



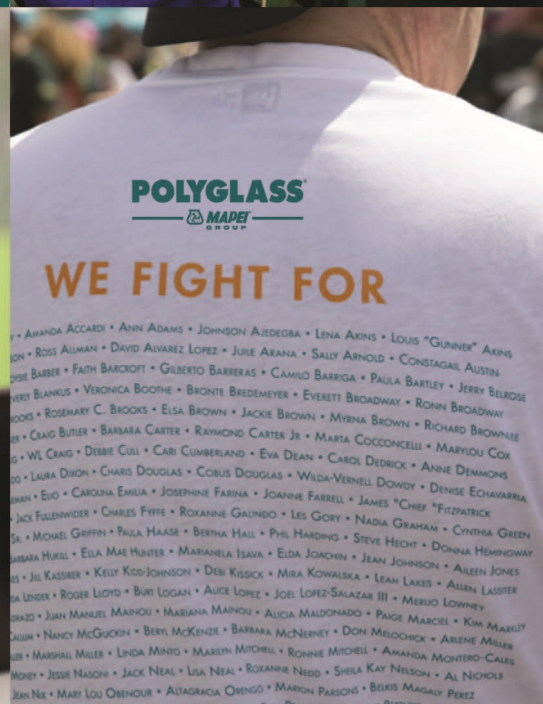
POLYGLASS®



Para empleados
recién contratados y
recientemente elegibles

superior benefits FOR YOU

2024



POLYGLASS®
MAPEI GROUP

WE FIGHT FOR

AMANDA ACCARDI • ANN ADAMS • JOHNSON ALDEGABA • LENA AKINS • LOUIS "GUNNER" AKINS
SON • ROSS ALLMAN • DAVID ALVAREZ LOPEZ • JULIE ARANA • SALLY ARNOLD • CONSTAGAIL AUSTIN
DORSE BARBER • FAITH BARCROFT • GILBERTO BARRERAS • CAMILO BARRIGA • PAULA BARTLEY • JERRY BELROSE
MERRY BLANKUS • VERONICA BOOTHE • BRONIE BREDEMAYER • EVERETT BROADWAY • RONN BROADWAY
BROOKS • ROSEMARY C. BROOKS • ELISA BROWN • JACKIE BROWN • MYRNA BROWN • RICHARD BROWNLEE
ER • CRAIG BUTLER • BARBARA CARTER • RAYMOND CARTER JR • MARTA COCCONCELLI • MARYLOU COX
ED • WL CRAIG • DEBBIE CULL • CARL CUMBERLAND • EVA DEAN • CAROL DEDRICK • ANNE DEMMONS
ED • LAURA DIXON • CHARIS DOUGLAS • COBUS DOUGLAS • WILDA-VERNELL DOWDY • DENISE ECHAVARRIA
ERMAN • ELIO • CAROLINA EMILIA • JOSEPHINE FARINA • JOAQUIN FARRELL • JAMES "CHIEF" FITZPATRICK
• JACK FULLERWIDER • CHARLES FIFFE • ROXANNE GALINDO • LES GORE • NADIA GRAHAM • CYNTHIA GREEN
ER • MICHAEL GRIFFIN • PAULA HAASE • BERTHA HALL • PHIL HARDING • STEVE HECHT • DONNA HEMINGWAY
BARBARA HUKEL • ELLA MAE HUNTER • MARIANELA ISAKA • ELIDA JOACHIN • JEAN JOHNSON • AILEEN JONES
JES • JUL KASSER • KELLY KIDD-JOHNSON • DEN KISSICK • MIRA KOWALSKA • LEAH LAKES • ALLEN LASSITER
ERA LINDER • ROGER LLOYD • BURL LOGAN • ALICE LOPEZ • JOEL LOPEZ-SALAZAR III • MERIJO LOWMEYER
ERAZO • JUAN MANUEL MAINOU • MARIANA MAINOU • ALICIA MALDONADO • PAIGE MARCEL • KIM MARSH
CASHIN • NANCY MCGUCKIN • BETH MCKENZIE • BARBARA MCNERNEY • DON MELOCHICK • ARIEN MILLER
MILLER • MARSHALL MILLER • LINDA MINIO • MARILEN MITCHELL • RONNIE MITCHELL • AMANDA MONTERO-CALES
PERRY • JESSIE NASON • JACK NEAL • LISA NEAL • ROXANNE NEED • SHELIA KAY NELSON • AL NICHOLS
JAN NIE • MARY LOU ORENOUR • ALTAGRACIA ORENO • MARION PARSONS • BELKIS MAGDALENA PEREZ
DISTRICT

Bienvenido a Sus beneficios para 2024

Ya sea que elija beneficios como empleado recién contratado, durante la Inscripción Abierta anual o después de un evento de vida que califique (como casarse o agregar un dependiente), es importante que comprenda sus beneficios para tomar las decisiones correctas.

Elija lo que sea adecuado para usted

Los beneficios están diseñados para un grupo, pero cada individuo tiene necesidades personales. Algunos necesitan mucha atención médica, otros no tanto. Algunos se centran en la protección a través de planes de seguro, mientras que otros miran a sus necesidades financieras futuras. Y todo el mundo quiere que sean asequibles.

Entonces, cuando creamos nuestro paquete de beneficios, combinamos opciones, calidad y asequibilidad. Compruébalo tú mismo en este Guía de beneficios.

Contents

Mensaje Especial.....	2
Beneficios a primera vista y Contactos	3
Beneficios del Empleado en la App Polyglass	4
Distribución Electrónica de los documentos del Plan.....	4
Eligibilidad	5
Instrucciones de Inscripción.....	6
Cambiando sus Elecciones luego de la Inscripción	7
Beneficios Médicos	8
Beneficios de Recetas de Medicamentos	10
Beneficios de Salud Suplementarios.....	12
• Seguro de Accientes	
• Seguro de Enfermedades Graves	
• Seguro de Indemnización Hospitalaria	
Cuenta de Gastos Flexibles FSA.....	15
Programa de Asistencia al Empleado.....	16
Telemedicina a través de SwiftMD	18
Beneficios Dentales	19
Beneficios de Visión.....	21
Seguro de Vida y AD&D	24
Seguro de Toda la Vida y Cuidados a Largo Plazo	26
Beneficios por Discapacidad.....	27
LegalShield & IDShield	27
Seguro de Mascotas	29
Seguro de Vehículos en Inmuebles	30
Unión de Crédito.....	30
Plan de Retiro 401(k)	31
Recursos de Beneficios	32
• Cuidado de la Salud	
• Bienestar y Cuidado Preventivo	
• Problemas de Salud Específicos	
• Gestión de Medicamentos	
• Dental	
• Cuidado de la Visión	
• Seguro de Vida: Beneficios Añadidos	
Avisos Legales.....	47
Cobertura de Continuación de COBRA	56



Nuestros empleados son nuestro mayor activo. Ustedes brindan habilidades y conocimientos valiosos que son esenciales para el crecimiento continuo y el éxito futuro de Polyglass USA. Es por eso que honramos sus esfuerzos y compromiso al proporcionar un paquete de beneficios de compensación total de primera clase.

La seguridad y el bienestar de nuestros empleados, sus familias, nuestros clientes y las comunidades en las que vivimos y trabajamos son nuestra máxima prioridad.

¡Muchas gracias por ser una parte integral de la familia de Polyglass USA! Nuestros más de 30 años de éxito se deben en gran parte a nuestro compromiso con la innovación constante y nuevas soluciones de productos para la industria. El verdadero secreto de nuestro éxito son nuestras personas, toda la comunidad de Polyglass.

Gracias!



Beneficios a primera vista y Contactos

Por favor, revise el siguiente resumen de beneficios. Si tiene preguntas o necesita información, comuníquese con Recursos Humanos o visite los sitios web que se enumeran en la tabla. Cada uno de estos beneficios se resume en las siguientes páginas.

Beneficios a Primera Vista y Contactos		
Beneficios	Administrador	Contacto
Beneficios Médicos Inscríbase o renuncie a la cobertura.	Florida Blue Plan #65143	800-664-5295 floridablue.com
Medicamentos Recetados Incluidos en sus Beneficios Médicos.	RxBenefits Plan #RXBMAPE	800-334-8134 Email: customercare@rxbenefits.com
Telemedicina Acceso de Doctores en línea.	SwiftMD	833-794-3863 Contraseña: POLYGLASS19 swiftMD.com
Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) Médicas y de Cuidado Dependiente) Contribuye con ganancias antes de impuestos de tu salario para pagar y ahorrar en gastos elegibles.	HealthEquity	866-346-5800 healthequity.com
Beneficios de Salud Suplementarios Inscríbase o renuncie a la cobertura en: • Seguro de Accidentes • Seguro de enfermedades graves • Seguro de Indemnización Hospitalaria	Prudential Plan #71863	844-455-1002 prudential.com/mybenefits Llenar Reclamos: Fax: 844-929-9780
Programa de Asistencia al Empleado y Bienestar (EAP) Para ayuda con problemas personales y familiares.	New York Life	800-344-9752 guidanceresources.com Web ID: NYLGBS
Beneficios Dentales Inscríbase o Renuncie a la cobertura.	Delta Dental Plan #22443	800-521-2651 deltadentalins.com
Beneficios de Visión Inscríbase o Renuncie a la cobertura.	EyeMed	866-939-3633 eyemed.com
Seguro de Vida Básico y Voluntario y Seguro de AD&D Seguro de Vida Básico y AD&D pagado por la empresa; Seguro de Vida Voluntario y AD&D pagado por el empleado	New York Life	Claims: 888-842-4462 Lun-Vie, 8am-8pm EST https://www.newyorklife.com
Beneficios de Incapacidad Pagados por Polyglass Seguro de Incapacidad a Corto Plazo (STD) y a Largo Plazo (LTD) pagado por la empresa.	New York Life	Claims: 888-842-4462 Lun-Vie, 8am-8pm EST https://www.newyorklife.com
Protección Legal y contra Robo de Identidad Inscríbete para asistencia legal y protección contra fraudes y robo de identidad para ti y tu familia.	Legal Shield	800-654-7757 legalshield.com/info/polyglass
Seguros para Hogar y Automóvil Compara tarifas y cobertura con tus planes actuales.	MetLife	800-438-6388 metlife.com/mybenefits
Unión de Crédito Cuentas gratuitas, préstamos con tasas de interés bajas.	iTHINK	800-873-5100 ithinkfi.org
Seguro de Mascotas Cobertura Veterinaria del 100% y 24 horas a telemedicina.	MetLife	800-438-6388 metlife.com/mybenefits
Continuación de Cobertura COBRA	HealthEquity	888-678-4861 mybenefits.wageworks.com
Recursos para Administrar tus Beneficios (sin costo para ti) • Atención médica, bienestar y medicamentos recetados • Cuidado dental y de la vista • Seguro de vida		

Descarga la Aplicación de Beneficios para Empleados en Polyglass Hoy Mismo!

Para descargar la aplicación y mantenerte conectado con tus beneficios, sigue estos pasos:

Paso 1: Con la cámara de tu smartphone, escanea el código QR.

Paso 2: Sigue los pasos para completar el registro y crear un nombre de usuario y una contraseña.

Paso 3: Elige tu tienda de apps.

Paso 4: Descarga y abre tu aplicación. Inicia sesión con tu nombre de usuario y contraseña recién creados. **Disfrúta!**

Si tienes alguna pregunta, envía un correo a:

app-support@ingaged.me.



Portal My Polyglass
polyglass.ingaged.me

Distribución Electrónica de Documentos del Plan, Materiales de Beneficios y Avisos Legales

Polyglass USA garantiza que tenga acceso a los documentos que describen los beneficios disponibles para usted, incluyendo documentos informativos y avisos legales requeridos (como una Descripción del Plan Resumido o SPD, Documentos del Plan y los avisos en la parte posterior de esta Guía de Beneficios). Todos estos documentos están disponibles para usted y sus familiares en la Intranet de Polyglass y en la aplicación Employee Benefits at Polyglass. Haga clic o escanee el código QR de arriba para descargar la aplicación hoy mismo.

Tiene el derecho de solicitar y recibir una copia impresa de cualquier documento relacionado con los beneficios de forma gratuita comunicándose con su gerente de Recursos Humanos.

Aviso de Medicare

Si tienes Medicare o te volverás elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal te brinda más opciones sobre tu cobertura de medicamentos recetados. Consulta el aviso sobre Medicare Parte D en las páginas 47 para obtener detalles y la información de contacto estatal en las páginas 49-52.

Eligibilidad

A menos que se indique lo contrario, si eres un empleado regular que trabaja al menos 30 horas a la semana, eres elegible para los beneficios (como se describe a continuación) a partir del primer día del mes siguiente a un mes completo de empleo.



Si fuiste Contratado Recientemente

Te vuelves elegible para los beneficios a partir del primer día del mes siguiente a un mes completo de empleo. Debes inscribirte dentro de los 30 días posteriores a tu fecha de contratación para tener derecho a los beneficios.

Elegibilidad de Dependientes

Si te inscribes, puedes inscribir a tu cónyuge legal y a los dependientes elegibles de hasta 26 años en los planes de beneficios médicos, dentales y de visión. Los hijos dependientes son:

- Hijos Naturalmente nacidos
- Hijos dependientes de tu cónyuge
- Hijastros
- Hijos adoptados por ti o tu cónyuge, o que han sido colocados contigo para su adopción
- Hijos para los cuales se te ha otorgado la tutela legal a ti o a tu cónyuge, o para los cuales estás obligado a proporcionar cobertura según una Orden Calificada de Sostenimiento de Menores de Salud (QMCSO) u otra orden judicial o administrativa
- Hijos solteros de cualquier edad que se hayan vuelto mental o físicamente discapacitados antes de alcanzar el límite de edad para la elegibilidad de beneficios. Debes proporcionar una certificación médica de que el niño se volvió discapacitado antes de alcanzar el límite de edad para la elegibilidad de beneficios. También deben depender de ti para su sustento.



Verificación de Elegibilidad de Dependientes

Si inscribes a dependientes, deberás verificar su relación legal contigo. Los documentos de verificación incluyen (pero no se limitan a):

- Certificado de Matrimonio
- Actas de Nacimiento
- Documentos de adopción
- Declaraciones de Impuestos
- Otros, según se solicite

La empresa puede solicitar actualizaciones sobre la elegibilidad de los dependientes de vez en cuando para que la cobertura continúe.

Por favor, contacta a Recursos Humanos si tienes alguna pregunta.

Cuando Termina la Elegibilidad de Dependientes

Tus dependientes son elegibles para los beneficios hasta el final del mes de su fecha de nacimiento en el cual alcanzan la edad máxima (26 años) o se vuelven inelegibles por alguna otra razón. Para eliminar a un dependiente de la cobertura, consulta la sección "Cambios en las Elecciones Después de la Inscripción" en la página 7.



Instrucciones de Inscripción

Para inscribirte, ve al portal de inscripción de Oracle en:

[Oracle Fusion Cloud Applications \(oraclecloud.com\)](https://oraclecloud.com).



Una vez en el portal de inscripción, sigue las indicaciones para agregar tu información personal (nombre, dirección, etc.). Luego, utilizando tu Hoja de Trabajo de Inscripción Abierta* como guía, elige tus beneficios, agrega dependientes elegibles y beneficiarios.



Utilice la hoja de trabajo de elección de beneficios para prepararse

Antes de iniciar sesión en Oracle, complete la Hoja de trabajo de elección de beneficios (para empleados recién contratados y elegibles recientemente). Hará que tu inscripción online sea más fácil y rápida. Consulte Recursos Humanos para obtener una copia o descárguela del sitio de Oracle.

Durante el año, es posible que puedas agregar nuevos dependientes elegibles o realizar cambios limitados en tus elecciones de beneficios si experimentas un evento de vida calificativo. Ponte en contacto con Recursos Humanos o el Equipo de Beneficios de Polyglass para obtener más detalles y consulta la página 5 para los requisitos de elegibilidad de los dependientes.

Si tienes alguna pregunta, contacta a Recursos Humanos.

Inscribiendo a Dependientes

Cuando agregues dependientes, debes proporcionar sus fechas de nacimiento, números de Seguro Social (según la ley) y estar en condiciones de verificar que son dependientes legales (consulta la página 5 para conocer los detalles de elegibilidad).

Designando Beneficiarios para el Seguro de Vida

Al inscribirse en sus beneficios, se le pedirá que agregue al menos un beneficiario para algunos beneficios, incluyendo el seguro de vida pagado por la empresa y el seguro de vida voluntario. Su beneficiario es la persona o entidad a la que designa para recibir su beneficio en caso de su fallecimiento. Un beneficiario también puede ser una entidad, como un fideicomiso. Si no tiene un beneficiario designado, el beneficio no se pagará hasta que lo determine un tribunal de sucesiones.

¡Ten en cuenta esto!

- ☑ **Antes de Inscribirte**, asegúrate de comprender tus opciones de beneficios. Además de esta Guía, consulta Docebo para conocer como inscribirte en Oracle.
- ☑ Si tienes alguna pregunta, contacta HR.
- ☑ **Después de inscribirse**, verifique su primer cheque de pago después de que sus beneficios entren en vigencia para confirmar que las deducciones sean correctas.



Cambiar Elecciones Después de Inscribirse

Las elecciones que realice no se pueden cambiar hasta la próxima Inscripción Abierta a menos que tenga un evento de vida calificativo según lo definido por el IRS. Estos incluyen:

- Matrimonio, Divorcio o Separación Legal
- Pérdida de elegibilidad de un dependiente
- Pérdida o adquisición de otra cobertura de salud (usted o un dependiente)
- Nacimiento, adopción, tutela o colocación en adopción de un hijo
- Cambio en el estado de dependencia de su hijo
- Muerte de un cónyuge o dependiente
- Calificación por parte del Administrador del Plan de una orden de manutención de hijos para la cobertura médica
- Derecho a Medicare o Medicaid

Si experimenta un evento de vida calificativo, por favor, póngase en contacto con su Gerente de Recursos Humanos para realizar un cambio en Oracle dentro de los 30 días posteriores al evento. Su cambio debe ser coherente con el evento calificativo. Por ejemplo, si se casa, puede dejar su cobertura médica (si su cónyuge lo agrega a su plan) o puede agregar a su cónyuge a su cobertura actual.



