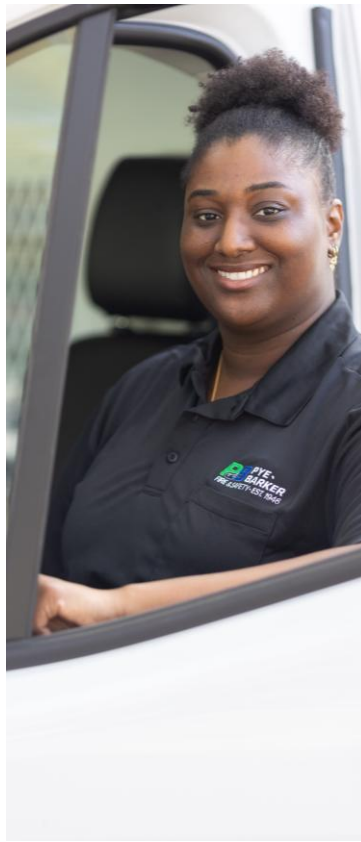


2026



GUÍA DE BENEFICIOS



NOTIFICACIÓN DE LA PARTE D DE MEDICARE

Si usted (o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare durante los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones en lo que respecta a su cobertura de medicamentos recetados. Consulte los avisos legales en el reverso de esta guía para obtener más detalles.

QUÉ SE INCLUYE

- 03 Inscripción
- 19 Seguro de vida
- 05 Cobertura médica
- 20 Seguro por discapacidad
- 11 Medicare
- 21 Beneficios voluntarios
- 12 Salud y bienestar
- 22 Jubilación
- 14 Cuentas con ventajas impositivas
- 23 Costos y tarifas
- 17 Dental y visión
- 26 Contactos importantes
- 18 Programa de asistencia al empleado

INSCRIPCIÓN

¿Cuándo me inscribo?

PERÍODO DE NUEVO EMPLEADO

El período de nuevo empleado de Pye-Barker es de **30 días a partir de la fecha de contratación**. Esta es su única oportunidad para realizar cualquier elección necesaria que sea adecuada para usted y su familia. Después de que finalice este período, **no** podrá hacer cambios en sus beneficios hasta el próximo período de inscripción anual o a menos que se produzca un evento de vida autorizado (consulte a continuación).

EVENTOS DE VIDA AUTORIZADOS

Fuera de la inscripción anual y la inscripción de nuevos empleados, no puede cambiar sus beneficios a menos que se produzca un evento de vida autorizado (Qualified Life Event, QLE), como matrimonio, divorcio, nacimiento, adopción, muerte, pérdida del estado de dependiente o pérdida de la cobertura.

Si tiene un QLE, debe realizar cambios en un plazo de 30 días desde la fecha del evento. Prepárese para presentar la documentación como prueba del QLE que le soliciten.

¿Cuándo entran en vigor mis beneficios?

Para los empleados recién contratados, la fecha de entrada en vigencia es el primer día del mes posterior a los 30 días de empleo. Debe inscribirse en un plazo de 30 días desde la contratación.

Vigente: los nuevos años del plan de Pye-Barker comienzan el 1 de enero del próximo año. Su equipo de Recursos Humanos le comunicará el período de inscripción anual abierto para cada año del plan.

¿Cómo me inscribo?

EN LÍNEA

- Inicie sesión en su cuenta de Workday en www.myworkday.com
- Seleccione "Cambiar beneficios", ubicado en "Esperando su acción"
- Seleccione "Comencemos"
- Seleccione sus elecciones de beneficios
- Seleccione "Enviar"
- Descargue e imprima una copia de su confirmación de inscripción

TELÉFONO

Si tiene preguntas sobre la inscripción y sus beneficios, llame a un asesor de beneficios de Brian Patten al **(833) 271-4977** para obtener ayuda, disponible **de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m., hora del este**.

¿Quién es elegible?

Usted es elegible para recibir cobertura si es un empleado a tiempo completo que trabaja 30 horas por semana o más.*

Si es elegible, también puede agregar cobertura para sus dependientes elegibles a ciertos planes. Los dependientes elegibles incluyen a su cónyuge legal y a sus hijos de hasta 26 años.*

Necesitará los nombres, las fechas de nacimiento, los números de Seguro Social, las direcciones actuales y los números de teléfono suyos y de cualquier dependiente que quiera inscribir.

Si inscribe a dependientes nuevos, el sistema de inscripción le pedirá que verifique que son elegibles para la cobertura. Debe cargar los documentos de verificación solicitados en un plazo de 30 días, de lo contrario, sus dependientes no serán inscritos.

* *Tenga en cuenta que esta es una descripción general de la elegibilidad. Para obtener información más completa, incluido quién es un familiar elegible, consulte el documento resumido de su plan.*

COBERTURA MÉDICA

Opciones de plan médico

La cobertura médica le ofrece beneficios que lo ayudan a mantenerse sano, como los exámenes de atención preventiva y el acceso a médicos de atención primaria. También ofrece protección financiera importante en caso de que padezca de una afección médica grave. Ofrecemos 3 planes médicos a través de United Healthcare (UHC), para que pueda elegir el que mejor se adapte a usted y su familia.

EL CHOICE PLUS COPAY PLAN

Si prevé tener gastos de atención de la salud más grandes durante el año del plan, como una cirugía o un embarazo, el Choice Plus Copay Plan puede ser la mejor opción para usted. Este plan tiene un costo mayor de su cheque de pago, pero proporcionará una mayor cobertura una vez que alcance el deducible.

EL HSA CHOICE PLUS PLAN

Si prevé solo gastos menores de atención de la salud durante el año del plan, como visitas al consultorio y medicamentos recetados, el HSA Choice Plus Plan es ideal para usted. Este plan también le brinda acceso a una cuenta de ahorros para gastos médicos (Health Savings Account, HSA) para ayudar a compensar el costo de sus gastos de atención de la salud.

EL SUREST PLAN

Surest Plan es la opción más rentable. La estrategia de pago de este plan nos permite reducir nuestros costos en toda la compañía y, a la vez, seguir brindándole beneficios competitivos y significativos. Puede elegir ir a cualquier centro, pero su costo será más bajo cuando siga las recomendaciones del plan. Hay asesores del plan disponibles para ayudarlo a obtener la mejor atención al mejor costo. Estos asesores ayudan a mantener los precios lo más justo y bajos posible al monitorear su caso, hacer recomendaciones y negociar costos cuando sea necesario.



