

neighborly®



2026

GUÍA DE
BENEFICIOS

ESTÉ BIEN. MANTÉNGASE BIEN.

CONTACTOS IMPORTANTES

Beneficio	Administrador	Teléfono	Sitio web / Correo electrónico
Médico	BCBS de Texas	800-521-2227	www.bcbstx.com
Medicamentos recetados	RxBenefits / Express Scripts	800-334-8134	Correo electrónico: RxHelp@RxBenefits.com www.express-scripts.com
HSA	Empower HSA	800-331-5455	www.empowermyretirement.com
FSA	Wex	866-451-3399	www.wexinc.com
Dental	MetLife	800-942-0854	www.mybenefits.metlife.com Organización para iniciar sesión: Neighborly
Vision		855-638-3931	
Vida		800-438-6388	
Incapacidad		866-729-9201	
Accidente		800-438-6388	
Enfermedad grave		800-438-6388	
Indemnización Hospitalaria		800-438-6388	
Programa de asistencia al empleado (EAP)		888-319-7819	www.one.telushealth.com
HealthJoy	Asesoramiento sanitario y telesalud	877-500-3212	www.healthjoy.com/members Correo electrónico: Support@healthjoy.com
Plan de ahorro 401(k)	Empower Retirement	800-338-4015	www.empowermyretirement.com
Asesor de inversiones	Russell Livesay Disciplined Investors LLC	254-755-8622	www.dinvestors.com Correo electrónico: rl@dinvestors.com
Centro de Defensa de Beneficio (BAC)	Gallagher	833-775-2147	Correo electrónico: bac.neighborly@ajg.com

Índice

Contactos importantes	2
¡Bienvenido a sus beneficios!.....	4
Elegible.....	5
Médico + Rx	6
Comparación de planes médicos	7
Cuentas de ahorros para la salud	9
Seguro dental	10
Seguro oftalmológico	11
Cuenta de Gastos Flexible – Cuidado de dependientes.....	12
Seguro de vida y AD&D.....	12
Accidentes.....	13
Enfermedad grave.....	14
Indemnización Hospitalaria.....	15
Incapacidad	16
Planificación para la jubilación.....	17
Programa de asistencia al empleado	18
Beneficios adicionales.....	19
Notificaciones sobre la cobertura médica	20

¡BIENVENIDO A SUS BENEFICIOS!

Nos complace ofrecerle una amplia gama de beneficios competitivos que constituyen una parte fundamental de su remuneración total. Usted tiene la flexibilidad de elegir entre una completa gama de beneficios para mantener su salud y la de su familiar, proporcionar protección financiera en caso de eventos imprevistos y ayudarlo a construir una seguridad a largo plazo para su jubilación. Este folleto ha sido diseñado para responder a algunas de las preguntas básicas que pueda tener sobre sus beneficios. Tómese el tiempo necesario para revisar este folleto y asegurarse de que comprende los beneficios que están a su disposición y a la de su familiar.

Este folleto destaca las principales características de nuestro programa de beneficios para asociados. No incluye todas las normas, detalles, limitaciones y exclusiones del plan. Los términos de sus planes de beneficio se rigen por documentos legales, incluidos los contratos de seguro. En caso de inconsistencia entre este folleto y los documentos legales del plan, los documentos del plan tendrán la autoridad final. Neighborly se reserva el derecho de cambiar o suspender sus planes de beneficios para asociados en cualquier momento.



Escanee aquí para acceder a Workday



REQUISITOS

Si usted es un asociado a tiempo completo con un horario de al menos 30 horas semanales, tiene derecho a los beneficios. Los beneficios entran en vigor el primer día del mes siguiente a los 30 días completos de empleo. También puede inscribir a sus dependientes elegibles para que disfruten de la cobertura. Los dependientes elegibles pueden ser:



Hijos menores de 26 años

Independientemente de

- Estatus estudiantil
- Estado civil



Tu cónyuge legal* o tu pareja de hecho cualificada

- Si el cónyuge* / pareja de hecho no tiene acceso a otra cobertura



Hijos mayores de 26 años

- Un hijo de cualquier edad que sea mental o físicamente incapaz de recibir asistencia médica para sí mismo, viva con usted y figure como dependiente en su declaración de impuestos del IRS

El cónyuge no puede estar cubierto por el seguro médico si tiene acceso a otra cobertura, pero puede estar cubierto por todos los demás beneficios.

Evento de vida elegible

Durante el año, no puede realizar cambios en sus beneficios a menos que tenga un evento de vida calificado. Si no realiza cambios en sus beneficios dentro de los 30 días posteriores al evento de vida calificado, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción abierta anual para realizar cambios.

Un evento de vida calificado		Documentación necesaria
Cambio en el estado civil	Matrimonio	Copia del certificado de matrimonio
	Divorcio/separación legal	Copia de la sentencia de divorcio
	Fallecimiento	Copia del certificado de defunción
Cambio en el número de personas a cargo	Nacimiento o adopción	Copia del certificado de nacimiento o copia de los documentos legales de adopción
	Hijastro	Copia del certificado de nacimiento más una copia del certificado de matrimonio entre el asociado y su cónyuge
	Fallecimiento	Copia del certificado de defunción
Cambio en el empleo	Cambio en su situación de elegibilidad (por ejemplo, de tiempo completo a tiempo parcial)	Notificación de aumento o reducción de horas que modifica el estado de cobertura
	Cambio en los beneficios o la situación laboral del cónyuge	Notificación del estado de empleo del cónyuge que da lugar al siniestro o a la obtención de la cobertura

MÉDICO + RX

El seguro médico es esencial para su bienestar, y nuestra cobertura médica le brinda a usted y a su familiar la protección que necesitan para los problemas de salud cotidianos o cuando ocurre algo inesperado.

Neighborly ofrece dos opciones de planes médicos a través de Blue Cross Blue Shield of Texas.

Plan BCBS PPO: cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el deducible. Usted paga un copago fijo por consultas presenciales, visitas a especialistas, medicamentos recetados, servicios de sala de emergencias y pruebas de diagnóstico.

Plan BCBS HSA: un plan de salud con deducible alto (HDHP) le permite pagar cuotas más bajas y ahorrar dinero antes de impuestos para gastos de atención médica, ahora o en el futuro, utilizando una cuenta de ahorros para la salud. Por lo general, usted paga todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. La atención preventiva dentro de la red está cubierta antes de que usted alcance su deducible.

Partes de su plan médico

- **Asistencia médica preventiva:** siempre cubierta al 100 % cuando utiliza proveedores dentro de la red e incluye cosas como exámenes físicos, vacunas contra la gripe y exámenes.
- **Deducible anual:** el monto **que** usted paga cada año por los gastos elegibles dentro y fuera de la red antes de que el plan comience a pagar.
- **Máximos anuales de gastos de bolsillo:** el máximo que pagará cada año por los servicios elegibles dentro y fuera de la red, incluidas las recetas médicas. Una vez que alcance su máximo de gastos de bolsillo, el plan se hará cargo del costo total de la asistencia médica cubierta durante el resto del año.
- **Los copagos** son un monto fijo que usted paga por un servicio de atención médica. Los copagos no cuentan para su deducible, pero sí cuentan para su máximo anual de gastos de bolsillo.
- **Coseguro:** una vez que haya alcanzado su deducible, usted y el plan comparten el costo de la asistencia médica, lo que se denomina coseguro.



COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS

Administrado por Blue Cross Blue Shield of Texas (BCBSTX)

Puede visitar cualquier proveedor médico que elija, pero los proveedores dentro de la red ofrecen el más alto nivel de beneficio y menores gastos de bolsillo.

