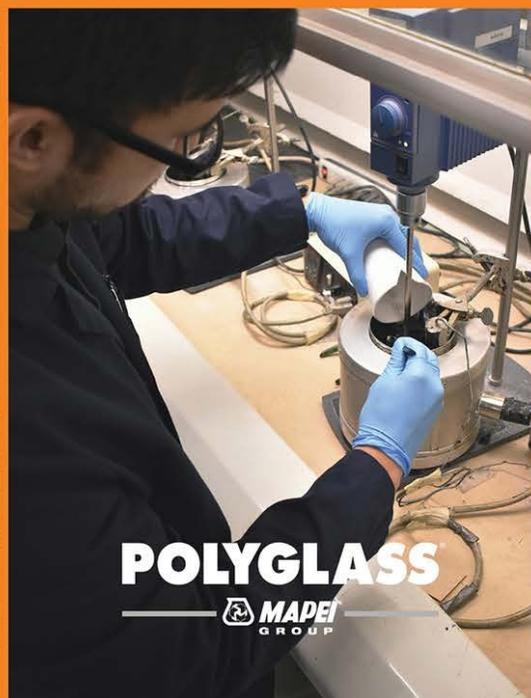




2025

Guía de beneficios beneficios superiores PARA TI



POLYGLASS
MAPEI
GROUP

Bienvenido a Tus Beneficios 2025

Ya sea que elijas tus beneficios como empleado recién contratado o tras un evento de vida calificativo (como matrimonio o la incorporación de un dependiente), es importante que comprendas tus beneficios para tomar las decisiones correctas.

Empleados Recién Contratados

Eres elegible para los beneficios a partir del primer día del mes siguiente a haber completado un mes calendario completo de empleo. Debes inscribirte dentro de los 30 días posteriores a tu fecha de contratación para contar con beneficios durante el resto del año.

Elige lo que es adecuado para ti

Los beneficios están diseñados para un grupo, pero cada individuo tiene necesidades personales. Algunos requieren mucha atención médica, mientras que otros no tanto. Algunos se enfocan en la protección a través de planes de seguros, mientras que otros piensan en sus necesidades financieras futuras. Y, por supuesto, todos quieren que sean asequible.

Al crear nuestro paquete de beneficios, combinamos opciones, calidad y asequibilidad. Descúbrelo en esta *Guía de Beneficios*.

Contenido

Mensaje Especial	2
Empezando	3
Resumen de Beneficios y Contactos	4
Aplicación de Beneficios para Empleados de Polyglass	5
Distribución Electrónica de Documentos del Plan	5
Eligibilidad.....	6
Instrucciones para la Inscripción.....	7
Cambios en las Elecciones después de Inscribirte.....	8
Beneficios Médicos	9
Beneficios de Medicamentos Recetados	11
Beneficios de Salud Suplementarios.....	14
• Seguro de Accidentes	
• Seguro de Enfermedades Críticas	
• Seguro de Indemnización Hospitalaria	
Cuentas de Gastos Flexibles	17
Programa de Asistencia al Empleado.....	18
Telemedicina	20
Beneficios Dentales.....	21
Beneficios de la Vista.....	24
Seguro de Vida y AD&D	26
Seguros por Incapacidad.....	29
LegalShield y IDShield	30
Seguro de Mascotas.....	31
Seguro para Propietarios de Viviendas y Automóviles.....	31
Cooperativa de Crédito	32
Programa de Préstamos Estudiantiles de Polyglass	32
Plan de Retiro 401(k) de Polyglass	33
Avisos Legales	35
COBRA: Continuación de Cobertura	46

bienvenida



Nuestros empleados son nuestro mayor activo. Ustedes aportan habilidades y conocimientos valiosos que son esenciales para el crecimiento continuo y el éxito futuro de Polyglass USA. Por eso honramos sus esfuerzos y compromiso ofreciendo 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 Polyglass USA! Nuestro éxito de más de 30 años se debe en gran medida a nuestro compromiso con la innovación constante y el desarrollo de nuevas soluciones de productos para la industria. Sin embargo, el verdadero secreto de nuestro éxito son las personas: toda la comunidad de Polyglass.

¡Gracias!

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Antonio M. ...". The signature is written in a cursive style and is positioned below the "¡Gracias!" text.

Empezando

Usa esta lista de verificación para inscribirte en tus beneficios.

- ☑ **Antes de Inscribirte**, asegúrate de entender tus opciones de beneficios y elige las que sean mejores para ti. Revisa la Guía de Beneficios y la Guía de Recursos de Beneficios. Mantén ambas a la mano para consultarlas durante el año.
- ☑ **Cómo Inscribirte en Oracle**, consulta la página 7 para obtener instrucciones de inscripción.
- ☑ **Qué Hacer en Oracle**
 1. Verifica tu información personal.
 2. Agrega a tus dependientes elegibles.
 3. Designa al menos un beneficiario para el seguro de vida.
 4. Sigue las indicaciones para inscribirte en tus beneficios.
 5. Al finalizar, revisa la declaración de confirmación, imprímela y guárdala como referencia.
- ☑ **Después de Inscribirte**, revisa tu cheque de pago para confirmar tus elecciones y deducciones. Debido al redondeo, los primeros cheques podrían variar unos cuantos centavos. Ten la seguridad de que los montos totales de contribución anual serán correctos.
- ☑ **Descargue la aplicación de beneficios para empleados de Polyglass**, mantente conectado a tus beneficios y recursos durante todo el año desde cualquier lugar. Consulta la página 5 para obtener instrucciones.
- ☑ **Para ayuda y preguntas**, contacta al Departamento de Recursos Humanos.
- ☑ **Las tarjetas de identificación**, se emiten a nombre de los empleados solo después de que se inscriben. Conserve su tarjeta de identificación para usarla el año próximo si continúa participando en un plan médico, dental o de la vista. Solo recibirá una nueva tarjeta de identificación si es un miembro nuevo o si agrega un nuevo dependiente.



Información Importante

Este resumen de beneficios proporciona una descripción general seleccionada del programa de beneficios para empleados de Polyglass USA, vigente desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025. No es un documento legal y no debe interpretarse como una garantía de beneficios ni de empleo continuo en Polyglass USA.

Todos los planes de beneficios están regidos por pólizas principales, contratos y documentos del plan, disponibles en el Departamento de Recursos Humanos. Cualquier discrepancia entre la información proporcionada en este resumen y los términos reales de dichas pólizas, contratos y documentos será resuelta conforme a los términos establecidos en estos últimos.

Polyglass USA se reserva el derecho de modificar, suspender o cancelar cualquier plan de beneficios, total o parcialmente, en cualquier momento. La autoridad para realizar estos cambios recae en el Administrador del Plan.

Esta Guía de Beneficios también sirve como el Resumen de Modificaciones Materiales 2025 para complementar la Descripción del Plan Resumido de Polyglass. Las versiones completas de todos los avisos requeridos, divulgaciones y documentos del plan se pueden encontrar en Oracle, en la página principal de ADP y en la aplicación Employee Benefits at Polyglass (consulta la página 5 para descargar la app).



Resumen de Beneficios y Contactos

Por favor, revisa el siguiente resumen de beneficios. Para preguntas o más información, contacta al Departamento de Recursos Humanos o a los centros de atención y sitios web indicados a continuación. Los beneficios están resumidos en las siguientes páginas.

Resumen de Beneficios y Contactos

Beneficios	Administrator	Contact
Médicos Inscríbese o renuncie a la cobertura.	Florida Blue Plan #65143	800-664-5295 floridablue.com
Medicamentos con Receta Incluidos en los beneficios médicos.	RxBenefits Plan #RXBMAPE	800-334-8134
Telemedicina Acceda a médicos en línea	Revive Health (antes SwiftMD)	833-794-3863 Passcode: Polyglass19 swiftMD.com
Cuentas de Gastos Flexibles (FSAs) Contribuya con ingresos antes de impuestos para pagar y ahorrar en gastos de salud y/o cuidado de dependientes elegibles.	HealthEquity	866-346-5800 https://www.healthequity.com/fsa-qme
Beneficios Suplementarios de Salud Inscríbese o renuncie a la cobertura en: <ul style="list-style-type: none"> • Seguro de accidentes • Seguro de enfermedades graves • Seguro de indemnización hospitalaria 	Prudential Plan #71863	844-455-1002 prudential.com/mybenefits
Programa de Asistencia al Empleado y Bienestar (EAP) Para ayuda con problemas personales y familiares.	ComPsych por medio de New York Life	800-344-9752 guidanceresources.com Web ID: NYLGBS
Beneficios Dentales Inscríbese o renuncie a la cobertura.	Delta Dental Plan #22443	800-521-2651 deltadentalins.com
Beneficios de Visión Inscríbese o renuncie a la cobertura.	EyeMed Plan #1051432	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 y seguro de vida voluntario y AD&D pagado por el empleado.	New York Life	Claims: 888-842-4462 Mon-Fri, 8am-8pm EST https://www.newyorklife.com
Beneficios de Discapacidad Pagados por Polyglass Seguro de Discapacidad a Corto Plazo (STD) y Seguro de Discapacidad a Largo Plazo (LTD) pagados por la empresa.	New York Life	Claims: 888-842-4462 Mon-Fri, 8am-8pm EST https://www.newyorklife.com
Protección Legal y Contra Robo de Identidad Inscríbese para asistencia legal y protéjase a usted y a su familia del fraude y robo de identidad.	Legal Shield	800-654-7757 legalshield.com/info/polyglass
Seguro para Mascotas Inscríbese para que los gastos veterinarios sean cubiertos al 100%, acceso 24/7 a telemedicina, y más.	MetLife	800-438-6388 metlife.com/mybenefits
Seguro de Propietarios de Vivienda y de Automóviles Compare coberturas y primas con sus pólizas actuales.	MetLife	800-438-6388 metlife.com/mybenefits
Unión de Crédito Cheques gratuitos, préstamos con tasas de interés bajas y más.	iTHINK	800-873-5100 ithinkfi.org
Plan de Jubilación Polyglass 401(k) Infórmese sobre su plan 401(k).	Fidelity	800-347-2673 401k.com
COBRA Continuación de Cobertura Disponible después de que finalice su empleo.	HealthEquity	888-678-4861 Mybenefits.wageworks.com

¡Descarga Hoy la App de Beneficios para Empleados de Polyglass!

¡Descárguela hoy mismo para acceder de forma rápida y sencilla a sus beneficios elegidos de 2025! La aplicación MyPolyglass está diseñada para ayudarle a navegar por nuestras ofertas de beneficios y está personalizada para usted en función de sus elecciones de inscripción.

Para descargar la aplicación, sigue estos pasos:

1. Desde la cámara de tu teléfono inteligente, escanea el código QR.
2. Sigue los pasos para registrarte y descargar la aplicación.
3. Abre la aplicación, ingresa tu nuevo nombre de usuario y descárgala.



¡Bienvenido a MyPolyglass!

Si tienes preguntas, escribe un email a:
app-support@ingaged.me.

Portal de MyPolyglass
polyglass.ingaged.me

Importante: La app de Beneficios de Empleados de Polyglass no está disponible al público y no se puede encontrar en la Apple Store ni en Google Play. Si tienes un iPhone y realizas una actualización del sistema, envía un correo electrónico a Ingaged a la dirección app-support@ingaged.me informándoles que actualizaste tu iPhone. Ellos te enviarán un correo de bienvenida con un código QR para que puedas actualizar la app.

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

Polyglass USA se asegura de que tengas acceso a los documentos que describen los beneficios disponibles para ti, incluidos documentos informativos y los avisos legales requeridos (como la Descripción Resumida del Plan o SPD, Documentos del Plan y los avisos al final de esta Guía de Beneficios). Todos estos documentos están disponibles para ti y tus familiares en la página principal de ADP y en la aplicación Beneficios de Empleados de Polyglass. Haz clic o escanea el código QR anterior para descargar la app hoy mismo.

Tienes derecho a solicitar y recibir una copia impresa de cualquier documento relacionado con los beneficios sin costo alguno comunicándote con el Departamento de Recursos Humanos.

Aviso de Medicare

Si tienes Medicare o serás elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal ofrece más opciones para tu cobertura de medicamentos recetados. Consulta el aviso de Medicare Parte D en la página 38 para obtener más detalles y la información de contacto estatal en las páginas 35-38.



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 a partir del primer día del mes siguiente a un mes completo de empleo.



Si Eres Recién Contratado

Te haces 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 poder acceder a los beneficios.

Elegibilidad de Dependientes

Si te inscribes, puedes inscribir a tu cónyuge legal y a los dependientes elegibles hasta los 26 años en los planes médico, dental y de visión.

Nota: Si tu cónyuge u otro dependiente también es empleado de Polyglass, puedes inscribirte individualmente en una cobertura solo para empleados o uno de los dos puede inscribirse y cubrir al otro como dependiente.



Los hijos dependientes son:

- Hijos biológicos.
- Hijos dependientes de tu cónyuge.
- Hijastros.
- Hijos adoptivos o que hayan sido colocados contigo para adopción.
- Hijos para los cuales se ha otorgado la tutela legal a ti o tu cónyuge, o para los cuales estás obligado a proporcionar cobertura bajo una Orden de Apoyo Médico Infantil Calificado (QMCSO) o alguna otra orden judicial o administrativa.
- Hijos solteros de cualquier edad que se vuelvan mental o físicamente discapacitados antes de alcanzar el límite de edad para ser elegibles para los beneficios. Debes proporcionar certificación médica que indique que el hijo se volvió discapacitado antes de alcanzar el límite de edad para la elegibilidad de beneficios. Además, deben ser dependientes de ti para su manutención.

Para más información, por favor contacta al Departamento de Recursos Humanos.

Cuándo Termina la Elegibilidad de los Dependientes

Tus dependientes son elegibles para los beneficios hasta el final del mes de su cumpleaños en el cual alcanzan la edad máxima (26 años) o hasta que dejen de ser elegibles por otro motivo.