Fecha Límite de Inscripción

Tiene 30 días después de un evento calificativo para realizar cambios en sus elecciones de beneficios. Se le exige proporcionar documentación para verificar el evento calificativo.

Su cambio o elección de beneficios comenzará de manera retroactiva a la fecha del evento.

Si se pasa del plazo de 30 días, no podrá inscribir a nuevos dependientes ni realizar cambios en las elecciones de beneficios hasta la próxima Inscripción Abierta o evento calificativo.

Para mayor información, contacta a HR.



Beneficios Médicos

Florida Blue



Puede inscribirse o renunciar a la cobertura en cualquiera de los Planes Médicos Blue Options. Estos planes cubren una mayor parte de sus gastos cuando utiliza proveedores de la red Blue Options.

Consulte a continuación las tasas de contribución por cheque de pago y la página siguiente para comparar cómo los planes cubren los costos seleccionados.

Consulte sus materiales de Florida Blue para obtener un resumen más completo.

Para encontrar Proveedores de la Red

Para encontrar proveedores de la red de Blue Options Plan, vaya a floridablue.com y haga click en "Find a Doctor and More" como se muestra en el recuadro a continuación. Luego seleccione la red del Plan Blue Options. O, llame al 800-664-5295.

Find a Doctor & More

Already a Member? Log in

Log in to access pharmacies and providers in your plan's network, along with features like online appointment scheduling, virtual care and provider ratings and photos, when applicable and based on your plan.

Secure Login

Not a Member?

Member Registration

Forgot User Name or Password

Click here to start searching for doctors within Florida who participate in one or more of Florida Blue's plans.

Considere cuidadosamente la cobertura, las características y los costos de cada plan antes de elegir un plan médico que se adapte a sus necesidades de atención médica y presupuesto.

Ambos planes médicos ofrecen la misma cobertura e incluyen beneficios de medicamentos recetados a través de Rx Benefits (consulte la página 10. Las diferencias se describen a continuación y en las próximas páginas.

- **Plan Oro (3769)** es gratuito para los empleados que elijan la cobertura solo para el empleado, tiene deducibles y copagos más altos para algunos servicios, pero las tasas de contribución son más bajas para cubrir a dependientes en comparación con el Plan 3748.
- **Plan Platino (3748)** no tiene deducibles y presenta copagos más bajos para algunos servicios, pero las tasas de contribución son más altas en comparación con el Plan 3769.

Tasas de Contribución (Premiums)

Las tasas de contribución de su plan médico se deducen de los cheques de pago antes de que se retengan los impuestos sobre la nómina, lo que le ahorra dinero. Polyglass cubre más del 90% de este costo para cualquiera de los planes médicos para usted y su familia.

Tasas de Contribución Quincenal de Plan Médico 26 cheques de pago por año

Nivel de Cobertura	Plan Oro (3769)	Plan Platino (3748)
Solo Empleado	\$0.00	\$23.18
Empleado + Cónyuge	\$24.30	\$53.92
Empleado + Hijo(s)	\$20.59	\$50.16
Familiar	\$51.66	\$77.14



Para Mayor Información

Escanee este código QR con su teléfono celular para obtener más información sobre sus beneficios médicos y recursos de Florida Blue (floridablue.com).

Recursos

Cuando se inscribe en cualquiera de los planes médicos, muchos recursos especiales están disponibles sin costo adicional para usted. Consulte el resumen en la página 33.

Opciones de Comparación de Planes Médicos

Utilice esta tabla para comparar cómo los planes cubren sus gastos médicos.

Opciones de Comparación de Planes Médicos Lo que paga por gastos Dentro de la Red*		
Características del Plan	Plan Oro (3769)	Plan Platino (3748)
Deducible Anual (CYD)		
Individual	\$ 750**	\$0
Familiar	\$1,500**	\$0
Coaseguro (Donde Aplique)	10%	0%
Máximo anual de gasto de bolsillo (Nuevo para el 2024)		
Individual	\$2,500	\$2,000
Familiar	\$5,000	\$4,000
Cuidado Preventivo	\$0	\$0
Copago por visitas a consultorio Fisiatra de Cuidado Primario (PCP)	\$35	\$25
Copago por visitas a consultorio		
Especialista	\$70	\$50
Maternidad	\$35	\$30
Telesalud SwiftMD	\$0	\$0
Copago Visita a Atención de Urgencias	\$70	\$50
Copago Visita a Sala de Emergencias	\$350	\$300
Copago en Instalaciones de Diagnóstico (nuevo for 2024)		
Laboratorio Ambulatorio	\$25	\$25
Rayos X	\$50	\$50
Servicios de Imaginología Mayores (CT/PET/MRI)	\$125	\$75
Copagos por Hospitalización	10% después de deducible	\$250

*Consulta el Resumen de Cobertura de Beneficios (SBC) y tus Beneficios de Empleado en la Aplicación de Polyglass para obtener información sobre cómo los planes cubren los gastos fuera de la red. También puedes ponerte en contacto con el Servicio para Miembros 24/7, al **800-664-5295**.

**El deducible solo se aplica a equipos médicos duraderos, ortopedia/prótesis, cirugías ambulatorias y hospitalización en el hospital. Las visitas a consultorios, análisis de laboratorio, radiografías y medicamentos con receta no tienen un deducible.



Beneficios de Medicamentos Recetados

Cuando se inscribe en un plan médico de Blue Options, se incluyen beneficios de medicamentos recetados a través de Express Scripts.

Su parte del costo de los medicamentos depende de:

- La Clasificación del Medicamento y
- Si se llena en una farmacia minorista, para un suministro de 30 días, o a través de la farmacia de pedidos por correo o el programa Smart90 (Walgreens), para un suministro de 90 días



EXPRESS SCRIPTS®

RxBenefits

800-334-8134

7am a 8pm CT

Email: CustomerCare@rxbenefits.com

Clasificación de Medicamentos Recetados

Los medicamentos recetados tienen 4 niveles de clasificación para la fijación de precios:

1. Medicamentos Genéricos
2. Medicamentos de Marcas Preferidas
3. Medicamentos sin Marcas Preferidas
4. Specialty Drugs



Ahorrando Dinero

Pida a su médico o farmacéutico que verifique si hay disponible una versión genérica para cualquier medicamento e marca que le recete.

Administre sus recetas en el sitio web de Express Scripts

Regístrese en express-scripts.com o a través de la APP de Polyglass para:

- Gestionar sus recetas
- Conocer el precio y comparar medicamentos
- Conectarse con especialistas en recetas para obtener ayuda con condiciones de salud crónicas
- Encontrar información sobre sus recetas
- Configurar la entrega a domicilio y las recargas automáticas
- Ver sus reclamaciones y su historial de recetas métodos

Servicios para Miembros de RxBenefits

RxBenefits ofrece servicios para responder a sus preguntas y preocupaciones sobre sus beneficios de farmacia, para comprender:

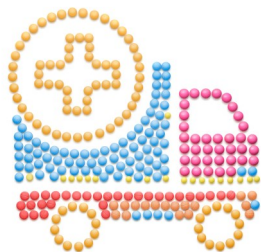
- Detalles de los beneficios
- Si un medicamento está cubierto
- Cómo comenzar la entrega a domicilio
- Cómo obtener la Autorización Previa
- Responder preguntas sobre beneficios
- Estado de reclamaciones
- Encontrar farmacias de la red
- Ayuda con pedidos de medicamentos especiales y entrega a domicilio
- Información de farmacias





Cuándo usar la Entrega a Domicilio

Complete recetas de mantenimiento, como las de diabetes o hipertensión, en suministros de 90 días a través de la farmacia de entrega a domicilio. Como se muestra en la tabla de medicamentos recetados a continuación, un suministro de 90 días de una receta de mantenimiento completada en la farmacia de entrega a domicilio cuesta menos que tres suministros de 30 días en una farmacia minorista. Consulte la página 42 para obtener detalles sobre cómo realizar pedidos y otros detalles. Algunos medicamentos de mantenimiento requieren refrigeración, y la Entrega a Domicilio se encargará de que sus medicamentos se mantengan refrigerados durante el transporte cuando sea necesario.



Programa Smart90 por medio de Walgreens

Puede optar por completar su suministro de medicamentos de mantenimiento de 90 días en una farmacia de Walgreens llamando a RxBenefits.

Ahorre dinero en Medicamentos de Mantenimiento

Pagas menos al surtir medicamentos de mantenimiento en suministros de 90 días a través de la farmacia de entrega a domicilio o el programa Smart90.

Por ejemplo, en el Plan 3748, un medicamento de marca preferido costaría \$120 si se llena en tres suministros de 30 días en una farmacia minorista. Pero el costo es de \$60 si se llena en un suministro de 90 días a través de la farmacia de entrega a domicilio o el programa Smart90 de Walgreens.

Esto significa un ahorro de \$240 al año.

Beneficios de Medicamentos Recetados Copagos Dentro de la red				
Clasificación	Plan Oro (3769)		Plan Platino (3748)	
	Farmacia Minorista	Farmacia con Entrega a Domicilio	Farmacia Minorista	Farmacia con Entrega a Domicilio
Genérico	\$10	\$20	\$5	\$10
Con Preferencia de Marca	\$40	\$80	\$30	\$60
Sin Preferencia de Marca	\$60	\$120	\$50	\$100
De Especialidad	\$100	Sin Cobertura	\$100	Sin Cobertura

RxBenefits

800-334-8134

7am a 8pm CT

Email: CustomerCare@rxbenefits.com

3 Maneras de comenzar con Entregas a Domicilio



1. **En Línea:** Login o Registro



2. **Móvil:** Escoje Entrega a Domicilio en al App Móvil de Express Scripts.



3. **Pregúnta a tu médico:** Di a tu medico que te recete un suministro de 3 meses para Entrega a Domicilio o para Smart90

Recursos

Recursos especiales también están disponibles sin costo adicional para ayudarte a gestionar tus medicamentos. Consulta el resumen en la páginas 42 y 43.



¿Necesita ayuda? Llame a un Especialista de Plan Rx

Hable sobre sus recetas con un especialista en el plan al **800-334-8134**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m. hora central. Si llama fuera de horario o durante los fines de semana, será transferido a Express Scripts.

Beneficios de Salud Suplementarios

Polyglass ofrece tres beneficios de salud suplementarios (beneficios voluntarios) a través de Prudential. Puede elegir uno, dos o los tres y agregar dependientes elegibles.

Cada uno de ellos proporciona pagos en efectivo directamente a usted para ayudar a cubrir gastos médicos como deducibles, copagos, gastos de transporte y alojamiento, así como gastos de subsistencia. Cómo gaste el dinero queda a su elección.

Estos beneficios son portátiles, lo que significa que si termina su empleo, puede llevar consigo su plan. Presente reclamaciones en línea en prudential.com/mybenefits desde su teléfono después de escanear el código QR. Al presentar una reclamación, identifíquese como empleado de Polyglass y proporcione el número de plan #71863.



Prudential Insurance

800-475-4052

Lun-Vie, 8am-8pm ET

prudential.com/mybenefits

Reclamos: 844-455-1002

Scan the code
and submit a
claim right
from your
mobile device



Seguro de Accidentes

Paga un beneficio en efectivo establecido a usted basado en la lesión y su tratamiento después de un accidente, ya sea en el trabajo o fuera de él. Puede optar por el Plan Alto o el Plan Bajo. La tabla a la derecha compara los beneficios en efectivo de cada plan que se pagan por tratamientos seleccionados resultantes de un accidente cubierto.

El resumen de Prudential enumera más montos de beneficios para otras lesiones cubiertas, así como para transporte y alojamiento.

Antes de inscribirse, revise el resumen de beneficios de Prudential para conocer las limitaciones de la póliza, exclusiones y otros detalles.

Beneficios Seleccionados del Seguro de Accidentes		
Lesiones Cubiertas	Monto de Beneficio por Año Calendario	
	Plan Alto	Plan Bajo
Fracturas	Hasta \$10,000	Hasta \$1,500
Luxaciones	Hasta \$8,000	Hasta \$1,500
Coma	Hasta \$15,000	Hasta \$5,000
Sala de Emergencias	\$200	\$100
Admisión al Hospital	\$2,000	\$1,000
Beneficio Diario por Confinamiento	\$200	\$100
Admisión a la UCI	\$4,000	\$2,000
Beneficio Diario por Confinamiento	\$400	\$200
Beneficio de Bienestar Pagadero una vez al año por cada persona cubierta que complete una visita de bienestar con su médico.	\$75	\$75

Las tasas de contribución por cheque de pago se encuentran detalladas en la tabla a continuación y en el sitio de inscripción de Oracle.

Beneficio de Bienestar

En cualquiera de los planes, cada miembro de la familia cubierto puede recibir un beneficio anual de \$75 por completar un examen de salud (prueba preventiva), como una prueba de colesterol o un examen de mamografía.

Tasas de Contribución del Seguro de Accidentes Cheques de pago quincenales (26 por año)		
Nivel de Cobertura	Plan Alta	Plan Bajo
Solo Empleado	\$4.86	\$2.79
Empleado + Cónyugue	\$9.06	\$3.95
Empleado + Hijo(s)	\$10.46	\$4.36
Empleado + Familia	\$15.64	\$6.08

Seguro de Enfermedades Graves

Nadie espera lo inesperado, pero puedes estar preparado. El Seguro de Enfermedades Graves es una manera de estar preparado. Te paga una suma global en el primer diagnóstico de una enfermedad cubierta. Puedes usar el dinero como prefieras para pagar gastos médicos o de subsistencia. La elección es tuya.

Puedes optar por una cobertura solo para el empleado o para la familia, ya sea en el Plan Alto o en el Plan Bajo, como se muestra en la siguiente tabla.

No se requiere prueba de buena salud, y el plan paga beneficios sin importar las condiciones preexistentes.

Cualquiera de los planes pagará un porcentaje de la cantidad de beneficio elegida cuando se diagnostique una de las siguientes enfermedades seleccionadas:

Beneficios seleccionados de seguro de enfermedades críticas		
Opciones del Plan	Coverage per Calendar Year	
	Solo Empleado	Familia
Plan Alto	\$30,000	- Empleado: \$30,000 - Cónyugue: \$15,000
Plan Bajo	\$15,000	- Empleado: \$15,000 - Cónyugue: \$7,500

Consulte el resumen de beneficios de Prudential para obtener más información sobre la cobertura, limitaciones y exclusiones. Las tasas de contribución se encuentran detalladas en la siguiente página y en el sitio de Oracle cuando se inscriba.

El Plan Paga el 100% del monto de los Beneficios Seleccionados:

- Ataque al corazón (sin paro cardíaco repentino)
- Enfermedad coronaria grave
- Accidente cerebrovascular
- Diabetes tipo 1
- Quemaduras de tercer grado
- Parálisis de extremidades
- Insuficiencia renal
- Fallo de órganos importantes
- VIH ocupacional
- Para enfermedades críticas infantiles, cobertura del 100% para síndrome de Down, espina bífida y otras

El plan Paga el 25% del monto de los beneficios seleccionados:

- Cáncer: No invasivo (in situ) - excepto en la piel
- Cirugía de derivación de arteria coronaria
- Enfermedad de Crohn, Enfermedad de Addison
- Meningitis bacteriana
- Difteria, Encefalitis
- Corea de Huntington, Malaria
- Tétanos
- Tuberculosis y otros
- Para enfermedades críticas infantiles, cobertura del 25% para polio, rabia, anemia de células falciformes, parálisis cerebral, fibrosis quística, distrofia muscular y otras

Wellness Benefit

En cualquiera de los planes, cada miembro de la familia cubierto puede recibir un beneficio anual de \$50 por completar una prueba de salud preventiva, como una prueba de colesterol o un examen de mamografía.



Prudential Insurance

844-455-1002

Lun-Vie, 8am-8pm ET

prudential.com/mybenefits

Plan Alto
Seguro de Enfermedades Graves
Tasas de Contribución
Cheques quincenales (26 al año)

Edad	Solo Empleado	Empleado+ Cónyugue	Empleado+ Hijo	Empleado + Familia
Menor a 25	\$6.56	\$10.10	\$10.32	\$13.85
25-29	\$6.56	\$10.10	\$10.32	\$13.85
30-34	\$7.79	\$12.06	\$11.54	\$15.81
35-39	\$8.75	\$13.26	\$12.51	\$17.01
40-44	\$9.73	\$14.68	\$13.48	\$18.43
45-49	\$15.92	\$23.21	\$19.68	\$26.96
50-54	\$23.13	\$32.86	\$26.89	\$36.61
55-59	\$35.13	\$48.77	\$38.88	\$52.52
60-64	\$49.39	\$67.73	\$53.15	\$71.48
65-69	\$77.83	\$106.28	\$81.59	\$110.03
70 o más	\$102.22	\$139.92	\$105.97	\$143.66

Plan Bajo
Seguro de Enfermedades Graves
Tasas de Contribución
Cheques quincenales (26 al año)

Edad	Solo Empleado	Empleado+ Cónyugue	Empleado+ Hijo	Empleado + Familia
Menor a 25	\$3.28	\$5.05	\$5.16	\$6.92
25-29	\$3.28	\$5.05	\$5.16	\$6.92
30-34	\$3.90	\$6.03	\$5.77	\$7.91
35-39	\$4.38	\$6.63	\$6.25	\$8.51
40-44	\$4.86	\$7.34	\$6.74	\$9.22
45-49	\$7.96	\$11.60	\$9.84	\$13.48
50-54	\$11.57	\$16.43	\$13.44	\$18.31
55-59	\$17.57	\$24.38	\$19.44	\$26.26
60-64	\$24.70	\$33.86	\$26.58	\$35.74
65-69	\$38.92	\$53.14	\$40.79	\$55.02
70 o más	\$51.11	\$69.96	\$52.99	\$71.83

Seguro de Indemnización Hospitalaria

Los beneficios en efectivo se pagan a usted cuando es admitido en un hospital y/o en una unidad de cuidados intensivos debido a un accidente o enfermedad cubierta. Los pagos de beneficios varían según la siguiente tabla.