Los proveedores dentro de la red cobran a los miembros tarifas reducidas y contratadas en lugar de sus tarifas habituales. Los proveedores fuera de la red del plan establecen sus propias tarifas, por lo que es posible que usted deba pagar la diferencia si las tarifas de un proveedor superan los límites razonables y habituales (R&C). Utilizamos la red nacional de proveedores Blue Cross Blue Shield of Texas (BCBSTX) para todas las opciones de planes médicos. Para determinar si su proveedor actual está en la red o para localizar proveedores cerca de usted, llame a Servicios para Miembros de BCBSTX al **800-521-2227** o visite www.bcbstx.com. Para obtener más detalles sobre nuestros planes de beneficio para 2026 (cómo funcionan, qué cubren, qué costo tienen y los documentos del Resumen de beneficios y cobertura [SBC]), visite myneighborlybenefits.com.

	Plan PPO de BCBS		Plan HSA de BCBS	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
	USTED PAGA			
Deducible anual (Individual / Familiar)	\$1,500 / \$3,000	\$3,000 / \$6,000	\$3,500 / \$7,000	\$8,000 / \$16,000
Máximo anual de gastos de bolsillo (Individual / Familiar)	\$6,250 / \$12,500	\$12,000 / \$24,000	\$5,000 / \$10,000	\$12,000 / \$24,000
Asistencia médica preventiva	\$0	40 % después del deducible	\$0	30 % después del deducible
Consulta Presencial habitual	Copago de \$25	40 % después del deducible	20 % después del deducible	30 % después del deducible
Consulta presencial al especialista	Copago de \$70	40 % después del deducible	20 % después del deducible	30 % después del deducible
Sala de Urgencias	Copago de \$70	40 % después del deducible	20 % después del deducible	30 % después del deducible
Visita a la sala de emergencias	Copago de \$350		20 % después del deducible	
Coseguro	20 % después del deducible		20 % después del deducible	

Aportes médicos

Niveles de beneficios	Plan PPO de BCBS*	Plan BCBS HSA*
	Deducción quincenal	Deducción quincenal
Solo para asociados	\$72.04	\$46.38
Asociado + Cónyuge/pareja de hecho**	\$256.13	\$184.93
Asociado + Hijo(s)	\$232.84	\$168.12
Asociado + Familiar	\$392.86	\$266.97

*Las tarifas para los consumidores de tabaco aumentan en \$40 al mes para todos los niveles de cobertura.

**Por ley, si una pareja de hecho no reúne los requisitos para ser considerada dependiente a efectos fiscales, el pago de sus beneficios no puede realizarse antes de impuestos, y el «valor» de los aportes de los asociados y del empleador a la pareja de hecho está sujeto a impuestos.

COMPARACIÓN DE PLANES RX

Cuando se inscriba en la cobertura médica, también recibirá beneficios para medicamentos recetados a través de Express Scripts. Aquí puede ver los aspectos básicos, asegúrese de consultar el **formulario** para obtener una lista completa de los medicamentos recetados que cubre el plan.

	Medicamentos recetados (Express Scripts) Dentro de la red			
	Plan PPO de BCBS		Plan BCBS HSA	
	Suministro para 30 días	Pedido por correo de 90 días	Suministro para 30 días	Pedido por correo para 90 días
	USTED PAGA			
Genérico minorista	Copago de \$15	Copago de \$37.50	0 % después del deducible	0 % después del deducible
Marca preferida minorista	Copago de \$30	Copago de \$75		
Marca no preferida en tiendas minoristas	Copago de \$60	Copago de \$150		
Especialidad	Copago de \$120	Copago de \$300		

Fuera de la red no cubierto.

Ahorre en Medicamentos recetados

Pida genéricos

Los medicamentos genéricos y de marca tienen los mismos ingredientes activos, lo que significa que tienen la misma eficacia para tratar su afección. La principal diferencia es el costo para usted.

Los medicamentos de marca suelen ser más caros debido al largo proceso de desarrollo de los mismos. Los fabricantes cobran más para recuperar los costes. Cuando expira una patente, otros fabricantes pueden producir el medicamento y la competencia hace que el precio baje.

Servicios para miembros de RxBenefits

Acceda a los representantes de los servicios para miembros de RxBenefits, que pueden ayudarle a usted, a su médico y a su farmacia con preguntas sobre su red, la cobertura de recetas, los medicamentos por correo, la autorización previa y mucho más.

Puede mantenerse al día y gestionar sus medicamentos en cualquier momento y lugar utilizando la aplicación móvil Express Scripts, disponible en App Store y Google Play. Después de la descarga, los usuarios que la utilicen por primera vez deben registrarse con su número de identificación de miembro, que se encuentra en su tarjeta médica de BCBS, o con su número de la Seguridad Social (SSN).

Servicios para miembros de RxBenefits

800-334-8134

De lunes a viernes

7:00 a. m. – 8:00 p. m. (hora central)

customercare@rxbenefits.com

Página de inicio de sesión para miembros de ESI: <https://www.express-scripts.com/login>

CUENTAS DE AHORRO PARA LA SALUD

Cuando se inscribe en el plan médico HSA de BCBS, puede ser elegible para abrir una cuenta de ahorros para la salud (HSA) a través de Optum Bank. Tanto Neighborly como usted pueden aportar dinero a su HSA, hasta el límite establecido por el IRS. Tenga en cuenta que el límite del IRS incluye tanto los aportes del empleador como los de los asociados.

Una cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés) es una cuenta de ahorros personal que puede utilizar para pagar gastos médicos calificados de su bolsillo con dólares antes de impuestos, ahora o en el futuro. Una vez que se inscriba en la HSA, recibirá una tarjeta de débito para ayudarle a administrar sus reembolsos de la HSA. Su HSA se puede utilizar para usted y sus dependientes, incluso si sus dependientes no están cubiertos por el plan médico de la HSA.

Cómo funciona una cuenta de ahorros para la salud



Requisitos de elegibilidad

Debe inscribirse en el Plan Médico BCBS HSA y cumplir con todos los requisitos de elegibilidad del IRS.



Aportes

Si se inscribe en el plan médico BCBS HSA, Neighborly proporcionará un aporte del empleador, basado en su inscripción en el plan. \$1,000 al año (\$38.46 cada dos semanas) solo para el asociado | \$2,000 al año (\$76.92 cada dos semanas) para el familiar.

***La financiación del empleador se prorrateará en cada nómina.**

Usted contribuye antes de impuestos y puede cambiar la cantidad que aporta de cada nómina hasta el Máximo Anual del IRS de \$4,400 si se inscribe solo usted o \$8,750 si se inscribe en la cobertura familiar. Puede realizar una contribución adicional de recuperación de \$1,000 si tiene 55 años o más.



Gastos elegibles

Puede utilizar los fondos de su HSA para cubrir los gastos médicos, dentales, oftalmológicos y de Medicamentos recetados en los que incurran usted y los miembros elegibles de su familiar.



Cómo utilizar su cuenta

Utilice la tarjeta de débito vinculada a su HSA para cubrir los gastos elegibles, o pague los gastos de su propio bolsillo y ahorre el dinero de su HSA para futuros gastos de asistencia médica.



Su HSA siempre es suya, pase lo que pase.

Una de las mejores características de una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) es que cualquier dinero que quede en su cuenta al final del año se transfiere, por lo que puede utilizarlo el año siguiente o en cualquier momento en el futuro. Y si deja la empresa o se jubila, su Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) le acompaña, por lo que puede seguir pagando o ahorrando para futuros gastos médicos elegibles.