Para eliminar a un dependiente de la cobertura, consulta la sección Cambiar Elecciones después de Inscribirte en la página 8.

Verificación de la Elegibilidad de los Dependientes

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

- Certificados de matrimonio
- Certificados de nacimiento
- Papeles de adopción
- Declaraciones de impuestos
- Otros documentos, según se soliciten

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



Instrucciones de Inscripción

Para inscribirte, accede a Oracle en esta dirección o escanea el código QR con tu celular.

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



- Si eres un empleado Corporativo o Remoto, puedes usar el Single Sign-On de la empresa.
- Si eres un empleado de Producción, necesitarás un Nombre de Usuario/Contraseña. Por favor, contacta a tu Gerente de Recursos Humanos para obtenerlos.

Once on Oracle, follow these steps:

1. Haz clic en Me.
2. Haz clic en Benefits (Beneficios).
3. Haz clic en Before You Enroll (Antes de Inscribirte).
4. Revisa o agrega dependientes y beneficiarios.
5. Después de completar todos los campos requeridos de contacto, haz clic en Submit para guardar la información.
6. Desplázate hacia arriba y haz clic en Continue.
7. Ahora estarás en la pantalla de Beneficios de Inscripción; sigue las indicaciones para elegir tus beneficios.



Inscripción de Dependientes

Cuando agregues dependientes, deberás proporcionar sus fechas de nacimiento y números de seguro social (por ley) y ser capaz de verificar que son dependientes legales (consulta la página 6 para más detalles sobre la elegibilidad).

Nota: Si tu cónyuge u otro dependiente también es empleado de Polyglass, puedes inscribirte individualmente en una cobertura solo para empleados o una persona puede inscribirse y cubrir al otro como dependiente.

Designación de Beneficiarios

Al inscribirte, asegúrate de agregar al menos un beneficiario para recibir los beneficios del seguro de vida pagados por la empresa y los voluntarios si llegas a fallecer. Un beneficiario también puede ser una entidad, como un fideicomiso. Si no tienes un beneficiario, la compañía de seguros podría no ser capaz de identificar quién recibirá el beneficio. Consulta la página 28 para más información sobre cómo designar un beneficiario.

Cambios en las Elecciones de Beneficios y/o Agregar Dependientes

Durante el año, podrías tener la oportunidad de agregar dependientes recién elegibles o realizar cambios limitados en tus elecciones de beneficios luego de un evento de vida calificado. Consulta la página 8 para más detalles.

Para más información o preguntas, contacta al Departamento de Recursos Humanos.

¡Ten en Cuenta Esto!

- ☑ **Antes de Inscribirte:** Usa la lista de verificación en la página 3 y asegúrate de comprender tus opciones de beneficios.
- ☑ **Para ayuda y preguntas:** Contacta al Departamento de Recursos Humanos.
- ☑ **Después de Inscribirte:** Revisa tu primer cheque de pago después de la fecha de inicio de tus beneficios para confirmar tus elecciones y deducciones. Las primas deducidas de los cheques de pago pueden diferir por algunos centavos durante los primeros cheques debido al redondeo.

Cambios en las Elecciones Después de Inscribirte

Las elecciones que realices no pueden modificarse hasta la siguiente Inscripción Abierta, a menos que tengas un evento de vida calificado según lo definido por el IRS. Estos eventos incluyen:

- Matrimonio, divorcio o separación legal.
- Pérdida de elegibilidad de un dependiente.
- Pérdida o adquisición de otra cobertura de salud (para ti o un dependiente).
- El nacimiento, adopción, tutela o colocación en adopción de un hijo.
- Cambio en el estatus de dependiente de tu hijo.
- Fallecimiento de un cónyuge o dependiente.
- Calificación por parte del Administrador del Plan de una orden de manutención infantil para cobertura médica.
- Derecho a Medicare o Medicaid.



Fecha límite de Inscripción

Tienes **30 días** después de un evento de vida calificado para realizar cambios en tus elecciones de beneficios. Se requiere que proporciones documentación para verificar el evento calificado.

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

Si no realizas el cambio dentro del plazo de 30 días, no podrás inscribir nuevos dependientes ni cambiar las elecciones de beneficios hasta la siguiente Inscripción Abierta o un evento de vida calificado.

Si experimentas un evento de vida calificado, contacta al Departamento de Recursos Humanos para procesar el cambio en Oracle dentro de los 30 días posteriores al evento. Tu cambio debe ser coherente con el evento calificado. Por ejemplo, si te casas, puedes eliminar tu cobertura médica (si tu cónyuge te agrega a su plan) o puedes agregar a tu cónyuge a tu cobertura actual.

Para ayuda o mayor información, contacta a Recursos Humanos.



Beneficios Médicos

Tienes dos opciones de planes médicos. Ambos ofrecen la misma cobertura e incluyen beneficios para medicamentos recetados a través de Express Scripts y RxBenefits (consulta la página 11). Compara las diferencias sobre cómo los planes cubren los gastos dentro de la red en la siguiente tabla. Consulta los Términos del Plan Médico en la página 10 para obtener definiciones.



- **El Plan Gold 3769** es gratuito para los empleados en cobertura solo para empleados, tiene deducibles y copagos más altos para algunos servicios, pero las primas son más bajas para cubrir dependientes en comparación con el Plan Platinum.
- **El Plan Platinum 3748** no tiene deducibles dentro de la red y tiene copagos más bajos para algunos servicios, pero sus primas son más altas en comparación con el Plan Gold.

Consulte el Resumen de Cobertura de Beneficios (SBC) y sus Beneficios para Empleados en la aplicación Polyglass para más información sobre la cobertura, incluidos los gastos fuera de la red. Comuníquese con Servicios para Miembros 24/7 al **800-664-5295** si tiene preguntas.

Comparación de opciones de Planes Médicos Lo que usted paga por los gastos dentro de la red		
Características del Plan	Plan Gold 3769	Plan Platinum 3748
Deducible Anual (CYD)		
Individual	\$ 750*	\$0
Familiar	\$1,500*	\$0
Coaseguro (Dónde Aplique)	10%	0%
Gasto de Bolsillo Máximo Anual		
Individual	\$2,500	\$2,000
Familiar	\$5,000	\$4,000
Cuidado Preventivo	\$0	\$0
Copagos por Consulta Médica Médico de Atención Primaria (PCP)	\$35	\$25
Copago por Consulta Médica		
Especialista	\$70	\$50
Maternidad	\$35	\$30
Telemedicina Revive Health (antes SwiftMD)	\$0	\$0
Copago por Visita a Centro de Urgencia	\$70	\$50
Copago por Visita a Sala de Emergencias	\$350	\$300
Copago por Servicios de Diagnóstico		
Laboratorio Ambulatorio	\$25	\$25
Rayos X	\$50	\$50
Copago por servicios de Imágenes Mayores (CT/PET/MRI)	\$125	\$75
Copago por Hospitalización	10% después del deducible	\$250

*El deducible solo se aplica a equipos médicos duraderos, ortesis/prótesis, cirugías ambulatorias y hospitalización inpatient. Las visitas al consultorio, los análisis de laboratorio, las radiografías y los medicamentos con receta no tienen deducible!

Encontrar Proveedores en la Red de Blue Options

Los planes cubren más de sus gastos cuando utiliza proveedores miembros de la red de Blue Options.

Para Encontrar Proveedores de la Red

Ve a floridablue.com y haga clic en "Find a Doctor and More" como se muestra en el cuadro a la derecha. Luego, seleccione la red del Plan Blue Options. También puede llamar 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.



Para exámenes de salud y análisis de sangre, asegúrese de que el laboratorio esté dentro de la red. Quest Diagnostics es el laboratorio preferido en Florida. Si está recibiendo servicios de laboratorio en otro estado, consulte el directorio de proveedores en floridablue.com para encontrar laboratorios que estén dentro de la red de su plan.

Terminos a Conocer de Planes Médicos

Facturación de saldo: Un cargo facturado por un proveedor fuera de la red que está por encima del costo razonable y habitual de un servicio de salud determinado.

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

Copago (Copay): Un monto fijo cobrado por algunos servicios de salud, después del cual el plan paga el costo restante.

Deducible: El monto que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos, después del cual el plan paga o usted y el plan comparten los costos a través de coaseguro.

Tasa de Contribución del Empleado (Prima): El monto deducido de los cheques de pago después de inscribirse en un plan.

Cuentas de Gastos Flexibles (FSA): Opción de apartar ganancias antes o después de impuestos hasta un límite anual para pagar ciertos gastos calificados durante un período específico (generalmente un año calendario). Existen dos tipos de FSA: la FSA de Atención Médica y la FSA de Cuidado de Dependientes.

Proveedores de la Red: Proveedores de servicios que han contratado con una compañía de seguros para ofrecer servicios a tarifas con descuento.

Servicios Inpatient: Servicios proporcionados a una persona durante una estancia hospitalaria nocturna.

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 aplican los precios con descuento de la red.

Máximo de Gastos de Bolsillo: Una red de seguridad financiera que se aplica cuando los gastos elegibles del plan de salud durante el año del plan alcanzan un monto máximo en dólares. Una vez alcanzado el máximo, el plan paga cualquier gasto restante elegible para el resto del año calendario al 100%, a menos que se indique lo contrario. No incluye primas, cargos por encima de un monto razonable y habitual definido, ni servicios de salud que el plan no cubre. Existen máximos separados para gastos dentro y fuera de la red.

Servicios Ambulatorios: Servicios proporcionados a individuos en una instalación médica sin necesidad de una estancia hospitalaria nocturna.

Primas: Véase la Tasa de Contribución del Empleado.

Médico de Atención Primaria (PCP): Un médico que ve regularmente para su atención médica continua (por ejemplo, un médico de familia).

Razonable y Habitual: Se refiere a la cantidad normal, aceptable o promedio cobrada por un servicio de salud, tratamiento o suministros para un nivel apropiado de atención en la ubicación geográfica donde se proporcionan el tratamiento, los servicios o los suministros.

Médico Especialista: Un médico especializado en una rama particular de la medicina (por ejemplo, cirujano).

Primas

Las primas por cheque de pago se encuentran en la tabla a la derecha y en Oracle. Polyglass cubre más del 90% de este costo para cualquiera de los planes médicos. Las primas deducidas de los cheques de pago pueden variar unos centavos en los primeros cheques debido a redondeos.

Para Más Información

Ve a la web de Florida Blue floridablue.com o revisa la sección de planes médicos en la **Guía de Recursos y Beneficios** en la página de ADP.

Primas Quincenales del Plan Médico 26 pagos de nómina al año

Nivel de Cobertura	Plan Gold 3769	Plan Premium 3748
Solo Empleado	\$0.00	\$23.17
Empleado + Cónyuge	\$24.30	\$53.92
Empleado + Hijo(s)	\$20.59	\$50.16
Familiar	\$51.66	\$77.13

Beneficios de Medicamentos Recetados

Cuando se inscribe en un plan médico Florida Blue Options, los beneficios de medicamentos recetados a través de Express Scripts y RxBenefits están incluidos. Su parte del costo de los medicamentos depende de:

- La Clasificación del Medicamento
 1. Genérico
 2. Marca Preferida
 3. Marca No Preferida
 4. Especialidad
- Ya sea que se surta en una farmacia minorista, para un suministro de 30 días, o a través de la farmacia por correo o el programa Smart90 (Walgreens), para un suministro de 90 días.

Farmacias Minoristas

Cuando su médico le receta medicamentos para un suministro de hasta 30 días, ahorre dinero surtiendo su receta en una farmacia dentro de la red de Express Scripts. Para encontrar una farmacia de la red cercana, visite express-scripts.com regístrese y haga clic en "Find a Pharmacy" o llame al 800-334-8134.

Entrega a Domicilio y el Programa Smart90

Pague menos al surtir medicamentos de mantenimiento continuo, como los usados para la diabetes o la presión arterial alta, en suministros de 90 días a través de la farmacia de entrega a domicilio o el Programa Smart90.

Farmacia de Entrega a Domicilio

Como se muestra en la tabla de la página siguiente, una receta de 90 días para un medicamento de mantenimiento cuesta menos en la farmacia de entrega a domicilio que tres surtidos de 30 días en una farmacia minorista.



RxBenefits
800-334-8134
7am a 8pm CT
Email:
CustomerCare@rxbenefits.com

Ahorre Dinero

Pida a su médico o farmacéutico que verifique si hay un medicamento genérico disponible para cualquier medicamento de marca que le hayan recetado.



3 Maneras de Comenzar con Entregas a Domicilio



1. **En Línea:** Ingrese/Regístrese



2. **Móvil:** Elija Entrega a Domicilio en la app de Express Scripts.



Pregunte a su doctor: que le recete un suministro de 3 meses para entrega a domicilio o Smart90.



Apoyo para el Cuidado de la Salud

Obtenga ayuda 24/7 para navegar los beneficios de salud, responder preguntas clínicas, resolver problemas con reclamaciones y facturación, y comprender el proceso de apelación de reclamaciones. Utilice este servicio para tomar decisiones informadas para usted y sus familiares.

Hable con un especialista en seguros experimentado para entender lo que cubre su plan y los gastos fuera de bolsillo, además de recibir ayuda para presentar reclamaciones y negociar descuentos. También está disponible una enfermera registrada para brindar atención personalizada y ayudarlo a prepararse para consultas médicas, análisis de laboratorio y procedimientos médicos.

Apoyo para el Cuidado de la Salud

800-336-2150, 24/7
guidanceresources.com

Coaching de Bienestar

Usted y sus familiares tienen derecho a cinco sesiones gratuitas al año, por teléfono para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud. Los entrenadores certificados trabajarán con usted de manera individual para abordar temas de salud y bienestar, como agotamiento, manejo del tiempo y cómo lidiar con el estrés.