Prudential Insurance

844-455-1002

Lun-Vie, 8am-8pm ET

prudential.com/mybenefits

Seguro de Indemnización Hospitalaria Pagos en Efectivo

Benefit per Calendar Year	High Plan	Low Plan
Beneficio por admisión hospitalaria, una vez por persona cubierta, por accidente o lesión cubierta, pagadero hasta 5 veces al año.	\$2,000	\$1,000
Beneficio por admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), una vez por persona cubierta, por accidente o lesión cubierta, pagadero hasta 5 veces al año	\$2,000	\$1,000
Beneficio diario para estadía en hospital, hasta 30 días por internación, hasta 5 veces al año	\$200	\$100
Beneficio diario para estadía en UCI, hasta 15 días por internación, hasta 5 veces al año	\$400	\$200

Tasas del Seguro de Indemnización Hospitalaria Cheques quincenales (26 al año)

Nivel de Cobertura	Plan Alto	Plan Bajo
Solo Empleado	\$10.07	\$5.27
Empleado + Cónyugue	\$22.02	\$11.51
Empleado + Hijo(s)	\$16.61	\$8.94
Empleado + Familia	\$28.56	\$15.18

Beneficio de Bienestar

En ambos planes, cada miembro de la familia cubierto puede recibir un beneficio anual de \$50 por completar un examen de salud (prueba preventiva), como un análisis de colesterol o un examen de mamografía.

Cuentas de Gastos Flexibles

HealthEquity

Con una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA, por sus siglas en inglés), puede ahorrar dinero en gastos elegibles de atención médica y cuidado de dependientes mientras reduce sus impuestos sobre el ingreso. Cuando se inscribe, especifique una cantidad de contribución que se deducirá de los cheques de pago antes de que se deduzcan los impuestos sobre la nómina. Tiene dos opciones:

HealthEquity
866-346-5800
healthequity.com

FSA de Salud

Puede elegir esta FSA, ya sea que se inscriba o no en un plan médico de Polyglass, para ayudar a pagar gastos no cubiertos por un plan médico, como los que se enumeran en la siguiente tabla.

FSA de Cuidado de Dependientes

Pague gastos elegibles de cuidado infantil con ingresos antes de impuestos para un hijo dependiente menor de 13 años o un adulto dependiente si tanto el empleado como el cónyuge trabajan o el cónyuge está asistiendo a la escuela. Vea la siguiente tabla para entender cómo funcionan.

App Móvil EZ Receipts

Esta aplicación HealthEquity te permite cargar tus recibos para el reembolso de tu FSA. Descárgala en tu teléfono desde tu App Store.

- Accede a tu cuenta
- Inicia un reclamo/Verifica el estado
- Toma una foto de tu reclamo para enviarla para el pago
- Envía pagos a proveedores o Reembolsa tus gastos de bolsillo.



Cuentas de Gastos Flexibles Pagar Gastos Elegibles con Ingresos Antes de Impuestos			
Tipo de FSA	Gastos Elegibles	Limites de Contribución	Usando su cuenta
Healthcare	Deducibles del plan, copagos y otros gastos médicos, dentales y de visión que no estén cubiertos por un plan de salud, tanto para usted como para sus dependientes fiscales.	Puede contribuir hasta \$3,200 al año. (Sujeto a cambios cada año según las regulaciones federales)	Pague los gastos elegibles hasta la cantidad que haya contribuido durante el año, sin importar el saldo en su cuenta en el momento en que realice el gasto.
Dependent Care	Puede pagar los gastos de cuidado infantil* y los gastos de cuidado antes y después de la escuela para un niño menor de 13 años, o para un cónyuge, padre u otro dependiente fiscal que sea incapaz de cuidarse por sí mismo.	Puede contribuir hasta \$5,000 al año o \$2,500 si está casado y usted y su cónyuge presentan declaraciones de impuestos por separado.	Pague los gastos elegibles solo hasta el saldo en su cuenta en el momento en que realice el gasto.

***Note:** Todos los cuidadores de dependientes deben tener un número de identificación fiscal o número de Seguro Social que puedas incluir en tu declaración de impuestos federales. Si utilizas la Cuenta de Reembolso de Cuidado de Dependientes, el IRS no permitirá que reclames un crédito por cuidado de dependientes por gastos reembolsados en tu declaración de impuestos. Consulta con tu asesor fiscal para obtener más información.

Pagando gastos con la Cuenta de Gastos Flexibles

Paga los gastos elegibles de una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) presentando un reclamo, utilizando la tarjeta de débito que recibes después de inscribirte, o coordinando con Health Equity para que pague los gastos directamente a tu proveedor. Para obtener más información, visita healthequity.com o llame al 866-346-5800.



Planifique Cuidadosamente

Evite la Pérdida de Dinero en su FSA

Pague los gastos durante el año y hasta el 15 de marzo del año siguiente. Sin embargo, debe presentar reclamos por estos gastos a más tardar el 30 de marzo. Después de esa fecha, cualquier dinero que quede en cualquiera de las FSA se perderá (según la ley).



Programa de Asistencia al Empleado

Cada vida tiene su propio conjunto único de desafíos. Para ayudarte a enfrentar estos desafíos, Polyglass ofrece el Programa de Asistencia al Empleado (EAP) a través de New York Life, sin inscripción ni costo para ti.

Tú y tus familiares pueden conectarte con diversos servicios de asesoramiento para recibir ayuda en cuestiones legales, financieras y de equilibrio entre trabajo y vida personal. Todas las llamadas son atendidas por un consejero con nivel de Maestría o Doctorado, quien recopilará información general y discutirá tus necesidades. Tienes hasta seis sesiones cara a cara por persona, por problema, por año. Cada miembro de la familia en el hogar puede recibir ayuda de EAP, independientemente de si son elegibles o están inscritos en otros beneficios.

Guidance Resources®

Cuando necesites información para enfrentar los desafíos de la vida, visita guidanceresources.com para encontrar recursos y herramientas sobre temas como salud y bienestar, regulaciones legales, familia y relaciones, trabajo y educación, finanzas e inversiones, y hogar y automóvil. También tendrás acceso a artículos, podcasts, videos, presentaciones, capacitaciones a pedido y un "Experto en la materia" que responderá personalmente a tus preguntas.



Family Source®

Gestionar las preocupaciones cotidianas del hogar, el trabajo y la familia puede ser difícil. Para resolver esas preocupaciones, tienes acceso a especialistas en servicios de cuidado familiar para investigaciones personalizadas, materiales educativos y referencias preseleccionadas para cuidado infantil, adopción, cuidado de ancianos, educación y cuidado de mascotas.

COMPSYCH®
— The GuidanceResources Company® —

NEW
YORK
LIFE

**Programa de Asistencia
al Empleado**

800-344-9752

guidanceresources.com

Web ID: NYLGBS

Apoyo en Cuidado de la Salud

Obtenga asistencia las 24 horas del día para navegar por los beneficios de salud, responder preguntas clínicas, resolver problemas relacionados con reclamaciones y facturación, y comprender el proceso de apelaciones. Utilice este servicio para tomar decisiones informadas para usted y los miembros de su familia.



Hable con un especialista en seguros experimentado para saber qué cubre su plan y cuáles son sus costos de bolsillo, así como para recibir orientación sobre cómo presentar reclamaciones y negociar descuentos. También está disponible una enfermera registrada para proporcionar atención personalizada y preparación para visitas al médico, análisis de laboratorio y procedimientos médicos.

FinancialConnect®

Usted y los miembros de su familia tienen acceso ilimitado a un equipo de expertos calificados, incluidos Contadores Públicos Certificados (CPAs), Planificadores Financieros Certificados™ (CFPs) y otros profesionales financieros. Si necesita ayuda adicional, puede solicitar referencias a profesionales financieros en su comunidad local.

Además, visite guidanceresources.com para obtener información financiera sobre una amplia gama de temas, como la gestión de deudas, la elaboración de presupuestos familiares, la planificación patrimonial y la planificación fiscal, así como herramientas interactivas y calculadoras financieras.

Legal Connect®

LegalConnect le brinda acceso a consultas telefónicas ilimitadas con abogados para obtener orientación sobre divorcio, adopción, planificación patrimonial, bienes raíces, robo de identidad y más. Si es necesario, puede ser referido a un abogado local para una consulta gratuita de 30 minutos y un 25% de descuento en honorarios posteriores. Además, obtenga información sobre opciones legales de bajo costo o sin costo, así como referencias a grupos de defensa del consumidor y organizaciones gubernamentales.

EstateGuidance®

Esta herramienta en línea le permite a usted y a los miembros de su familia redactar un testamento, un testamento vital y otros documentos que describan sus deseos para los arreglos finales de manera rápida, sencilla y rentable. Hará preguntas para guiarlo a través del proceso. El acceso está disponible en cualquier momento y en cualquier lugar a través de una tableta, una computadora de escritorio o una aplicación móvil.

Apoyo en Cuidado de la salud

800-336-2150, 24/7

guidanceresources.com

Asistencia Financiera, Legal y Patrimonial

800-344-9752, 24/7

guidanceresources.com

Web ID: NYLGBS



Telemedicina por medio de SwiftMD

Después de que su plan médico comience, regístrese en SwiftMD para tener acceso las 24 horas del día a médicos certificados por junta mediante llamadas telefónicas o videoconferencias para obtener diagnósticos y recetas para tratar situaciones de salud que no sean de emergencia. Sin copagos ni costo para usted. Polyglass cubre la membresía cuando usted (y sus dependientes) están inscritos en un plan médico de Polyglass.

Aquí hay algunos problemas de salud para discutir con un médico de SwiftMD desde su hogar, oficina o mientras viaja:

- Alergias
- Dolor de Artritis
- Dolor o Lesiones de Espalda
- Herpes Labial
- Congestión
- Fiebre
- Resfriado
- Dolor de Cabeza
- Conjuntivitis o Ojos Rojos
- Diarrea
- Dolor de Oído
- Enfermedad de Lyme
- Congestión Nasal
- Erupciones Cutáneas
- Congestión Respiratoria
- Sinusitis

Conéctese con SwiftMD 24/7

- Llame sin costo al **833-794-3863** e ingrese el código **Polyglass19**
- Programe una cita
- Recibirá una llamada dentro de los 30 minutos luego de concertada la cita

Para obtener más información, visite [SwiftMD.com](https://www.swiftmd.com).
Para descargar la aplicación, escanee los códigos a continuación con la cámara de su teléfono o desde su tienda de aplicaciones.

Encuesta Muestra Alta Satisfacción entre los Empleados de Polyglass

- 96% satisfacción con la consulta recibida por un médico de SwiftMD
- 99% lo usarían de nuevo



"I'm sorry Jane's not feeling well. What are her symptoms?"

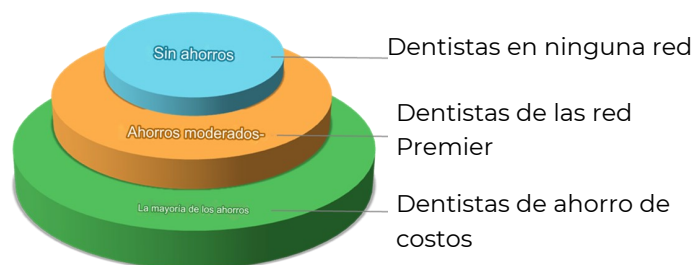
- Dr. Clark, M.D.



Beneficios Dentales

Puede inscribirse en el Plan Alto o en el Plan Bajo a través de Delta Dental. Utilice cualquier proveedor dental autorizado; sin embargo, paga menos cuando utiliza dentistas de la red de Delta Dental y los proveedores de PPO ofrecen los mejores precios:

1. **Los proveedores** de PPO ofrecen los mayores ahorros a través de tarifas con descuento. Los dentistas de la red no pueden facturar ningún monto que exceda el descuento.
2. **Los proveedores Premier** ofrecen descuentos más modestos. Tenga en cuenta que en el Plan Bajo, usted es responsable de cualquier coseguro que se aplique a su tratamiento y de cualquier diferencia entre la tarifa contratada por PPO y la tarifa contratada por el Proveedor Premier.



Los proveedores fuera de la red no ofrecen las tarifas contratadas de Delta Dental. Más bien, ellos facturan cualquier monto y usted paga el monto del coseguro más cualquier saldo que supere el monto cubierto del plan (lo que se conoce como facturación del saldo).

Ejemplos de ahorro de costos

A continuación se muestran ejemplos de cómo se aplican los cargos dentales tanto para el Plan Alto como para el Plan Bajo. Estos ejemplos son solo para ilustración y asumen que no se aplican máximos ni deducibles.

Ejemplo de Plan Bajo Reclamos por Corona	Mayor ahorro	Algún Ahorro	Sin Ahorro
	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	Sin Red
Cargo del Dentista	\$1,400	\$1,400	\$1,400
Tarifa de Delta Dental	\$745	\$1,009	\$1,400
Porcentaje pagado por Plan	50%	50%	50%
Plan paga	\$372.50	\$372.50	\$372.50
Usted Paga	\$372.50 (\$745 - \$372.50 =)	\$636.50 (\$1,009 - \$372.50 =)	\$1,027.50 (\$1,400 - \$372.50 =)

Ejemplo de Plan Alto Reclamos por Corona	Mayor ahorro	Algún Ahorro	Sin Ahorro
	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	Fuera de la Red
Cargo del Dentista	\$1,400	\$1,400	\$1,400*
Tarifa de Delta Dental	\$745	\$1,009	\$1,400
Porcentaje pagado por Plan	50%	50%	50%
Plan paga	\$372.50	\$504.50	\$442.50
Usted Paga	\$372.50 (\$745 - \$372.50 =)	\$636.50 (\$1,009 - \$504.50 =)	\$957.50 (\$1,400 - \$442.50 =)

Encontrar proveedores de la red

Ambos planes ofrecen dos redes para obtener mejores ahorros: la red Delta Dental PPO y la red Dental Premier. Los dentistas de la red PPO cobran tarifas reducidas, ofreciéndole los mejores ahorros. Los dentistas de la red Dental Premier tienen tarifas fijas. No se le puede cobrar más que las tarifas establecidas por su parte del costo (consulte la página siguiente).

Para encontrar un dentista de la red cerca de usted, inicie sesión en el sitio web de Delta Dental en deltadentalins.com.

y haga clic en Buscar un dentista. Ingrese su dirección y código postal y seleccione cualquiera de las redes en el menú desplegable.



¿Qué más hay que saber?

- **Cobertura ampliada para mujeres embarazadas:** incluye un examen adicional y una limpieza o raspado y alisado radicular durante el año del plan porque las mujeres embarazadas tienen un mayor riesgo de sufrir caries y enfermedades de las encías. Informe a su dentista si está embarazada para recibir estos beneficios adicionales.
- **Configure una cuenta en línea:** consulte Recursos dentales en la página 44.
- **Beneficios auditivos:** como participante de Delta Dental, tiene precios especiales en audífonos a través de Amplifon. Los ahorros promedian el 66 % sobre los precios minoristas de audífonos más un año de atención de seguimiento. Para obtener más información, visite amplifonusa.com/deltadentalins o llame al 888-779-1329.
- **Beneficios de LASIK:** obtenga descuentos con un promedio del 35% en cirugía ocular LASIK a través de QualSight. Visite qualsight.com/-delta-dental o llame al 855-248-2020 para obtener más información.

Cómo estimar su costo y cobertura antes de que comience el tratamiento

Evite sorpresas. Pídale a su dentista que presente una predeterminación de beneficios antes de que comience su trabajo dental. Se recomienda una predeterminación de beneficios para cualquier costo superior a \$250.



Comparación de opciones de planes dentales

Como se muestra en la siguiente tabla, usted y el plan comparten los gastos dentales hasta el monto máximo de beneficio de cada plan para el año calendario (cargos dentro y fuera de la red combinados). Una vez que los gastos totales alcancen el beneficio máximo anual de su plan, usted pagará el costo total de la red con descuento para gastos dentales durante el resto del año calendario.

El Plan Alto ofrece mejores beneficios pero cuesta más por cheque de pago. El Plan Bajo es una opción a considerar si no necesitas mucho trabajo dental. Revise los términos, la tabla de beneficios dentales de un vistazo y las tasas de contribución a continuación antes de elegir una opción. Para obtener más información, limitaciones y exclusiones del plan, consulte los resúmenes del plan Delta Dental publicados en la intranet de MAPEI y Beneficios para empleados en la aplicación MAPEI.

Términos

Deducible: Aplica para Servicios Básicos y Mayores del año calendario. No aplica para gastos de Atención Preventiva ni Ortodoncia.

Máximo de beneficio anual: el límite en dólares del plan por persona para cubrir gastos dentales elegibles.

Servicios preventivos y de diagnóstico: Los planes cubren exámenes y limpiezas, incluidas radiografías de mordida dos veces al año calendario.