SEGURO DENTAL

Administrado por MetLife

La asistencia médica bucodental no es un lujo, es una necesidad para gozar de una salud óptima a largo plazo.

Con un enfoque en la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento, el seguro dental puede reducir considerablemente sus costes en lo que respecta a procedimientos restauradores y de urgencia. Los servicios preventivos están cubiertos sin coste alguno para usted e incluyen revisiones y limpiezas rutinarias. Solo pagará un pequeño deducible y un coseguro por los servicios básicos y los servicios principales.

Cuando visite a un dentista de la red, maximizará sus ahorros. Estos dentistas han acordado reducir sus cargos, lo que significa que no se le cobrará más de la parte que le corresponde de la factura. Para encontrar un proveedor, visite www.MetLife.com/dental. Seleccione «Buscar un dentista» en la página de inicio.



Novedad para 2026:
un plan dental adicional
sin cobertura ortodóntica.

	Plan dental n.º 1 (con ortodoncia)		Plan dental n.º 2 (sin ortodoncia)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual (90 % UCR*)	\$50 por persona \$150 por familiar	\$50 por persona \$150 por familiar	\$75 individual \$225 por familiar	\$75 individual \$225 por familiar
Máximo Anual	\$1,500 por persona	\$1,500 por persona	\$1,000 por persona	\$1,000 por persona
	USTED PAGA		USTED PAGA	
Preventivo Exámenes, limpiezas (cada 6 meses)	\$0	\$0	\$0	\$0
Básico Empastes, extracciones, reparaciones	20%	20%	20%	20%
Grandes Coronas individuales, puentes, dentaduras postizas	50%	50%	50%	50%
Ortodoncia	50%	50%	No cubierto	No cubierto
Máximo Vitalicio para ortodoncia	\$1,250 por persona	\$1,250 por persona	No cubierto	No cubierto

*El 90 % de UCR significa que existe un 10 % de probabilidades de que los cargos de su proveedor fuera de la red sean superiores al reembolso habitual y acostumbrado de MetLife por ese servicio y que se le facture la diferencia.

Aportes dentales

Niveles de beneficios	Plan dental n.º 1 (con ortodoncia)	Plan dental n.º 2 (sin ortodoncia)
	Deducción quincenal	Deducción quincenal
Asociado	\$15.34	\$14.16
Asociado + Cónyuge/pareja de hecho*	\$31.11	\$28.71
Asociado + Hijo(s)	\$42.37	\$39.11
Asociado + Familiar	\$62.32	\$57.52

*Por ley, si una pareja de hecho no cumple los requisitos para ser considerada dependiente a efectos fiscales, el costo de sus beneficios no puede pagarse antes de impuestos, y el «valor» de los aportes de los asociados y empleadores a las parejas de hecho está sujeto a impuestos.

SEGURO OFTALMOLÓGICO

Administrado por MetLife

La salud ocular y una visión clara son una parte importante de su salud general y calidad de vida.

Puede inscribirse usted y sus dependientes elegibles, o puede renunciar a la cobertura oftalmológica. No es necesario estar inscrito en la cobertura médica para elegir la cobertura oftalmológica o cubrir a los mismos dependientes en la cobertura médica y oftalmológica.

Puede acudir al oftalmólogo que prefiera, pero ahorrará dinero si utiliza un proveedor participante de MetLife. Para localizar un proveedor participante, póngase en contacto con MetLife en **el 855-638-3931** o visite el sitio web www.MetLife.com/vision.

La siguiente tabla resume las características principales del plan Vision. Consulte los documentos oficiales del plan para obtener información adicional sobre la cobertura y las exclusiones.

	Vision PPO	
	Dentro de la red	Fuera de la red
	USTED PAGA	REEMBOLSO
Examen ocular	\$0	Hasta \$45
Lentes monofocales	\$0	Hasta \$30
Lentes bifocales	\$0	Hasta \$50
Lentes trifocales	\$0	Hasta \$65
Monturas	Hasta \$120 (luego 20 % de descuento)	Hasta \$55
Lentes de contacto necesarias	\$0	Hasta \$210
Contactos electivos	Hasta \$120	Hasta \$105
FRECUENCIA		
Examen, lentes, monturas	Cada 12 meses	Cada 12 meses

Aportes para la visión

Niveles de beneficios	Deducción quincenal
Asociado	\$3.12
Asociado + Cónyuge/pareja de hecho*	\$6.26
Asociado + Hijo(s)	\$5.30
Asociado + Familiar	\$8.74

*Por ley, si una pareja de hecho no cumple los requisitos para ser considerada dependiente a efectos fiscales, el costo de sus beneficios no puede ser pagado antes de impuestos, y el «valor» de los aportes del asociado y del empleador para la pareja de hecho está sujeto a impuestos.



CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE: ASISTENCIA MÉDICA DEPENDIENTE

Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de personas dependientes

Aporte hasta 7.500 dólares al año (3.750 dólares si está casado y presenta declaraciones de impuestos por separado), antes de impuestos, para pagar los gastos de guardería relacionados con la asistencia médica de personas mayores o niños dependientes que sean necesarios para que usted o su cónyuge puedan trabajar o asistir a la escuela a tiempo completo.

Úselo o piérdalo

Si no gasta todo el dinero de su FSA antes del 31 de marzo de 2027, según las normas del IRS para los aportes antes de impuestos, el dinero no utilizado se perderá.

Los detalles del plan están disponibles en myneighborlybenefits.com y www.wexinc.com. Para obtener una lista de los gastos que cumplen los requisitos, visite www.irs.gov y busque la Publicación 502.

VIDA Y AD&D

El seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D) paga un beneficio único a sus beneficiarios para ayudarles a cubrir los gastos en caso de fallecimiento o de lesión accidental cubierta. El seguro básico de vida y AD&D se le proporciona sin coste alguno, y usted tiene la opción de adquirir cobertura para sus dependientes.

Básico de vida y AD&D

Para usted: 1 vez sus ingresos anuales básicos, hasta un máximo de \$300,000, con un mínimo de \$25,000.

Si la cobertura del seguro de vida pago por su empresa es superior a \$50,000, el IRS exige que el valor que supere esa cantidad se añada a sus ingresos impositivos. Esto significa que es posible que vea un pequeño monto incluido en su nómina por propósito fiscal. No está pagando más por la cobertura, simplemente es la forma en que el IRS trata el valor de este beneficio.

Voluntario de Vida y AD&D

Para usted: 1, 2, 3 o 4 veces sus ingresos, hasta un máximo de \$1,000,000. Monto garantizado de \$250,000.

Para su cónyuge: \$10,000, \$25,000, \$50,000 o \$100,000. Monto garantizado de \$50,000.

Para su hijo: \$5,000 o \$10,000 desde el nacimiento hasta los 26 años. La emisión garantizada es el monto total.

Emisión garantizada y prueba de asegurabilidad

Los asociados y cónyuges que elijan la cobertura Voluntario de Vida y AD&D cuando sean elegibles por primera vez pueden elegir hasta el monto de emisión garantizada (GI) sin necesidad de presentar evidencia de asegurabilidad (EOI). Si el monto solicitado es superior al GI, deberá proporcionar la EOI antes de que el monto superior al GI entre en vigor.

Tenga en cuenta que los montos de emisión garantizada solo están disponibles durante su período de elegibilidad inicial. Si ya es asociado, cualquier nueva elección o cambio en la cobertura de Voluntario de Vida requerirá evidencia de asegurabilidad.

Si elige el seguro de vida voluntario y el seguro voluntario AD&D, los montos de los beneficios deben ser iguales.