FinancialConnect®

Usted y sus familiares tienen acceso ilimitado a un equipo de expertos, incluidos contadores públicos certificados (CPA), planificadores financieros certificados (CFP) y otros profesionales financieros. Si necesita ayuda adicional, puede solicitar referencias a profesionales financieros en su comunidad.

Asistencia Financiera, Legal y Patrimonial

800-344-9752, 24/7
guidanceresources.com
 Web ID: NYLGBS

Visite guidanceresources.com para obtener información financiera sobre manejo de deudas, presupuesto familiar, planificación patrimonial y planificación fiscal, así como herramientas interactivas y calculadoras financieras.

Legal Connect®

LegalConnect le permite teleconsultas ilimitadas con abogados para orientación sobre divorcio, adopción, planificación patrimonial, bienes raíces, robo de identidad y más. Puede ser referido a un abogado local para consulta gratuita de 30 minutos y descuento del 25% en honorarios después de esa consulta. También puede obtener información sobre opciones legales de bajo costo o gratuitas, y referencias a grupos de defensa del consumidor y organizaciones gubernamentales.

EstateGuidance®

Esta herramienta le permite a usted y a sus familiares redactar un testamento, y otros documentos que detallen sus deseos para arreglos finales de manera rápida, fácil y económica. Le hará preguntas para guiarle a través del proceso. El acceso está disponible en cualquier momento y desde cualquier lugar a través de tabletas, escritorios o aplicaciones móviles.



Programa Smart90 a través de Walgreens

En lugar de optar por la entrega a domicilio, puede surtir sus medicamentos de mantenimiento de 90 días en una farmacia Walgreens llamando a RxBenefits.

Medicamentos Refrigerados

La entrega a domicilio garantiza que los medicamentos que requieren refrigeración sean transportados de manera adecuada y refrigerados.

Por ejemplo: Programa de entrega a domicilio/Smart90 través de Walgreens

En el Plan Platinum, un medicamento de marca preferida costaría \$120 si se surte en tres suministros de 30 días en una farmacia minorista. El costo es de \$60 si se surte en un suministro de 90 días a través de la farmacia de entrega a domicilio.

Un Ahorro de \$240 por año.

¿Necesitas ayuda? Llama a un especialista del plan de medicamentos

- Beneficios del plan.
- Si el plan cubre un medicamento.
- Cómo iniciar la entrega a domicilio.
- Cómo obtener autorización previa.
- Respuestas sobre beneficios.
- Estado de reclamaciones.
- Encontrar farmacias en la red.
- Ayuda con medicamentos especializados.
- Información sobre farmacias.

Si llamas fuera del horario de atención o los fines de semana, serás transferido a Express Scripts.

Beneficios de Medicamentos Recetados Copagos dentro de la Red—Lo que usted paga

Clasificación	Plan Gold 3769		Plan Platinum 3748	
	Farmacia Minorista	Farmacia de Entrega a domicilio	Farmacia Minorista	Farmacia de Entrega a Domicilio
Genérico	\$10	\$20	\$5	\$10
Marca Preferica	\$40	\$80	\$30	\$60
Marca No Preferida	\$60	\$120	\$50	\$100
Especialidad	\$100	Sin Cobertura	\$100	Sin Cobertura

Cómo Gestionar sus Recetas

Regístrese en express-scripts.com o en la aplicación

Beneficios de Empleados de Polyglass para:

- Encontrar farmacias dentro de la red.
- Gestionar sus recetas.
- Consultar precios y comparar medicamentos.
- Conectarse con especialistas en medicamentos para recibir ayuda con condiciones de salud crónicas.
- Obtener información sobre sus recetas.
- Configurar la entrega a domicilio y recargas automáticas.
- Ver sus reclamaciones e historial de recetas.
- Administrar la configuración de su cuenta y métodos de pago.



Reembolso de \$250 por Mantenerse en Forma

Únase a Healthy Rewards y reciba un reembolso de \$250 para su membresía del gimnasio, clases de gimnasia o equipos de gimnasio. Puede descargar el formulario de reembolso desde la página de inicio de ADP. Úselo para pagar su membresía. Tenga en cuenta que los reembolsos de Healthy Rewards no se aplican a la ropa ni al calzado.

Términos Clave sobre Medicamentos Recetados

Medicamentos de Marca: Medicamentos patentados vendidos por un fabricante y conocidos por su nombre comercial. Un fabricante de medicamentos de marca puede producirlos sin competencia. Ejemplo: "Advil."

Formulario (Lista de Medicamentos): Lista de medicamentos de marca y genéricos cubiertos por el plan, que muestra el nivel de precios según su costo. Una copia del formulario está disponible en el sitio web de Express Scripts en [express-scripts.com](https://www.express-scripts.com).

Medicamentos Genéricos: Medicamentos que tienen el mismo uso, dosificación, efectos, riesgos, seguridad y potencia que sus equivalentes de marca.

Farmacia de entrega a domicilio: Farmacias que dispensan medicamentos de uso continuo en suministros de 90 días, generalmente a un precio reducido en comparación con surtir la misma receta en tres surtidos 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 tu médico pueda recetar ciertos medicamentos.

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

Terapia escalonada: Requiere que pruebes uno o más medicamentos similares y de menor costo para tratar tu condición antes de que el plan cubra el medicamento recetado.

Recursos de Medicamentos Recetados

Mira la **Guía de Recursos y Beneficios** en la web de ADP.

Programa de Hipertensión/Pérdida de Peso de Omada y Programa Express Scripts/Omada Diabetes Care Value

Si usted o un miembro de su familia cubierto recibe una receta y está tomando medicamentos para la diabetes o enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad, usted y los miembros de su familia pueden ser elegibles para los programas ofrecidos por su administrador de beneficios de farmacia, RxBenefits.

Los dos programas para los que puede ser elegible son el Programa de Hipertensión/Pérdida de Peso a través de Omada y/o el programa Diabetes Care Value a través de Express Scripts (ESI).

Programa Diabetic Care Value: Usted y cualquier miembro de su familia con una receta para diabéticos quedan automáticamente inscritos en este programa. Las recetas para diabéticos deben surtirse como un suministro de 90 días a través de Walgreens o ESI por correo, o se le cobrará el precio completo.

Sin embargo, cuando su médico le recete por primera vez sus medicamentos para la diabetes, puede surtirlos en suministros de 30 días dos veces (período de gracia) en una farmacia minorista dentro de la red. Recibirá una carta de ESI una vez que complete dos suministros de 30 días para avisarle que, después de la segunda recarga a los 30 días, cualquier recarga que sea inferior a un suministro de 90 días tendrá que pagar el costo total de la receta.

Programa de Hipertensión/Pérdida de Peso: Si es elegible para el Programa de Hipertensión/Pérdida de Peso, usted y/o un miembro de su familia recibirán un enlace y un código de acceso que lo dirigirán a la página web de Omada/ESI para completar un cuestionario y registrarse en el programa. Una vez registrado, recibirá una báscula digital gratuita y se le asignará un asesor de salud para perder peso y desarrollar hábitos de salud a largo plazo.

No puede inscribirse de manera proactiva en este programa y no hay inscripción automática, ya que primero debe recibir un enlace y un código de acceso.

Beneficios de Salud Suplementarios

Polyglass ofrece tres opciones de seguro de salud suplementario (beneficios voluntarios) a través de Prudential. Puedes elegir uno, dos o los tres, y agregar a los dependientes elegibles.

Cada uno de estos planes te paga dinero en efectivo directamente para ayudarte a cubrir gastos médicos, como deducibles, copagos, transporte y alojamiento, así como gastos de vida. Cómo gastes el dinero depende completamente de ti.

Estos beneficios son portátiles, lo que significa que si tu empleo termina, puedes llevar tu plan contigo. Presenta reclamaciones en línea en prudential.com/mybenefits o desde tu teléfono escaneando el código QR. Al presentar una reclamación, identifícate como empleado de Polyglass y proporciona el número de plan #71863.



Prudential Insurance
 800-475-4052
 Lun-Vie, 8am-8pm ET
prudential.com/mybenefits
 Reclamaciones: 844-455-1002

Escanee este código y envíe sus reclamos directamente desde su teléfono.



Seguro de Accidentes

Proporciona un beneficio en efectivo establecido según la lesión y su tratamiento después de un accidente, ya sea dentro o fuera del trabajo.

Dos Opciones: Puedes elegir entre el Plan Alto o el Plan Bajo. La tabla a la derecha compara los beneficios en efectivo que cada plan paga por tratamientos seleccionados resultantes de un accidente cubierto.

El resumen de Prudential incluye más lesiones cubiertas y beneficios para transporte y alojamiento.

Antes de inscribirte, revisa el resumen de Prudential para conocer las limitaciones, exclusiones de la póliza y otros detalles.

Primas

Las deducciones de las primas están detalladas en la tabla a continuación y en Oracle. Las primas deducidas de los cheques de pago pueden variar por unos pocos centavos durante los primeros pagos debido al redondeo.

Beneficios Seleccionados de Seguro de Accidentes		
Lesiones Cubiertas	Monto del Beneficio Por año Calendario	
	Plan Alto	Plan Bajo
Fracturas	Hasta \$10,000	Hasta \$1,500
Dislocaduras	Hasta \$8,000	Hasta \$1,500
Coma	Hasta \$15,000	Hasta \$5,000
Sala de Emergencia	\$200	\$100
Admisión Hospitalaria	\$2,000	\$1,000
Beneficio / Confinamiento Diario	\$200	\$100
Admisión en Cuidados Intensivos	\$4,000	\$2,000
Beneficio / Confinamiento Diario	\$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

Primas Seguro de Accidentes		
Cheques de Pago Quincenales (26 por año)		
Nivel de Cobertura	Plan Alto	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

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

Seguro de Enfermedades Críticas



Nadie espera lo inesperado, pero puedes estar preparado. El seguro de enfermedades críticas es una forma de estar listo. Te paga una suma global después del primer diagnóstico de una enfermedad cubierta. Usa el dinero como desees para pagar gastos médicos o de vida. La decisión es tuya.

No se requiere prueba de buena salud, y el plan paga beneficios sin tener en cuenta condiciones preexistentes.

Elige Cobertura Individual o Familiar: Puedes optar por cobertura solo para empleado o familiar, ya sea en Plan Alto o en Plan Bajo, como se muestra en la tabla a la derecha.

Pago al momento del diagnóstico: Cualquiera de los dos planes pagará un porcentaje de la cantidad de beneficio elegida al momento del diagnóstico, incluyendo las enfermedades que se detallan a continuación:

Beneficios Seleccionados del Seguro de Enfermedades Críticas

Opción de Plan	Cobertura por Año Calendario	
	Solo Empleado	Familiar
Plan Alto	\$30,000	<ul style="list-style-type: none"> Empleado: \$30,000 Cónyugue: \$15,000 Hijos: \$15,000
Plan Bajo	\$15,000	<ul style="list-style-type: none"> Empleado: \$15,000 Cónyugue: \$7,500 Hijos: \$7,500

El plan paga el 100% de la cantidad de beneficio elegida:

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

El plan paga el 25% de la cantidad de beneficio elegida:

- Cáncer — No invasivo (in situ), excepto piel
- Injerto de bypass de arteria coronaria
- Enfermedad de Crohn, enfermedad de Addison
- Meningitis bacteriana
- Difteria, encefalitis
- Corea de Huntington, malaria
- Tétanos
- Tuberculosis y otras
- Para enfermedades críticas infantiles, cobertura del 25% para polio, rabia, anemia falciforme, parálisis cerebral, fibrosis quística, distrofia muscular y otras.



Por favor, consulta el resumen de beneficios de Prudential para obtener más información sobre la cobertura, limitaciones y exclusiones.

Primas

Las primas por cada cheque de pago están listadas en la siguiente página y se calculan automáticamente cuando te inscribes en Oracle. Las primas deducidas de los cheques de pago pueden variar por unos pocos centavos durante los primeros pagos debido al redondeo.

Recibe un beneficio de bienestar de \$50

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

Plan Alto				
Primas de Seguro por Enfermedades Críticas				
Cheques de Pago Quincenales (26 por año)				
Edad	Solo Empleado	Empleado + Cónyugue	Empleado + Hijos	Empleado + Familia
Menor 25	\$5.52	\$8.63	\$9.28	\$12.38
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 y Mayor	\$102.22	\$139.92	\$105.97	\$143.66

Plan Bajo				
Primas de Seguro por Enfermedades Críticas				
Cheques de Pago Quincenales (26 por año)				
Edad	Solo Empleado	Empleado+ Cónyugue	Empleado + Hijos	Empleado + Familia
Menor 25	\$2.76	\$4.32	\$4.64	\$6.19
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 y Mayor	\$51.11	\$69.96	\$52.99	\$71.83

Seguro de Indemnización Hospitalaria

Como se muestra en la tabla, los beneficios en efectivo se pagan directamente a ti cuando seas admitido en un hospital y/o en una unidad de cuidados intensivos por un accidente o enfermedad cubierta.

Seguro de Indemnización Hospitalaria		
Pagos en Efectivo		
Beneficios por Año Calendario	Plan Alto	Plan Bajo
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 mientras esté confinado en el hospital, hasta 30 días por confinamiento, hasta 5 veces al año	\$200	\$100
Beneficio diario por estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, hasta 15 días por confinamiento, hasta 5 veces al año	\$400	\$200

Primas

Las primas por cada cheque de pago están detalladas a continuación y en Oracle. Las primas deducidas de los cheques de pago pueden variar por unos pocos centavos durante los primeros pagos debido al redondeo.

Primas de Seguro de Indemnización Hospitalaria		
Cheques de pago Quincenales (26 por año)		
Nivel de Cobertura	Plan Alto	Plan Bajo
Solo Empleado	\$10.07	\$5.27
Empleado + Cónyugue	\$22.02	\$11.51
Empleado + Hijos	\$16.61	\$8.94
Empleado + Familia	\$28.56	\$15.18

Recibe un beneficio de bienestar de \$50

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

Cuenta de Gastos Flexibles

Con una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA, por sus siglas en inglés), puedes ahorrar dinero en gastos elegibles de cuidado de la salud y cuidado de dependientes mientras reduces tus impuestos sobre la renta. Al inscribirte, especificas una cantidad de contribución que se deducirá de tus cheques de pago antes de que se apliquen los impuestos sobre la nómina, lo que resulta en más dinero disponible en tu cuenta.