COMPRENSIÓN DE LA TERMINOLOGÍA

A veces, los términos de atención de la salud pueden ser confusos. Este **breve video** lo ayudará a comprender distintas palabras, como copago y deducible, que conforman sus beneficios médicos.

	Choice Plus Copay Plan	HSA Choice Plus Plan	Surest Plan
Deducible	\$1,800*	\$3,400*	\$0*
Atención preventiva	Cubiertos al 100 %*	Cubiertos al 100 %*	Cubiertos al 100 %*
Cuenta de ahorros para gastos médicos	No	Sí	No

* Tenga en cuenta que esto representa a un empleado individual que recibe servicios dentro de la red. Para obtener más detalles, consulte el cuadro de comparación de planes médicos en la página 5.

COBERTURA MÉDICA

Cuadro de comparación de planes médicos

Disposición del plan	Choice Plus Copay Plan	HSA Choice Plus Plan	Surest Plan
	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
Deducible <i>Individual/Familia</i>	\$1,800/\$3,600	\$3,400/ \$6,600	\$0/\$0
Máx. de gastos de bolsillo <i>Individual/Familia</i>	\$3,600/\$7,200	\$6,000/ \$12,000	\$5,500/ \$11,000
Atención preventiva	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Visita/examen en el consultorio	Copago de \$25-\$50	20 % de coseguro*	Copago de \$20-\$125
Sala de emergencias	Copago de \$500	20 % de coseguro*	Copago de \$750
Radiografías/Análisis de laboratorio	Sin costo Pacientes ambulatorios: 20 % de coseguro*	20 % de coseguro*	Copago de \$0-\$900
Centro hospitalario	20 % de coseguro*	20 % de coseguro*	Copago de \$300-\$3,500
Servicios para pacientes ambulatorios	20 % de coseguro*	20 % de coseguro*	Copago de \$50-\$3,500
Suministro de 30 días para medicamentos recetados de venta minorista			
Medicamentos genéricos preventivos	\$10	20 % de coseguro*	\$10
Genéricos	\$10	20 % de coseguro*	\$10
Preferidos	\$20	20 % de coseguro*	\$35
No preferidos	\$50	20 % de coseguro*	\$70
Suministro de 90 días para medicamentos recetados pedidos por correo			
Medicamentos genéricos preventivos	\$25	20 % de coseguro*	\$25
Genéricos	\$25	20 % de coseguro*	\$25
Preferidos	\$50	20 % de coseguro*	\$50
No preferidos	\$125	20 % de coseguro*	\$125

*indica después del deducible.

COBERTURA MÉDICA: California

Para los miembros del equipo que residen dentro del estado de California, Pye-Barker le ofrece opciones de planes médicos a través de United Healthcare y Kaiser:

	Kaiser
	Dentro de la red
Disposición del plan	
Deducible <i>Individual/Familia</i>	\$1,000/\$2,000
Máx. de gastos de bolsillo <i>Individual/Familia</i>	\$3,000/\$6,000
Atención preventiva	Sin costo
Visita/examen en el consultorio	Copago de \$20-\$30
Sala de emergencias	Copago de \$250
Radiografías/Análisis de laboratorio	Copago de \$10
Centro hospitalario	20 % de coseguro*
Servicios para pacientes ambulatorios	20 % de coseguro*
	Suministro de 30 días para medicamentos recetados de venta minorista
Genéricos	Copago de \$10
De marca, incluidos en el Formulario de medicamentos	Copago de \$30
No incluido en el formulario	Copago de \$30
Especialidad	20 % de coseguro (hasta \$150)
	Suministro de 90 días para medicamentos recetados pedidos por correo
Genéricos	Copago de \$20
De marca, incluidos en el Formulario de medicamentos	Copago de \$60
No incluido en el formulario	Copago de \$60
Especialidad	No cubiertos

*indica después del deducible.

COBERTURA MÉDICA: Noroeste

Para los miembros del equipo que residen dentro de los estados de Oregon y Washington, Pye-Barker le ofrece opciones de planes médicos a través de United Healthcare y Kaiser:

Disposición del plan	Kaiser	
	Kaiser Copago de \$2,500	Kaiser Copago de \$0
	Dentro de la red	Dentro de la red
Deducible <i>Individual/Familia</i>	\$2,500/\$5,000	\$0
Máx. de gastos de bolsillo <i>Individual/Familia</i>	\$5,000/\$10,000	\$3,000/ \$6,000
Atención preventiva	Sin costo, no se aplica el deducible	Sin costo
Visita/examen en el consultorio	Copago de \$25-\$35, no se aplica el deducible	Copago de \$30-\$40
Sala de emergencias	20 % de coseguro*	Copago de \$250 El copago no se aplicará en caso de ser ingresado
Radiografías/Análisis de laboratorio	Copago de \$10	Copago de \$10
Centro hospitalario	20 % de coseguro*	\$500 por día hasta \$1,500 de copago por admisión
Servicios para pacientes ambulatorios	20 % de coseguro*	Copago de \$500
	Suministro de 30 días para medicamentos recetados de venta minorista	
Genéricos	Copago de \$15, no se aplica el deducible	Copago de \$15
Preferidos	Copago de \$35, no se aplica el deducible	Copago de \$35
No preferidos	Copago de \$70, no se aplica el deducible	Copago de \$70
Especialidad	20 % de coseguro (hasta \$250)	20 % de coseguro (hasta \$250)
	Suministro de 90 días para medicamentos recetados pedidos por correo	
Genéricos	Copago de \$30, no se aplica el deducible	Copago de \$30
Preferidos	Copago de \$70, no se aplica el deducible	Copago de \$70
No preferidos	Copago de \$140, no se aplica el deducible	Copago de \$140
Especialidad	No cubiertos	No cubiertos

*indica después del deducible.

Obtenga más información sobre Surest

Comprensión de Surest, su plan médico basado en el valor

Nuestro plan médico Surest a través de United Healthcare (UHC) utiliza un modelo de precios basados en el valor, que está diseñado para mantener sus costos médicos bajos y competitivos.