ACCIDENTE

El seguro de accidentes paga un pago único si usted sufre lesiones a causa de un accidente. Le permite hacer un reclamo por beneficios incluso si las lesiones que sufre no le impiden trabajar. También puede complementar el seguro médico si un accidente le ocasiona gastos médicos que su seguro médico no cubre.

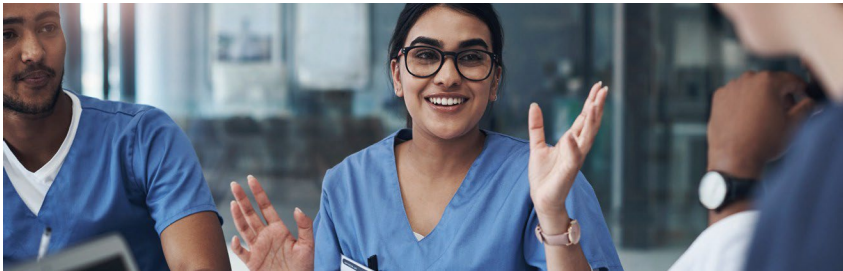
¿Cómo funciona el seguro de accidentes?

Las pólizas de seguro contra accidentes pueden proporcionarle un pago único que se le pagará directamente y que le ayudará a sufragar una amplia gama de situaciones, incluyendo la asistencia médica inicial, la cirugía, el transporte y el alojamiento, y la asistencia médica de seguimiento. Así es como funciona:

- Se paga un monto fijo en función de la lesión que haya sufrido y el tratamiento que haya recibido.
- Los beneficios se le pagan directamente a usted (a menos que especifique lo contrario) y puede utilizarlos como considere oportuno.
- La cobertura está disponible para usted, su cónyuge y sus hijos dependientes elegibles.
- No es necesario responder preguntas médicas ni someterse a un examen físico para obtener la cobertura básica.
- El seguro de accidentes cubre las lesiones que se producen en el trabajo o fuera de él, a diferencia de la indemnización por accidente laboral, que solo cubre las lesiones sufridas en el trabajo.
- Los beneficios no se ven reducidos por ningún otro seguro que pueda tener con otras compañías.
- Tenga en cuenta que usted es responsable de presentar los reclamos al proveedor.

Ejemplos de gastos cubiertos

- Visitas a la sala de emergencias
- Hospitalizaciones
- Fracturas y luxaciones
- Exámenes médicos
- Fisioterapia
- Transporte y alojamiento



Aporte por accidente

Niveles de beneficios	Deducción quincenal
Asociado	\$3.60
Asociado + Cónyuge/pareja de hecho	\$7.11
Asociado + Hijo(s)	\$8.56
familiar	\$10.10

ENFERMEDAD GRAVE

Mientras que el seguro médico es fundamental, no lo cubre todo. Si padece una enfermedad grave, como cáncer, un derrame cerebral o un infarto, es posible que el seguro médico no le proporcione la cobertura que necesita. El seguro de enfermedad grave aliviará la presión financiera y le ayudará a centrarse en su recuperación.

¿Cómo se hará el pago de una reclamación por enfermedad grave?

Después de contratar un seguro por enfermedad grave, si padece alguna de las enfermedades graves cubiertas por su póliza, se le pagará un pago único. El pago se le abonará directamente a usted, en lugar de a un proveedor médico. El pago que reciba se puede utilizar para muchas cosas, entre ellas:

- Costos de cuidado infantil
- Gastos médicos y de manutención
- Gastos de viaje para usted y su familiar
- Salarios perdidos por el tiempo de trabajo perdido
- Tenga en cuenta que usted es responsable de presentar los reclamos al proveedor.

Ejemplos de gastos cubiertos

- Ataque cardíaco
- Esclerosis múltiple
- Accidente cerebrovascular
- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad de Parkinson
- Fallo de órganos vitales



Aportes por enfermedades graves

RANGO DE EDAD*	\$5,000		\$10,000	
BISEMANAL	Sin tabaco	Tabaco	Sin tabaco	Tabaco
<34	\$0.95	\$1.02	\$1.89	\$2.03
35 – 44	\$1.64	\$1.96	\$3.28	\$3.92
45 – 54	\$3.67	\$5.52	\$7.34	\$11.03
55 – 64	\$7.43	\$13.32	\$14.86	\$26.63
65	\$13.18	\$26.31	\$26.35	\$52.62
Cobertura infantil	Incluido en la elección del asociado			

*Edad al 1/1/2026.

INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

MetLife se complace en ofrecerle la oportunidad de proporcionar protección financiera a través del seguro de indemnización hospitalaria como parte de nuestra cartera de productos voluntarios. El seguro de indemnización hospitalaria ofrece beneficios que incluyen:

- Beneficio disponible por hospitalización y tratamiento asociado
- Portabilidad a través del seguro continuo con pago de cuotas, que ofrece a los asociados la posibilidad de mantener su cobertura actual cuando cambia su situación laboral con el empleador
- Sin coordinación con otros beneficios del seguro
- Los asociados reciben un beneficio único de pago que pueden utilizar según lo consideren necesario.
- Los asociados y sus familiares tendrán acceso a descuentos o servicios que les proporcionarán herramientas y recursos prácticos para ayudarles a afrontar los giros y vueltas de la vida.

El seguro de indemnización hospitalaria de MetLife puede complementar la cobertura médica existente y ayudar a proporcionar apoyo financiero para pagar los gastos de bolsillo, como deducibles, copagos y servicios médicos no cubiertos. Los beneficios se pagan independientemente de lo que cubra el seguro médico. Los pagos se realizan directamente a los asociados cubiertos para que los gasten como deseen.

Beneficios cubiertos

Póngase en contacto con MetLife para obtener definiciones detalladas de los beneficios cubiertos.

Subcategoría	Límites de los beneficios (se aplica a la subcategoría)	Beneficio	Montos de los beneficios
Beneficio hospitalario			
Beneficio por ingreso hospitalario	4 veces por año calendario	Ingreso	\$1,000
		Ingreso suplementario en la UCI (beneficio que se paga simultáneamente con el beneficio por ingreso cuando una persona cubierta es ingresada en la UCI)	\$1,000
Beneficio por hospitalización	31 días por hospitalización El confinamiento complementario de la UCI pagará un beneficio adicional por 31 de esos días.	Confinamiento	\$200
		Confinamiento suplementario en la UCI (beneficio que se paga simultáneamente con el beneficio por confinamiento cuando una persona cubierta ingresa en la UCI)	\$200
Beneficio por hospitalización para cuidados neonatales Asistencia médica en la sala de neonatos	3 días por hospitalización	Beneficio por hospitalización para recién nacidos Asistencia médica infantil	\$200
Beneficio de rehabilitación hospitalaria	15 días por año calendario	Rehabilitación hospitalaria (por lesión o enfermedad)	\$200
Beneficios de asistencia médica adicionales			
Beneficio de ambulancia	1 vez por año calendario	Transporte en ambulancia terrestre	\$100
Asistencia médica	10 días por año calendario	Centro de asistencia médica	\$100
	20 días de vitalicio	Atención médica domiciliaria	\$100
Otros beneficios			
Beneficio de exámenes médicos	1 vez(es) por año calendario por persona cubierta	Exámenes médicos	\$50

Aporte a la Indemnización Hospitalaria

Niveles de beneficios	Deducción quincenal
Asociado	\$6.76
Asociado + Cónyuge/pareja de hecho	\$15.81
Asociado + Hijo(s)	\$14.39
familiar	\$19.53

INCAPACIDAD

El seguro por incapacidad puede mantener su estabilidad financiera en caso de que sufra una incapacidad que cumpla los requisitos y no pueda trabajar. Puede ayudarle a sentirse seguro, sabiendo que, si ocurre algo inesperado, seguirá recibiendo ingresos. Una incapacidad que cumple los requisitos es una enfermedad o lesión que le impide realizar cualquier otro trabajo para el que esté o pueda estar cualificado por su formación, capacitación o experiencia.