Inscripción Anual Requerida para Continuar Participando: Debes inscribirte cada año, ya que las elecciones no se autotrasladan al siguiente año.

Dos Opciones:



FSA para Cuidado de la Salud

Elige esta FSA independientemente de si te inscribes o no en un plan médico de Polyglass. Úsala para pagar gastos elegibles que no estén cubiertos por un plan de salud (consulta la tabla a continuación).



FSA de Cuidado de Dependientes

La tabla enumera algunos gastos de cuidado elegibles que puedes pagar con esta FSA para un niño menor de 13 años o un adulto dependiente, si tanto tú como tu cónyuge trabajan o si tu cónyuge está asistiendo a la escuela.

HealthEquity

HealthEquity

866-346-5800

healthequity.com/fsa-qme

Aplicación Móvil EZ Receipts

La aplicación de HealthEquity te permite cargar tus recibos para obtener reembolsos de tu FSA. Descárgala en tu teléfono desde tu tienda de aplicaciones.

- Accede a tu cuenta.
- Inicia un reclamo o consulta su estado.
- Toma una foto de tu recibo y envíala para el pago.
- Realiza pagos directamente a los proveedores o reembolsa tus gastos de bolsillo.

Cuentas de Gastos Flexibles

Pago de Gastos Elegibles con Ingresos Antes de Impuestos

Tipo de FSA	Gastos Elegibles	Límites de Contribución	Uso de tu Cuenta
Cuidado de la Salud	Deducibles del plan, copagos y otros gastos médicos, dentales y de la vista no cubiertos por un plan de salud para ti y tus dependientes fiscales.	Actualmente puedes contribuir hasta \$3,300 al año. (Sujeto a cambios anuales según las regulaciones federales).	Paga gastos elegibles hasta el monto que contribuyas durante el año, independientemente del saldo en tu cuenta en el momento del gasto.
Cuidado de Dependientes*	Guarderías, incluidos los gastos antes y después de la escuela para un niño menor de 13 años o para un cónyuge, padre u otro dependiente fiscal incapaz de cuidarse por sí mismo.	Puedes contribuir hasta \$5,000 al año o \$2,500 si estás casado y tú y tu cónyuge presentan declaraciones de impuestos por separado. Sujeto a los límites del IRS para empleados altamente compensados. **	Paga gastos elegibles únicamente hasta el saldo disponible en tu cuenta en el momento del gasto.

*Todos los cuidadores de dependientes deben tener un Número de Identificación Tributaria (Tax ID) o un Número de Seguro Social para que puedas incluirlos en tu declaración de impuestos federales.

**Los empleados con salarios altos pueden estar sujetos a otros límites de contribución.

Paying Eligible Expenses

Para presentar un reclamo, utiliza la tarjeta de débito de la FSA para Cuidado de la Salud que recibirás para pagar gastos médicos elegibles, presenta reclamos directamente a HealthEquity para cualquiera de las FSA o solicita a HealthEquity que pague directamente a tus proveedores. Para obtener más información y una lista de los gastos calificables que puedes pagar con una FSA para Cuidado de la Salud, visita healthequity.com/fsa-qme o llame al **866-346-5800**.



Conserva tus Recibos

Es posible que se te solicite comprobar que los pagos realizados desde una FSA son elegibles. Si no puedes hacerlo, podría aplicarse una penalización.



Planifique Cuidadosamente

Evite perder dinero en su FSA

Puede pagar gastos durante todo el año y hasta el 15 de marzo del año siguiente. Sin embargo, debe presentar las reclamaciones por estos gastos a más tardar el 30 de marzo del año siguiente. Después de esa fecha, cualquier dinero restante en cualquiera de las FSA se perderá (según la ley).

COMPSYCH®
— The GuidanceResources Company® —



Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Cada persona enfrenta su propio conjunto único de desafíos en la vida. Para ayudar a enfrentar estos desafíos, Polyglass ofrece el EAP (Programa de Asistencia al Empleado), patrocinado por New York Life Insurance y administrado a través de ComPsych. Está disponible para todos los empleados y sus familiares sin costo alguno para usted.

¿Cómo Funciona?

Llame al número del EAP para conectarse con un consejero con grado de Maestría o Doctorado. El consejero recopilará información general para referirlo a usted o a un familiar al recurso adecuado para recibir ayuda en temas legales, financieros, cuidado infantil y de adultos mayores, y otros problemas relacionados con el trabajo o la vida cotidiana.

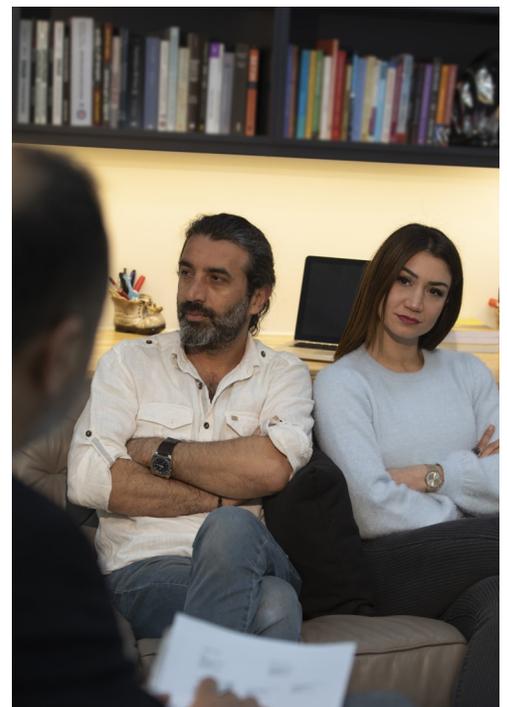
Seis Sesiones Gratis: Tiene derecho a hasta **seis** sesiones confidenciales gratuitas, incluidas reuniones presenciales, por persona, por tema, por año. Esto está disponible para cada miembro del hogar, independientemente de si es elegible o está inscrito en otro beneficio. Si desea continuar utilizando el servicio después de las seis sesiones gratuitas, puede verificar si su plan médico u otro beneficio cubre los costos. También tiene la opción de pagar los servicios adicionales de su propio bolsillo.

Guidance Resources®

Visite guidanceresources.com para acceder a artículos, podcasts, videos, presentaciones, entrenamientos a demanda y la función "Pregunte al Experto" para obtener respuestas personalizadas a sus preguntas sin costo alguno. Los temas incluyen salud y bienestar, regulaciones legales, familia y relaciones, trabajo y educación, dinero e inversiones, y hogar y automóvil.

Family Source®

Gestionar las preocupaciones cotidianas relacionadas con el hogar, el trabajo y la familia puede ser difícil. Para ayudar a resolver estas preocupaciones, tiene acceso a especialistas en servicios de cuidado familiar que ofrecen investigaciones personalizadas, materiales educativos y referencias preseleccionadas para el cuidado infantil, adopción, cuidado de adultos mayores, educación y cuidado de mascotas.



Telemedicina a través de ReviveHealth

Después de que comience su plan médico, regístrese en ReviveHealth para tener acceso 24/7 a médicos certificados por junta a través de teléfono o videoconferencia. Obtenga diagnósticos y recetas para tratar situaciones de salud no urgentes. No hay copagos ni costo para usted. Polyglass paga la membresía para usted y los dependientes inscritos en un plan médico de Polyglass.

Algunos de los problemas de salud que puede discutir con un médico de ReviveHealth desde su hogar, oficina o mientras está en el camino incluyen:

- Alergias
- Dolor de artritis
- Dolor o lesión en la espalda
- Herpes labial
- Congestión
- Fiebre
- Gripe
- Dolor de cabeza
- Picaduras de insectos
- Conjuntivitis o ojos rosados
- Diarrea
- Dolor de oído
- Enfermedad de Lyme
- Congestión nasal
- Erupciones
- Congestión respiratoria
- Sinusitis

Encuesta muestra alta satisfacción entre los empleados de Polyglass

- El 96% de los empleados están satisfechos con la consulta recibida de un médico de ReviveHealth.
- 99% volverían a usar el servicio.



ReviveHealth
833-794-3863
Código Grupal:
Polyglass19
SwiftMD.com

Conéctese con ReviveHealth 24/7

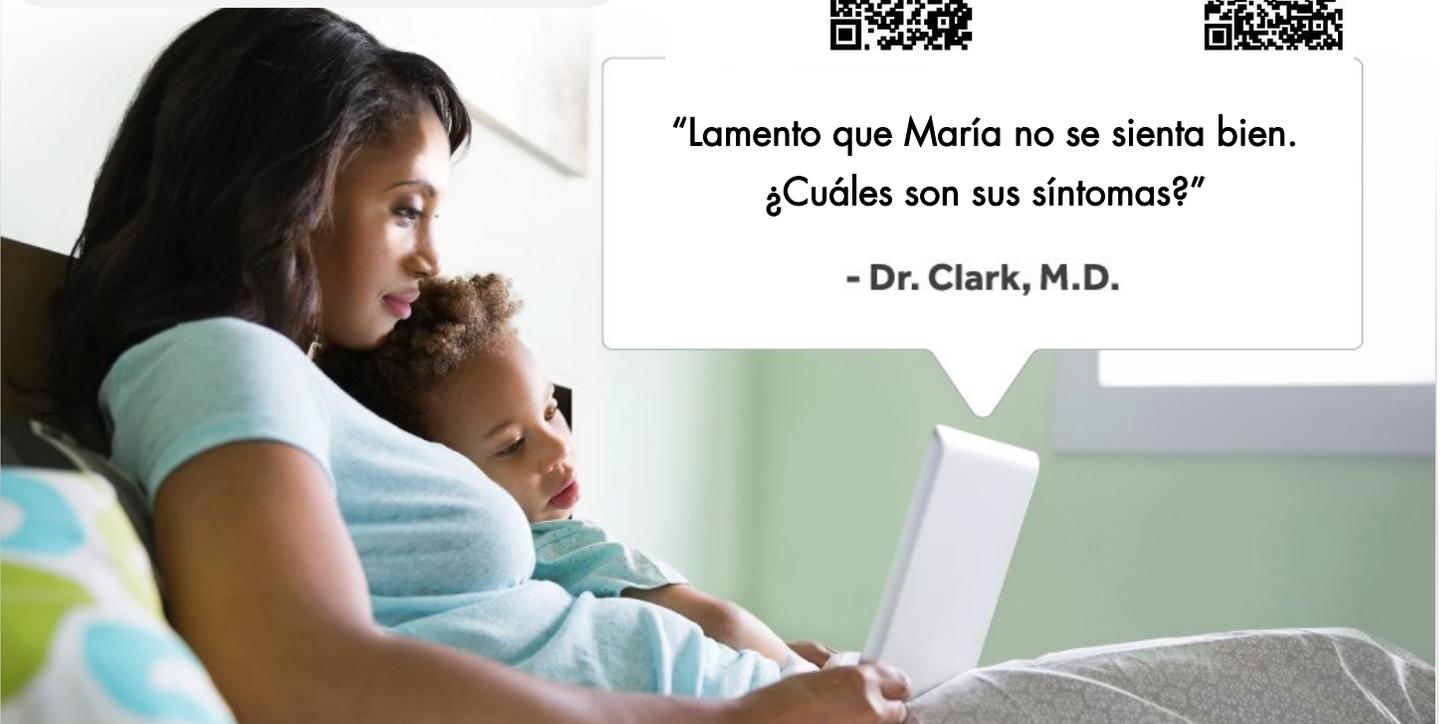
- Llame sin costo al **833-794-3863** e ingrese el código **Polyglass19**.
- Agende una cita.
- Recibirá una llamada de regreso dentro de los 30 minutos posteriores a la programación de su cita.

Para más información, visite ReviveHealth en SwiftMD.com. Para descargar la aplicación, escanee los códigos a continuación con la cámara de su teléfono o desde su tienda de aplicaciones.



“Lamento que María no se sienta bien.
¿Cuáles son sus síntomas?”

- Dr. Clark, M.D.



Beneficios Dentales



Puede inscribirse en el **Plan Alto** o el **Plan Bajo** a través de Delta Dental. Puede utilizar cualquier proveedor dental con licencia. Sin embargo, los dentistas de Delta Dental cobran tarifas con descuento a través de dos redes de proveedores:

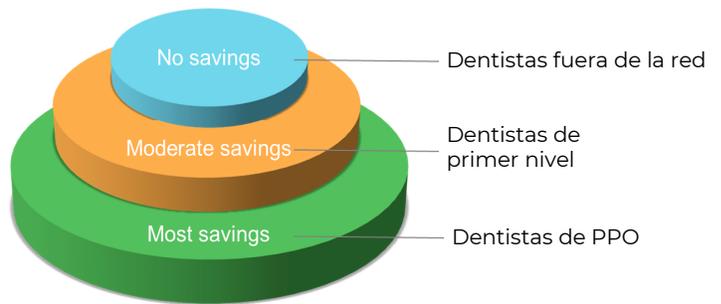
Delta Dental

800-521-2651

deltadentalins.com

- **Proveedores en la red PPO** ofrecen los mayores ahorros.
- **Proveedores en la red Premier** son la siguiente mejor opción, ya que ofrecen descuentos moderados. Sin embargo, en el Plan Bajo, deberá pagar el coaseguro más cualquier diferencia entre la tarifa contratada de los proveedores de la red PPO y la tarifa contratada de los proveedores de la red Premier.

Proveedores fuera de la red no están contratados con Delta Dental y facturan sin ningún descuento. Esto significa que aceptan el monto que paga Delta Dental como pago total. En este caso, deberá pagar el porcentaje del coaseguro para un dentista fuera de la red y cualquier diferencia entre lo que cobraría un dentista de la red PPO para el mismo procedimiento y lo que factura el dentista fuera de la red (conocido como "facturación por saldo").