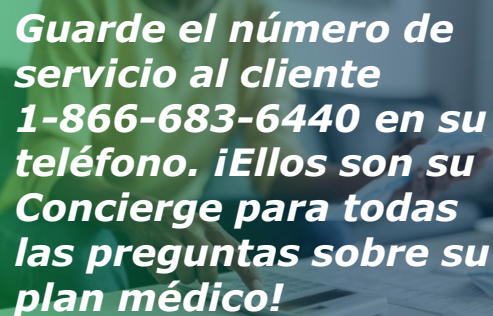
¿QUÉ SIGNIFICA ESTE PLAN PARA MÍ?

- **Costo más bajo del cheque de pago:** Las primas son las más bajas de todos nuestros planes médicos.
- **Ahorros cuando utiliza el plan:** En lugar de pagar una tarifa negociada por la aseguradora del plan médico, pagará un porcentaje del valor real del servicio que recibe. Esto significa que tanto usted como la Compañía probablemente paguen menos.
- **Los mismos servicios y beneficios:** Tendrá acceso a los mismos servicios y beneficios que en nuestros otros planes médicos, pero a diferencia de nuestros los demás, no hay red de *hospitales*. Ahora tendrá la libertad de ir a cualquier hospital o centro que elija, y el plan compartirá la misma porción del costo de los servicios cubiertos.
- **No se necesitan referidos:** No necesita un referido de un médico de cabecera para consultar a un especialista.
- **Acceso a Concierge:** Si tiene problemas con su plan médico de alguna manera, cuando asiste al consultorio del médico, cuando recibe una factura por correo, si se entera de un nuevo diagnóstico, el servicio de atención al cliente de Surest está listo para ayudarlo.

ENTONCES, ¿CUÁL ES LA TRAMPA?

Para ser honestos, a veces es *confuso*. Algunos médicos no están familiarizados con este proveedor o tipo de plan. Si el consultorio de su médico tiene preguntas, pídale que llame a Surest.

Es posible que reciba una factura que no coincida con su explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB). Puede pasar con cualquier plan, pero dado que no todos los proveedores están familiarizados con este tipo de plan, Surest se compromete a asegurarse de que usted no esté pagando más de lo que se supone que debe pagar. Si recibe una factura que no coincide con su EOB, **¡no la pague!** Comuníquese con Surest al 1-866-683-6440 de inmediato y se le asignará su caso a un representante de servicio al cliente, listo para trabajar directamente con su proveedor, resolver el problema y mantenerlo informado en cada paso del proceso.



Guarda el número de servicio al cliente 1-866-683-6440 en su teléfono. ¡Ellos son su Concierge para todas las preguntas sobre su plan médico!





Es posible que algunos proveedores estén más familiarizados con los precios basados en referencias que otros. Para encontrar proveedores que tengan menos probabilidades de enviarle una factura del saldo, llame a Surest al 1-866-683-6440 o visite join.surest.com/PyeBarker para buscar médicos y hospitales en su área.

COBERTURA MÉDICA



Sepa a dónde acudir para recibir atención

Tome el control de sus gastos de atención de la salud utilizando los mejores recursos para su problema de salud o afección médica. Ahorrará al máximo cuando consulte a médicos de la red. Visite member.uhc.com/myuhc y haga clic en la pestaña "Buscar un proveedor".





VISITAS VIRTUALES

Utilice las visitas virtuales cuando tenga una inquietud médica menor y necesite consultar a un médico rápidamente desde cualquier lugar. Con los servicios de telesalud, puede hablar con un médico con solo unos clics en su teléfono inteligente o tableta. Si bien la atención de la salud siempre debe comenzar con su proveedor de atención primaria, hay visitas virtuales disponibles cuando su médico puede no estarlo y son menos costosas que una visita típica al consultorio. Las visitas virtuales están diseñadas para problemas médicos que no son de emergencia, como síntomas de resfrío o gripe, alergias, infecciones sinusales o esguinces.





ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONA

Visite a su médico de cabecera todos los años para realizarse un chequeo, para el tratamiento de una afección crónica y en cualquier momento que desee consultar a un médico que conozca sus antecedentes y tenga acceso a su historia clínica. Los médicos de cabecera generalmente requieren citas y no están disponibles por la noche ni los fines de semana, por lo que deberá planificar su visita con anticipación. Pero recuerde que los exámenes de detección preventivos anuales con su médico de atención primaria están cubiertos sin costo alguno para usted.



ATENCIÓN DE URGENCIA

Utilice la atención de urgencia cuando tenga una inquietud médica urgente, pero no una emergencia. La atención de urgencia es la mejor opción para esguinces, torceduras, fracturas óseas menores, infecciones menores, pequeños cortes que necesitan algunos puntos, quemaduras menores y radiografías. Los centros de atención de urgencia suelen estar abiertos durante la noche y los fines de semana. Planifique su visita con anticipación y encuentre un centro de atención de urgencia cerca de su domicilio para tener un plan para problemas como estos antes de que surjan.



SALA DE EMERGENCIAS

Las salas de emergencia están diseñadas para tratar incidentes potencialmente mortales. Sin embargo, la afección diagnosticada con más frecuencia en los pacientes en la sala de emergencias es el resfriado común. Esto hace que las salas de emergencias se abarroten y brinden atención de manera menos eficiente porque están ocupadas con pacientes que tienen enfermedades de rutina y no emergencias. Si visita la sala de emergencias cuando no tiene una emergencia, tendrá una larga espera y tendrá un desembolso mayor. Por lo tanto, asegúrese de utilizar esta opción solo cuando tenga una emergencia.

A dónde va afecta cuánto paga. [Mire este video](#) para obtener información sobre cuándo elegir la atención de urgencia y cuándo usar la sala de emergencias.

MEDICARE

¿Está por cumplir 65 años?

Elegir un plan de Medicare es una de las decisiones más importantes que tomará

Alliant Medicare Solutions

Este recurso **gratuito** puede ayudarlo a usted, a su familia y a sus amigos a encontrar las mejores opciones de Medicare para su situación.