Cobertura por incapacidad a corto plazo (STD)

Este plan está patrocinado por Neighborly y es un plan de incapacidad autoasegurado. No pagará nada de sus gastos de bolsillo por esta cobertura.

Cobertura LTD

Usted paga el costo de la cobertura LTD con dólares después de impuestos, de modo que cualquier beneficio que pueda recibir no se grava como ingreso. El costo mensual es de 0,460 dólares por cada 100 dólares de salario mensual cubierto.

Incapacidad de largo plazo voluntaria	Todos los asociados
Tarifa por cada \$100 de salario cubierto quincenal	\$0,2123 (redondeado)

Resumen de los beneficios de incapacidad

Los beneficios del Plan STD comienzan después del día 0 del accidente o del día 7 de la enfermedad.

Las siguientes 12 semanas

El STD reemplaza el 60 % de sus ingresos semanales hasta un máximo de \$1,250 durante 12 semanas. El STD por maternidad se paga al 100 %. El beneficio comienza después de 7 días de enfermedad o inmediatamente después de un accidente.

Después de 12 semanas

El LTD sustituye el 60 % de sus ingresos mensuales hasta un máximo de \$8,000.

El beneficio comienza tras 12 semanas de incapacidad y los pagos se prolongarán durante el resto del periodo de incapacidad, hasta un máximo de 24 meses (o más, con la aprobación de MetLife) tras la finalización de los beneficios por incapacidad a corto plazo.

PLANIFICACIÓN DE LA JUBILACIÓN

Una de las mejores formas de garantizar una jubilación segura es empezar a ahorrar lo antes posible. Nuestro plan de ahorro 401(k) le permite ahorrar para la jubilación antes o después de impuestos. Usted es elegible para comenzar a realizar aportes a su plan Neighborly 401(k) a los 60 días de empleo. Se le inscribirá automáticamente con una tasa del 6 % a partir de la primera nómina tras los 60 días de empleo, a menos que decida no participar o designe un monto de aporte. Puede darse de baja en cualquier momento.

Para inscribirse en el plan 401(k), visite www.empowermyretirement.com o llame a Empower Retirement al **800-338-4015**. Si tiene un plan 401(k) de un empleador anterior y está interesado en transferirlo a nuestro plan, el centro de servicio de Empower Retirement puede asesorarle durante el proceso.

AUMENTE SUS AHORROS PARA LA JUBILACIÓN CON UN PLAN 401(K)

Financiado con dólares antes o después de impuestos

Para los asociados menores de 50 años: se espera que el límite de aplazamiento anual electivo aumente a \$24,500.

Aportes de recuperación estándar (para mayores de 50 años): Se prevé que el límite anual adicional de aportes de recuperación aumente a 8000 dólares, lo que elevaría el aporte potencial total de los asociados a \$32,500.

Aportes de recuperación mejorados (para personas de entre 60 y 63 años): se prevé un límite anual de recuperación más alto, de \$11,500. Esto elevaría el aporte potencial total del asociado a \$36,000.

¿Busca orientación sobre inversiones, finanzas o planificación de la jubilación del asociado? Como participante en el plan Neighborly 401(k), tiene acceso a la asistencia personalizada de nuestro fiduciario 401(k), de forma totalmente gratuita. Los inversores disciplinados están a su disposición para ayudarlo a tomar decisiones financieras

informadas. Para concertar una sesión individual, póngase en contacto con:

- Russell Livesay –rl@dinvestors.com | **254-755-8622**
- Sabrina Moore –sabrina@dinvestors.com | **254-754-9102**

Adquisición de derechos

La adquisición de derechos es del 20 % cada año, lo que significa que usted adquiere todos los derechos tras completar 5 años de servicio.

Aportes de Neighborly y calendario de adquisición de derechos sobre las ganancias	
Años de servicio	Porcentaje
Menos de 1 año	0%
1 año	20%
2 años	40%
3 años	60%
4 años	80%
5 años	100%



PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

Ofrecemos a nuestros asociados y a sus familiares elegibles acceso gratuito a consejeros autorizados a través de nuestro Programa de Asistencia al Empleado, independientemente de si eligen u no otras coberturas de beneficio. A través de esta cobertura, los asociados y sus familiares reciben apoyo y orientación inmediatos, así como derivaciones a otros servicios. Usted y sus familiares tienen acceso telefónico ilimitado a consejeros calificados y hasta 5 visitas presenciales al año, según sea necesario.

Puede ponerse en contacto con el EAP para obtener ayuda con lo siguiente:

- Problemas matrimoniales o familiares
- Estrés, ansiedad o depresión
- Abuso de sustancias
- Problemas financieros
- Padres mayores

Es importante señalar que todas las conversaciones del EAP son voluntarias y estrictamente confidenciales. Si usted y su consejero determinan que se necesita ayuda adicional, se le derivará al recurso más adecuado y asequible disponible. Aunque usted es responsable del costo de las derivaciones, estos costos suelen estar cubiertos por su plan médico.

Llame al **888-319-7819** para obtener más información.

También puede acceder a los recursos en línea en www.one.telushealth.com

- **Nombre de usuario:** metlifeeap
- **Contraseña:** eap

BENEFICIOS ADICIONALES

HealthJoy

HealthJoy es el punto de acceso virtual para todas sus necesidades de navegación y de beneficio de atención médica. Este recurso se proporciona SIN COSTO para ayudarle a comprender y aprovechar al máximo sus beneficios.

HealthJoy ofrece acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a un equipo dedicado de asistencia médica, visitas de telemedicina y herramientas de orientación médica. Localice fácilmente médicos dentro de la red, encuentre ahorros adicionales en sus recetas y detecte errores en sus facturas médicas. La aplicación móvil de HealthJoy y el equipo de asistencia médica dedicado a los miembros están siempre disponibles para ayudarle a mantenerse sano y en buen estado de salud. Obtenga más información sobre HealthJoy en myneighborlybenefits.com.

- **JOY:** JOY es tu asistente virtual con tecnología de inteligencia artificial. Está disponible en cualquier momento y en cualquier lugar para explicarte cómo funciona HealthJoy, ofrecerte orientación personalizada, enviarte recordatorios y alertas, y responder a cualquier pregunta.
- **Cartera de beneficios:** acceda a todos sus beneficios en un solo lugar en la cartera digital de beneficios. Puede personalizar su cartera para que se adapte a su vida. Con un solo clic, obtendrá la información y la asistencia que necesita.
- **Asistente personal de atención médica a demanda:** chatee con un asistente personal de atención médica en vivo en cuestión de segundos. Simplemente envíe una solicitud y reciba rápidamente asistencia sobre cualquier tema relacionado con sus beneficios o necesidades de atención médica, como preguntas, problemas con reclamaciones, cuestiones clínicas, programación de citas, investigación, recomendaciones de proveedores y centros, estimación de costos, ayuda con dispositivos médicos y mucho más. Teléfono: **877-500-3212**

HealthJoy Behavioral Health

En línea: <https://healthjoy.com/members/>

Correo electrónico: support@healthjoy.com

Spot Pet

Obtenga el reembolso de las facturas veterinarias elegibles por accidentes, enfermedades y más. ¡Es FÁCIL!