Ejemplos

A continuación se presentan ejemplos de cómo se aplican los cargos dentales tanto para el Plan Bajo como para el Plan Alto. Son solo para ilustración y no incluyen máximos ni deducibles.

Ejemplo 1: Plan Bajo Por Corona (Servicio Mayor)	Mayor Ahorro	Algún Ahorro	Sin Ahorro
	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	Fuera de la Red
El dentista presenta reclamación	\$1,400	\$1,400	\$1,400
El dentista acepta como pago completo	\$745	\$1,009 (\$745*)	\$1,400 (\$745*)
El plan paga	Plan paga 50% de \$745 = \$372.50	Plan paga 50% de \$745 = \$372.50	Plan Paga 50% de \$745 = \$372.50
Usted Paga	Pagas \$372.50 (\$745 - \$372.50 =)	Pagas \$636.50 (\$1,009 - \$372.50 =)	Pagas \$1,027.50 (\$1,400 - \$372.50 =)

Ejemplo 2: Plan Alto Por Corona (Servicio Mayor)	Mayor Ahorro	Algún Ahorro	Sin Ahorro
	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	Fuera de la Red
El dentista presenta reclamación	\$1,400	\$1,400	\$1,400
El dentista acepta como pago completo	\$745	\$1,009	\$885
El plan paga	Plan paga 50% de \$745 = \$372.50	Plan paga 50% de \$1,009 = \$504.50	Plan paga 50% de \$885 = \$442.50
Usted Paga	\$372.50 (\$745 - \$372.50 =)	\$504.50 (\$1,009 - \$504.50 =)	\$957.50 (\$1,400 - \$442.50 =)

*Los proveedores de la red Premier son reembolsados según la tarifa contratada de la red PPO.

Encontrar Proveedores de Red

Para encontrar dentistas de la red cerca de ti, ingresa al sitio web de Delta Dental en deltadentalins.com y haz clic en "Find a Dentist" (Buscar un Dentista). Ingresa tu dirección y código postal, y selecciona cualquiera de las redes del menú desplegable.

¿Que hay que saber?

- **Cobertura Ampliada para Mujeres Embarazadas:** Ofrece un examen adicional y una limpieza o raspado y alisado radicular durante el año del plan, ya que las mujeres embarazadas tienen un mayor riesgo de caries dental y enfermedades de las encías. Informa a tu dentista si estás embarazada para recibir estos beneficios adicionales.
- **Teledentología:** Conéctate en línea con un dentista de Delta Dental a través de videoconferencia o recibe una evaluación por foto para un problema dental.
- **Herramienta de Estimación de Costos:** Evita sorpresas. Inicia sesión en deltadentalins.com y crea una cuenta en línea para usar la Herramienta de Estimación de Costos y obtener estimaciones personalizadas de cuánto pagarás por tu próxima visita al dentista. También puedes pedir a tu dentista una pre-determinación de beneficios de Delta Dental antes de que comience tu tratamiento para saber cuánto cubrirá el plan.

Beneficios de Audición: Como participante de Delta Dental, tienes precios especiales en audífonos a través de Amplifon. Los ahorros son en promedio un 66% menos que los precios minoristas de los audífonos, más un año de seguimiento. Para obtener más información, visita amplifonusa.com/deltadentalins o llama al 888-779-1329.

- **Beneficios de LASIK:** Obtén descuentos de hasta el 35% en cirugía ocular LASIK a través de QualSight. Visita qualsight.com/delta-dental o llama al 855-248-2020 para más información.



Recursos de Cuidado Dental

- Para obtener más información sobre los servicios especiales y costos del plan dental, consulta la **Guía de Recursos de Beneficios** en la página de inicio de ADP.
- Escanea este código QR para conocer más sobre tus beneficios y recursos dentales de Delta Dental.



Comparación de Opciones de Plan Dental

Como se muestra en la siguiente tabla, tú y el plan comparten los gastos dentales hasta alcanzar el monto máximo de beneficio de cada plan para el año calendario (incluyendo cargos dentro y fuera de la red). Después de que los gastos totales alcancen el máximo anual de beneficios de tu plan, pagarás el costo completo con descuento de la red por los gastos dentales durante el resto del año calendario.

El Plan Alto ofrece mejores beneficios, pero cuesta más por cada cheque de pago.

El Plan Bajo es una opción a considerar si no necesitas mucho trabajo dental. Compara los beneficios disponibles en ambos planes y las primas antes de elegir una opción. Para más información, limitaciones del plan y exclusiones, consulta los resúmenes del plan Delta Dental publicados en la página de inicio de ADP y en la aplicación Employee Benefits at Polyglass.

Resumen de Beneficios Dentales (Plan #22443) Lo que tú pagas (A menos que se indique lo contrario)

Características del Plan	Plan Alto			Plan Bajo		
	Red PPO	Red Premier	Fuera de la Red	Red PPO	Red Premier	Fuera de la Red
Deducible Individual/Familiar	Pagas \$50/\$150	Pagas \$50/\$150	Pagas \$50/\$150	Pagas \$50/\$150	Pagas \$50/\$150	Pagas \$100/\$300
Beneficio Anual Maximo	Plan paga hasta \$2,250 por persona	Plan paga hasta \$2,250 por persona	Plan paga hasta \$2,250 por persona	Plan paga hasta \$1,000 por persona	Plan paga hasta \$1,000 por persona	Plan paga hasta \$1,000 por persona
Diagnóstico y Preventivo	Pagas 0%	Pagas 0%	Pagas 0%	Pagas 0%	Pagas 0%*	Pagas 20%*
Servicios Básicos	Pagas 20%	Pagas 20%	Pagas 20%	Pagas 20%	Pagas 20%	Pagas 50%
Servicios Mayores	Pagas 50%	Pagas 50%	Pagas 50%	Pagas 50%	Pagas 50%	Pagas 60%
Ortodoncia	Adultos y niños Plan paga 50% hasta \$1,500 Máximo de por vida			Niños hasta los 19 años El plan cubre el 50% hasta un máximo de \$1,000 de por vida.		

*En el plan bajo, Delta Dental solo paga a los dentistas Premier hasta un monto contratado, independientemente de lo que te cobren. Esto significa que serás responsable de cualquier monto facturado por el dentista Premier que exceda el monto contratado para los servicios Preventivos y Diagnósticos (conocido como balance billing o facturación del saldo). Los proveedores fuera de la red pueden cobrar hasta el monto total de su factura.

Primas

Las deducciones de primas por cheque de pago están enumeradas en la tabla a la derecha y en Oracle. Las primas deducidas de los cheques de pago pueden variar unos pocos centavos durante los primeros cheques debido al redondeo.

Primas del Plan Dental Cheques de pago quincenales (26 por año)		
Nivel de Cobertura	Plan Alto	Plan Bajo
Solo Empleado	\$2.58	\$1.47
Empleado + Cónyugue	\$6.46	\$2.54
Empleado + Hijo(s)	\$6.23	\$2.71
Empleado + Familia	\$9.23	\$4.08

Términos de Beneficio Dental que Debes Conocer

Máximo Anual de Beneficio: El límite en dólares del plan por persona para cubrir gastos dentales elegibles.

Deducible Anual: Se aplica a los Servicios Básicos y Mayores durante el año calendario. No se aplica a los gastos de Cuidado Preventivo u Ortodoncia.

Servicios Básicos: Incluyen empastes, extracciones simples, reparación/rebase/revestimiento de dentaduras, y tratamientos de conductos (endodoncia).

Servicios Mayores: Incluyen dentaduras, puentes, coronas, incrustaciones, implantes, revestimientos y restauraciones fundidas.

Servicios Preventivos y Diagnósticos: Los planes cubren exámenes y limpiezas, incluyendo radiografías interproximales, dos veces por año calendario.

Beneficios para la visión

Necesitamos cuidar nuestros ojos, ya que una buena visión es importante para la salud. Si te inscribes en el Plan de Visión EyeMed, tendrás beneficios disponibles para exámenes de la vista, lentes, monturas, lentes de contacto y más.

EyeMed

866-939-3633

eyemed.com

Ahorro de dinero con Eye360 y Proveedores PLUS

Puedes acudir a cualquier profesional de cuidado visual que elijas. Sin embargo, como se muestra en la tabla a continuación, pagarás menos al usar proveedores que forman parte de la red de EyeMed, con ahorros adicionales disponibles al usar Proveedores PLUS, que puedes encontrar en eyemed.com. Consulta el resumen de servicios de cuidado visual de EyeMed para obtener más beneficios y detalles sobre la cobertura.

Beneficios de Cuidado Visual en Resumen (Plan #1051432)

Todos los servicios en la tabla están disponibles una vez durante el año calendario.

Características	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Examen de Cuidado de la Vista	Proveedores PLUS: Pagas \$0 Otros Proveedores: Plan paga 100% después de Copago de \$10. Imágenes de retina: Usted paga hasta \$39.	El plan reembolsa hasta \$40. La imagen de retina no está cubierta.
Monturas Copago \$0	Proveedores PLUS: El plan cubre hasta \$180 de asignación y ofrece un 20% de descuento sobre el saldo que exceda dicha asignación. Otros Proveedores: El plan cubre hasta \$130 de asignación y ofrece un 20% de descuento sobre el saldo que exceda dicha asignación.	El plan reembolsa hasta \$65.
Lentes de Plástico Estándar	El Plan Paga: <ul style="list-style-type: none"> 100% después de tu copago de \$25 para lentes de visión sencilla, bifocales, trifocales, lenticulares y progresivos estándar. De \$55 a \$200 para lentes progresivos premium. 	El plan reembolsa: <ul style="list-style-type: none"> Hasta \$30, Monofocal Hasta \$50, Bifocal Hasta \$70, Trifocal/Lenticular Hasta \$50, Todos los Progresivos
Opciones de Lentes	Pagas Copagos de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> \$45 por recubrimiento antirreflejo estándar \$57 a \$85 por recubrimiento antirreflejo premium \$75 por lentes fotocromáticos (no de vidrio) \$40 por lentes de policarbonato estándar \$0 lentes de policarbonato (hasta los 19 años) \$15 recubrimiento antirrayas y tintes \$0 tratamiento UV 20% de descuento en precio minorista para todos los demás 	El plan reembolsa: <ul style="list-style-type: none"> Hasta \$23 Hasta \$23 Sin Cobertura Sin Cobertura Hasta \$20 Sin Cobertura Hasta \$8 Sin Cobertura
Contactos convencionales	Copago de \$0; 15% de descuento sobre el saldo superior a la asignación de \$150.	El plan reembolsa hasta \$75 por lentes de contacto convencionales y desechables y hasta \$300 por lentes de contacto médicamente necesarios.
Lentes de contacto desechables	Copago de \$0; el plan paga una asignación de \$150, usted paga el saldo que excede la asignación.	
Contactos médicamente necesarios	\$0 copago; el plan paga el 100%.	
Exámenes y adaptación de lentes de contacto	Estándar: el plan paga hasta \$40; ajuste de lentes de contacto y dos visitas de seguimiento. Premium: 10% de descuento sobre el precio minorista	No cubierto

Paquete de Bienvenida

Si te estás inscribiendo en el plan de visión por primera vez, recibirás un paquete de bienvenida con dos tarjetas de identificación, un resumen de beneficios y recomendaciones de ocho proveedores cercanos a tu hogar. Regístrate en el sitio web de EyeMed o descarga la aplicación móvil para acceder a las tarjetas de identificación o imprimirlas en cualquier momento, o descargar la tarjeta de identificación en tu teléfono.

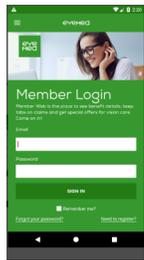


ID Card de EyeMed.

Usa este enlace, <https://member.eyemedvisioncare.com/member/en>, o escanea el código QR para registrarte en el sitio web de EyeMed. Descarga la aplicación y aprovecha los muchos servicios y descuentos disponibles para ti y tus familiares cubiertos.



¿Qué hay en la aplicación móvil de EyeMed?



En la aplicación, puedes consultar tus beneficios y elegibilidad, realizar un seguimiento de las reclamaciones, encontrar ofertas especiales, localizar proveedores de la red, incluidos los proveedores PLUS, obtener respuestas a preguntas frecuentes y acceder a guías interactivas de visión. Puedes descargarla desde la App Store o Google Play.

Recursos de cuidado visual
 Consulta la **Guía de Recursos de Beneficios** para obtener ayuda en la gestión de la salud visual y los gastos. Se encuentra en la página de inicio de ADP.

¿EyeMed ofrece descuentos adicionales?

Hay ahorros adicionales disponibles en proveedores de la red participantes, que incluyen un 40% de descuento en un par adicional de gafas y un 20% de descuento en gafas de sol y accesorios sin receta. Inicia sesión en eyeglass.com para más detalles. Para descuentos en corrección de visión con láser LASIK, llama al **800-988-4221** para encontrar un proveedor de la red US Laser

Primas

Las deducciones de primas por cada cheque de pago se encuentran en la tabla a la derecha y en Oracle. Las primas deducidas de los cheques de pago pueden variar por unos pocos centavos durante los primeros cheques debido al redondeo.

Primas de Plan de Visión	
Cheques Quincenales (26 por año)	
Nivel de Cobertura	Primas
Solo Empleado	\$1.38
Empleado + Esposa	\$3.12
Empleado + Hijo(s)	\$3.23
Empleado + Familia	\$4.62

Los exámenes regulares de la vista son importantes

Regular eye exams can help detect early signs of serious health conditions, such as:

- Diabetes
- Alta Presión Arterial
- Algunos tipos de cáncer, y más

Exámenes oculares tempranos para niños

Un examen temprano es importante, ya que uno de cada cuatro niños tiene problemas de visión. Habla con tu oftalmólogo.