Simplemente llame

- Al menos 3 meses antes de cumplir 65 años (o si ya ha pasado) recopile la información de su seguro médico actual.
- Llame a Alliant Medicare Solutions al **(877) 888-0165** y hable con un agente de seguros autorizado acerca de sus opciones de Medicare.
- El equipo puede ayudarlo a comparar el plan de su empleador con los planes de Medicare disponibles en su área.
- Alliant Medicare Solutions lo ayuda a inscribirse o le envía por correo electrónico los detalles de su póliza para que los revise.

Para obtener más información

- Descargue su guía de Medicare en <https://neb.alliant.com/your-guide-to-medicare/full-view.html>.
- Vea Medicare 101 en brainshark.com/alliant/medicare101
- Visite Alliant Medicare Solutions en línea en alliantmedicareolutions.com.
- Para obtener información más completa sobre Medicare, visite medicare.gov.

PREGUNTAS FRECUENTES

- ¿Puedo mantener el plan de mi empleador? ¿Cómo funciona? ¿Qué sucede con mis dependientes?
- ¿Cuándo soy elegible para Medicare? ¿Cuándo debo inscribirme? (¿Y **debo** hacerlo?)
- ¿Cuánto cuesta Medicare?
- ¿Qué opciones podrían funcionar mejor para mi situación?
- ¿Qué **no** cubre Medicare?

Las decisiones relacionadas con la atención médica y la inscripción de una persona en Medicare deben basarse en las circunstancias específicas de la persona y realizarse en consulta con sus propios asesores. Alliant Medicare Solutions no tendrá ninguna responsabilidad por daños directos, indirectos, incidentales, especiales, ejemplares o resultantes, en virtud de cualquier fundamento de responsabilidad, ya sea contractual o extracontractual, que surja del uso de Alliant Medicare Solutions. Alliant Medicare Solutions no está relacionada con el gobierno de los Estados Unidos ni con el programa federal de Medicare, ni está avalada por estos.

Alliant Medicare Solutions es proporcionado por Insuractive, una compañía de ventas de mercado para adultos mayores, ambas de propiedad absoluta de Alliant Insurance Services.

SALUD Y BIENESTAR



Disponible para todos los miembros de UHC y Surest Plan

Calm Health – Apoyo para la salud mental: Escuche y lea el contenido de conciencia plena para diversas experiencias sobre la salud y etapas de la vida.

Real Appeal – Control de peso: Programa práctico de control de peso en línea disponible para usted y sus familiares elegibles sin costo adicional. Comience en enroll.realappeal.com.

Onepass Select – Programa de acondicionamiento físico: Encuentre una rutina y un nivel de membresía que se adapten a su estilo de vida y le brinden todo lo que necesita para la salud integral en un plan fácil y asequible. Obtenga más información en onepassselect.com

AbleTo – Salud conductual virtual: programa de asesoramiento de 8 semanas que incluye un asesor de salud mental dedicado, actividades digitales, reuniones semanales confidenciales y virtuales con un asesor. Visite ableto.com/exploremore para comenzar.



Disponible solo para miembros de UHC Choice Plus Copay y HSA Choice Plus Plan

Apoyo para el cáncer: Acceda a personal de enfermería que puede ayudarlo a explorar las opciones de tratamiento del cáncer y encontrar un proveedor de la red en uno de los Centros de Excelencia (Centers of Excellence, COE) de alta calidad. Obtenga más información en myuhc.phs.com/cancerprograms.com

Servicio de apoyo al cliente de Advocate4Me Elite: Reciba apoyo de expertos de UHC para encontrar opciones de atención, problemas de reclamaciones, asesoramiento clínico, coordinación de la atención y programación de citas, y más. Para recibir apoyo, llame al número para miembros que figura en su tarjeta de identificación o inicie sesión en myuhc.com y haga clic en chatear con un asesor.



Disponible solo para miembros de Surest Plan

2nd.MD – Segunda opinión: Conéctese con médicos altamente calificados que pueden ayudarlo a transitar por el sistema de atención de la salud y responder preguntas sobre posibles cirugías, medicamentos, afecciones y planes de tratamiento. Visite www.2nd.md/activate/step1/surest para obtener más información.

Kaia Health – Apoyo musculoesquelético: Sin costo, encuentre alivio duradero para el dolor muscular y articular crónico, todo a través de una aplicación de terapia digital. Comience verificando su elegibilidad a través de Surest y descargando la aplicación Kaia.

SALUD Y BIENESTAR

Disponible solo para miembros de Kaiser Plan

Calm Health – Meditación y sueño: Escuche meditaciones guiadas, historias de sueño, momentos de atención plena y más para apoyar la atención plena y el sueño. Visite kp.org/selfcareapps para comenzar.

Headspace – Apoyo emocional: Ofrece asesoramiento de apoyo emocional personalizado y actividades de cuidado personal para ayudar con muchos desafíos frecuentes a través de mensajes de texto con asesores. Visite kp.org/selfcareapps para comenzar.

Onepass Select – Programa de acondicionamiento físico: Encuentre una rutina y un nivel de membresía que se adapten a su estilo de vida y le brinden todo lo que necesita para la salud integral en un plan fácil y asequible. Obtenga más información en onepassselect.com

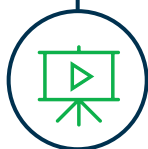


CUENTAS CON VENTAJAS IMPOSITIVAS

Las cuentas con ventajas impositivas le dan la oportunidad de reservar dinero antes de impuestos para que pague menos en impuestos sobre los gastos elegibles. Nuestras cuentas con ventajas impositivas son administradas por United Healthcare (UHC).