Servicios básicos: tales como empastes, extracciones simples, reparación/rebase/rebase de dentaduras postizas, tratamiento de conducto (endodoncia)

Servicios principales: tales como dentaduras postizas, puentes, coronas, incrustaciones, implantes, onlays y

Resumen de Beneficios Dentales (Plan #22430)						
Lo que usted Paga (A menos que se indique lo contrario)						
Características del Plan	Plan Alto			Plan Bajo		
	Dentistas PPO	Dentistas Premier	Fuera de la Red	Dentistas PPO	Dentistas Premier*	Fuera de la Red
Deducible Individual/Familiar	\$50/\$150	\$50/\$150	\$50/\$150	\$50/\$150	\$50/\$150	\$100/\$300
Máximo Anual de Beneficios El Plan paga hasta	\$2,250 per person	\$2,250 per person	\$2,250 per person	\$1,000 per person	\$1,000 per person	\$1,000 per person
Diagnóstico y Preventivo Usted Paga	0%	0%	0%	0%	0%	20%
Servicios Básicos Usted Paga	20%	20%	20%	20%	20%	50%
Servicios Mayores Usted Paga	50%	50%	50%	50%	50%	60%
Ortodoncia El Plan Paga	Adultos y niños 50% hasta \$1,500 Máximo de por vida			Niños hasta la edad de 19 50% hasta \$1,000 Máximo de por vida		

Tasas de Plan Dental		
Cheques de pago Quincenales (26 por año)		
Nivel de Cobertura	Plan Alto	Plan Bajo
Solo Empleado	\$2.88	\$1.47
Empleado y Cónyuge	\$8.31	\$2.54
Empleado + Hijo(s)	\$6.92	\$2.71
Empleadío + Familia	\$10.85	\$4.08

Recursos

Cuando se inscribe en el Plan Dental, tiene acceso a más recursos sin costo adicional. Consulte el resumen en la página 44.



Para más información

Escanee este código QR con su teléfono celular para obtener más información sobre sus beneficios y recursos dentales de Delta Dental.

Beneficios de la Visión

Todos necesitan cuidar sus ojos, ya que una buena visión es importante para su salud. Si se inscribe en el Plan de Visión EyeMed, tendrá beneficios disponibles para exámenes de la vista, lentes, armazones, lentes de contacto y más.

Puede utilizar cualquier profesional de atención visual de su elección. Sin embargo, como se muestra a continuación, pagará menos cuando utilice proveedores que sean miembros de la red EyeMed. También puede obtener ahorros adicionales utilizando Proveedores PLUS, que se encuentran en eyemed.com.

Ahorrando Dinero con Eye360 y PLUS Providers

Utilizar proveedores en la red EyeMed le ayuda a ahorrar dinero en exámenes de la vista, armazones y lentes. Los mejores ahorros están disponibles a través de los Proveedores PLUS en la red EyeMed, como se muestra en la tabla. Están marcados como *PLUS Providers*.



EyeMed
866-939-3633
eyemed.com



Beneficios del Cuidado de la Visión a Primera Vista		
Todos los servicios en la tabla están disponibles una vez durante el año del plan (año calendario).		
Características	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Exámen de Cuidado de Ojos	PLUS Providers: Usted paga \$0 Otros Proveedores: El plan paga 100% Después de copago de 10\$ Imagen Retinal: El plan paga hasta \$39	El plan reembolsa: hasta \$40 Imagen Retinal: No cubierto
Monturas Copago de \$0	PLUS Providers: El plan paga hasta una asignación de \$180 más un 20% de descuento al saldo que exceda la asignación Otros Proveedores: El plan paga hasta una asignación de \$130 más un 20% de descuento sobre el saldo que exceda la asignación	El plan reembolsa: hasta \$65
Lentes de Plástico Convencionales	El Plan paga: 100% después de su copago de \$25 para lentes de visión sencilla, bifocales, trifocales, lenticulares y lentes progresivos estándar \$55-\$200 para lentes progresivos premium	El plan reembolsa: hasta \$30, lentes de visión sencilla \$50, bifocales \$70, trifocales/lenticulares \$50, todos los progresivos
Opciones de Lentes	Usted paga Copagos de la siguiente manera: \$45 para recubrimiento antirreflectante estándar \$57-\$85 para recubrimiento antirreflectante premium \$75 para lentes fotocromáticas (no de vidrio) \$40 para policarbonato estándar \$0 para policarbonato estándar (hasta los 19 años) \$15 para recubrimiento antiarañazos y tintes \$0 para tratamiento UV 20% de descuento al por menor para todos los demás	El plan reembolsa hasta: \$23 \$23 - No Cubierto - No Cubierto \$20 - No Cubierto - Hasta \$8 - No Cubierto
Lentes de Contacto Electivos En vez de Monturas; Copago de \$0	Convencional: El plan paga hasta una asignación de \$150 más un 15% de descuento sobre el saldo que exceda la asignación Desechables y Medicamento Necesarios: El plan paga el 100%	El plan reembolsa: hasta \$75 para lentes de contacto convencionales y desechables, y hasta \$300 para lentes de contacto Medicamento Necesarios

Consulte el resumen de los servicios de cuidado de la visión de EyeMed para obtener beneficios adicionales y detalles sobre la cobertura.

Paquete de Bienvenida

Después de inscribirte en el plan de visión, recibirás un paquete de bienvenida que incluye dos tarjetas de identificación, una copia del resumen de beneficios y una recomendación de ocho proveedores que están más cerca de tu dirección de domicilio. Puedes registrarte en el sitio web de EyeMed o descargar la aplicación móvil para imprimir las tarjetas de identificación en cualquier momento, o también puedes descargar la tarjeta de identificación en tu teléfono.



Tarjeta EyeMed
ID de ejemplo.

Tus beneficios se aplican en un periodo de calendario/año planificado. Puedes utilizar tus beneficios a partir del 1 de enero de 2024 y también en el año siguiente, el 1 de enero de 2025.

Transición a EyeMed a partir del 1 de Enero de 2024

Recomendamos que utilices tus beneficios actuales a través de MetLife antes del 31 de diciembre de 2023, ya que serás elegible para una nueva asignación para monturas y lentes de contacto a través de EyeMed a partir del 1 de enero de 2024.

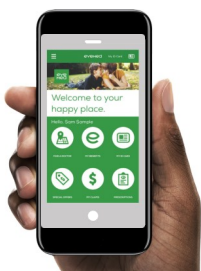
¿EyeMed Ofrece descuentos Adicionales?

Se encuentran disponibles ahorros adicionales en proveedores participantes dentro de la red, lo que incluye un descuento del 40% en un par adicional de lentes recetados o un 20% de descuento en gafas de sol y accesorios sin receta. Ingresa en eyeglass.com para obtener detalles. Para descuentos en la corrección de la visión con láser LASIK, llama al **800.988.4221** para encontrar un proveedor de la Red de Láser en los Estados Unidos.

Luego de Inscribirte, haz click en el enlace, <https://member.eyemedvisioncare.com/member/en> o escanea el código QR con la cámara de tu teléfono para registrarte en el sitio web de EyeMed, descargar la aplicación y aprovechar los numerosos servicios y descuentos disponibles para ti y los miembros de tu familia cubiertos.



Obtén la App Móvil de EyeMed



Descarga la aplicación EyeMed para obtener información rápida sobre beneficios y elegibilidad, hacer seguimiento de tus reclamos, encontrar ofertas especiales, localizar proveedores de la red, incluyendo los Proveedores PLUS, obtener respuestas a preguntas frecuentes y acceder a guías interactivas de visión. También puedes descargar la aplicación desde tu App Store o Google Play.

Tasas del Plan de Visión Cheques de Pago Quincenales (26 por año)

Nivel de Cobertura	Tasas
Solo Empleado	\$1.38
Empleado + Cónyuge	\$2.77
Empleado + Hijo(s)	\$2.31
Empleado + Familia	\$4.15

Los Exámenes de la vista Importan

Las revisiones oculares pueden ayudar a detectar signos tempranos de condiciones de salud graves, como:

- Diabetes
- Presión arterial Alta
- Algunos tipos de Cáncer y más

Las revisiones oculares tempranas para los niños

también son importantes, ya que uno de cada cuatro niños tiene problemas de visión.

Recursos

Cuando te inscribes en el Plan de Visión, hay recursos especiales disponibles para ti sin costo adicional. Consulta el resumen en la página 45 para más información.



Seguro de Vida y Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento



El **seguro de vida** es una parte importante de tu seguridad financiera, especialmente si otras personas dependen de ti para su sustento. Polyglass paga el Seguro de Vida Básico y el Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (seguro de vida a plazo grupal) para los empleados elegibles sin costo alguno para ti.

El **Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)** proporciona beneficios en caso de muerte accidental o lesión grave. Los beneficios se pagan a ti como un porcentaje del monto del seguro de vida según la pérdida.

Seguro de Vida Básico AD&D pagados por la empresa

Beneficio de Seguro de Vida

Es igual a 1½ veces su salario base anual, con un límite máximo de \$250,000, y se paga a su beneficiario designado. No existe un valor en efectivo asociado con esta cobertura.



Beneficio de Seguro de AD&D

Se paga un monto igual si la muerte es resultado de un accidente o lesión cubiertos, ya sea en el trabajo o fuera de él, y si la reclamación se presenta dentro de un año del accidente cubierto. El pago varía según el tipo de desmembramiento.

Recursos

Tu cobertura de seguro de vida ofrece recursos y beneficios sin costo adicional para ti. Consulta el resumen en la página 46.

New York Life Insurance

Reclamos: 888-842-4462

Lun-Vie, 8am-8pm EST

<https://www.newyorklife.com>

Designa un Beneficiario

Asegúrate de designar uno o varios beneficiarios para tu Seguro de Vida Básico y Voluntario, así como para el Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D).

Automáticamente eres el beneficiario del seguro de vida de tu cónyuge y/o hijos cubiertos.

Prima Pagada por la Empresa Considerada Ingreso Gravable

La ley federal requiere que pagues impuestos sobre el ingreso en el valor de prima de cualquier seguro de vida básico pagado por la empresa que supere los \$50,000. Esto significa que si tu cobertura de Seguro de Vida Básico es superior a \$50,000, el impuesto sobre el ingreso imputado al que estás sujeto se basará en la prima por el monto que excede los \$50,000 y tu edad, utilizando las tablas del IRS.

Por ejemplo, un empleado de 43 años que gana \$70,000 al año tiene un Seguro de Vida Básico pagado por la empresa por un total de \$105,000 (1½ veces su salario base anual). La tabla tiene un valor imputado de ingresos de \$66.00 para el año, que se sumaría a los ingresos del empleado para calcular la responsabilidad fiscal federal.



Para Mayor Información

Utiliza la cámara de tu móvil para obtener más información sobre New York Life Insurance.

Seguro de Vida Voluntario Muerte Accidental y AD&D Pagado por el Empleado

Agrega más seguro de vida para ti y tus dependientes elegibles al optar por el Seguro de Vida Voluntario y el Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D). Debes elegir la cobertura para ti mismo para poder agregar a tus dependientes.

¿Cuanta Cobertura Puedo Elegir?

La siguiente tabla muestra cuánto seguro de vida voluntario puedes elegir para ti y tus dependientes. Una cantidad igual de tu cobertura de seguro de vida elegida se incluye automáticamente en el seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D).

Opciones de Seguro de Vida Voluntario	
Para tí:	- Hasta \$500,000 en incrementos de \$10,000 - Hasta \$200,000* sin evidencia de asegurabilidad - Para más se requiere prueba de asegurabilidad
Para tu cónyuge	- Hasta \$500,000 en incrementos de \$5,000 - Hasta \$40,000* sin evidencia de asegurabilidad - Para más, se requiere prueba de asegurabilidad.
Para tus Hijos	\$10,000; La prueba de asegurabilidad no es requerida.

*Solo disponible durante el Período de Inscripción de este año.

Oportunidad Especial de Inscripción — Solo este año

Solo para la inscripción de este año, New York Life Insurance ha renunciado al requisito de evidencia de seguro para cualquier cantidad que elijas, hasta \$200,000 para ti y hasta \$40,000 para tu cónyuge.

Si eliges una cobertura superior a estas cantidades, aún deberás completar un cuestionario médico para proporcionar evidencia de asegurabilidad antes de que la aseguradora apruebe la cobertura por esa cantidad.

Para tus Hijos Dependientes

Puedes elegir \$1,000 para niños menores de 6 meses o hasta \$10,000 en incrementos de \$2,500 para edades de seis meses a 26 años. No se requiere evidencia de asegurabilidad.

Tasas de Contribución

Las tasas varían según la edad y la cantidad de cobertura que elijas, y se muestran en el sitio de inscripción de Oracle para tu referencia.

¿Qué es la prueba de Asegurabilidad?

Para proporcionar una prueba de asegurabilidad (EOI), se requiere que completes un cuestionario médico para que la aseguradora lo revise antes de aprobar o negar la cantidad que requiere una EOI.

Cualquier cantidad que requiera una EOI entrará en vigor después de la aprobación de la aseguradora. Las tasas de deducción de salario cambiarán después de la aprobación de la aseguradora.

Reducción de Beneficios

Tanto las cantidades de seguro de vida pagadas por la empresa como las voluntarias se reducirán a partir de los 65 años.



Seguro de Vida Entera



Puedes inscribirte en el Seguro de Vida Entera solo durante el Período de Inscripción Abierta.

Como su nombre indica, el Seguro de Vida Entera te cubre durante toda tu vida, siempre y cuando continúes pagando la prima. El Seguro de Vida Entera de Unum viene con primas garantizadas niveladas: la tasa nunca cambia siempre y cuando se paguen las primas.

El Seguro de Vida Entera paga un beneficio por fallecimiento y acumula un valor en efectivo a partir del dinero adicional que aportas (por encima del costo del plan de seguro). Esto puede crecer con diferimiento de impuestos a una tasa de interés garantizada del 4.5% para formar una reserva de efectivo de la cual puedes tomar prestado o retirar cuando sea necesario. Alternativamente, puedes adquirir una póliza más pequeña, sin primas a pagar.



Seguro de Cuidado de Largo Plazo

Se incluye un pequeño anexo de Seguro de Cuidado a Largo Plazo cuando eliges el Seguro de Vida Entera. Este tipo de atención no está cubierto por un plan de salud, Medicare u otra póliza de seguro.

La póliza reembolsa los gastos por servicios prestados a una persona cubierta elegible que no puede realizar dos o más habilidades de movilidad de autocuidado (llamadas Actividades de la Vida Diaria). Los gastos deben ser de un centro de cuidado a largo plazo o asistencia operado por una Agencia de Cuidado en el Hogar, un Profesional de Cuidado en el Hogar con Licencia o un Practicante de Cuidado para Adultos. Por favor, revisa el anexo para obtener más información sobre la cobertura.

Cómo son pagados los beneficios

Los beneficios se pagan como un porcentaje del monto del Seguro de Vida Entera y varían según quién brinde el cuidado:

- **Centro de Cuidado a Largo Plazo o Asistencia:** Hasta el 6% del beneficio de la Póliza de Vida Entera.
- **Cuidado en el Hogar o Cuidado Diurno para Adultos:** Hasta el 4% del beneficio de la Póliza de Vida Entera.

Inscripción en el Seguro de Vida Entera y/o Cuidado a Largo Plazo

Cuando te inscribes en el Seguro de Vida Entera, también recibes beneficios de Cuidado a Largo Plazo. Inscríbete entre el 6 de noviembre y el 10 de noviembre de 2023 llamando a Unum al **866-752-7432** de 8 a. m. a 8 p. m. hora del Este y usa el número de referencia 198618. Deberás verificar tu fecha de nacimiento y número de Seguro Social.



Beneficios por Discapacidad

Los Beneficios por Incapacidad a Corto y Largo Plazo a través de New York Life Insurance proporcionan reemplazo de ingresos si quedas discapacitado y no puedes trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo que califique. Polyglass cubre el costo de ambos planes de discapacidad y te inscribe automáticamente una vez que cumples con los requisitos para ser elegible.

New York Life Insurance

Reclamos: 888-842-4462

Lun-Vie, 8am-8pm EST

<https://www.newyorklife.com>



Beneficios por Incapacidad a corto plazo

Los Beneficios por Incapacidad a Corto Plazo (STD) equivalen al 60% de tus ingresos elegibles antes de la discapacidad, con un máximo de \$1,500 por semana. Después de que un médico certifica tu discapacidad, los pagos comienzan siete días después de una lesión o enfermedad calificada y continúan durante un máximo de 26 semanas.

Limitaciones por Condiciones Preexistentes

La cobertura puede estar excluida para una lesión o enfermedad preexistente. Consulta el certificado de cobertura de seguro de New York Life para obtener más información. Para obtener más información contacta a Recursos Humanos.

Cálculo de Ejemplo de Beneficio por STD

Kim gana \$30,000 al año y se toma tiempo libre en el trabajo después de una lesión calificada y utiliza cualquier tiempo libre remunerado disponible para continuar recibiendo su salario durante los primeros siete días. En el octavo día, Kim comienza a recibir los beneficios por STD pagados por Polyglass, calculados de la siguiente manera:

$$\begin{aligned} \$30,000 \text{ de ingresos anuales} & \div 52 \text{ semanas} = \\ \$576.92 \times 60\% \text{ de beneficios} & = \$346.15 \text{ por semana} \end{aligned}$$

Regreso al Trabajo

Antes de regresar después de una licencia por Discapacidad a Corto Plazo (STD), tu médico debe completar un Formulario de Autorización y enviarlo a Recursos Humanos.



Beneficios por Discapacidad a Largo Plazo

Los Beneficios por Discapacidad a Largo Plazo (LTD) equivalen al 60% de tus ingresos mensuales elegibles antes de la discapacidad, con un máximo de \$10,000 al mes. Después de que un médico certifique tu discapacidad y hayas completado el período de espera de 180 días (por lo general, cuando terminan los beneficios por Discapacidad a Corto Plazo) y con la aprobación de New York Life, los pagos comenzarán y continuarán hasta el período de duración máximo, sujeto a los términos descritos en el certificado de cobertura de New York Life.

Compensaciones de Beneficios por LTD

Si eres elegible para ingresos por discapacidad de otras fuentes, incluido el Seguro Social, tus pagos de beneficios por LTD se ajustarán para que el beneficio mensual máximo que recibas de todas las fuentes no supere el porcentaje de tus ingresos antes de la discapacidad según el Plan de Discapacidad de los Estados Unidos de Polyglass.



Para Mayor Información

Utiliza la cámara de tu móvil para obtener más información sobre New York Life Insurance.