Seguro de Vida y de Muerte Accidental y Desmembramiento

El **seguro de vida** proporciona seguridad financiera, especialmente para aquellos que dependen de ti económicamente. Paga un beneficio a tu beneficiario.

El **seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)** paga beneficios por muerte o lesiones graves debido a un accidente. Los beneficios por lesiones se pagan como un porcentaje del monto del seguro de vida, según la pérdida.

Cobertura Básica Pagada por la Empresa

Beneficio de Seguro de Vida Básico

Polyglass paga el seguro de vida básico y el seguro de AD&D (seguro de vida a término grupal) para los empleados elegibles sin costo para ti. El beneficio equivale a 1½ veces el salario base anual hasta \$250,000. No tiene valor en efectivo.

Beneficio de Seguro Básico de AD&D

Se paga un monto igual si la muerte es causada por un accidente o lesión, ya sea dentro o fuera del trabajo, y se presenta una reclamación dentro de un año. El pago varía según la lesión.

Seguro de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento Pagado por el Empleado

Puedes agregar más seguro de vida para ti y tus dependientes elegibles eligiendo el Seguro de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento Voluntario. Debes elegir cobertura para ti mismo para poder agregar a tus dependientes.

¿Cuánta cobertura puedes elegir?

La siguiente tabla muestra cuánto seguro de vida voluntario puedes elegir para ti y tus dependientes. Un monto igual a la cobertura de seguro de vida que elijas se incluye automáticamente para el seguro de AD&D.

Opciones de Seguro de Vida Voluntario

Para tí	<ul style="list-style-type: none"> Hasta \$500,000 en incrementos de \$10,000. Debes proporcionar evidencia de asegurabilidad si eliges cobertura o aumentas la cobertura actual por encima de los \$200,000 de emisión garantizada.*
Para tu cónyuge	<ul style="list-style-type: none"> Hasta \$500,000 en incrementos de \$5,000. Debes proporcionar evidencia de asegurabilidad si eliges cobertura o aumentas la cobertura actual por encima de los \$40,000 de emisión garantizada.*
Para tus Hijos	\$1,000 para niños menores de 6 meses y hasta \$10,000 de 6 meses a 26 años; no se requiere evidencia de asegurabilidad.

*Consulta la siguiente página para una oferta especial por inscribirte en el seguro de vida voluntario.

New York Life Insurance

Reclamaciones: 888-842-4462

Lun-Vie, 8am-8pm EST

<https://www.newyorklife.com>



Prima pagada por la empresa considerada ingreso imponible

La ley federal requiere que pagues impuestos sobre el valor de la prima de cualquier seguro de vida básico pagado por la empresa que exceda los \$50,000. El impuesto sobre el ingreso imputado se calculará en función de la prima del seguro por la cantidad que exceda los \$50,000 y la edad, utilizando las tablas del IRS, y aparecerá como una deducción "GTL" en los cheques de pago. Consulta con tu contador tributario para obtener más información.

Por ejemplo, un empleado de 43 años que gana \$70,000 al año tiene un seguro de vida básico pagado por Polyglass de \$105,000 (1½ veces el salario base anual). El valor del ingreso imputado es de \$66.00 por el año, lo que se agregaría a los ingresos imponibles del empleado. would be added to the employee's taxable earnings.

Importante: Los beneficios del seguro de vida se reducen a los 65 y 75 años.

Oportunidad Especial de Inscripción para Empleados Recientemente Contratados

Dado que te estás inscribiendo en los beneficios por primera vez, Polyglass ha eximido el requisito de evidencia de asegurabilidad para cualquier monto que elijas hasta \$200,000 para ti y hasta \$40,000 para tu cónyuge.

Si eliges una cobertura superior a estos montos, aún necesitarás completar un cuestionario médico para proporcionar evidencia de asegurabilidad antes de que la aseguradora apruebe la cobertura para esa cantidad.

¿Qué es la evidencia de asegurabilidad?

Para proporcionar evidencia de asegurabilidad (EOI), debes completar un cuestionario médico para que la aseguradora lo revise antes de aprobar o denegar el monto que requiera EOI. Si eliges un monto superior al monto garantizado, contacta a tu equipo de recursos humanos para obtener el formulario EOI.

Cualquier monto que requiera EOI entrará en vigor después de la aprobación de la aseguradora. Las primas para el monto que requiera EOI entrarán en vigor después de la aprobación de la aseguradora.

Primas

Las primas se basan en tu edad para tu cobertura y la de tu cónyuge por separado, y están listadas en Oracle. Oracle calcula automáticamente las primas según tu edad y el monto de cobertura de manera separada para ti y tu cónyuge.

Las primas deducidas de los cheques de pago pueden variar por unos pocos centavos durante los primeros cheques debido al redondeo.

Recursos de Seguro de Vida

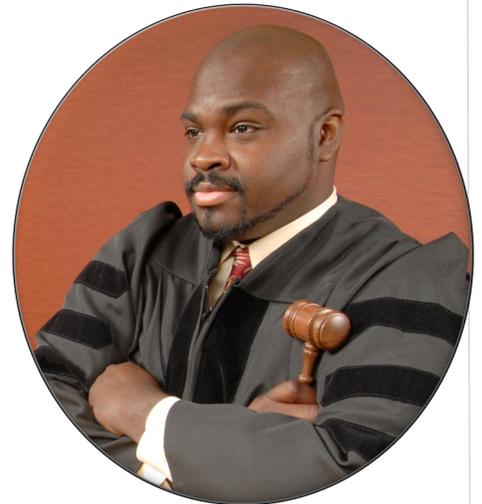
Consulta la **Guía de Recursos de Beneficios** para conocer otros beneficios incluidos con tu seguro de vida.



¿Quién recibe el beneficio si falleces?

El propósito principal del seguro de vida es proporcionar apoyo financiero a tus seres queridos en caso de tu fallecimiento. Al nombrar al menos un beneficiario, dejas claro quién recibirá tu beneficio, evitando en general posibles confusiones y disputas entre familiares o herederos.

Si no designas a alguien para recibir tu beneficio en Oracle, la compañía de seguros podría no ser capaz de identificar quién lo recibe. Esto puede ser un proceso largo y costoso. Al nombrar uno o más beneficiarios, el pago va directamente a ellos, evitando los retrasos y los gastos adicionales.



¿Cómo designas un beneficiario?

Puedes elegir a tu beneficiario o beneficiarios cuando te registres en Oracle (consulta la página 7).

¿Quién puede ser beneficiario?

Puedes especificar quién recibe el beneficio y de qué manera. Por ejemplo, podrías querer seleccionar un porcentaje del beneficio para proporcionar a tu cónyuge, hijos o incluso una organización benéfica. También puedes establecer fideicomisos para administrar los fondos para hijos menores o para otras personas que no puedan gestionar el dinero por sí mismas.



¿Qué pasa con los impuestos?

En muchos casos, los pagos de seguros de vida no están sujetos a impuestos sobre la renta, lo que significa que el monto completo va a tu beneficiario. Esto puede ser una ventaja significativa para gestionar tu patrimonio y asegurarte de que tus seres queridos reciban el máximo beneficio. Consulta con tu contador para más información.



Beneficios por Discapacidad



Los Beneficios por Discapacidad a Corto Plazo (STD) y a Largo Plazo (LTD) a través de New York Life Insurance reemplazan parte de tus ingresos de la empresa si llegas a quedar discapacitado y no puedes trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo. Polyglass cubre el costo de ambos planes y te inscribes automáticamente cuando eres elegible.



Beneficios por Discapacidad a Corto Plazo (STD)

Los beneficios de STD equivalen al 60% de los ingresos previos a la discapacidad elegibles, hasta un máximo de \$1,500 por semana. Después de que un médico certifique tu discapacidad, los pagos comienzan siete días después de una lesión o enfermedad que califique y continúan hasta por 25 semanas.

New York Life
Reclamaciones: 888-842-4462
Lun-Vie, 8am-8pm EST
<https://www.newyorklife.com>

Limitaciones por Condiciones Preexistentes

La cobertura puede ser excluida para una lesión o enfermedad preexistente. Consulta el certificado de cobertura del seguro de New York Life para más detalles o contacta al Departamento de Recursos Humanos.

Ejemplo de Cálculo de Beneficio por Discapacidad a Corto Plazo (STD)

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

$$\begin{aligned} & \$40,000 \text{ ingresos anuales} \div 52 \text{ semanas} = \\ & \$769.23 \times 60\% \text{ beneficios} = \mathbf{\$461.54 \text{ Por Semana}} \end{aligned}$$

Regreso al Trabajo

Antes de regresar al trabajo después de una licencia por Discapacidad a Corto Plazo, un médico debe completar un formulario de Autorización para Regresar al Trabajo y entregarlo al Departamento de Recursos Humanos.

Beneficios por Discapacidad a Largo Plazo (LTD)

Los beneficios de LTD equivalen al 60% de los ingresos mensuales previos a la discapacidad elegibles, hasta 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 (que generalmente es cuando terminan los beneficios de Discapacidad a Corto Plazo), y con la aprobación de New York Life, los pagos comenzarán y continuarán hasta el período máximo de duración, sujeto a los términos descritos en el certificado de cobertura de New York Life.



Ajustes en los Beneficios de LTD

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

Para más Información

Escanea este código para obtener más información sobre el seguro de New York Life.



Presentación de una Reclamación por Discapacidad

Ingresa a newyorklife.com/group-benefit-solutions/form, o llama al **888-842-4462**, Lun-Vie, 8am-8pm EST. También puedes presentar una reclamación a través de la aplicación de New York Life Insurance.

Recibirás un Paquete de Reconocimiento y serás contactado por un administrador de casos o coordinador de licencias de New York Life Insurance dentro de pocos días hábiles. New York Life Insurance también puede contactar a Recursos Humanos y a tu proveedor de atención médica.

Los Pagos por Discapacidad Son Imponibles

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.

Reclamaciones de FMLA

New York Life Insurance también gestiona nuestras reclamaciones del Federal Medical Leave Act (FMLA). Para solicitar una licencia médica o FMLA, contacta a Recursos Humanos. Para presentar una reclamación, llama al **888-842-4462** o **866-562-8421** (Español).

LegalShield & IDShield

Inscríbete en uno o ambos planes para obtener acceso durante todo el año a los beneficios a tarifas grupales, lo que los hace más asequibles que los precios del mercado abierto. Así es como funcionan.

Contacto LegalShield

(Ambos Planes)

800-654-7757,

Lun-Vie, 7am-7pm CST

legalshield.com/info/polyglass



Accede a soporte legal para:

- Consultas y asesoramiento legal
- Representación en tribunales
- 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



Los servicios de robo de identidad incluyen:

- Consulta y asesoramiento sobre identidad
- Investigadores privados con licencia
- Monitoreo de identidad en cuentas financieras.
- Monitoreo infantil (solo en el plan familiar)
- Restauración de identidad de servicio completo
- Alertas en tiempo real
- Acceso a emergencias 24/7
- Monitoreo de redes sociales y gestión de la reputación de privacidad en línea y más.

Cómo Inscribirse

Puedes inscribirte a ti mismo o a ti mismo y a tu familia en Oracle en uno o ambos planes.

Para más información

Escanea este código para obtener más información sobre LegalShield e IDShield.



Solo LegalShield Primas Quincenales (26 cheques/año)		Solo IDShield Primas Quincenales (26 cheques/año)		LegalShield & IDShield Primas Quincenales (26 cheques/año)	
Cobertura	LegalShield	Cobertura	IDShield	Cobertura	Both Plans
Empleado/Familia	\$8.75	Solo Empleado	\$4.13	Solo Empleado	\$12.88
		Familia	\$8.75	Familia	\$15.65



Seguro para Mascotas

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

- Hasta un 100% de reembolso en facturas veterinarias.
- Elige cualquier veterinario para el cuidado de tu mascota.
- Acceso a telemedicina 24/7.
- Servicios de conserjería.

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



Contacto MetLife

800-438-6388

[metlife.com/mybenefits](https://www.metlife.com/mybenefits)

Escanea el código para saber más.



Así es como funciona



Select and enroll in the coverage option that's best for you and your pet.



Download our mobile app.



Take your pet to the vet.



Pay the bill within 90 days and send it with your claim document to us via our mobile app, online portal, email, fax, or mail.



Receive reimbursement by check or direct deposit if the claim expense is covered under the policy.

Seguro de Propietarios de Vivienda y Automóvil

Polyglass se ha asociado con MetLife para ofrecerte descuentos grupales en seguros de hogar y automóvil. También está disponible cobertura para botes, motocicletas, casas rodantes (RVs), propiedades personales y responsabilidad personal excesiva.

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



Unión de Crédito

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

- Opciones de cuentas de cheques gratuitas
- Bajas tasas de interés en préstamos personales, de vivienda y automóviles
- Acceso gratuito 24/7 a la banca en línea, telefónica y móvil

iThink tiene casi 5,500 ubicaciones de sucursales compartidas en todo el país y más de 60,000 cajeros automáticos sin cargos adicionales a nivel nacional e internacional. surcharge-free ATM locations.



Contacto iThink

800-873-5100

<https://www.ithinkfi.org>

**\$30
bonus**

Gana Dinero Gratis!

Obtén hasta \$30 cuando elijas iThink Financial.

El Programa de Deuda Estudiantil de Polyglass



Serás elegible para el Programa de Deuda Estudiantil de Fidelity a partir del primer día del mes siguiente a tus tres meses de servicio. Fidelity te enviará una invitación por correo electrónico cuando seas elegible. Después de recibir tu invitación para inscribirte:

- Recopila los detalles de tu préstamo para proporcionarlos a Fidelity y carga una copia de tu estado de cuenta más reciente del préstamo estudiantil.
- Fidelity confirmará si tu inscripción ha sido aprobada o te notificará si necesitas proporcionar más información.
- Una vez que te inscribas, Polyglass enviará pagos a través de Fidelity directamente al servidor de tu préstamo estudiantil o prestamista de tu elección—\$100 al mes hasta \$1,200 al año para pagar tu préstamo estudiantil.
- Puedes realizar el seguimiento de los pagos en línea a través de NetBenefits o en el sitio web de tu prestamista.