Si elige...	Choice Plus Copay Plan	HSA Choice Plus Plan	
Tipo de cuenta	Acceso a una cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA) para atención de la salud	Acceso a una cuenta de ahorros para gastos médicos (Health Savings Account, HSA)	Acceso a una cuenta de gastos flexibles (FSA) de propósito limitado
¿Para qué tipo de gastos puedo usar esta cuenta?	Gastos médicos, dentales y de la vista elegibles, incluidos deducibles, coseguro, anteojos, ortodoncia, fertilidad y más.	Solo para gastos dentales y de la vista elegibles, incluidos anteojos, ortodoncia y más.	
¿Me ayuda a pagar menos en impuestos?	Sí, los fondos son antes de impuestos		
¿La compañía me paga una contribución?	No	Sí, entre \$300 y \$600 anuales (prorrrateado para nuevos empleados)	No
¿Mi saldo se transfiere?	Sí, hasta \$680 de su saldo este año	Sí, este dinero es suyo ahora y en el futuro, sin riesgo de "usarlo o perderlo"	Sí, hasta \$680 de su saldo este año
¿La cuenta es transferible si me voy o me jubilo?	No	Sí, su cuenta y saldo son suyos incluso si cambia de plan médico o abandona la compañía	No
¿Cuáles son los límites de contribución?	\$3,400	\$4,400 Individual/\$8,750 Familia \$1,000 de contribución de recuperación adicional para personas de 55 años o mayores. <i>Los límites incluyen la financiación de la compañía.</i>	\$3,400
¿Puedo cambiar mi deducción del cheque de pago?	No, solo si se produce un evento de vida autorizado	Sí, en cualquier momento	No, solo si se produce un evento de vida autorizado

VER Y APRENDER



En un [un plan de salud con deducible alto](#), todos los gastos antes de alcanzar el deducible se pagan de su bolsillo, incluidas las recetas. Los ahorros en su HSA pueden ayudarlo a prepararse para estos gastos iniciales.

Obtenga más información sobre las diferencias entre una FSA y una HSA [con este video](#).

CUENTAS CON VENTAJAS IMPOSITIVAS

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)

La HSA es una manera inteligente de ahorrar dinero mientras paga sus costos de atención de la salud hoy y crea un nido para futuros gastos de atención de la salud y jubilación.

Elegibilidad para HSA:

- Debe estar inscrito en el plan UHC Choice Plus \$3,400
- No puede estar cubierto por ningún otro plan médico que no sea un HDHP. Esto incluye la cobertura médica de un cónyuge, a menos que sea un HDHP.
- No puede inscribirse en una FSA de atención médica tradicional en 2026
- No puede inscribirse en Medicare, Medicaid ni Tricare.
- No puede ser dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

	Límites máximos de contribución anual de la HSA 2026	Pye-Barker anual Aporte semanal*
Solo para el Empleado	\$4,400	\$300 \$5.77
Familia	\$8,750	\$600 \$11.54
Recuperación para 55+	\$1,000 adicionales	N/C

*Prorrrateado para nuevos empleados

Razones para amar su HSA

La HSA le brinda lo siguiente:



Más dinero en su cheque de pago con primas semanales bajas.



Más formas de ahorrar con beneficios de triple impuestos. Las contribuciones a la HSA reducen su ingreso imponible, cualquier interés generado no se grava y el dinero que se retira también está libre de impuestos.



Mayor flexibilidad en cómo paga los servicios de atención de la salud.



Más oportunidades para crear ahorros para atención de la salud y jubilación a largo plazo.

¿Se pregunta cuánto ahorrar?

Una investigación reciente muestra que el usuario promedio de la HSA contribuye aproximadamente \$70 cada dos semanas y, como resultado, ahorra cerca de \$300 en impuestos. Lo que ahorre en su HSA depende de usted y de su presupuesto. Estas son algunas estrategias:

- Para obtener la mayor ventaja fiscal, maximice sus contribuciones hasta los límites federales anuales del IRS.
- Para estar preparado para los tiempos difíciles, reserve suficiente dinero cada mes para financiar el deducible anual o el máximo de desembolso. De esa manera, tendrá fondos disponibles en caso de que se enfrente a grandes facturas de gastos médicos.
- Para simplificar sus ahorros, reserve \$10 por cheque de pago por cada miembro de la familia inscrito. Para una familia de cuatro integrantes, eso suma aproximadamente \$1,000 que se reservan cada año para ayudarlo a cubrir el costo de una visita inesperada al médico o un medicamento genérico mensual.

CUENTAS CON VENTAJAS IMPOSITIVAS

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Cómo funciona la cuenta de gastos flexibles

- Las contribuciones se deducen de su pago antes de impuestos, lo que significa que no hay impuestos federales o estatales sobre ese monto.
- Puede retirar el dinero libre de impuestos cuando pague los gastos elegibles de atención de la salud y de atención de dependientes.
- ¡Realice un cálculo previo con cuidado! Las FSA son cuentas "úselo o piérdalo". Por lo general, debe usar el dinero de la FSA dentro del año del plan o pierde el saldo restante. Asegúrese de reservar solo lo que cree que gastará en 2026.

Pye-Barker le ofrece las siguientes FSA:

FSA para atención médica

Una FSA para atención médica le permite apartar dinero libre de impuestos para pagar los gastos de atención de la salud que espera tener durante el próximo año, como deducibles, copagos, coseguro del plan y otros gastos de atención de la salud.

Cómo funciona la FSA de atención de la salud

- Estima cuáles serán sus costos de bolsillo y los de sus dependientes para el próximo año y puede reservar hasta \$3,400 en 2026, el límite anual establecido por el IRS.
- Cuando se inscriba en una FSA de atención de la salud, recibirá una tarjeta de débito, que puede usar para pagar gastos elegibles. Según la transacción, es posible que deba enviar recibos u otra documentación a su administrador de la FSA para corroborar los montos de los gastos.

FSA de propósito limitado

Si se inscribe en el HDHP y tiene una cuenta de ahorros para gastos médicos, no es elegible para abrir una FSA tradicional de atención de la salud; sin embargo, puede abrir una FSA de propósito limitado.

Una FSA de propósito limitado le permite usar dólares antes de impuestos para pagar gastos dentales y de la vista. Puede reservar hasta \$3,400 en 2026, el límite anual establecido por el IRS.

FSA para cuidados de dependientes

Una FSA para cuidados de dependientes le permite apartar dinero de su cheque de pago, antes de impuestos, para pagar los gastos de cuidado infantil relacionados con el trabajo. Puede ayudar a las familias a ahorrar potencialmente cientos de dólares por año en guardería.

Cómo funciona la FSA para cuidado de dependientes

- Los gastos elegibles incluyen no solo cuidado diurno, sino también programas de cuidados previos o posteriores a la escuela, preescolar y campamentos de verano para niños menores de 13 años.
- El monto también se puede usar para el cuidado diurno de un cónyuge u otro adulto dependiente que vive con usted y que es física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo.
- Puede reservar hasta \$7,500 en 2026, el límite anual establecido por el IRS. Puede pagar a su proveedor de atención de dependientes directamente desde su cuenta de FSA, o puede presentar reclamaciones para recibir un reembolso por los gastos de atención de dependientes elegibles que paga mediante un desembolso personal.