Presentar un Reclamo por Discapacidad después del 31 de Diciembre del 2023

Para presentar un reclamo, ingresa a newyorklife.com/group-benefit-solutions/form, o llama al **888-842-4462**, Lun-Vie, 8am-8pm EST. También puedes descargar la aplicación de New York Life Insurance.

Recibirás un Paquete de Reconocimiento y serás contactado por un gerente de casos de New York Life Insurance o un coordinador de licencia en unos días hábiles. New York Life Insurance también puede ponerse en contacto con Recursos Humanos y tu proveedor de atención médica.

Reclamos FMLA

New York Life Insurance también gestiona nuestras reclamaciones de la Ley de Licencia Médica Federal (FMLA). Para solicitar una licencia médica o FMLA, Contacte a Recursos Humanos para rellenar un reclamo, llame al **888-842-4462** o al **866-562-8421** (Español).

Los pagos por discapacidad son sujetos a impuestos

Debido a que Polyglass paga la prima del seguro, cualquier beneficio por discapacidad recibido de este plan se considerará ingreso sujeto a impuestos para ti.

LegalShield & IDShield

Inscríbete en uno o ambos planes para acceder durante todo el año a los beneficios a tasas de grupo, lo que lo hace más asequible que lo que pagarías en el mercado abierto.



Accede a apoyo legal para:

- Consulta y asesoramiento legal
- Representación en la corte
- Apoyo de un bufete de abogados dedicado
- Preparación y revisión de documentos legales
- Preparación de testamentos
- Cartas y llamadas telefónicas realizadas en tu nombre
- Asistencia con multas por exceso de velocidad
- Ayuda legal de emergencia 24/7 y más.

Como inscribirse en LegalShield & IDShield

Puedes inscribirte tú mismo o a ti y a tu familia en uno o en ambos planes. Para inscribirte, ve al sitio de inscripción de LegalShield en legalshield.com/info/polyglass.



Los servicios de protección contra el robo de identidad incluyen:

- Consulta y asesoramiento en caso de robo de identidad
- Investigadores privados con licencia
- Monitoreo de crédito e cuentas financieras relacionadas con la identidad
- Monitoreo de menores (solo en el plan familiar)
- Restauración completa de la identidad
- Alertas en tiempo real
- Acceso de emergencia las 24 horas, los 7 días de la semana
- Monitoreo de redes sociales y gestión de la reputación en línea en cuanto a la privacidad y más



Para Mayor Información

Use la cámara de su teléfono para escanear este código y obtener más información de Legal Shield



Contacto de LegalShield

(Ambos Planes)

800-654-7757,

Lun-Vie, 7am-7pm CST

legalshield.com/info/polyglass

Solo LegalShield Tasas Quincenales (26 cheques/año)

Nivel Cobertura	LegalShield
Empleado y Familia	\$8.75

Solo IDShield Tasas Quincenales (26 cheques/año)

Nivel Cobertura	IDShield
Solo Empleado	\$4.13
Familiar	\$8.75

LegalShield y IDShield Tasas Quincenales (26 cheques/año)

Nivel Cobertura	Both Plans
Solo Empleado	\$12.88
Familiar	\$15.65

Seguro para mascotas



El seguro para mascotas a través de MetLife ofrece protección para perros, gatos y otras mascotas con ahorros en cualquier veterinario, en cualquier lugar. Insíbete para acceder a estas características:

- Reembolso de hasta el 100% en facturas veterinarias
- Elige cualquier veterinario para el cuidado de tu mascota
- Acceso 24/7, a servicios de telemedicina
- Servicios de conserjería



Contacto MetLife

800-438-6388

metlife.com/mybenefits

Escanea el código para detalles.

Los servicios cubiertos incluyen tratamiento para lesiones, enfermedades, cáncer, reparación de ligamentos cruzados, diabetes, infecciones de oído y más. También incluye beneficios de mortalidad, descuentos, recompensas y mucho más.

Here's How It Works



Selecciona e insíbete en la opción de cobertura que sea mejor para ti y tu mascota.



Descarga la APP móvil.



Lleva a tu mascota al Veterinario



Paga la factura dentro de los 90 días y envíala junto con tu documento de reclamación a través de nuestra aplicación móvil, portal en línea, correo elec-



Recibirás el reembolso por cheque o depósito directo si el gasto de la reclamación está cubierto por la póliza.



Seguro para Hogar y Automóvil

Polyglass ha colaborado con MetLife para ofrecerte descuentos grupales en seguros para el hogar y automóvil. También se ofrece cobertura para embarcaciones, motocicletas, vehículos recreativos (RV), propiedad personal y responsabilidad personal excedente.

Para obtener una cotización y compararla con tu cobertura actual, y descubrir si puedes reducir tus costos de seguro, obtener una mejor cobertura o ambas cosas, llama a MetLife al **800-438-6388**.



Gana Dinero Gratis!

Obtén hasta \$30 cuando elijas iThink Financial.

Unión de Crédito

Polyglass te ofrece servicios financieros a través de la unión de crédito de iThink, lo que puede ayudarte a ahorrar dinero con:

- Opciones de cuentas corrientes gratuitas
- Tasas de interés bajas en préstamos para viviendas, automóviles y personales
- Acceso gratuito las 24 horas, los 7 días de la semana a la banca en línea, por teléfono y móvil

iThink cuenta con casi 5,500 ubicaciones de sucursales compartidas en todo el país y más de 60,000 ubicaciones de cajeros automáticos sin recargo en todo el país e internacionalmente.

Contacto iThink

800-873-5100

<https://www.ithinkfi.org>



Plan de Ahorro para la Jubilación 401(k)

Ofrecido a través de Fidelity, el Plan de Ahorro para la Jubilación 401(k) de Polyglass USA te brinda una gran oportunidad para ahorrar dinero para tu jubilación importante.



Fidelity
800-347-2673
[401k.com](https://www.fidelity.com/401k)

Elegibilidad e Inscripción

Los empleados son elegibles a partir del primer día del mes siguiente a tres meses de servicio. Una vez que seas elegible para inscribirte, recibirás un paquete de bienvenida o puedes llamar al **800-347-2673**.

Tus Contribuciones

Tanto tus contribuciones como las de la empresa son preimpuestos, lo que significa que se deducen de tus cheques de pago antes de retener impuestos.

- Puedes contribuir hasta el máximo anual del IRS, que actualmente es de **\$23,000** para el 2023
- Si tienes 50 años o más, puedes contribuir hasta el monto máximo adicional actual de **\$7,500**
- Ambos límites de contribución están sujetos a cambios cada año.

Contribuciones Igualadas por Polyglass

Polyglass igualará tus contribuciones dólar por dólar en el primer 6% de tus ganancias que contribuyas. Esto duplica la cantidad de tu contribución del 6% a un 12%, lo que te brinda un gran comienzo para ayudarte a tener los ingresos que necesitas cuando te retires.



Qué Hacer

Especifica un porcentaje de tus ganancias elegibles o una cantidad fija en dólares para contribuir a tu cuenta en el sitio web de Empower, elige tus opciones de inversión y designa uno o más beneficiarios para tu cuenta.

Vesting

El Vesting se refiere a tu propiedad del dinero en tu cuenta. Siempre eres completamente titular de tus contribuciones y cualquier ganancia de inversión.

Inversión en tu cuenta

Tú decides cómo invertir tanto tus contribuciones como las contribuciones de Polyglass en los fondos de inversión disponibles en el sitio web de Fidelity. Tus contribuciones y las de Polyglass, así como cualquier ganancia de inversión, están diferidas de impuestos, lo que significa que pagarás impuestos sobre la renta de tu dinero 401(k) cuando lo retires. Esto te brinda potencialmente un poder adquisitivo adicional en tus inversiones.



SageView Advisory Group

Polyglass ofrece a los participantes del plan 401(k) planificación financiera, asesoramiento y recursos gratuitos para ayudarle a generar sus ahorros para la jubilación.

Vaya a sageviewadvisory.com para obtener más información o programar una reunión con un consultor de bienestar financiero o un asesor patrimonial.



SCAN QR CODE TO
SCHEDULE YOUR
MEETING

Recursos de Beneficios

Tus Beneficios en Polyglass ofrecen muchos recursos que puedes utilizar para tu salud, bienestar y más. La mayoría de ellos están disponibles para ti sin costo adicional. Revisa esta sección ahora para familiarizarte con todos estos recursos para que puedas utilizarlos cuando los necesites. Se encuentran disponibles más detalles en los materiales de beneficios de los proveedores. Consulta la aplicación Employee Benefits en Polyglass o en la intranet para obtener resúmenes adicionales.

Cuidado de Salud

(pag 33)

- FloridaBlue.com
- Florida Blue 365®
- Florida Blue App
- Información de Salud en Línea
- Equipo de Cuidados de 24 Horas
- A donde Ir para el Cuidado de la Salud
- Beneficios y términos importantes

Bienestar y Cuidado Preventivo

(pag 36)

- Programa Personalizado de Bienestar
- Exámenes de Salud Preventiva para una Vida Saludable
- Nos Importa, Te importa. Cuidado Preventivo.
- Bienestar para Adultos
- Detección con Cologuard
- Guías de Bienestar para Niños
- Vacunas para la Infancia

Gestionando Problemas de Salud Específicos

(pag 40)

- Consultor de Cuidado
- Servicios de Salud Conductual New Directions
- Adición Saludable (recursos prenatales)
- Apoyo para Enfermedades Graves y Crónicas
- Cuidado y Planificación para Enfermedades Avanzadas

Manejo de Medicamentos

(pag 42)

- Gestión de Recetas de Entrega a Domicilio
- Precios de tus Medicamentos
- Registro en Express Scripts
- Búsqueda de una Farmacia de la Red

Cuidado Dental

(pag 44)

- Herramientas en Línea
- Aprovechando al máximo su plan dental
- Beneficios para la audición
- Beneficios para LASIK

Cuidado de la Visión

(pag 45)

- Hay Más en los Exámenes de la Vista de lo que Crees
- Computadores y Cuidado de los Ojos

Seguro de Vida: Beneficios Añadidos

(pag 46)

- Cuenta de Garantía para Sobrevivientes
- Viaje Seguro
- Servicios de Atención de Empathy

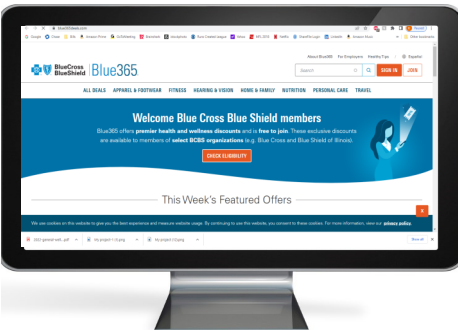


Recursos de Florida Blue para Ayuda con los Beneficios de Salud

FloridaBlue.com

Para aprovechar al máximo tu plan médico de Florida Blue, inicia sesión en el sitio web de Florida Blue en floridablue.com en cualquier momento. Haz clic en "Administrar mi plan" y sigue las indicaciones. También puedes descargar la aplicación móvil.

Encuentra información sobre tu plan médico, accede a herramientas para comparar la calidad y el costo de la atención médica, desde visitas a consultorios hasta cirugía hospitalaria y ambulatoria. Si necesitas ayuda, llama al **800-664-5295**.



Florida Blue 365®

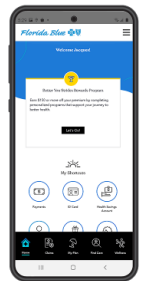
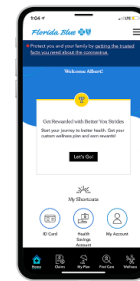
A través de Florida Blue 365, tienes acceso a una amplia gama de descuentos de las principales marcas de salud y bienestar en todo el país, además de descuentos de empresas locales.

Asegúrate de registrarte en blue365deals.com para recibir automáticamente las ofertas y empezar a ahorrar. Revisa regularmente, ya que se agregan con frecuencia nuevos descuentos y servicios.

App de Florida Blue

Mantente conectado con tu plan médico mientras estás en movimiento! Además de ver la información de tu cuenta, puedes:

- Encontrar los centros de atención de urgencia más cercanos.
- Ver tu tarjeta de identificación virtual.
- Consultar tus beneficios y ver tus reclamaciones y montos deducibles.
- Conectar con recursos de bienestar.
- Conectar con recursos y contactos de Florida Blue



Apple Store

Google Play

Información de Salud en Línea

Cuanto más sepas, mejor podrás tomar el control de tu salud y bienestar. Florida Blue ofrece muchas herramientas que tienen un impacto positivo en tu salud. Conocerlas es un gran punto de partida para ayudarte a comprender cómo funciona tu plan de salud, cómo te ahorra dinero y cómo te ayuda a mantenerte sano. Ve en línea a floridablue.com a:

- Revisar los beneficios de tu plan
- Encontrar un proveedor de la red de BCBSFL
- Ver calificaciones de médicos y opiniones de pacientes
- Obtener información actualizada sobre tus gastos de bolsillo
- Verificar reclamaciones
- Solicitar una tarjeta de identificación
- Ver videos de salud y leer blogs
- Investigar tus síntomas y condiciones con contenido de salud fácil de entender, así como videos y artículos complementarios
- Usar tu estado de salud como miembro para hacer un seguimiento de tus gastos de atención médica
- Encontrar cupones y ofertas valiosos para

Equipo de Atención las 24 Horas para Respuestas de Salud

Llama a la línea de Enfermería al **877-789-2583** para obtener respuestas a tus preguntas sobre salud, tratamientos médicos, medicamentos recetados, efectos secundarios de los medicamentos, ayuda con niños enfermos y para obtener más información sobre condiciones como la diabetes, el asma o la hipertensión. Tu equipo dedicado trabajará con tu médico para gestionar tu atención médica.



Enfermeras dedicadas y otros profesionales clínicos se enfocan en ayudarte a alcanzar tus objetivos de salud.



Acceso a recursos comunitarios que ayudan con el transporte, alimentos, finanzas y más.



Apoyo de salud al alcance de tus manos a través de la segura y conveniente aplicación BlueForMe para tu smartphone.

Saber Dónde Acudir para la Atención Médica

La sala de emergencias (ER) es la opción más costosa para la atención médica, y a menudo implica largos tiempos de espera. En una verdadera emergencia, siempre llama al 911 o ve a la sala de emergencias. Si no es una emergencia real, pero necesitas atención médica rápida, considera un centro de atención de urgencia o comunícate con un médico de telemedicina de SwiftMD. También puedes llamar al número de la Línea de Información de Salud las 24 horas (línea de enfermería) que se encuentra en tu tarjeta de identificación para obtener orientación. La tabla a continuación ofrece pautas generales para la atención inmediata.

Decidiendo a donde ir	Tu Costo (copago)	Quien Provee el Cuidado Usualmente	Torceduras, Distensiones	Mordedura de Animales	Rayos X	Puntos de Sutura	Asma Leve	Dolor de Cabeza Leve	Dolor de Espalda	Nauseas, Vómito y Diarrea	Reacciones Alérgicas menores	Tos, Dolor de Garganta	Golpe, Cortes, Raspaduras	Erupciones, Quemaduras	Fiebres Leves, Resfrios	Dolor de Oído y Sinus	Ardor al orinar	Dolor de ojos, Hinchazón	Vacunas
SwiftMD 833-794-3863 Código: Polyglass19	\$0	Medicina Interna, Medicina Familiar, pediatría, y Médicos de ER	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Consultorio Médico	Instalación de la red: Plan 3769: \$35 Plan 3748: \$25	Médico de Medicina Familiar (Cuidados Primarios)					•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Cuidado de Urgencia	Instalación de la red: Plan 3769: \$70 Plan 3748: \$50	Asistente Médico o Enfermero Practicante									•	•	•	•	•	•	•	•	•
Sala de Emergencias	Instalación de la red: Plan 3769: \$350 Plan 3748: \$300	Médico Certificado por el Colegio de Médicos	•	•			•	•	•	•	•	•			•	•	•	•	•

Cada opción ofrece un nivel diferente de servicio, así que llama y discute tu problema de salud antes de ir. Asegúrate de conocer el costo por adelantado y si son miembros de la red Blue Options.

- **SwiftMD:** Médicos y pediatras de telemedicina en línea que pueden responder preguntas de salud, diagnosticar condiciones que no sean de emergencia y recetar medicamentos (ver página 18).
- **Consultorio del médico:** Tu médico o un médico de la red.
- **Centro de atención de urgencia:** Para tratar condiciones que deben ser atendidas de inmediato pero que no son tan graves como las emergencias. Estos centros a menudo realizan radiografías, pruebas de laboratorio y suturas.
- **Sala de emergencias:** Puede ser parte de un hospital o una instalación independiente.
- **Otras opciones:** Clínicas sin cita previa o Minute clinics donde no es necesario tener una cita. Pregunta sobre el costo antes de visitar o recibir tratamiento.

Términos Importantes

Facturación de saldos: Un cargo facturado por un proveedor fuera de la red que está por encima del costo razonable y habitual de un servicio de atención médica en particular.

Coaseguro: Su parte del costo de un servicio de atención médica cubierto, calculado como un porcentaje. Por ejemplo, paga el 20% y el plan paga el 80%, generalmente después de cumplir con un deducible.

Copago: Una cantidad fija cobrada por algunos servicios de atención médica, después de lo cual el plan paga los costos restantes.

Deducible: La cantidad de su propio bolsillo que paga por servicios cubiertos, después de lo cual el plan paga o usted y el plan comparten los costos con coaseguro.

Tasa de contribución del empleado (Prima): La cantidad deducida de los cheques de pago después de inscribirse en un plan de seguros.

Cuentas de gastos flexibles (FSA): Se utilizan para reservar ganancias antes de impuestos hasta un límite anual para pagar ciertos gastos calificados durante un período de tiempo específico (generalmente un año calendario). Hay dos tipos de FSAs: la FSA de atención médica y la FSA de cuidado de dependientes.

Proveedores dentro de la red: Proveedores de servicios que han firmado un contrato con una compañía de seguros para proporcionar servicios a tarifas con descuento.