Lo que el Programa de Deuda Estudiantil Hace por Ti

Mientras sigues realizando los pagos mínimos de tu(s) préstamo(s), Polyglass hará un pago adicional cada mes en tu nombre. Esto reduce tu saldo y disminuye los pagos de intereses, lo que te ayuda a pagar tu préstamo más rápidamente.

Los representantes de Fidelity pueden responder preguntas a través de mensajes seguros o por teléfono.



Plan de Ahorros para la Jubilación 401(k)



A través de Fidelity, el Plan de Ahorros para la Jubilación 401(k) de Polyglass USA ofrece una excelente oportunidad para ahorrar dinero para la jubilación.

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

Elegibilidad e Inscripción

Eres elegible a partir del primer día del mes siguiente a tres meses de servicio. Una vez seas elegible, recibirás un paquete de bienvenida, o puedes llamar al **800-347-2673**.

Tus Contribuciones

Puede contribuir hasta el máximo anual establecido por el IRS, **\$23,500** para 2025.

- Si tiene 50 años o más, puede contribuir hasta el monto de contribución de recuperación de **\$7,500**.
- Si tiene 60, 61, 62 o 63 años en 2025, su límite de contribución de recuperación será incluso mayor para el próximo año según la ley de jubilación Secure 2.0. Este límite es de \$11,250, 1½ veces el límite de recuperación general de \$7,500, lo que significa que el máximo que se puede ahorrar para este grupo de edad es **\$34,750** para 2025.
- Estos límites de contribución están sujetos a cambios cada año.
- Puede contribuir de sus cheques de pago antes de que se retengan los impuestos sobre la nómina (contribuciones tradicionales) y/o después de que se hayan retenido los impuestos sobre la nómina (contribuciones Roth).
- Los empleados con salarios altos pueden estar sujetos a otros límites de contribución.

Contribuciones de Coincidencia de Polyglass

Polyglass igualará tus aportaciones dólar por dólar en el primer 6% de tus ganancias que contribuyas. Esto duplica una aportación del 6% a un 12%, brindándote un excelente inicio para ayudarte a obtener los ingresos que necesitas cuando te jubiles.



Qué Hacer

Regístrate en el sitio web de Fidelity:

- Especifica un porcentaje de tus ganancias elegibles para contribuir a tu cuenta.
- Elige tus opciones de inversión.
- Designa uno o más beneficiarios para tu cuenta.

Invertir Tu Cuenta

Tú decides cómo invertir tanto tus aportaciones como las de coincidencia 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 sujetos a impuestos diferidos, lo que significa que pagarás los impuestos sobre tus fondos 401(k) cuando los retires. Esto te da un potencial adicional de ganancias en tus inversiones.

Préstamos y Retiros

Puedes pedir prestado un mínimo de \$1,000 y hasta \$50,000, sin exceder el 50% de tu saldo de cuenta. Ten en cuenta las reglas para los préstamos y las consecuencias fiscales antes de solicitar un préstamo.

Puedes retirar dinero de tu cuenta para jubilación, discapacidad permanente o dificultades económicas, tal como lo define el IRS y los documentos del Plan 401(k), a los 59½ años después de terminar tu empleo, o por tu beneficiario tras tu fallecimiento. Pueden aplicarse impuestos y penalizaciones por retiro anticipado.

Adquisición

La Adquisición se refiere a la propiedad de los fondos en tu cuenta. Siempre serás plenamente propietario de tus aportaciones y de cualquier ganancia de inversión.

Agregue beneficiarios a su cuenta del plan 401(k)

Un beneficiario es la persona o entidad que recibe el saldo de una cuenta 401(k) en caso de que usted fallezca. Al nombrar al menos a un beneficiario, deja en claro quién recibe su beneficio, lo que generalmente evita posibles confusiones y disputas entre familiares o herederos. Usted designa a los beneficiarios en su cuenta en el sitio web de Fidelity. Puede cambiar o agregar otros beneficiarios según sea necesario y en cualquier momento.



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

SageView Advisory Group

Polyglass ofrece a los participantes del 401(k) planificación financiera, asesoría y recursos **GRATUITOS** para ayudar a construir ahorros para la jubilación.

Ve a [sageviewadvisory.com](https://www.sageviewadvisory.com) para más información o para agendar una reunión con un consultor de bienestar financiero o un asesor de patrimonio



Avisos Legales

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

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio Web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	The AK Health Insurance Premium Payment Program Sitio Web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Elegibilidad: 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 Website: 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+ Customer Service: 1-800-359-1991/State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Customer Service: 1-855-692-6442	Sitio Web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
<p>GA HIPP Sitio Web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Press 1</p> <p>GA CHIPRA Sitio Web: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Press 2</p>	<p>Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64 Sitio Web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479</p> <p>All other Medicaid Sitio Web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584</p>
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<p>Medicaid Sitio Web: https://dhs.iowa.gov/ime/members Medicaid Teléfono: 1-800-338-8366</p> <p>Hawki Sitio Web: http://dhs.iowa.gov/Hawki Hawki Teléfono: 1-800-257-8563</p> <p>HIPP Sitio Web: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp HIPP Teléfono: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio Web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 HIPP Teléfono: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
<p>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</p> <p>Email: KIHIPPPROGRAM@ky.gov</p> <p>KCHIP Sitio Web: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Kentucky Medicaid Sitio Web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Sitio Web: www.medicicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP
<p>Enrollment Sitio Web: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003</p> <p>TTY: Maine relay 711</p> <p>Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740</p> <p>TTY: Maine relay 711</p>	<p>Sitio Web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840, TTY: 711</p> <p>Email: masspremassistance@accenture.com</p>
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
<p>Sitio Web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p>Sitio Web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Sitio Web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084</p> <p>Email: HHSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p>Sitio Web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633</p> <p>Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>

NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
<p>Medicaid Sitio Web: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Teléfono: 1-800-992-0900</p>	<p>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 or 603-271-5218</p>
NEW JERSEY – Medicaid and CHIP	NEW YORK – Medicaid
<p>Medicaid Sitio Web: https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Medicaid Teléfono: 609-631-2392 CHIP Sitio Web: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Teléfono: 1-800-701-0710</p>	<p>Sitio Web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
NORTH CAROLINA – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
<p>Sitio Web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Sitio Web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	OREGON – Medicaid and CHIP
<p>Sitio Web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>Sitio Web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p>
PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP
<p>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)</p>	<p>Sitio Web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)</p>
SOUTH CAROLINA – Medicaid	SOUTH DAKOTA - Medicaid
<p>Sitio Web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>Sitio Web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid and CHIP
<p>Sitio Web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Texas Health and Human Services Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p>Medicaid Sitio Web: https://medicaid.utah.gov/ CHIP Sitio Web: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669 or 1-866-608-9422</p>
VERMONT– Medicaid	VIRGINIA – Medicaid and CHIP
<p>Sitio Web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p>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</p>
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP
<p>Sitio Web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022</p>	<p>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)</p>

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, (307) 777-7656, or (866) 571-0944

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia premium desde el 31 de enero de 2024, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especiales, comuníquese con:

U.S. Department of Labor
 Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
 1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
 Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
 1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

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)

Aviso importante para empleados de Polyglass USA sobre la cobertura válida de medicamentos recetados y Medicare

The purpose of this notice is to advise you that the prescription drug coverage listed below under the Polyglass USA medical plan are expected to pay out, on average, at least as much as the standard Medicare prescription drug coverage will pay in 2025. This is known as “creditable coverage.”

Why this is important. If you or your covered dependent(s) are enrolled in any prescription drug coverage during 2025 listed in this notice and are or become covered by Medicare, you may decide to enroll in a Medicare prescription drug plan later and not be subject to a late enrollment penalty – as long as you had creditable coverage within 63 days of your Medicare prescription drug plan enrollment. You should keep this notice with your important records.

If you or your family members aren't currently covered by Medicare and won't become covered by Medicare in the next 12 months, this notice doesn't apply to you.

Lea atentamente el aviso que aparece a continuación. Contiene información sobre la cobertura de medicamentos recetados con Polyglass USA y la cobertura de medicamentos recetados disponible para personas con Medicare. También le indica dónde encontrar más información para ayudarlo a tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Aviso de cobertura acreditable

Es posible que haya oído hablar de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (llamada Parte D) y se haya preguntado cómo le afectaría. La cobertura de medicamentos recetados está disponible para todos los beneficiarios de Medicare a través de los planes de medicamentos recetados de Medicare. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen más cobertura por una prima mensual más alta.

Las personas pueden inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando son elegibles por primera vez, y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Las personas que dejen la cobertura del empleador o sindicato pueden ser elegibles para un Período de inscripción especial de Medicare.

Si está cubierto por los planes de medicamentos recetados de Polyglass USA, le interesará saber que la cobertura de medicamentos recetados de los planes es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare para 2025. Esto se llama cobertura acreditable. La cobertura de estos planes le ayudará a evitar una multa por inscripción tardía a la Parte D si es o se vuelve elegible para Medicare y luego decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y es un empleado activo o familiar de un empleado activo, también puede continuar con la cobertura de su empleador. En este caso, el plan Polyglass USA seguirá pagando de manera primaria o secundaria como lo hacía antes de que se inscribiera en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si renuncia o abandona la cobertura de Polyglass USA, Medicare será su único pagador. Puede volver a inscribirse en el plan del empleador en la inscripción anual o si tiene una inscripción especial u otro evento calificador, o de lo contrario volverse elegible para inscribirse en el plan Polyglass USA a mitad de año, suponiendo que siga siendo elegible.

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

Es posible que reciba este aviso en otros momentos en el futuro, por ejemplo, antes del próximo período en el que pueda inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, si esta cobertura de Polyglass USA cambia o si lo solicita.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare

En el manual Medicare & You encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Los participantes de Medicare recibirán una copia del manual por correo todos los años de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos recetados de Medicare se comuniquen con usted directamente. A continuación, le indicamos cómo obtener más información sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov) para obtener ayuda personalizada.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (consulte una copia del manual Medicare & You 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). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar un plan de medicamentos recetados de Medicare. La información sobre esta ayuda adicional está disponible en la Administración del Seguro Social (SSA). Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social (SSA) en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura de medicamentos recetados, comuníquese con:

Gerente de beneficios de recursos humanos

Polyglass USA

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

(954) 233-1049

Recuerde: conserve este aviso de cobertura confiable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le pida que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si tiene o no una cobertura confiable mantenida y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una multa).

Aviso de derechos especiales de inscripción para la cobertura del plan de salud

Como ya sabe, 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 esperar al próximo período de inscripción abierta, 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, puede inscribirse usted mismo y 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 del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque ya no son elegibles, o
- Se vuelven elegibles para el programa de asistencia para primas 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 para 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 las oportunidades de inscripción que no sean las debidas al cambio de elegibilidad para Medicaid/CHIP.

Nota: Si su dependiente se vuelve elegible para un derecho de inscripción especial, puede agregarlo a su cobertura actual o cambiarse a otro plan de salud.

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

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, se proporcionará cobertura de una manera determinada 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 producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en virtud de este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame al administrador de su plan al (954) 233-1049.

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

En general, los planes de salud grupales y las compañías de seguros de salud no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier período de estadía en el hospital relacionado con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después 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 al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y las compañías de seguros no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o de la compañía de seguros para prescribir un período de estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas). Si desea obtener más información sobre los beneficios de maternidad, llame al administrador de su plan al (954) 233-1049.

Aviso sobre el Mercado de Seguros Médicos

PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura médica a través de su empleo, puede tener otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura médica que se ofrece a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro médico en el Mercado?

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

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro médico en el Mercado?

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

¿La cobertura médica basada en el empleo afecta la elegibilidad para ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal, o pago por adelantado del crédito fiscal, para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito que reducen 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 se considere asequible para usted o que cumpla con los estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del **9.02% para 2025** de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura médica basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del empleado para el plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el **9,02 % para 2025** del ingreso familiar del empleado.

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a lo que el empleador aporta a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como su contribución del empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para fines de impuestos federales y estatales. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores para determinar si comprar un plan de salud a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado de Seguros Médicos?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado de Seguros Médicos durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado de Seguros Médicos. El Período de Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificados, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Según su tipo de Período de Inscripción Especial, puede tener 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificado para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para las personas y sus familias que pierdan la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública nacional por COVID-19, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que se haya inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. **ofrece un período de inscripción especial temporal en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas que reúnen los requisitos para el Mercado de Seguros Médicos que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que presentan una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período de tiempo, son elegibles para un Período de inscripción especial de 60 días. **Esto significa que si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado de Seguros Médicos dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de atención telefónica del Mercado de Seguros Médicos al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué sucede con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de inscripción especial para inscribirse en ese plan de salud en determinadas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado de Seguros Médicos o directamente a través de la agencia de Medicaid de su estado. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que le ofrece su empleo, consulte la descripción resumida del plan de salud o comuníquese al (954) 233-1330.

El Mercado de Seguros Médicos puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos y su costo. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea para la cobertura de seguro médico e información de contacto para un Mercado de Seguros Médicos en su área.