DENTAL Y VISIÓN

PLAN DENTAL

La salud dental es parte de su buena salud general. Con la cobertura dental a través de MetLife, usted tiene acceso a servicios dentales para mantenerlo sonriendo todo el año. Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite el Centro de seguros dentales de MetLife.

	Plan básico (dentro de la red)	Buy-Up (dentro de la red)
Deducible anual <i>Solo para el Empleado Empleado + familia</i>	\$50 \$150	\$50 \$150
Atención preventiva y de diagnóstico <i>Radiografías, limpiezas</i>	Sin costo; no se aplica el deducible	Sin costo; no se aplica el deducible
Básico <i>Evaluaciones bucales, mantenedores de espacio, selladores, exámenes de emergencia</i>	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Importante <i>Coronas, fundas, restauraciones fundidas, puentes fijos/removibles, dentaduras postizas parciales/completas, reparaciones de coronas y puentes, implantes, periodoncia quirúrgica</i>	50 % después del deducible	50 % después del deducible
Ortodoncia	No cubierto	50 % después del deducible

Los beneficios se muestran para proveedores dentro de la red y se basan en tarifas negociadas. La cobertura fuera de la red se basa en cargos razonables y habituales

PLAN PARA LA VISTA

Sus ojos son una ventana que muestra su salud. La atención oftalmológica de rutina es una parte importante de su bienestar general. Tiene acceso a opciones de planes oftalmológicos a través de United Healthcare (UHC).

Plan para la vista	Dentro de la red	Fuera de la red
Frecuencia	Cada año calendario	Cada año calendario
Examen de la vista preventivo <i>Copago</i>	Copago de \$10	Hasta \$40 de copago
Anteojos recetados <i>Copago Asignación para marcos</i>	Copago de \$15 Asignación para marcos de \$180	Copago de \$40-\$80 Marcos: asignación de \$45
Lentes <i>Lentes simples, bifocales y trifocales alineados</i>	\$15, \$15, \$15, \$15	Asignación de \$40, \$60, \$80, \$80
Lentes de contacto <i>Opcionales Médicamente necesarios</i>	Asignación de \$150 Cubiertos al 100 %	Hasta \$150 Hasta \$210

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

Su bienestar importa, por lo que Pye Barker se ha asociado con Sun Life para auspiciar su programa de asistencia al empleado (EAP). El EAP es un recurso de consejería gratuito para ayudar a todos nuestros miembros del equipo, y sus dependientes, a administrar de manera confidencial las necesidades personales, incluidas las siguientes:

- Estrés, depresión, ansiedad
- Problemas de relaciones
- Estrés o conflictos en el trabajo
- Problemas familiares y crianza de los hijos
- Enojo, duelo y pérdida
- Trastornos de alimentación, salud mental y problemas adicionales



Para obtener más información sobre por qué ofrecemos un EAP, consulte [este breve video](#). Para acceder a estos excelentes beneficios, visite www.guidanceresources.com e ingrese Web ID EAPComplete, o llame al 1-877-595-5284.



Orientación en persona

Algunos asuntos se resuelven mejor reuniéndose con un profesional en persona. Usted y su familia pueden recibir ayuda en persona para problemas de corto plazo (hasta 5 sesiones con un consejero por persona, por problema, por año)

Asistencia ilimitada

Usted y su familia pueden acceder a los siguientes servicios en cualquier momento: en línea, en la aplicación móvil o con una llamada gratuita:

- Información y referidos sobre asuntos familiares, como cuidado de niños y adultos mayores, cuidado de mascotas, planificación de vacaciones, mudanzas, compra de automóviles, planificación universitaria y más
- Información legal y referidos para asuntos legales de familia, planificación del patrimonio y derecho civil y del consumidor
- Orientación financiera sobre la elaboración de presupuestos domésticos y la planificación a corto y largo plazo

Recursos en línea

El EAP ofrece una amplia gama de información y recursos a los que puede investigar y acceder por su cuenta. El asesoramiento de expertos y las herramientas de apoyo están a solo un clic de distancia. Encontrará lo siguiente:

- Artículos y tutoriales
- Videos
- Herramientas interactivas, incluidas calculadoras financieras, hojas de trabajo de elaboración de presupuestos y más

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Cuando necesite apoyo urgente de salud mental, puede llamar al **988** para comunicarse con asesores capacitados que formen parte de la red nacional existente de prevención del suicidio. Estos asesores capacitados lo escucharán, comprenderán cómo le afectan sus problemas, le brindarán apoyo y lo conectarán con recursos, si es necesario.

SEGURO DE VIDA BÁSICO Y AD&D

Si tiene seres queridos que dependen de sus ingresos para recibir apoyo, tener un seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (accidental death and dismemberment, AD&D) puede ayudar a proteger la seguridad financiera de su familia y a pagar grandes gastos, como vivienda y educación, así como los gastos diarios de manutención.

Seguro de vida proporcionado por Pye-Barker

En caso de que usted muera, el seguro de vida básico pagará a los beneficiarios un monto total. El seguro AD&D les ofrece otro nivel de beneficios a usted o a su beneficiario si usted pierde un miembro, el habla, la vista o la audición, o si muere en un accidente. **Usted recibe automáticamente un beneficio de seguro de vida básico de \$50,000 y cobertura AD&D por el monto de \$50,000 sin costo alguno para usted.**

Cobertura adicional del seguro de vida voluntario

Puede optar por comprar cobertura adicional para usted o su familia inscribiéndose en un seguro de vida opcional y AD&D. Debe inscribirse en el seguro opcional de vida/AD&D del empleado para inscribirse en el seguro opcional de vida/AD&D del cónyuge o hijo(s).

Para su inscripción inicial como nuevo empleado, puede elegir hasta el monto de emisión garantizado sin Evidencia de asegurabilidad (EOI).