Visite myneighborlybenefits.com para obtener más detalles.

Cómo funciona el seguro para mascotas Spot

- Visite cualquier veterinario o especialista autorizado en EE. UU. O Canadá
- Envíe su reclamo en línea
- Obtenga un reembolso rápido y sencillo por los gastos elegibles.
- Los asociados pueden optar por este beneficio en cualquier momento. Este beneficio no está disponible a través de una deducción de nómina con Neighborly.

Programa de reconocimiento Neighborly

Bravo es una plataforma de estilo red social que permite a los asociados reconocer activamente a otros por un trabajo bien hecho. Los asociados tienen la posibilidad de ganar puntos de recompensa a través del reconocimiento, que pueden canjearse por efectivo en un catálogo con cientos de productos de marcas reconocidas.

Si no estás conectado a la red Neighborly, introduce:

Nombre de usuario: correo electrónico @dwyergroup.com

Contraseña: contraseña de la red Neighborly

AVISOS SOBRE LA COBERTURA SANITARIA

Aviso sobre el mercado

Opciones de cobertura del Mercado de seguros médicos y su cobertura médica PARTE A:

INFORMACIÓN GENERAL

Aunque su empleador le ofrezca cobertura médica, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos («Mercado»). Para ayudarle a evaluar las opciones disponibles para usted y su familiar, este aviso le proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura médica que le ofrece su empleador.

¿Qué es el Mercado de seguros médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que se adapte a sus necesidades y a su presupuesto. El Mercado ofrece un «servicio integral» para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su zona geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en la cuota de mi seguro médico en el Mercado?

Usted puede reunir los requisitos para ahorrar dinero y reducir su cuota mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertos estándares de valor mínimo (que se describen a continuación). Los ahorros a los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura médica del empleador afecta la condición de elegible para obtener ahorros en la cuota a través del mercado?

Sí. Si su empleador le ofrece una cobertura médica que se considera asequible para usted y cumple con ciertos estándares mínimos de valor, no será elegible para un crédito fiscal ni para el pago anticipado del crédito fiscal por su cobertura del mercado, y tal vez le convenga inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos anticipados del crédito que reducen su cuota mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no le ofrece una cobertura que se considere asequible para usted o que cumpla con los estándares mínimos de valor. Si su parte del costo de la cuota de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es superior al 9,12 %⁽¹⁾ de los ingresos anuales de su hogar, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de «valor mínimo» establecido por la Ley de Asistencia Médica Asequible, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago anticipado del crédito, si no se inscribe en la cobertura médica basada en el empleo. Para los familiares del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las cuotas del empleado para el plan de menor costo que cubriría a todos los miembros del familiar no excede el 9,12 % de los ingresos familiares del empleado.^{1,2}

Nota: Si usted compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que le ofrece su empleador, es posible que pierda el acceso a cualquier aporte que este haga a la cobertura basada en el empleo. Además, este aporte del empleador, así como el aporte del empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluyen de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

Además, tenga en cuenta que si la cobertura médica que le ofrece su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero usted la acepta de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe tener en cuenta todos estos factores a la hora de decidir si adquirir un plan de salud a través del Mercado.

¹ Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

² Un plan de salud patrocinado por el empleador u otro plan basado en el empleo cumple con el «estándar de valor mínimo» si la parte del plan que corresponde al total de los costos de beneficio permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 % de dichos costos. A los propósitos de la elegibilidad para el crédito fiscal para cuotas, para cumplir con el «estándar de valor mínimo», el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados como de los servicios médicos.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el período anual de inscripción abierta del Mercado. La inscripción abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa hasta al menos el 15 de diciembre.

Fuera del período de inscripción abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si reúne los requisitos para un período de inscripción especial. En general, usted reúne los requisitos para un período de inscripción especial si ha tenido ciertos eventos elegibles que lo califican, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura médica.

Dependiendo del tipo de período de inscripción especial, puede tener 60 días antes o 60 días después del evento elegible para inscribirse en un plan del Mercado.

También hay un período especial de inscripción en el mercado para las personas y sus familiares que pierdan la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública por la COVID-19 en todo el país, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que se haya inscrito entre el 18 de marzo de 2020 y el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden sus prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas dejen de ser elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos **ofrece un período especial de inscripción temporal en el Mercado para que estas personas puedan inscribirse en la cobertura del Mercado.**

Las personas que reúnen los requisitos para participar en el mercado, que viven en estados atendidos por [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) y que presenten una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente en [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y que certifiquen una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un período de inscripción especial de 60 días. **Esto significa que si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o sus familiares están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para garantizar que reciba cualquier información sobre cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al centro de atención telefónica del mercado al **800-318-2596**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **855-889-4325**.

¿Qué hay de las alternativas a la cobertura de seguro médico del mercado?

Si usted o su familiar reúnen los requisitos para ser elegible para recibir cobertura en un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familiar también pueden reunir los requisitos para un Período de inscripción especial para inscribirse en ese plan de salud en determinadas circunstancias, por ejemplo, si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, tiene 60 días después del siniestro de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familiar perdieron la condición de elegible para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, pueden solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

También puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento rellenando una solicitud a través del mercado o solicitándola directamente a través de la agencia estatal de Medicaid.

Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que le ofrece su empleo, consulte la descripción resumida de su plan de salud o póngase en contacto con benefits@nbly.com.

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para la cobertura de seguro médico y la información de contacto del Mercado de Seguros Médicos de su área.

Aviso médico sobre prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica, y cómo puede acceder a ella. Léalo detenidamente.

EL COMPROMISO DE NUESTRA EMPRESA CON USTED

El objetivo de este aviso es informarle sobre las prácticas de privacidad que sigue Neighborly Health Plan (el Plan) y las obligaciones legales del Plan respecto a su información médica protegida en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). El aviso también explica los derechos de privacidad que usted y sus familiares tienen como participantes del Plan. Entra en vigor el 1/1/2026.

El Plan a menudo necesita acceder a su información médica protegida para poder pagar los servicios de salud y realizar las funciones administrativas del plan. Queremos asegurar a los participantes cubiertos por el Plan que cumplimos con las leyes federales de privacidad y respetamos su derecho a la privacidad. Neighborly exige a todos los miembros de nuestra plantilla y a los terceros a los que se les proporciona acceso a información médica protegida que cumplan con las prácticas de privacidad que se describen a continuación.

Información médica protegida

Su información médica protegida está protegida por la Norma de Privacidad de la HIPAA. En general, la información médica protegida es aquella que identifica a una persona y que ha sido creada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de salud o un empleador en nombre de un plan de salud colectivo, y que se refiere a afecciones físicas o mentales, del beneficio de asistencia médica o el pago de la asistencia médica, ya sea pasada, presente o futura.

Cómo podemos utilizar su información médica protegida

En virtud de la Norma de Privacidad de la HIPAA, podemos utilizar o divulgar su información médica protegida para determinados propósitos sin su permiso. En esta sección se describen las formas en que podemos utilizar y divulgar su información médica protegida.

Pago. Utilizamos o divulgamos su información médica protegida sin su autorización por escrito con el fin de determinar su elegibilidad para recibir beneficios, solicitar el reembolso a un tercero o coordinar los beneficios con otro plan de salud al que esté afiliado. Por ejemplo, un proveedor de atención médica que le haya prestado tratamiento nos proporcionará su información médica. Utilizamos esa información para determinar si esos servicios son elegibles para el pago en virtud de nuestro plan de salud colectivo.