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud que ofrece su empleador

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

3. Nombre del empleador: Polyglass USA		4. Número de Identificación del Empleador (EIN): 88-0267816	
5. Dirección del empleador: 1111 W. Newport Center Drive		6. Employer phone number: (954) 233-1330	
7. Ciudad: Deerfield Beach	8. Estado: FL	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 que ofrece este empleador:

- **Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:** Todos los empleados que reúnen los requisitos para recibir beneficios.
- **Los empleados que reúnen los requisitos son:** Empleados que trabajan regularmente 30 horas o más por semana.
- **Con respecto a los dependientes:** Los documentos deben mostrar la relación empleado/dependiente y la fecha del documento. Se proporcionará una lista de los documentos requeridos.
- **Los dependientes que reúnen los requisitos son:** Cónyuges legales, naturales, adoptados, hijastros, hijos bajo tutela legal y cualquier niño que esté nombrado en una Orden de Asistencia Médica Calificada (QMCSO) según se define en la ley federal hasta los 26 años o más, sustentado principalmente por el empleado e incapaz de tener un empleo autosuficiente debido a una discapacidad mental o física.

**Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (quizás sea un empleado por horas o trabaje a comisión), si se contrató por primera vez a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.

Si decide comprar cobertura en el Mercado, HealthCare.gov lo guiará a través del proceso. Aquí se encuentra la información del empleador que deberá ingresar cuando visite HealthCare.gov para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

Aviso de la Ley de Michelle: extensión de la cobertura médica para dependientes durante licencias médicas de estudiantes

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

La cobertura extendida está disponible si la licencia de un hijo de la escuela (o el cambio en el estado de inscripción escolar (por ejemplo, cambiar de estado de tiempo completo a tiempo parcial) comienza mientras el hijo tiene una enfermedad o lesión grave, es médicamente necesaria y, de otro modo, hace que finalice la elegibilidad para la cobertura de estudiante bajo el plan. Es posible que se requiera una certificación escrita del médico del hijo que indique que el hijo sufre una enfermedad o lesión grave y que la licencia es médicamente necesaria.

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

Si su hijo perderá la elegibilidad para la cobertura debido a una licencia médicamente necesaria de la escuela y desea que se extienda su cobertura, tan pronto como Polyglass USA reconozca la necesidad de la licencia, comuníquese con el plan de salud de su hijo para ver si alguna ley estatal que requiera una cobertura extendida puede aplicarse a sus beneficios.

Aviso de privacidad HIPAA de Polyglass USA

Lea atentamente este aviso. Describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos 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 médica protegida, incluye casi toda la información médica identificable individualmente que posee un plan, ya sea que se reciba 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 la vista. Los planes cubiertos por este aviso pueden compartir información médica entre sí para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Estos planes se denominan colectivamente el Plan en este aviso, a menos que se especifique lo contrario.

Las obligaciones del Plan con respecto a su información médica

La ley exige que el Plan mantenga la privacidad de su información médica y le proporcione este aviso de las obligaciones legales y las prácticas de privacidad del Plan con respecto a su información médica. Si participa en una opción de plan asegurado, recibirá un aviso directamente de la aseguradora. Es importante tener en cuenta que estas reglas se aplican al plan, no a Polyglass USA como empleador; así es como funcionan las reglas de HIPAA. Es posible que se apliquen diferentes políticas a otros programas de Polyglass USA o a datos no relacionados con el plan.

Cómo el Plan puede usar o divulgar su información médica

Las normas de privacidad generalmente permiten el uso y la divulgación de su información médica sin su permiso (conocido como autorización) para fines de tratamiento de atención médica, actividades de pago y operaciones de atención médica. Estos son algunos ejemplos de lo que esto podría implicar:

- **El tratamiento** incluye brindar, coordinar o administrar la atención médica por parte de uno o más proveedores de atención médica o médicos. El tratamiento también puede incluir la coordinación o administración de la atención entre un proveedor y un tercero, y consultas y derivaciones entre proveedores. Por ejemplo, el Plan puede compartir su información médica con los médicos que lo están tratando.
- **El pago** incluye actividades de este Plan, otros planes o proveedores para obtener primas, tomar decisiones de cobertura y brindar reembolsos por atención médica. Esto puede incluir determinar la elegibilidad, revisar los servicios para determinar su necesidad o idoneidad médica, participar en actividades de gestión de utilización, gestión de reclamos y facturación; así como realizar funciones del plan "entre bastidores", como ajuste de riesgos, cobranza o reaseguro. Por ejemplo, el Plan puede compartir información sobre su cobertura o los gastos en los que ha incurrido con otro plan de salud para coordinar el pago de los beneficios.
- **Las operaciones de atención médica** incluyen actividades de este Plan (y, en circunstancias limitadas, de otros planes o proveedores), como programas de evaluación de riesgos y bienestar, actividades de evaluación y mejora de la calidad, servicio al cliente y resolución de quejas internas. Las operaciones de atención médica también incluyen la evaluación de proveedores; la participación en actividades de acreditación, capacitación y acreditación; la realización de evaluaciones de riesgo o calificación de primas; la organización de actividades de revisión y auditoría médica; y la realización de planificación y desarrollo comercial. Por ejemplo, el Plan puede usar información sobre sus reclamos para auditar a los terceros que aprueban el pago de los beneficios del Plan.

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

If the coverage provided by the plan is changed during this one-year period, the plan will provide the changed coverage for the remainder of the leave of absence.

If your child will lose eligibility for coverage because of a medically necessary leave of absence from school and you want his or her coverage to be extended, as soon as the need for the leave is recognized to Polyglass USA. In addition, contact your child's health plan to see if any state laws requiring extended coverage may apply to his or her benefits.

Aviso de privacidad HIPAA de Polyglass USA

Lea atentamente este aviso. Describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos 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 médica protegida, incluye casi toda la información médica identificable individualmente que posee un plan, ya sea que se reciba 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 la vista. Los planes cubiertos por este aviso pueden compartir información médica entre sí para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Estos planes se denominan colectivamente el Plan en este aviso, a menos que se especifique lo contrario.

Las obligaciones del Plan con respecto a su información médica

La ley exige que el Plan mantenga la privacidad de su información médica y le proporcione este aviso de las obligaciones legales y las prácticas de privacidad del Plan con respecto a su información médica. Si participa en una opción de plan asegurado, recibirá un aviso directamente de la aseguradora. Es importante tener en cuenta que estas reglas se aplican al plan, no a Polyglass USA como empleador; así es como funcionan las reglas de HIPAA. Es posible que se apliquen diferentes políticas a otros programas de Polyglass USA o a datos no relacionados con el plan.

Cómo el Plan puede usar o divulgar su información médica

Las normas de privacidad generalmente permiten el uso y la divulgación de su información médica sin su permiso (conocido como autorización) para fines de tratamiento de atención médica, actividades de pago y operaciones de atención médica. Estos son algunos ejemplos de lo que esto podría implicar:

- **El tratamiento** incluye brindar, coordinar o administrar la atención médica por parte de uno o más proveedores de atención médica o médicos. El tratamiento también puede incluir la coordinación o administración de la atención entre un proveedor y un tercero, y consultas y derivaciones entre proveedores. Por ejemplo, el Plan puede compartir su información médica con los médicos que lo están tratando.
- **El pago** incluye actividades de este Plan, otros planes o proveedores para obtener primas, tomar decisiones de cobertura y brindar reembolsos por atención médica. Esto puede incluir determinar la elegibilidad, revisar los servicios para determinar su necesidad o idoneidad médica, participar en actividades de gestión de utilización, gestión de reclamos y facturación; así como realizar funciones del plan "entre bastidores", como ajuste de riesgos, cobranza o reaseguro. Por ejemplo, el Plan puede compartir información sobre su cobertura o los gastos en los que ha incurrido con otro plan de salud para coordinar el pago de los beneficios.
- **Las operaciones de atención médica** incluyen actividades de este Plan (y, en circunstancias limitadas, de otros planes o proveedores), como programas de evaluación de riesgos y bienestar, actividades de evaluación y mejora de la calidad, servicio al cliente y resolución de quejas internas. Las operaciones de atención médica también incluyen la evaluación de proveedores; la participación en actividades de acreditación, capacitación y acreditación; la realización de evaluaciones de riesgo o calificación de primas; la organización de actividades de revisión y auditoría médica; y la realización de planificación y desarrollo comercial. Por ejemplo, el Plan puede usar información sobre sus reclamos para auditar a los terceros que aprueban el pago de los beneficios del Plan.

La cantidad de información médica utilizada, divulgada o solicitada será limitada y, cuando sea necesario, restringida al mínimo necesario para lograr los fines previstos, según lo definido en las normas HIPAA. Si el Plan utiliza o divulga PHI para fines de suscripción, el Plan no utilizará ni divulgará PHI que sea su información genética para dichos fines.

Cómo el Plan puede compartir su información médica con Polyglass USA

El Plan, su aseguradora de salud o HMO, puede divulgar su información médica sin su autorización por escrito a Polyglass USA para fines de administración del plan. Polyglass USA puede necesitar su información médica para administrar los beneficios del Plan. Polyglass USA acepta no usar ni divulgar su información médica de otra manera que no sea permitida o requerida por los documentos del Plan y por la ley. Recursos humanos, Beneficios, Cumplimiento, Nómina y/o Finanzas son los únicos empleados de Polyglass USA que tendrán acceso a su información médica para funciones de administración del plan.

A continuación, se detalla cómo se puede compartir información adicional entre el Plan y Polyglass USA, según lo permitido por las normas de HIPAA:

- El Plan, o su aseguradora o HMO, puede divulgar “información de salud resumida” a Polyglass USA, si se lo solicita, con el fin de obtener ofertas de primas para brindar cobertura bajo el Plan o para modificar, enmendar o terminar el Plan. La información de salud resumida es información que resume la información de reclamos de los participantes, de la cual se han eliminado los nombres y otra información de identificación.
- El Plan, o su aseguradora o HMO, puede divulgar a Polyglass USA información sobre si una persona participa en el Plan o se ha inscrito o cancelado su inscripción en una opción de seguro o HMO ofrecida por el Plan.

Además, debe saber que Polyglass USA no puede y no utilizará la información de salud obtenida del Plan para ninguna acción relacionada con el empleo. Sin embargo, la información de salud recopilada por Polyglass USA de otras fuentes (por ejemplo, bajo la Ley de Licencia Médica y Familiar, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades o los programas de compensación para trabajadores) no está protegida por la 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 divulgarse sin autorización a un familiar, amigo cercano u otra persona que usted identifique que esté involucrada en su atención o en el pago de su atención. La información sobre su ubicación, condición general o muerte puede proporcionarse a una persona similar (o a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de socorro en caso de desastre). Por lo general, se le dará la oportunidad de aceptar u oponerse a estas divulgaciones (aunque pueden hacerse excepciones, por ejemplo, si no está presente o si está incapacitado). Además, su información de salud puede divulgarse sin autorización a su representante legal.

Aviso general sobre la continuación de la cobertura según COBRA

Introducción

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

El derecho a la continuación de la cobertura según COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura según COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal de otra manera terminaría. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y bajo la ley federal, debe revisar la Descripción resumida del plan o comunicarse con el administrador del plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, usted puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y menores costos de bolsillo. Además, puede 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.

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, finalizaría debido a un evento de vida. Esto también se denomina "evento calificador". Los eventos calificadores específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificador, se debe ofrecer la continuación de la cobertura de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificador. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura de COBRA deben pagar por la continuación de la cobertura de COBRA. Si es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificadores:

- Se reducen sus horas de trabajo, o
- Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.

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

- Su cónyuge muere;
- Las horas de trabajo de su cónyuge se reducen;
- El empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave;
- Su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); o
- 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 calificadores:

- El padre-empleado muere;
- Las horas de trabajo del padre-empleado se reducen;
- El empleo del padre-empleado finaliza por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave;
- El padre-empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura bajo el Plan como un "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

El plan ofrecerá cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el administrador del plan haya sido notificado de que se ha producido un evento calificador. El empleador debe notificar al administrador del plan de los siguientes eventos calificadores:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- La muerte del empleado; o
- El hecho de que el empleado adquiriera derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos calificadores (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al administrador del plan dentro de los 60 días posteriores a que se produzca el evento calificador. Debe proporcionar este aviso a: HR at 1111 West Newport Center Drive, Deerfield Beach, FL 33442.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

Una vez que el administrador del plan reciba la notificación de que se ha producido un evento calificador, se ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

Prórroga del segundo evento calificador del período de 18 meses de cobertura continua

Si su familia experimenta otro evento calificador durante los 18 meses de cobertura continua de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura continua de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica correctamente al Plan sobre el segundo evento calificador. Esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que reciben cobertura continua de COBRA si el empleado o ex empleado muere; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible según el Plan como hijo dependiente. Esta prórroga solo está disponible si el segundo evento calificador hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura según el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento calificador.

¿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 Médicos, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) u otras opciones de cobertura de plan de salud grupal (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina 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 finalice la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si no se inscribe en Medicare Parte A o B 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 Medicare Parte A o B, que comienza el primero de los siguientes:

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

Si no se inscribe en Medicare y elige la cobertura de continuación de COBRA en su lugar, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y que tenga una brecha en la cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la cobertura de continuación de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la cobertura de continuación de COBRA, el Plan puede dar por terminada su cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no puede interrumpirse debido a la elegibilidad de Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la cobertura de continuación de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la cobertura de continuación de COBRA pagará en segundo lugar. Algunos 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 tiene preguntas

Las preguntas relacionadas con su plan o sus derechos de cobertura de continuación de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos que se indican a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o Distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y Distritales de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga informado a su plan sobre los 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 la familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al administrador del plan.

Información de contacto del plan

Recursos humanos; Polyglass USA, 1111 West Newport Center Drive, Deerfield Beach, FL 33442.

Resumen de modificaciones materiales [o Resumen de reducciones materiales]

Esta guía de inscripción constituye un [Resumen de modificaciones materiales (SMM)] O [Resumen de reducciones materiales (SMR)] de la Descripción resumida del plan (SPD) [insertar nombre completo y año de SPD]. Tiene como objetivo complementar o reemplazar cierta información en la SPD, por lo que debe conservarla para referencia futura junto con su SPD. Comparta estos materiales con los miembros de su familia cubiertos.

“Never stop  pedalling”

Giorgio Squinzi

POLYGLASS®