Puede comprar		
	Seguro de vida voluntario	Seguro voluntario por muerte y desmembramiento accidentales
Para usted:	Hasta 5 veces su salario o \$500,000, lo que sea menor (en incrementos de \$10,000). Monto GI de \$300,000	Hasta 5 veces su salario o \$500,000, lo que sea menor (en incrementos de \$10,000)
Para su cónyuge:	Hasta \$250,000 en incrementos de \$5,000 (sin superar el 50 % del monto del empleado). Monto GI de \$50,000	Hasta el 40 % del monto del empleado o el 50 % si no se cubren hijos dependientes
Para sus hijos:	Hasta \$10,000 en incrementos de \$2,000 (sin superar el 100 % del monto del empleado) No se requiere EOI para los hijos	10 % del monto de la cobertura del empleado o 15 % si no hay cobertura del cónyuge

Declaración de requisitos de salud (EOI)

Elegir una cobertura de seguro de vida voluntario que supere los montos de emisión garantizada (GI), negarse a elegir una cobertura de seguro de vida voluntario cuando esté disponible por primera vez y querer elegirla más adelante, o querer aumentar la cobertura requerirá preguntas sobre la salud. Estas preguntas deben responderse completando la solicitud de Evidencia de asegurabilidad de Sun Life, que debe ser aprobada por Sun Life antes de que la cobertura entre en vigencia.



Usted, su beneficiario y sus seres queridos tienen acceso a la planificación y el apoyo para el final de la vida a través de Wellthy al inscribirse en el seguro de vida de Sun Life. Visite [wellthy.com/member/sunlife-yourjourney](https://www.wellthy.com/member/sunlife-yourjourney) para acceder a este beneficio.

SEGURO POR DISCAPACIDAD

Los planes por discapacidad, ofrecidos a través de Sun Life, tienen como objetivo reemplazar una parte de sus ingresos si una enfermedad o lesión le impiden trabajar. Los beneficios por discapacidad están sujetos a los impuestos aplicables y se compensan con cualquier otro beneficio de ingresos o discapacidad que reciba (o que sea elegible para recibir), como el Seguro Social y la compensación a trabajadores.

Pye-Barker proporciona seguro por discapacidad a corto plazo

Se lo inscribe automáticamente en esta cobertura sin costo alguno para usted. La cobertura por discapacidad a corto plazo (Short-Term Disability, STD) le paga un beneficio si, de manera temporal, no puede trabajar a raíz de una lesión, una enfermedad o una licencia por maternidad. Su médico y la compañía de seguros trabajarán en conjunto para determinar durante cuánto tiempo se pagarán los beneficios, en función de su afección.

Seguro voluntario por discapacidad a largo plazo

La cobertura por discapacidad a largo plazo (Long-Term Disability, LTD) le paga un determinado porcentaje de sus ingresos si no puede trabajar debido a una lesión o enfermedad que no le permite llevar a cabo ninguna de sus funciones laborales en un período de tiempo prolongado. Resulta importante saber que los beneficios se reducen por ingresos de otros beneficios que pudiera recibir mientras se encuentra incapacitado, tales como compensaciones al trabajador y el Seguro Social. Consulte su SPD para conocer las exclusiones que pueden aplicarse.

	Discapacidad a corto plazo	Seguro voluntario por discapacidad a largo plazo
Quién paga:	Beneficio pagado por la compañía	Beneficio pagado por el empleado
Beneficio proporcionado	Hasta el 60 % de su salario semanal	Hasta el 60 % del salario mensual
Beneficio máximo pagadero:	\$1,000 por semana	\$5,000 por mes
Duración máxima de beneficios:	11 semanas	5 años con programa de beneficios reducido
Período de espera:	Enfermedades y lesiones: 14 días	90 días



Asegúrese de nombrar a un beneficiario para todos sus beneficios de vida dentro de Workday.

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

Si está buscando más protección para su familia, puede considerar elegir una cobertura opcional, algunas de las cuales se ofrecen con descuentos grupales.



Seguro médico complementario

Los beneficios para la salud complementarios se pueden utilizar junto con el seguro médico para pagar un beneficio de suma global para situaciones de salud específicas. El dinero se puede utilizar como lo necesite para pagar gastos médicos, atención de la salud a domicilio, pagos de hipotecas/alquileres. El costo de la cobertura se basa en el nivel de cobertura. Estos beneficios están disponibles a través de Sun Life.



SEGURO POR ENFERMEDADES GRAVES

El seguro por enfermedades graves puede compensar los efectos financieros de una enfermedad o afección catastrófica. Algunos ejemplos de una enfermedad o afección cubierta son ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, cáncer y parálisis permanente. Además, la Línea de ayuda para asesores de salud proporciona orientación para una situación de salud a la que se enfrenta.



SEGURO CONTRA ACCIDENTES

La cobertura contra accidentes está diseñada para ayudar a pagar los gastos de bolsillo y las facturas adicionales que pueden seguir a una lesión accidental. Los beneficios de suma global de indemnización a través de Sun Life se le pagan directamente a usted según el monto de cobertura indicado en el programa de beneficios.



INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

La cobertura de indemnización hospitalaria proporciona pagos complementarios por gastos que su plan médico no cubre cuando usted es admitido en el hospital para una estadía cubierta.



Robo de identidad de Allstate

El fraude de identidad puede sucederle a cualquier persona. Es por eso que Pye-Barker proporciona Allstate Identity Projection Pro+ Cyber que incluye:

- Protección informática con VPN de grado militar, administrador de contraseñas y seguridad de red, además de herramientas de protección de dispositivos para hasta 5 dispositivos; hasta 10 dispositivos con un plan familiar.
- Privacidad y monitoreo de datos con Allstate Digital Footprint, notificaciones de violación de datos, bloqueador de robocalls y bloqueador de anuncios, reducción de solicitudes y más.
- Monitoreo de identidad y financiero con Identity Health Status, Allstate Security Pro, monitoreo de transacciones de alto riesgo y más.
- Monitoreo integral de crédito con informe de crédito anual, bloqueo de crédito, asistencia para congelamiento de crédito y más.
- Restauración de identidad con apoyo con sede en los EE. UU. y hasta \$1 millón en reembolsos de fondos robados y gastos de ransomware, más hasta \$2 millones para gastos por robo de identidad con un plan familiar.