Operaciones de atención médica. Utilizamos y divulgamos su información médica protegida con el fin de realizar funciones de administración del plan, tales como actividades de control de calidad, resolución de quejas internas y evaluación del rendimiento del plan. Por ejemplo, revisamos la experiencia en reclamos con el fin de comprender la utilización de los participantes y realizar cambios en el diseño del plan destinados a controlar los costos de la atención médica.

Sin embargo, se nos prohíbe utilizar o divulgar información médica protegida que sea información genética para nuestro propósito de aseguramiento.

Tratamiento. Aunque la ley permite el uso y la divulgación de su información médica protegida con propósitos de tratamiento, como plan de salud, por lo general no necesitamos divulgar su información con propósitos de tratamiento. Su médico o proveedor de asistencia médica está obligado a proporcionarle una explicación sobre cómo utilizan y comparten su información médica con propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Según lo permita o exija la ley. También podemos utilizar o divulgar su información médica protegida sin su autorización por escrito por otros motivos permitidos por la ley. La ley nos permite compartir información, con sujeción a determinados requisitos, con el fin de comunicarle información sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés, responder a una orden judicial o proporcionar información para promover actividades de salud pública (por ejemplo, prevenir la propagación de enfermedades) sin su autorización por escrito. También se nos permite compartir información médica protegida durante una reestructuración corporativa, como una fusión, venta o adquisición. También divulgaremos información médica sobre usted cuando lo exija la ley, por ejemplo, para prevenir daños graves a usted o a otras personas.

De conformidad con su autorización. Cuando lo exija la ley, le pediremos su autorización por escrito antes de utilizar o divulgar su información médica protegida. Los usos y divulgaciones no descritos en este aviso solo se realizarán con su autorización por escrito. Salvo algunas excepciones limitadas, se requiere su autorización por escrito para la venta de información médica protegida y para el uso o la divulgación de información médica protegida con propósitos de marketing. Si decide firmar una autorización para divulgar información, puede revocar posteriormente dicha autorización para impedir cualquier uso o divulgación futuros.

A socios comerciales. Podemos celebrar contratos con entidades conocidas como socios comerciales que prestan servicios o realizan funciones en nombre del Plan. Podemos divulgar información médica protegida a socios comerciales una vez que estos hayan aceptado por escrito proteger dicha información. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a un socio comercial para gestionar reclamaciones. Los socios comerciales también están obligados por ley a proteger la información médica protegida.

Al patrocinador del plan. Podemos divulgar información médica protegida a determinados empleados de Neighborly con el propósito de administrar el plan. Estos empleados utilizarán o divulgarán la información médica protegida solo cuando sea necesario para realizar funciones de administración del plan o según lo exija HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales.

Su información médica protegida no puede utilizarse con propósito laboral sin su autorización específica.

Sus derechos

Derecho a inspeccionar y copiar. En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida que mantenemos sobre usted. Si solicita copias, le cobraremos un cargo razonable para cubrir los costos de copiado, envío por correo u otros gastos asociados con su solicitud. Su solicitud para inspeccionar o revisar su información médica debe enviarse por escrito a la persona que se indica a continuación. En algunas circunstancias, podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información médica. En la medida en que su información se conserve en un registro médico electrónico, es posible que pueda recibirla en formato electrónico.

Derecho a enmendar. Si cree que la información contenida en sus registros es incorrecta o si falta información importante, tiene derecho a solicitar que corrijamos la información existente o que añadamos la información que falta. Su solicitud de enmendado de su información médica debe enviarse por escrito a la persona que se indica a continuación. En algunas circunstancias, podemos denegar su solicitud de enmendado de su información médica. Si denegamos su solicitud, puede presentar una declaración de desacuerdo para que la incluyamos en cualquier divulgación futura de la información en disputa.

Derecho a un informe de divulgaciones. Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información médica protegida. El informe no incluirá las divulgaciones que se hayan realizado (1) con propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) a usted; (3) de conformidad con su autorización; (4) a sus amigos o familiar en su presencia o debido a una emergencia; (5) por motivos de seguridad nacional; o (6) incidentales a divulgaciones permitidas de otro modo.

Su solicitud de información debe enviarse por escrito a la persona que se indica a continuación. Puede solicitar información sobre las divulgaciones realizadas en los últimos seis años. Puede solicitar una vez al año información sin coste alguno.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar que no utilicemos ni divulguemos información para fines de tratamiento, pago u otros propósitos administrativos, excepto cuando usted lo autorice específicamente, cuando lo exija la ley o en circunstancias de emergencia. También tiene derecho a solicitar que limitemos la información médica protegida que divulguemos a alguien involucrado en su asistencia médica o en el pago de su asistencia médica, como un familiar o amigo. Su solicitud de restricciones debe enviarse por escrito a la persona que se indica a continuación. Consideraremos su solicitud, pero en la mayoría de los casos no estamos legalmente obligados a aceptar esas restricciones.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales que contengan su información médica. Su solicitud de restricciones debe enviarse por escrito a la persona que se indica a continuación. Estamos obligados a atender las solicitudes razonables. Por ejemplo, puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted en su lugar de trabajo o que enviemos las comunicaciones respecto al tratamiento a una dirección alternativa.

Derecho a ser notificado de una violación. Usted tiene derecho a ser notificado en el evento de que nosotros (o uno de nuestros asociados comerciales) descubramos una violación de su información médica protegida no segura. La notificación de cualquier violación de este tipo se realizará de acuerdo con los requisitos federales.

Derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Si ha aceptado recibir este aviso por vía electrónica, también tiene derecho a solicitarnos una copia impresa del mismo. Para obtener una copia impresa de este aviso, póngase en contacto con la persona que se indica a continuación.

Nuestras responsabilidades legales

La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica protegida, proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida, y notificar a las personas afectadas tras una violación de la seguridad de la información médica protegida.

Podemos modificar nuestras pólizas en cualquier momento y nos reservamos el derecho de aplicar los cambios a toda la información médica protegida que conservamos. En el evento de que realicemos un cambio significativo en nuestras pólizas, le proporcionaremos una copia revisada de este aviso. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta o queja, póngase en contacto con:
benefits@nbly.com.

Quejas

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre el acceso a sus registros, puede ponerse en contacto con la persona indicada anteriormente. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles. La persona indicada anteriormente puede proporcionarle la dirección correspondiente si lo solicita, o puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información. No se le penalizará ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante nosotros.

Aviso importante de Neighborly sobre su cobertura de Medicamentos recetados y Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo fácilmente. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Dwyer Franchising, LLC, que opera bajo el nombre comercial Neighborly, y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que cubre y su coste, con la cobertura y los costes de los planes que ofrecen cobertura de Medicamentos recetados de Medicare en su zona. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de Medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible desde 2006 para todas las personas que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como una HMO o una PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer una mayor cobertura a cambio de una cuota mensual más alta.
2. Neighborly ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan Neighborly, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que 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 mantenerla y no pagar una cuota más alta (una penalización) 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 por primera vez para Medicare y cada año, del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual para medicamentos recetados, sin que sea culpa suya, también será elegible para un período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en 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 de Neighborly no se verá afectada. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Neighborly, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

¿CUÁNDO DEBERÁ PAGAR UNA CUOTA MÁS ALTA (penalización) POR INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con Neighborly y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en un plazo de 63 días consecutivos tras la finalización de su cobertura actual, es posible que tenga que pagar una cuota más alta (una penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable para Medicamentos recetados, su cuota mensual puede aumentar al menos un 1 % de la cuota base mensual de Medicare por cada mes que no haya tenido dicha cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su cuota puede ser al menos un 19 % más alta que la cuota base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta cuota más alta (una penalización) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE ESTE AVISO O SOBRE SU COBERTURA ACTUAL DE MEDICAMENTOS RECETADOS...