Servicios de hospitalización: Proporcionados a un individuo durante una estadía hospitalaria durante la noche.

Proveedores fuera de la red: Proveedores de servicios que no son miembros de la red de una compañía de seguros, lo que significa que no cobran los precios con descuento disponibles a través de los miembros de la red.

Máximo de gastos de su bolsillo: Una red de seguridad financiera que se aplica cuando los gastos elegibles del plan de salud durante el año del plan alcanzan una cantidad específica en dólares. Una vez que se alcanza el máximo, el plan paga cualquier gasto elegible restante durante el resto del año al 100%, a menos que se indique lo contrario. No incluye tasas de contribución, cargos por encima de un monto razonable y habitual definido, ni servicios de atención médica que el plan no cubre. Hay máximos separados para gastos dentro de la red y fuera de la red.

Servicios ambulatorios: Servicios proporcionados a individuos en una instalación médica sin necesidad de una estadía hospitalaria durante la noche.

Médico de atención primaria (PCP): Un médico al que regularmente consultarías para tu atención médica continua (por ejemplo, un médico de familia).

Razonable y habitual: Se refiere al monto normal, aceptable o promedio que se cobra por un servicio de atención médica, tratamiento o suministros para un nivel adecuado de atención en la ubicación geográfica donde se brindan el tratamiento, los servicios o los suministros.

Médico especialista: Un médico que se especializa en una rama particular de la medicina (por ejemplo, cirujano).

Medicamentos con Receta

Medicamentos de marca: Un medicamento patentado vendido por un fabricante y conocido por su nombre comercial. Un fabricante de un medicamento de marca puede producir ese medicamento sin competencia. Un ejemplo de medicamento de marca es "Advil".

Formulario (Lista de medicamentos): Enumera los medicamentos con receta de marca y genéricos cubiertos por el plan, mostrando su nivel de precios para cuánto cuestan. Una copia del formulario está disponible en el sitio web de Express Scripts en [express-scripts.com](https://www.express-scripts.com).

Medicamentos genéricos: Los medicamentos genéricos tienen el mismo uso previsto, dosis, efectos, riesgos, seguridad y potencia que sus contrapartes de marca.

Farmacia por correo (Farmacia de entrega a domicilio): Farmacias que surten medicamentos continuos en suministros de 90 días, generalmente a un descuento en comparación con surtir la misma receta en tres suministros de 30 días en una farmacia minorista dentro de la red.

Autorización previa: Indica que se necesita la aprobación de la compañía de seguros antes de que su médico pueda recetar ciertos medicamentos.

Medicamentos especializados: Son medicamentos recetados de alto costo utilizados para tratar condiciones complejas y crónicas, como el cáncer, la artritis reumatoide y la esclerosis múltiple.

Terapia escalonada: Requiere que usted pruebe uno o más medicamentos similares y de menor costo para tratar su condición antes de que el plan pague por el medicamento recetado.

Recursos de Bienestar y Cuidados Preventivo



Programa de Bienestar Construido para tí

Vive de manera más saludable con la ayuda de Better You Strides, un programa en línea de salud y bienestar personalizado según tus necesidades, disponible para todos los participantes del plan médico mayores de 18 años. Obtén consejos y un plan de acción que te ayudará a comer mejor, moverte más y sentirte más feliz. A medida que te vuelvas más saludable, podrás ganar recompensas. Encuentra el programa Better You Strides (a través de Onlife) en la sección de Salud y Bienestar cuando ingreses a tu cuenta de miembro en floridablue.com.

Exámenes de Bienestar Regulares para una Vida Saludable

Realiza tu examen de bienestar anual para revisar tu salud general y programar visitas de seguimiento con tu médico.

- Averigua si tienes riesgo de padecer enfermedades crónicas como la diabetes, el colesterol alto y la hipertensión.
- Obtén vacunas, exámenes preventivos y análisis de laboratorio.
- Se recomienda una serie de 3 dosis de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) para hombres y mujeres de 19 a 26 años si no han sido vacunados previamente antes de los 13 años.
- Habla con tu médico sobre los medicamentos y los productos de venta libre/vitaminas que estás tomando para reducir efectos secundarios e interacciones.
- Recibe la vacuna contra la gripe todos los años para prevenir enfermedades y hospitalizaciones relacionadas.
- Recibe la vacuna contra el COVID-19 para prevenir enfermedades graves y hospitalizaciones relacionadas. Las personas inmunocomprometidas deben consultar a su médico sobre la necesidad de una dosis adicional de vacuna de ARN mensajero.



Consulta las siguientes páginas para ver una lista de servicios de atención preventiva cubiertos por los planes médicos.



Nos Importa, Te Importa. Cuidado Preventivo

Una cosa que todos desean es tener buena salud. Los planes de salud de Polyglass se centran en ayudarte a mantener tu bienestar a través de beneficios de atención preventiva. Sin embargo, cuando necesitas atención médica más extensa, los planes también te respaldan con una cobertura integral. Nuestros planes de salud cubren la atención preventiva sin costo adicional cuando utilizas proveedores de atención médica dentro de la red.

Cheques de Cuidados Preventivos

Médicos	Ambos planes cubren la atención preventiva al 100% cuando se utiliza a proveedores dentro de la red, lo que incluye un examen de bienestar anual con evaluaciones de salud, las inmunizaciones apropiadas y servicios de atención preventiva únicos para hombres, mujeres y niños. Asegúrate de especificar en la oficina del médico que tu visita es para atención de bienestar o preventiva, de modo que la visita se registre correctamente para que el plan cubra el costo en su totalidad.
Dental	El plan cubre el costo completo de exámenes, limpiezas y radiografías bitewing dos veces al año calendario .
De Visión	También cubre el 100% de un examen de la vista regular anual después de un copago de \$10 o \$0 si se utiliza un proveedor de la red PLUS .

Programa Cubierto de Bienestar para Adultos de 19 años en adelante

Asegúrate de revisar los beneficios de tu plan para determinar cualquier costo asociado con estos servicios.

Guía de salud de rutina

Chequeo de Rutina anual de Bienestar	Anual: Discusión con tu médico sobre tu evaluación médica
Evaluación de la Obesidad: Asesoramiento sobre Dieta/Actividad Física/Índice de Masa Corporal (IMC)	Anual
Cheques y Evaluaciones Diagnósticas Recomendados para Pacientes en Riesgo	
Evaluación de Colesterol	Hombres: anualmente a partir de los 35 años (para hombres en riesgo, anualmente a partir de los 20 años). Mujeres: anualmente a partir de los 45 años (para mujeres en riesgo, anualmente a partir de los 20 años)
Evaluación y Conserjería sobre Cancer Colorectal	Edades de 45 a 75: Colonoscopia o prueba de sangre oculta en heces o sigmoidoscopia. Consulta la página 38 para conocer la cobertura de las pruebas de detección de cáncer colorrectal con Cologuard®.
Mamografía	Women: should have a baseline mammogram at ages 35-40. Thereafter, every two years ages 40-50; every year ages 50+.
Papanicolaou y Exámen de Pelvis	Mujeres de 21 a 29 años: Deben realizarse una prueba de Papanicolaou cada 3 años. Mujeres de 30 a 65 años: Deben realizarse una prueba de Papanicolaou sola cada 3 años o combinada con la prueba de VPH cada 5 años.
Evaluación y consejería sobre Cáncer de Pulmón	Edades de 50 a 80 años: Historial de fumador de 20 paquetes, fumador actual/que dejó de fumar en los últimos 15 años
Evaluación sobre Cancer de Próstata	Discutir con su médico
Evaluación sobre Cancer de Piel	Discutir con su médico

Imunizaciones (Recomendaciones de Rutina)

Tétanos, Difteria, Tos ferina (Td/Tdap)	Edades 19 años en adelante: Vacuna Tdap una vez, luego un refuerzo con Td cada 10 años.
Gripe (Influenza)	Anualmente durante la temporada de gripe.
Neumocócica PCV13 y PPSV23	Edades de 19 a 64 años: si existen factores de riesgo; Edades de 65 años o más: 1-2 dosis (según las recomendaciones del CDC); Edades de 50 años o más: 1 dosis (Beneficios de Florida Blue).
Herpes Zóster (Culebrilla)	Edades de 50 años o más: 2 dosis de Shingrix.
Haemophilus Influenzae tipo b (HIB), Hepatitis A, Hepatitis B, Meningococo	Edades 19 años en adelante: si existen factores de riesgo.
Virus del Papiloma Humano (VPH), Sarampión/Paperas/Rubéola (MMR), Varicela (Varicela) y Detección de Infección por Hepatitis C (HCV)	Recomendación del médico basada en la historia de vacunación previa o el historial médico.
COVID-19	Recomendado para adultos de 19 años en adelante dentro del alcance de la autorización/aprobación para la vacuna específica.

Evaluación con Cologuard®

Florida Blue cubre la detección con Cologuard® como una alternativa en el hogar a la colonoscopia. Eres elegible si estás inscrito en un plan médico de Polyglass y tienes al menos 45 años.

¿Qué es?

Cologuard es un método no invasivo que no requiere preparación previa. Está completamente cubierto como parte de tus beneficios de atención preventiva. Si tienes preguntas, habla con tu médico o llama a Florida Blue utilizando el número en la parte trasera de tu tarjeta de identificación.

¿Como Funciona?

Reúnete con tu médico para discutir y obtener una receta para enviar a Cologuard. Visita cologuardtest.com para más detalles.

Recibirás un kit de recolección entregado en tu hogar. Sigue las instrucciones y devuelve la muestra al laboratorio en la caja prepagada y preadresada. Tu médico recibirá los resultados en aproximadamente dos semanas para discutirlos contigo.



Programa de Bienestar para Niños y Adolescentes (Del Nacimiento a los 18 años)

Guía de Salud de Rutina

Examen de Bienestar y Evaluación Conductual para Autismo/Desarrollo	Recién nacidos hasta los 3 años: Exámenes de Bienestar Frecuentes; de 3 a 18 años: Examen de Bienestar Anual
Índice de Masa Corporal (IMC): Altura y Peso	En cada visita, IMC a partir de los 2 años
Presión Arterial	Anualmente, a partir de los 3 años
Evaluaciones de Audición/Dentales/Visión (Estos servicios pueden no estar cubiertos por tu plan de beneficios médicos. Verifica tus documentos del plan.)	Audición: Desde el nacimiento y luego anualmente a partir de los 4 años; Dental: Regularmente, a partir del año de edad; Visión: Anualmente, a partir de los 3 años

Fuentes: Para mayor información sobre cuidado preventivo, ingresa a

<https://www.healthcare.gov/preventive-care-adults/>, or <https://www.healthcare.gov/preventive-care-children/>, o llama a Florida Blue al número que se encuentra en tu Tarjeta de Identificación.

Vacunas para la Infancia

Seguir la secuencia de vacunaciones recomendadas siempre es una buena idea para proteger a tu hijo de enfermedades desde el nacimiento hasta los 18 años.

La mayoría de estas vacunas requieren dosis adicionales o refuerzos con el tiempo. A medida que los niños crecen y se convierten en adolescentes, pueden entrar en contacto con diferentes enfermedades.

Consulta la lista de vacunas que pueden ayudar a proteger a tu preadolescente o adolescente de estas otras enfermedades e infecciones en www.ahrq.gov, y www.cdc.gov.



Recursos para Problemas de Salud Específicos

Consultor de Atención

Llama al **888-476-2227** cuando estés planeando un procedimiento médico o tratando problemas de salud continuos. Los Consultores de Atención de Florida Blue pueden ayudarte a:

- Explicar lo que cubre tu plan.
- Encontrar médicos que participen en tu plan.
- Estimar los costos de tu bolsillo y explicar maneras de ayudarte a ahorrar dinero.
- Encontrar lugares alternativos para recibir tratamiento.
- Remitirte a los equipos de atención especializada de Florida Blue para condiciones como el asma, la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Remitir a futuras mamás al programa prenatal de Florida Blue

Si eres contactado por un Consultor de Atención

Un Consultor de Atención de Florida Blue puede ponerse en contacto contigo para conocer lo que es importante para ti, como cuidar una afección de salud crónica, tomar decisiones saludables o surtir recetas médicas. Si participas, es posible que seas elegible para incentivos. Cada conversación es confidencial y privada.

También puedes llamar y hablar con un Consultor de Atención al **888-476-2227** o programar una cita durante el día o la noche.

Servicios de Salud Conductual de New Directions

Tu plan médico ofrece acceso a los Servicios de Salud Conductual de New Directions, que incluyen servicios de salud mental gestionados, tratamiento de trastornos por consumo de sustancias y más. A través de este servicio, puedes comunicarte con la línea de servicio al cliente, el sitio web o programas para ayudarte a:

New Directions 24/7

866-287-9569

ndbh.com

- Encontrar los médicos y las instalaciones de tratamiento adecuados para tus necesidades únicas.
- Confirmar la participación de proveedores en la red de tu plan de salud.
- Obtener información sobre personas y grupos en tu comunidad que puedan brindar ayuda.
- Ayudarte a ti, a tus médicos y a tu compañía de seguros a trabajar juntos hacia tus objetivos.
- Mantenerte actualizado sobre los últimos avances en el tratamiento de la depresión, la ansiedad, el trastorno por uso de sustancias, el trastorno del espectro autista y el trastorno bipolar.
- Obtener servicios de coaching y apoyo a través del programa de Gestión de Cuidados





Healthy Addition

Healthy Addition es un programa de educación prenatal y de intervención temprana diseñado para proporcionar a las futuras mamás información para un embarazo y parto saludables. Comunícate con Healthy Addition al **800-955-7635**, Opción 6, para obtener más información.

Apoyo para Enfermedades Graves y Crónicas

El programa de Enfermedades Crónicas te ayuda a estar al tanto de las tendencias y tratamientos para el manejo de tu salud. El programa ofrece:

Florida Blue Care Team

844-730-2583

- Enfermeras y otros profesionales de atención de nuestro Equipo de Cuidado que trabajan de la mano contigo y tus médicos para mantenerte en el camino para lograr tus objetivos de salud. Entre consultas con tu médico, tu enfermera gestora de cuidados seguirá tu progreso y se mantendrá en contacto contigo por teléfono y correo electrónico.
- Conexiones digitales con tu enfermera gestora de cuidados a través de una aplicación móvil segura llamada BlueForMe (a través de Wellframe). Esto te permite interactuar a través de mensajes seguros y participar diariamente para mantenerte en el camino de un programa de salud diseñado especialmente para ti.

Recibir apoyo educativo y remisiones a servicios clínicos y sociales para ayudarte a través de enfermedades médicas y necesidades complejas, como:

- Diabetes
- Tratamiento de Cancer
- Embarazo de Alto Riesgo
- Cuidados Intensivos para Neonatal
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Enfermedad Arterial Coronaria
- Fallo Cardíaco
- Transplante de órgano

Cuidado y Planificación para Enfermedades Avanzadas

Si estás lidiando con una enfermedad avanzada, un especialista clínico capacitado puede ayudarte a establecer tus directivas anticipadas para garantizar que tu atención se alinee con tus deseos. También recibirás servicios de cuidados paliativos y hospicio, si es necesario.



Recursos para gestionar medicamentos

Managing Home-Delivery Prescriptions

Tanto en la aplicación móvil de Express Scripts como en el sitio web para miembros, puedes gestionar tus recetas de entrega a domicilio:

- Ver el estado de tu pedido
- Recargar y renovar recetas
- Consultar precios y cobertura
- Encontrar farmacias de la red
- Ver tus reclamaciones de recetas
- Ver centros de recursos terapéuticos para obtener información
- Y mucho más

Accede al sitio web de miembros

Ingresa a express-scripts.com a registrarte, si es tu primera visita. Ten listo para usar tu ID de Membrecía o tu Número de Seguro Social.

RxBenefits

800-334-8134

7am a 8pm CT

Email: CustomerCare@rxbenefits.com



Llenar una nueva Receta

Primero, pide a tu médico que envíe una receta electrónica de 90 días directamente a Express Scripts. O imprime el formulario ubicado en "Formularios y Tarjetas" en el menú "Beneficios" en express-scripts.com. Imprime un formulario de pedido por correo y sigue las instrucciones de envío. O llama a Express Scripts y pídeles que contacten a tu médico por ti. Por favor, permite de 10 a 14 días para que se envíe tu primera receta.

Puedes recargar y renovar recetas para ti y tus dependientes cubiertos en línea o mediante la aplicación. Haz clic en "Agregar al carrito". Express Scripts se pondrá en contacto con tu médico.

Si ya tienes una receta

Puedes verificar el estado de un pedido o rastrear envíos en el sitio web o la aplicación de Express Scripts.

Transferir recetas de Farmacias a Entrega a Domicilio

Para recetas elegibles, ve al sitio web de Express Scripts o usa la aplicación y haz clic en "Agregar al carrito" y realiza el pago. Express Scripts se pondrá en contacto con tu médico por ti y se encargará del resto.

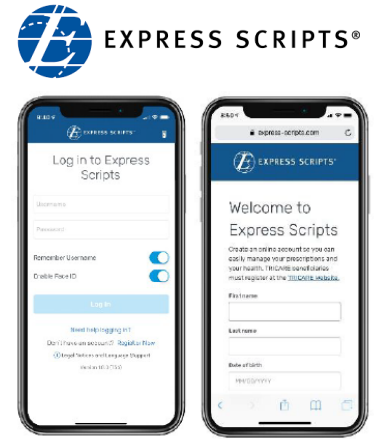
Determinando el Precio de Tus Medicamentos

Ingresa a express-scripts.com y utiliza tu nombre de usuario y contraseña o regístrate usando tu número de identificación o número de seguro social. Selecciona "Calcular precio de un medicamento" en el menú bajo "Recetas". En las siguientes pantallas, introduce el nombre del medicamento que desees calcular, la concentración y la dosis. (Por ejemplo: Accupril®, 5 mg, tomado una vez al día).

