre el nuevo Mercado de Seguros Médicos y la cobertura médica basada en el empleador que ofrece su empleador. El Aviso de Intercambio de Opciones de Cobertura está disponible en el sistema Workday y en el Departamento de Recursos Humanos.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos? El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduce su prima mensual. El período anual de inscripción abierta comienza cada año el 1 de noviembre y finaliza el 15 de diciembre para la cobertura del año siguiente (estas fechas están sujetas a cambios). Por lo general, una persona no puede inscribirse en un Plan de Salud Calificado (QHP) fuera del período de inscripción abierta, a menos que se aplique un período de inscripción especial.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado? Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece una cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar.

¿La cobertura de salud del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en las primas a través del Mercado? Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con ciertos estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal que reduce su prima mensual o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no le ofrece cobertura que cumpla con ciertos estándares.

Si el costo del plan menos costoso que cumple con los estándares de "valor mínimo" ofrecidos por su empleador que lo cubrirían a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es más del 9.02% de los ingresos de su hogar para el año, o si la cobertura que proporciona su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, Usted puede ser elegible para un crédito fiscal.

Se ha determinado que nuestra cobertura médica grupal cumple con los estándares de asequibilidad y valor "mínimo" según lo exige la Ley de Cuidado de Salud a

Bajo Precio. Esto significa que los asociados elegibles para participar en nuestra cobertura médica grupal no son elegibles para una póliza de prima reducida a través del Mercado.

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, perderá la contribución del empleador a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su asociado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye de los ingresos para fines del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para la cobertura de seguro médico e información de contacto para un Mercado de Seguros Médicos en su área. Póngase en contacto con Recursos Humanos para obtener información adicional.

De acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), todas las personas deben cumplir con el formulario individual para 2017 y 2018 o pagar una multa al presentar impuestos de fin de año. A partir de 2019, las personas ya no serán penalizadas por no obtener una cobertura de seguro de salud aceptable para ellos y sus familiares.

AVISO SOBRE EL PROGRAMA DE BIENESTAR

El Programa de Bienestar Superior para la Construcción es un programa voluntario disponible para los empleados inscritos en el plan médico. El programa se administra de acuerdo con las reglas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, según corresponda, entre otras. Si elige participar en el programa de bienestar, se le pedirá que complete una evaluación de salud personal voluntaria o "PHA" que hace una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si tiene o ha tenido ciertas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca). También se le pedirá que complete una prueba biométrica, que incluirá una prueba de sangre para la presión arterial, el colesterol, la altura/peso, el IMC y la glucosa en la sangre. No está obligado a completar la PHA ni a participar en el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que elijan participar en el programa de bienestar pueden recibir un incentivo por participar, aunque no es necesario que complete la PHA o participe en la evaluación biométrica, solo los empleados que lo hagan recibirán el incentivo.

Es posible que haya incentivos adicionales disponibles para los empleados que participen en ciertas actividades relacionadas con la salud o logren ciertos resultados de salud. Si no puede participar en ninguna de las actividades relacionadas con la salud o lograr alguno de los resultados de salud necesarios para obtener un incentivo, es posible que tenga derecho a una adaptación razonable o a un estándar alternativo. Puede solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo poniéndose en contacto con Recursos Humanos Superior (HR@superiorconstruction.com)

La información de su PHA y los resultados de su examen biométrico se utilizarán para proporcionarle información que le ayude a comprender su salud actual y sus posibles riesgos, y también se pueden utilizar para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar, como nutrición, actividad física y recursos educativos de atención preventiva. También se le anima a compartir sus resultados o inquietudes con su propio médico.

PROTECCIONES CONTRA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud de identificación personal. Aunque el programa de bienestar y Superior Construction pueden usar la información agregada que recopilan para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, el programa de bienestar nunca divulgará su información personal, ya sea públicamente o al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud suya de una adaptación razonable. La información médica que lo identifique personalmente y que se proporcione en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y nunca se podrá usar para tomar decisiones con respecto a su empleo.

Su información de salud no será vendida, intercambiada, transferida o divulgada de otra manera, excepto en la medida permitida por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni se le exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información de salud como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con el fin de brindarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. La única persona que recibirá su información de salud de identificación personal es un asesor de salud en el momento de la evaluación para brindarle una explicación de los resultados de la prueba.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá extraída de sus registros personales, la información almacenada electrónicamente estará encriptada y ninguna información que proporcione como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar ninguna decisión de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier violación de datos, y en caso de que ocurra una violación de datos que involucre la información que proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato.

No puede ser discriminado en el empleo debido a la información médica que proporciona como parte de su participación en el programa de bienestar, ni puede estar sujeto a represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con Recursos Humanos Superior (HR@superiorconstruction.com).

Contactos Clave

CONTACT	PHONE	EMAIL / WEBSITE	GROUP NUMBER
Recursos humanos	904.661.4639	HR@superiorconstruction.com	
Workday Benefits Enrollment Website		myworkday.com	
Medicos BCBS		myhealthtoolkitfl.com	Group 71-6238N
Teladoc	855.835.2362	teladoc.com	
Dental, Visión, Beneficios Voluntarios The Standard	800.547.9515	standard.com	760671
Cáncer SunLife	800.786.5433	sunlife.com	934625
Voluntaria de Vida, STD y LTD Lincoln	877.275.5462	lfg.com	09-LF0480-0000
HSA & FSA Health Equity	866.346.5800	HealthEquity.com	
COBRA WEX Health	833.225.5939	www.wexinc.com	
EAP Lincoln	888.628.4824	guidanceresources.com	
401(k) Plan NetBenefits	800.294.4015	netbenefits.com	