Póngase en contacto con la persona que se indica a continuación para obtener más información.

NOTA: Recibirá este aviso cada año. 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 Neighborly cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS OPCIONES EN LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE...

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para Medicamentos recetados en el manual «Medicare y usted». Medicare le enviará una copia del manual por correo cada año. También es posible que los planes de Medicamentos recetados de Medicare se pongan en contacto con usted directamente.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE:

- Visite www.medicare.gov.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la contraportada interior de su ejemplar del manual «Medicare y usted» para obtener el número de teléfono) para recibir 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 www.socialsecurity.gov o llame al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**).

Recuerde: Conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite proporcionar una copia de este aviso al inscribirse para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe pagar una cuota más alta (una penalización).

Fecha: 1/1/2026

Nombre de la entidad/remitente: Dwyer Franchising, LLC, que opera bajo el nombre comercial Neighborly

Contacto: benefits@nbly.com

Dirección: 1020 North University Parks
Drive Waco, TX 76707

Número de teléfono: 254-651-3404

OTROS AVISOS

Programa de bienestar y aviso sobre alternativas razonables

Neighborly Wellness es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa se administra de acuerdo con las normas federales que permiten los programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluyendo la Ley de Estadounidenses con Incapacidad 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 decide participar en el programa de bienestar, se le pedirá que complete una declaración jurada de no consumo de tabaco o un programa para dejar de fumar.

Sin embargo, los empleados que decidan no participar en el programa de bienestar incurrirán en una penalización de 40 dólares al mes por consumir tabaco.

Protecciones contra la divulgación de información médica

La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información médica personal identificable. Aunque el programa de bienestar y Dwyer Franchising, LLC, que opera bajo el nombre comercial Neighborly, pueden utilizar la información agregada que recopilan para diseñar un programa basado en los riesgos para la salud identificados en el lugar de trabajo, Neighborly Wellness nunca revelará ninguna de su información personal, ni públicamente ni a su empleador, salvo cuando sea necesario para responder a una solicitud suya de una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o cuando lo permita expresamente la ley. La información médica que le identifica personalmente y que se proporciona en relación con el programa de bienestar no se facilitará a sus supervisores o gerentes y nunca se utilizará para tomar decisiones respecto a su empleo.

Su información médica no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ninguna otra forma, salvo en la medida en que lo permita 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 médica como afección para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con el propósito de prestarle servicios como parte del programa de bienestar deberá cumplir los mismos requisitos de confidencialidad.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus registros personales, la información almacenada electrónicamente se cifrará y ninguna información que usted proporcione como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar ninguna decisión laboral. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier violación de datos y, en el evento de que se produzca una violación de datos que afecte a la información que usted proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos inmediatamente.

No se le puede discriminar en el empleo por la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar, ni se le puede someter a represalias si decide no participar.

Alternativas razonables

Su plan de salud se compromete a ayudarlo a alcanzar su mejor estado de salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados elegibles. Si cree que no podrá cumplir los requisitos para obtener una recompensa del programa de bienestar Neighborly, es posible que pueda optar a la misma recompensa por otros medios.

Póngase en contacto con benefits@nbly.com y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted en función de su estado de salud.

Si tiene alguna pregunta o inquietud respecto a este aviso, o respecto a las protecciones contra la discriminación y las represalias, póngase en contacto con benefits@nbly.com.

Cobertura ampliada para la asistencia médica preventiva de la mujer

En virtud de la Ley de Asistencia Asequible, Neighborly ofrece a las mujeres participantes en el plan un mayor acceso a los servicios preventivos recomendados dentro de la red, incluidos los anticonceptivos, sin reparto de costos.

Otros servicios preventivos para mujeres que estarán cubiertos sin requisitos de reparto de costos incluyen:

- Visitas ginecológicas
- Exámenes de diabetes gestacional
- Pruebas de ADN del VPH
- Asesoramiento sobre ITS y exámenes y asesoramiento sobre el VIH
- Anticoncepción y asesoramiento sobre anticonceptivos
- Apoyo, suministros y asesoramiento sobre lactancia materna
- Exámenes de violencia doméstica

Para obtener una descripción de lo que incluyen estos elementos, visite <https://www.healthcare.gov/preventive-care-women/>.

Período especial de inscripción de 60 días

Además de los eventos elegibles enumerados en la guía de inscripción, usted y sus dependientes tendrán un período especial de 60 días para elegir o cancelar la cobertura si:

- La cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) de usted o de su dependiente se cancela como resultado del siniestro de la pérdida de elegibilidad; o
- Usted o su dependiente pasan a ser elegibles para una subvención de asistencia para el pago de cuotas en virtud de Medicaid o CHIP.

Aviso sobre los derechos de inscripción especial

Si rechaza la inscripción en la cobertura médica para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que tiene otra cobertura de seguro médico, es posible que pueda inscribirse usted o sus dependientes en la cobertura médica de Dwyer Franchising, LLC dba Neighborly si usted o sus dependientes pierden la condición de elegible para esa otra cobertura (o si el empleador deja de hacer su aporte a la otra cobertura de usted o sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo máximo de 30 días después de que finalice la otra cobertura suya o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de aportar a la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribirse usted y a sus dependientes en la cobertura médica de Neighborly, siempre y cuando solicite la inscripción poniéndose en contacto con el administrador de beneficios en un plazo máximo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para obtener más información, póngase en contacto con benefits@nbly.com.

Aviso sobre la protección de la salud de los recién nacidos y las madres

En el caso de las estancias en hospitales maternos, de conformidad con la ley federal, el Plan no restringe los beneficios, para cualquier estancia hospitalaria relacionada 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 impide que el proveedor de asistencia 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). El plan no puede exigir a un proveedor que prescriba una estancia inferior a 48 horas (o 96 horas después de un parto por cesárea).

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de derechos de las mujeres en materia de salud y cáncer de 1998 (WHCRA). Las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía tendrán cobertura, según se determine en consulta con el médico responsable y la paciente, para:

- Todos los estados de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica
- Prótesis
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema

Estos beneficios se proporcionarán con sujeción a los mismos deducibles, copagos y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por su plan médico. Para obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, póngase en contacto con Dwyer Franchising, LLC dba Neighborly o con el administrador de su plan médico.



Gallagher

Este documento es un resumen de la cobertura proporcionada por los planes de beneficio de su empleador, basado en la información facilitada por su empresa. No incluye todos los términos, coberturas, exclusiones, limitaciones y afecciones que figuran en el documento oficial del plan, las pólizas y contratos de seguro aplicables (en conjunto, los «documentos del plan»). Para conocer esos detalles, es necesario leer los documentos del plan. La finalidad de este documento es proporcionarle información general sobre los planes de beneficio de su empleador. No aborda necesariamente todas las cuestiones específicas que pueden serle aplicables. No debe interpretarse como asesoramiento jurídico, ni pretende proporcionarlo. En la medida en que cualquier información contenida en este documento sea incompatible con los documentos del plan, prevalecerán en todos los casos las disposiciones establecidas en los documentos del plan. Si desea revisar los documentos del plan o tiene alguna pregunta respecto a cuestiones específicas o disposiciones del plan, debe ponerse en contacto con su departamento de Recursos Humanos/Beneficio.

© 2025 Arthur J. Gallagher & Co. | 39937

DCN26CVNGH
DCN26CVNGH