Basándose en esta información, el sistema generará información sobre precios para la entrega a domicilio y la compra en una farmacia, tanto para el medicamento de marca como para el genérico, si está disponible. También indicará si este medicamento está cubierto por tu plan. Puedes utilizar esta información para comparar costos y luego "Agregar" un medicamento a la lista para hacer un seguimiento de tus gastos de bolsillo, dependiendo de tu plan.

Registro en Express Scripts

Ingresa a express-scripts.com y selecciona "Registrarse" o descarga la aplicación móvil de Express Scripts de forma gratuita desde la tienda de aplicaciones de tu dispositivo móvil y selecciona "Registrarse."



- Completa la información solicitada, incluyendo información personal y tu número de identificación de miembro o número de seguro social (SSN). Crea tu nombre de usuario y contraseña junto con información de seguridad en caso de que alguna vez olvides tu contraseña.
- Haz clic en "Registrarse ahora" y estarás registrado.
- Para configurar tus preferencias, selecciona "Preferencias de comunicación" en el menú bajo "Cuenta", luego desplázate hasta "Preferencias de comunicación y visualización". Haz clic en "Editar preferencias". Las preferencias solo se pueden seleccionar en el sitio web.

Los miembros que tienen autenticación por huella dactilar o reconocimiento facial en sus dispositivos móviles pueden habilitarlo para iniciar sesión en su cuenta de Express Scripts en la aplicación móvil, si lo desean.

Nota: La aplicación móvil de Express Scripts está disponible para dispositivos móviles iPhone®, iPad® y Android.

Compartiendo tu información con otros miembros adultos

Las preferencias incluyen la opción de compartir tu información de recetas con otros miembros adultos de tu hogar (mayores de 18 años) cubiertos por tu plan de medicamentos con receta. Todos los adultos cubiertos (mayores de 18 años) en el hogar deben registrarse por separado. Cuando otorgas permiso para compartir tu información de recetas con otros miembros registrados del hogar, ellos pueden ver tu información, hacer pedidos en tu nombre y más.

Encontrando una Farmacia Dentro de la Red

Desde express-scripts.com:

- Selecciona "Encontrar una farmacia" en el menú bajo "Recetas".
- Ingresa el código postal o la Ciudad/Estado donde deseas encontrar una farmacia. Haz clic en "Localizar farmacia".
- Los resultados de la búsqueda proporcionan un mapa y una lista que muestran las farmacias cercanas con direcciones e información de contacto. También puedes "Obtener direcciones". Haz clic en una letra para encontrar farmacias por orden alfabético.

Desde la App Móvil de Express Scripts :

- Selecciona "Localizar una farmacia" en el menú principal. Ingresa el código postal, la Ciudad/Estado o "Ubicación actual".
- Los resultados de la búsqueda muestran un mapa que muestra farmacias cercanas. Las farmacias de la red se indican con una estrella.
- Haz clic en el marcador para ver el nombre de la farmacia y haz clic en la flecha para ver más información. También puedes hacer clic para llamar a la farmacia o para obtener direcciones desde tu ubicación actual.

Recursos de Beneficios de Delta Dental



Utiliza estos recursos de Delta Dental para ayudar a gestionar tu salud bucal. Están incluidos sin costo adicional al inscribirte en el Plan Dental de Polyglass.



Herramientas En Línea

Desde tu teléfono celular, tablet o computadora de escritorio, inicia sesión en deltadentalins.com crea una cuenta en línea. En tu cuenta, puedes:

- Verificar tus beneficios y elegibilidad
- Revisar reclamaciones
- Descargar documentos del plan
- Explorar el bienestar dental (artículos, recetas, videos y más)
- Encontrar dentistas de la red
- Visualizar tu ID, imprime una copia
- Actualizar tus configuraciones para recibir documentos sin papel
- Descargar la aplicación
- Y mucho más



Odontología Virtual

Para obtener respuestas a preguntas, chequeos rápidos, segundas opiniones y otras necesidades de salud bucal entre visitas a la consulta de tu dentista. Estas visitas no cuentan como parte de las limitaciones de frecuencia de exámenes y están cubiertas por tu plan dental.

Sonríe para la cámara para una evaluación fotográfica en un plazo de 24 horas para abordar preocupaciones dentales simples cuando necesites consejos de expertos de inmediato o estés experimentando dolor. Para obtener más información, escanea este código QR con tu teléfono celular o visita



www1.deltadentalins.com/members/virtual-dentistry.html.



8 Formas de Aprovechar al Máximo Tu Plan Dental

1. Asegúrate de que tu dentista esté en la red de Delta Dental para obtener tarifas reducidas. Es probable que otros dentistas cobren más.
2. Utiliza tus dos visitas cubiertas de atención preventiva para detectar problemas antes de que se vuelvan más costosos de tratar.
3. Configura una cuenta en línea en deltadentalins.com.
4. Actualiza tu configuración en tu cuenta en línea para recibir tus estados de cuenta por correo electrónico y reducir el uso de papel.
5. Coordina tus beneficios si estás cubierto por un segundo plan dental. Pide a tus dentistas que lo configuren.
6. Comienza cada visita con una breve conversación sobre cualquier problema de salud.
7. Pide a tu dentista que envíe una Predeterminación de Beneficios para saber de antemano cuánto te costará cualquier trabajo dental significativo (por encima de \$250).
8. Mantente informado obteniendo herramientas y consejos en el sitio **SmileWay Wellness** mysmileway.com y suscríbete a **Grin!** La revista electrónica gratuita de bienestar dental.

Recursos para el cuidado de la visión

EyeMed ofrece recursos para ayudarte a gestionar tu salud ocular. Están incluidos sin costo adicional cuando te inscribes en el Plan de Visión de Polyglass.



Hay más en los exámenes oculares de lo que puede imaginar

Tus ojos son ventanas a tu salud, así que asegúrate de hacerte un examen cada año. Puede revelar signos tempranos de problemas de salud, como diabetes, presión arterial alta, colesterol alto y enfermedades cardíacas, además de enfermedades oculares como cataratas y glaucoma. Tratar estos problemas más pronto que tarde es crucial para obtener los mejores resultados en tu salud.

Nunca es demasiado temprano para empezar con los exámenes oculares. Los bebés y niños pequeños deben tener su primer examen entre los seis y los 12 meses de edad. El oftalmólogo puede revisar la miopía, la hipermetropía, el astigmatismo, la ambliopía (ojo vago), el movimiento ocular adecuado y la alineación de los ojos, así como la reacción del ojo a la luz y la oscuridad.

Para niños de tres a cinco años, los oftalmólogos recomiendan un examen ocular anual. Para obtener más información, visita eyesiteonwellness.com.



Computadoras y Cuidado de Ojos

Pasas horas frente a celulares, computadoras y tabletas puede resultar en visión borrosa y daño a la retina. Asegúrate de hacer un examen ocular y discutir tu uso de dispositivos digitales y computadoras con tu oftalmólogo.

Los niños y los exámenes de la vista

No es demasiado pronto para comenzar los exámenes de la vista. Los bebés y los niños pequeños deben realizarse su primer examen entre los seis y 12 meses de edad. El oculista puede comprobar si hay miopía, hipermetropía, astigmatismo, ambliopía ("ojo vago"), movimiento ocular adecuado y alineación de los ojos, así como cómo reacciona el ojo a la luz y la oscuridad.

Para las edades de tres a cinco años, los oftalmólogos recomiendan un examen de la vista cada año. Para obtener más información, visite eyesiteonwellness.com.



New York Life Insurance Benefit Resources



Cuenta de Seguro para Sobrevivientes

Ayuda a los beneficiarios a gestionar los beneficios de seguros de sus seres queridos y a sobrellevar las presiones durante un momento tan difícil. El programa ofrece:

- Una cuenta de depósito de Aseguramiento para Sobrevivientes a tu nombre para realizar pagos de beneficios.
- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año a apoyo emocional para ti y los miembros de tu familia.
- Acceso a consultores legales, de patrimonio y fiscales, servicios de resolución de robo de identidad y fraude, herramientas en línea para testamentos específicos por estado y más.

Seguro de Sobreviviente

800-570-3778

Lun-Vie 8am-7pm EST

guidanceresources.com



Especialistas de Apoyo para Sobrevivientes

Asistencia compasiva está disponible a través de Especialistas de Apoyo para Sobrevivientes que proporcionan recursos de duelo y luto, y pueden ayudarte a comprender tu cobertura de Vida y AD&D.

Especialistas de Apoyo a Sobrevivientes

888-842-4462, ext 1013382

9am-5pm EST



Viaje Seguro

Viaje Seguro ofrece servicios cuando viajas a más de 100 millas de casa:

- **PrePlanificación previa al viaje** que incluye conocer los requisitos de vacunación locales, así como los requisitos de visa y pasaporte, dónde encontrar embajadas y consulados, tasas de cambio de divisas, avisos de viaje y más.
- **Asistencia de viaje** que incluye servicios de traducción las 24 horas, referencias a profesionales médicos y legales locales, ayuda con gastos médicos y artículos perdidos, y acceso a efectivo de emergencia.
- **Asistencia de emergencia** para regresar a casa después de una emergencia.

Llame al **888-226-4567** y accede al resumen de beneficios de Viaje Seguro.



Empathy Care Services

Conecta con el Equipo de Empathy Care para obtener apoyo en el duelo, orientación sobre sucesiones y patrimonio, redacción de obituarios, cierre de cuentas y más. Los servicios están disponibles para hasta 10 miembros de la familia. Para obtener más información, consulta el resumen de Empathy, escanea el código QR, visita el sitio web newyorklife.com/empathy, o escribe un correo a Empathy a newyorklife@empathy.com.



Presentar un Reclamo de Seguro por Discapacidad

Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo de Seguro por Discapacidad, mira este video:

[New York Life Group Benefit Solutions – Connecting you to your benefits \(mynylgbs.com\)](https://www.newyorklife.com/group-benefit-solutions).

Avisos Legales

Aviso Importante para Empleados de Polyglass USA sobre Cobertura Acreditable de Medicamentos con Receta y Medicare

El propósito de este aviso es informarle que la cobertura de medicamentos con receta que se menciona a continuación en el plan médico de Polyglass USA Corporation se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de Medicare para medicamentos con receta pagará en 2024. Esto se conoce como "cobertura acreditable"

Por qué esto es importante. Si usted o sus dependientes cubiertos están inscritos en cualquier cobertura de medicamentos con receta durante 2024 que se menciona en este aviso y está o se convierte en beneficiario de Medicare, puede decidir inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare más adelante y no estar sujeto a una penalización por inscripción tardía, siempre y cuando haya tenido cobertura acreditable dentro de los 63 días de su inscripción en el plan de medicamentos con receta de Medicare. Debería conservar este aviso con sus registros importantes .

Si usted o sus familiares no están actualmente cubiertos por Medicare y no estarán cubiertos por Medicare en los próximos 12 meses, este aviso no se aplica a usted.

Lea cuidadosamente el siguiente aviso. Contiene información sobre la cobertura de medicamentos con receta con Polyglass USA y la cobertura de medicamentos con receta disponible para las personas con Medicare. También le indica dónde puede encontrar más información para ayudarlo a tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Aviso de Cobertura Acreditable

Es posible que haya escuchado acerca de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (llamada Parte D) y se haya preguntado cómo le afectaría. La cobertura de medicamentos con receta está disponible para todas las personas con Medicare a través de los planes de medicamentos con receta de Medicare. Todos los planes de medicamentos con receta de Medicare brindan al menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen una cobertura adicional por una prima mensual más alta.

Las personas pueden inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare cuando sean elegibles por primera vez y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Las personas que dejen de estar cubiertas por el plan de empleador/ sindicato pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial de Medicare.

Si está cubierto por los planes de medicamentos con receta de Polyglass USA, le interesa saber que la cobertura de medicamentos con receta bajo estos planes es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare para 2023. Esto se denomina cobertura acreditable. La cobertura bajo uno de estos planes le ayudará a evitar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si es elegible o se convierte en elegible para Medicare y luego decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare y es un empleado activo o un miembro de la familia de un empleado activo, también puede mantener su cobertura del empleador. En este caso, su plan de Polyglass USA continuará pagando como primario o secundario, tal como lo hacía antes de inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Si renuncia o deja de tener la cobertura de Polyglass USA, Medicare será su único pagador. Puede volver a inscribirse en el plan del empleador durante la inscripción anual o si tiene un período de inscripción especial u otro evento que califique, o si de otra manera se vuelve nuevamente elegible para inscribirse en el plan de Polyglass USA a mitad de año, siempre y cuando siga siendo elegible.

Debe saber que si renuncia o deja la cobertura con Polyglass Corporation y pasa 63 días o más sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable (una vez que termine su período de inscripción de Medicare aplicable), su prima mensual de la Parte D aumentará al menos un 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura, su prima del plan de medicamentos con receta de Medicare siempre será al menos un 19% más alta que lo que la mayoría de las personas paga. Deberá pagar esta prima más alta mientras tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta octubre siguiente para inscribirse en la Parte D.

Puede recibir este aviso en otros momentos en el futuro, como antes del próximo período en el que pueda inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, o si cambia la cobertura de Polyglass USA, o a su solicitud.

Para obtener más información sobre sus opciones en cuanto a la cobertura de medicamentos con receta de Medicare

Puede encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta en el manual de Medicare y Usted. Los participantes de Medicare recibirán una copia de este manual por correo cada año de parte de Medicare. También es posible que Medicare prescription drug plans se pongan en contacto directamente con usted. Aquí le indicamos cómo obtener más información sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare:

Visite <https://www.medicare.gov/> para ayuda personalizada.

- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte una copia del manual de Medicare y Usted para obtener el número de teléfono) o visite el programa en línea en <https://www.shiptacenter.org/>.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que le exijan proporcionar una copia de este aviso al unirse, para mostrar si tiene o no una cobertura acreditable mantenida y, por lo tanto, si está obligado o no a pagar una prima más alta (una penalización).

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar un plan de medicamentos recetados de Medicare. La información sobre esta ayuda adicional está disponible a través de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov o llama al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Para mayor información sobre este aviso o sobre tu cobertura de medicamentos recetados, contacte:

Nombre de la entidad/Remitente: Polyglass USA

Contacto: Gerente de Beneficios y Recursos Humanos

Dirección: 1111 W. Newport Center Drive, Deerfield Beach, FL 33442

Número Telefónico: (954) 233-1049

Fecha: 1ero de Octubre, 2023

Aviso de Derechos de Inscripción Especial para la Cobertura del Plan de Salud

Como sabrá, si ha rechazado la inscripción en el plan de salud de Polyglass USA para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico, usted o sus dependientes pueden inscribirse en algunas coberturas bajo este plan sin tener que esperar al próximo período de inscripción abierto, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y a sus dependientes elegibles, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Polyglass USA también permitirá una oportunidad de inscripción especial si usted o sus dependientes elegibles:

- Pierden la cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) porque ya no son elegibles, o
- Se vuelven elegibles para el programa de asistencia premium de un estado bajo Medicaid o CHIP.

Para estas oportunidades de inscripción, tendrá 60 días, en lugar de 30, a partir de la fecha del cambio de elegibilidad de Medicaid/CHIP para solicitar la inscripción en el plan de salud grupal de Polyglass USA. Tenga en cuenta que esta nueva extensión de 60 días no se aplica a oportunidades de inscripción que no sean debido al cambio de elegibilidad de Medicaid/CHIP.

Nota: Si su dependiente adquiere el derecho a una inscripción especial, puede agregar al dependiente a su cobertura actual o cambiar a otro plan de salud.

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

Si ha tenido o va a tener una mastectomía, podría tener derecho a ciertos beneficios según la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de acuerdo con lo determinado en consulta con el médico tratante y la paciente para:

- Todas las etapas 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; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujeto 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 departamento de Recursos Humanos al **(954) 233-1049**.

Aviso de la Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres

En general, los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud no pueden, según la ley federal, limitar los beneficios relacionados con la duración de la estadía hospitalaria en conexión 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 que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, según la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor de seguros para prescribir una duración de la estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas). Si desea obtener más información sobre los beneficios de maternidad, llame a su equipo de Beneficios al **(954) 233-1049**.

Aviso sobre la Ley Michelle –

Cobertura Médica Extendida para Dependientes durante Licencias Médicas Estudiantiles

El plan de Polyglass USA puede extender la cobertura médica para los hijos dependientes si pierden la elegibilidad debido a una licencia médicamente necesaria de una institución de educación postsecundaria (incluyendo una universidad o colegio). La cobertura puede continuar durante un período de hasta un año, a menos que la elegibilidad del hijo termine antes por otra razón.

La cobertura extendida está disponible si la licencia de ausencia de la escuela de un hijo, o un cambio en su estado de inscripción escolar (por ejemplo, cambiar de estatus de tiempo completo a tiempo parcial), comienza mientras el hijo tiene una enfermedad grave o una lesión que es médicamente necesaria y que, de otra manera, causaría la finalización de la elegibilidad para la cobertura estudiantil bajo el plan. Puede ser necesario un certificado por escrito del médico del hijo que indique que el niño sufre de una enfermedad grave o lesión y que la licencia de ausencia es médicamente necesaria.

Si la cobertura proporcionada por el plan cambia durante este período de un año, el plan proporcionará la cobertura modificada durante el resto de la licencia de ausencia.

Si su hijo perderá la elegibilidad para la cobertura debido a una licencia médicamente necesaria de la escuela y desea que su cobertura se extienda, notifíquelo a Polyglass USA tan pronto como se reconozca la necesidad de la licencia. Además, comuníquese con Florida Blue para verificar si se aplican leyes estatales que requieran la extensión de la cobertura a los beneficios de su hijo.

Asistencia Premium bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud a través de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia premium que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia premium, pero podría ser capaz de comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en un estado que se encuentra en la lista a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia premium disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al **1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para obtener información sobre cómo presentar una solicitud. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que podría ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia premium bajo Medicaid o CHIP, además de ser elegibles para su plan de empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no lo está. Esto se llama una "oportunidad de inscripción especial", y debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para la asistencia premium. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, es posible que sea elegible para recibir ayuda para pagar las primas de su plan de salud del empleador. La siguiente lista de estados es válida a partir del 31 de julio de 2023. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid		ALASKA – Medicaid	
Sitio Web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447		The AK Health Insurance Premium Payment Program Sitio Web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibilidad: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	
ARKANSAS – Medicaid		CALIFORNIA – Medicaid	
Sitio Web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)		Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio Web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov	
COLORADO – Health First Colorado (Colorado’s Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)		FLORIDA – Medicaid	
Health First Colorado Sitio Web: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Servicio al Cliente: 1-800-359-1991/State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mychihibi.com/ HIBI Customer Service: 1-855-692-6442		Sitio Web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268	
GEORGIA – Medicaid		INDIANA – Medicaid	
GA HIPP Sitio Web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 GA CHIPRA Sitio Web: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2		Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64 Sitio Web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 All other Medicaid Sitio Web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584	
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)		KANSAS – Medicaid	
Medicaid Sitio Web: https://dhs.iowa.gov/ime/members Medicaid Teléfono: 1-800-338-8366 Hawki Sitio Web: http://dhs.iowa.gov/Hawki Hawki Teléfono: 1-800-257-8563 HIPP Sitio Web: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp HIPP Teléfono: 1-888-346-9562		Sitio Web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 HIPP Teléfono: 1-800-967-4660	
KENTUCKY – Medicaid		LOUISIANA – Medicaid	
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Sitio Web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Sitio Web: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Sitio Web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms		Sitio Web: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)	

MAINE – Medicaid		MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP	
Enrollment Sitio Web: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711		Sitio Web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com	
MINNESOTA – Medicaid		MISSOURI – Medicaid	
Sitio Web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739		Sitio Web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005	
MONTANA – Medicaid		NEBRASKA – Medicaid	
Sitio Web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Email: HHSHIPPProgram@mt.gov		Sitio Web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178	
NEVADA – Medicaid		NEW HAMPSHIRE – Medicaid	
Medicaid Sitio Web: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Teléfono: 1-800-992-0900		Sitio Web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 5218 (in NH only)	
NEW JERSEY – Medicaid and CHIP		NEW YORK – Medicaid	
Medicaid Sitio Web: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Medicaid Teléfono: 609-631-2392 CHIP Sitio Web: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Teléfono: 1-800-701-0710		Sitio Web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	
NORTH CAROLINA – Medicaid		NORTH DAKOTA – Medicaid	
Sitio Web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100		Sitio Web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825	
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP		OREGON – Medicaid	
Sitio Web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742		Sitio Web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075	
PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP		RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP	
Sitio Web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 CHIP Sitio Web: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) CHIP Teléfono: 1-800-986-KIDS (5437)		Sitio Web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)	
SOUTH CAROLINA – Medicaid		SOUTH DAKOTA - Medicaid	
Sitio Web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820		Sitio Web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059	

TEXAS – Medicaid		UTAH – Medicaid and CHIP	
Sitio Web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Texas Health and Human Services Teléfono: 1-800-440-0493		Medicaid Sitio Web: https://medicaid.utah.gov/ CHIP Sitio Web: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669	
VERMONT– Medicaid		VIRGINIA – Medicaid and CHIP	
Sitio Web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Teléfono: 1-800-250-8427		Sitio Web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP Teléfono: 1-800-432-5924 Email: HIPPcustomerservice@dmas.virginia.gov	
WASHINGTON – Medicaid		WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP	
Sitio Web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022		Sitio Web: https://dhhr.wv.gov/bms/http://mywvhipp.com/ Medicaid Teléfono: 304-558-1700 CHIP Toll-free Teléfono: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)	
WISCONSIN – Medicaid and CHIP		WYOMING – Medicaid	
Sitio Web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002		Sitio Web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269	

U.S. Department of Labor
Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centros de Servicios de Medicare & Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323,
Menu Opción 4, Ext. 61565

Para verificar si algún otro estado ha agregado un programa de asistencia premium desde el 31 de julio de 2023 o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites Administrativos

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB bajo la PRA y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte 44 U.S.C. 3507. Además, a pesar de cualquier otra disposición legal, ninguna persona estará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si dicha recopilación de información no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Vea 44 U.S.C. 3512.

La carga de informe público estimada para esta recopilación de información se estima en aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de Aprobación de la PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Sala N-5718, Washington, D.C. 20210, o por correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al Número de Control de la OMB 1210-0137.

OMB Número de Control 1210-0137 (expira el 1/31/2026)

Polyglass USA Aviso de Privacidad de HIPAA

Por favor, revise cuidadosamente este aviso. Describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede acceder a esta información.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) impone numerosos requisitos sobre el uso y la divulgación de información médica individual por parte de los planes de salud de Polyglass USA. Esta información, conocida como información de salud protegida, incluye casi toda la información de salud identificable individualmente que posee un plan, ya sea recibida por escrito, en un medio electrónico o como una comunicación oral. Este aviso describe las prácticas de privacidad de estos planes: Médico, Dental y de Visión. Los planes cubiertos por este aviso pueden compartir información de salud entre sí para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Estos planes se denominan colectivamente como el Plan en este aviso, a menos que se especifique lo contrario.

Las Obligaciones del Plan con Respecto a la Información de Salud sobre Usted

Por ley, el Plan está obligado a mantener la privacidad de su información de salud y proporcionarle este aviso sobre las obligaciones legales del Plan y las prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. Si participa en una opción de plan asegurado, recibirá un aviso directamente del Asegurador. Es importante señalar que estas reglas se aplican al Plan, no a Polyglass USA como empleador, así funcionan las reglas de HIPAA. Pueden aplicarse políticas diferentes a otros programas de Polyglass USA o a datos no relacionados con el Plan.

Cómo el Plan Puede Usar o Divulgar Su Información de Salud

Las reglas de privacidad generalmente permiten el uso y la divulgación de su información de salud sin su permiso (conocido como autorización) con fines de tratamiento médico, actividades de pago y operaciones de atención médica. Aquí hay algunos ejemplos de lo que eso podría implicar:

- **El tratamiento** incluye proporcionar, coordinar o gestionar la atención médica por uno o más proveedores de atención médica o médicos. El tratamiento también puede incluir la coordinación o gestión de la atención entre un proveedor y un tercero, así como consultas y referencias entre proveedores. Por ejemplo, el Plan puede compartir su información de salud con médicos que lo están tratando.
- **El pago** incluye actividades realizadas por este Plan, otros planes o proveedores para obtener primas, tomar decisiones sobre cobertura y proporcionar reembolsos por atención médica. Esto puede incluir la determinación de la elegibilidad, revisar los servicios para la necesidad médica o su idoneidad, participar en actividades de gestión de la utilización, gestión de reclamaciones y facturación, así como realizar funciones de plan "detrás de escena", como ajuste de riesgo, cobranza o reaseguro. Por ejemplo, el Plan puede compartir información sobre su cobertura o los gastos que ha incurrido con otro plan de salud para coordinar el pago de beneficios.
- **Las operaciones de atención médica** incluyen actividades realizadas por este Plan (y, en circunstancias limitadas, por otros planes o proveedores), como programas de bienestar y evaluación de riesgos, actividades de evaluación y mejora de la calidad, servicio al cliente y resolución interna de quejas. Las operaciones de atención médica también incluyen la evaluación de proveedores, participación en actividades de acreditación, capacitación y acreditación; realización de suscripciones o tarifas de primas; organización de revisiones médicas y actividades de auditoría; y planificación y desarrollo empresarial. Por ejemplo, el Plan puede utilizar información sobre sus reclamaciones para auditar a terceros que aprueban el pago de beneficios del Plan.

La cantidad de información de salud utilizada, divulgada o solicitada se limitará y, cuando sea necesario, se restringirá al mínimo necesario para lograr los fines previstos, según se define en las reglas de HIPAA. Si el Plan utiliza o divulga PHI con fines de suscripción, el Plan no utilizará ni divulgará PHI que sea su información genética para tales fines.

Cómo el Plan Puede Compartir Su Información de Salud con Polyglass USA

El Plan, o su aseguradora de salud o HMO, puede divulgar su información de salud sin su autorización por escrito a Polyglass USA con fines de administración del plan. Polyglass USA puede necesitar su información de salud para administrar los beneficios bajo el Plan. Polyglass USA se compromete a no utilizar ni divulgar su información de salud excepto según lo permitido o requerido por los documentos del Plan y la ley. El personal de Recursos Humanos, Beneficios, Cumplimiento, Nómina y/o Finanzas de Polyglass USA son los únicos empleados de Polyglass USA que tendrán acceso a su información de salud para funciones de administración del plan.

Así es cómo la información adicional puede ser compartida entre el Plan y Polyglass USA, según lo permitido por las reglas de HIPAA:

- El Plan, o su aseguradora o HMO, puede divulgar "información resumida sobre la salud" a Polyglass USA, si se solicita, con el propósito de obtener cotizaciones de primas para brindar cobertura bajo el Plan o para modificar, enmendar o terminar el Plan. La información resumida sobre la salud es información que resume la información de reclamaciones de los participantes, de la cual se han eliminado los nombres y otra información identificativa.
- El Plan, o su aseguradora o HMO, puede divulgar a Polyglass USA información sobre si un individuo está participando en el Plan, se ha inscrito o desinscrito en una opción de seguro o HMO ofrecida por el Plan. Polyglass USA no puede y no utilizará la información de salud obtenida del Plan para acciones relacionadas con el empleo. Sin embargo, la información de salud recopilada por Polyglass USA de otras fuentes, por ejemplo, bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades o programas de compensación laboral, no está protegida bajo HIPAA (aunque este tipo de información puede estar protegida por otras leyes federales o estatales).

Otros usos o divulgaciones permitidos de su información de salud

En ciertos casos, su información de salud puede ser divulgada sin autorización a un familiar, amigo cercano u otra persona que usted identifique y que esté involucrada en su atención o el pago de su atención. La información sobre su ubicación, condición general o fallecimiento puede ser proporcionada a una persona similar (o a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de socorro en caso de desastre). En general, se le dará la oportunidad de estar de acuerdo o en desacuerdo con estas divulgaciones (aunque puede haber excepciones, por ejemplo, si usted no está presente o está incapacitado). Además, su información de salud puede ser divulgada sin autorización a su representante legal.

Nuevas opciones de cobertura en el Mercado de Seguros de Salud y su cobertura de salud

Parte A: Información general

Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, esta notificación proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud proporcionada por su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguros de salud privados. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro de salud en el Mercado?

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o ofrece una cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima a los que puede acceder dependen de los ingresos de su hogar.

¿Afecta la cobertura de salud del empleador a 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, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no ofrece una cobertura que cumple con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a otros miembros de su familia) es superior al 9.61% para el año 2024 de los ingresos de su hogar, o si la cobertura que ofrece su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, es posible que sea elegible para un crédito fiscal.

3. Nombre del Empleador: Polyglass USA	4. Número de Identificación del Empleador (EIN): 88-0267816	
5. Dirección del Empleador: 1111 West Newport Center Drive	6. Teléfono del Empleador: (954) 233-1330	
7. Ciudad Deerfield Beach	8. Estado: Florida	9. Código Postal: 33442
10. ¿A quién podemos contactar acerca de la cobertura de salud en esta empresa? Katherine Ryan		
11. Teléfono (Si es diferente al anterior) 954-233-1049	12. Email: kryan@polyglass.com	

Aquí hay información básica sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador:

Como su empleador, ofrecemos un plan de salud a: Todos los empleados elegibles para beneficios.

- **Los empleados elegibles son:** Los empleados que trabajan regularmente 30 horas o más a la semana y son elegibles para beneficios según lo detallado en la Guía de Beneficios a partir del primer día del mes siguiente a un mes completo de empleo.
- **Con respecto a los dependientes:** Los documentos deben mostrar la relación entre el empleado y el dependiente, así como la fecha del documento. Se proporcionará una lista de documentos requeridos.
- **Los dependientes elegibles son:** Cónyuge legal, hijos biológicos, adoptados, hijosstraídos, hijos bajo tutela legal y cualquier hijo que esté nombrado en una Orden de Apoyo Médico Calificado (QMCSO, por sus siglas en inglés) según lo define la ley federal, hasta los 26 años de edad, o mayores que sean principalmente mantenidos por el empleado y sean incapaces de mantener un empleo sostenible debido a una discapacidad mental o física.

Aviso General de Cobertura Continuada COBRA

Aviso general sobre los derechos de cobertura continuada COBRA

Introducción

Está recibiendo este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la cobertura continuada COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Plan. **Este aviso explica la cobertura continuada COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué necesita hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando sea elegible para COBRA, también podría ser elegible para otras opciones de cobertura que podrían costar menos que la cobertura continuada COBRA.

El derecho a la cobertura continuada COBRA fue creado por una ley federal, la Ley de Reconciliación Presupuestaria Omnibus Consolidada de 1985 (COBRA). La cobertura continuada COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal de otra manera finalizaría. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y bajo la ley federal, debe revisar la Descripción del Resumen del Plan del Plan o ponerse en contacto con el Administrador del Plan.

Puede tener otras opciones disponibles cuando pierde la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, podría calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos más bajos de bolsillo. Además, podría calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la Cobertura Continuada de COBRA?

La cobertura continuada COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de lo contrario, terminaría debido a un evento de vida. También se le llama un "evento calificante". Los eventos calificantes específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificante, se debe ofrecer la cobertura continuada COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura bajo el Plan se pierde debido al evento calificante. Según el Plan, los beneficiarios calificados que elijan la cobertura continuada COBRA deben pagar por la cobertura continuada COBRA.

Si es empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificantes:

- Reducción de sus horas de empleo, o
- Terminación de su empleo por cualquier motive que no sea una mala conducta grave.

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, podría perder la contribución del empleador (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador, así como su contribución como empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluyen del ingreso para fines de impuestos federales y estatales sobre el ingreso. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan sobre la base de impuestos posteriores.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura ofrecida por su empleador, consulte la descripción del resumen del plan o póngase en contacto con Recursos Humanos (HR).

El Mercado de Seguros de Salud puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y sus costos. Por favor, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para la cobertura de seguro de salud y la información de contacto para un Mercado de Seguros de Salud en su área.

Parte B: Información sobre la Cobertura de Salud Ofrecida por su Empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud para la cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para que coincida con la solicitud del Mercado.

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificantes:

- La muerte de su cónyuge;
- Reducción de las horas de empleo de su cónyuge;
- Terminación del empleo de su cónyuge por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave;
- Su cónyuge se convierte en elegible para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambos); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificantes:

- La muerte del padre o madre desempleado;
- Reducción de las horas de empleo del padre o madre empleado;
- Terminación del empleo del padre o madre empleado por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave;
- El padre o madre empleado se convierte en elegible para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambos);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El niño deja de ser elegible para la cobertura bajo el Plan como "hijo dependiente"

COBRA Continuation of Coverage

La Cobertura Continuada COBRA está disponible para empleados elegibles para ciertos beneficios después de un evento calificante. Polyglass USA ha designado a HealthEquity como administrador y puede ponerse en contacto con ellos al **888-678-4861**, o visitar el sitio web en www.healthequity.com e iniciar sesión en la sección de COBRA.

¿Cuándo está disponible la cobertura continuada COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura continuada COBRA solo a los beneficiarios calificados después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento calificante. El empleador debe notificar al Administrador del Plan sobre los siguientes eventos calificantes:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de empleo;
- La muerte del empleado; o
- El empleado se convierte en elegible para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambos).

Para todos los demás eventos calificantes (divorcio o separación legal del empleado y cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días después de que ocurra el evento calificante. Debe proporcionar este aviso a: HR en 1111 West Newport Center Drive, Deerfield Beach, FL 33442.

¿Cómo se proporciona la cobertura continuada COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan recibe la notificación de que ha ocurrido un evento calificante, se ofrecerá la cobertura continuada COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la cobertura continuada COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura continuada COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la cobertura continuada COBRA en nombre de sus hijos.

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

También existen formas en las que este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA puede ser prolongado:

- **Extensión por discapacidad del período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA**

Si usted o alguien de su familia cubierto por el Plan es determinado por la Seguridad Social como discapacitado y notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, para un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA. Recursos Humanos; Polyglass, 1111 West Newport Center Drive, Deerfield Beach, FL 33442.

- **Extensión por segundo evento calificador del período de 18 meses de cobertura de continuación**

Si su familia experimenta otro evento calificador durante los 18 meses de cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge e hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, para un máximo de 36 meses, si el Plan es notificado adecuadamente sobre el segundo evento calificador. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que tenga cobertura de continuación de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; se convierte en elegible para los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificador habría causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si el primer evento calificador no hubiera ocurrido.

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

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la cobertura de continuación de COBRA después de que termine mi cobertura de plan de salud grupal?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, a partir del primero de los siguientes eventos:

- El mes después de que termine su empleo; o
- El mes después de que termine la cobertura del plan de salud grupal basada en el empleo actual.

El mes después de que termine la cobertura del plan de salud grupal basada en el empleo actual.

Si está inscrito tanto en la cobertura de continuación de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador principal) y la cobertura de continuación de COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Si tienes preguntas

Preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de cobertura de continuación de COBRA deben dirigirse a la persona o personas de contacto identificadas a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o del Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y números de teléfono de las Oficinas Regionales y del Distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros de Salud, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga al Plan informado de cambios de dirección

Mantenga al Plan informado de cambios de dirección Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de su familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan.

Información de Contacto del Plan

Comuníquese con Recursos Humanos; Polyglass USA, 1111 West Newport Center Drive, Deerfield Beach, FL 33442.

“Never stop  edalling”

Giorgio Squinzi

POLYGLASS®
—  **MAPEI** —
GROUP