WEALTH – PLAN DE AHORROS 401(K)

La compañía ofrece a los miembros del equipo elegibles la oportunidad de participar en el plan 401(k). Puede participar en el plan 401(k) de la compañía si tiene al menos 18 años y ha completado 90 días de servicio. Esto se aplica tanto a los miembros del equipo a tiempo parcial como a tiempo completo.

Debe recibir una notificación, junto con un kit de inscripción, una vez que sea elegible para inscribirse en el plan de ahorros 401(k). Si no recibe la notificación en un plazo de 90 días de su día de contratación, comuníquese con su departamento de RR. HH.

La compañía realizará aportes equivalentes del 100 % hasta el 4 % de sus aportes. Puede modificar su contribución hasta los límites anuales del IRS en cualquier momento.

Usted adquiere derechos de inmediato y siempre al 100 %, por lo que los fondos son suyos incluso si abandona Pye-Barker. El plan le ofrece una variedad de opciones de inversión. Es importante considerar cuidadosamente sus objetivos de inversión, los plazos de retiro y la tolerancia al riesgo al momento de decidir cómo invertir sus contribuciones al plan.

La información proporcionada en esta sección solo pretende ser un resumen de alto nivel de algunas características clave del plan 401(k). Asegúrese de leer y comprender todos los detalles del plan consultando su kit de bienvenida de Mercer o accediendo a mercerwise.com, o llame directamente a Empowerment Financial Services al 833-637-2379.



MIRAR Y APRENDER

Mire este video para analizar más factores sobre sus necesidades de retiro.

TARIFAS PARA 2026 (POR CHEQUE DE PAGO)

UHC Medical Semanalmente	UHC \$1,800 Copay	UHC Choice \$3,400 HSA	Surest
Empleado	\$38.47	\$18.61	\$12.90
Empleado + cónyuge	\$188.52	\$125.70	\$100.76
Empleado + hijo(s)	\$170.85	\$115.27	\$94.71
Familia	\$268.80	\$184.70	\$149.12

MetLife Dental Semanalmente	Plan básico	Plan completo
Empleado	\$5.44	\$8.67
Empleado + cónyuge	\$10.89	\$17.37
Empleado + hijo(s)	\$11.41	\$18.18
Familia	\$17.47	\$27.85

UHC Vision Semanalmente	Plan básico
Empleado	\$1.86
Empleado + cónyuge	\$3.72
Empleado + hijo(s)	\$3.98
Familia	\$6.36

TARIFAS PARA 2026 (POR CHEQUE DE PAGO)

Seguro de vida complementario de SunLife (Tarifas cada \$1,000)		
Rango de edad	Empleado	Cónyuge
<25	\$0.075	\$0.075
25 a 29	\$0.075	\$0.075
30 a 34	\$0.120	\$0.120
35 a 39	\$0.135	\$0.135
40 a 44	\$0.150	\$0.150
45 a 49	\$0.225	\$0.225
50 a 54	\$0.344	\$0.344
55 a 59	\$0.644	\$0.644
60 a 64	\$0.988	\$0.988
65 a 69	\$1.901	\$1.901
70 a 74	\$3.084	\$3.084
75+	\$3.084	\$3.084

Enfermedades graves de Sun Life (Tarifas cada \$1,000)		
Rango de edad	Empleado	Cónyuge
<25	\$0.2400	\$0.2400
25 a 29	\$0.3000	\$0.3000
30 a 34	\$0.3700	\$0.3700
35 a 39	\$0.4800	\$0.4800
40 a 44	\$0.7400	\$0.7400
45 a 49	\$1.1800	\$1.1800
50 a 54	\$1.6600	\$1.6600
55 a 59	\$2.1900	\$2.1900
60 a 64	\$3.1400	\$3.1400
65 a 69	\$4.3800	\$4.3800
70 a 74	\$5.1800	\$5.1800
75+	\$5.4700	\$5.4700

Seguro de vida complementario para hijos de SunLife (Tarifas cada \$1,000)	
Hijo	\$0.070

AD&D complementario de SunLife (Tarifas cada \$1,000)	
Empleado	\$0.020

TARIFAS PARA 2026 (POR CHEQUE DE PAGO)

Accidente de SunLife Tarifas semanales			
	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Empleado	\$1.38	\$1.82	\$2.40
Empleado + cónyuge	\$2.16	\$2.86	\$3.80
Empleado + hijo(s)	\$2.56	\$3.52	\$4.77
Familia	\$3.34	\$4.56	\$6.16

Indemnización hospitalaria de SunLife Tarifas semanales	
Empleado	\$1.31
Empleado + cónyuge	\$2.95
Empleado + hijo(s)	\$2.52
Familia	\$4.43

Seguro voluntario por discapacidad a largo plazo de SunLife (tarifas por \$100)	
Rango de edad	Empleado
<25	\$0.18
25 a 29	\$0.20
30 a 34	\$0.24
35 a 39	\$0.34
40 a 44	\$0.49
45 a 49	\$0.68
50 a 54	\$0.90
55 a 59	\$1.24
60 a 64	\$1.56
65+	\$1.56

Allstate Identity Theft CyberPro+ Tarifas semanales	
Empleado	\$2.19
Familia	\$4.27

CONTACTOS IMPORTANTES

Beneficios	Proveedor	Número de teléfono	Sitio web
Cobertura médica	United Healthcare	1-866-314-0335	myuhc.com
Cobertura médica	Surest	1-866-683-6440	join.surest.com/ PyeBarker
Farmacia (Rx)	Optum	1-888-290-7789	UHC: myuhc.com Surest: benefits.surest.com
Cuentas de gastos: - Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) - Cuentas de gastos flexibles (FSA)	Chard-Snyder	1-800-982-7715	www.chard-snyder.com
Plan dental	MetLife	1-800-438-6388	metlife.com/mybenefits
Plan para la vista	United Healthcare	1-800-638-3120	myuhcvision.com
Programa de asistencia al empleado (Employee assistance program, EAP)	Sun Life	1-877-595-5284	www.guidanceresources.com
Seguro de vida y AD&D	Sun Life	1-866-806-3619	www.sunlife.com/us
Discapacidad y licencia	Sun Life	1-866-806-3619	www.sunlife.com/us
Accidente, enfermedad grave e indemnización hospitalaria	Sun Life	1-866-806-3619	www.sunlife.com/us
Línea de ayuda de Health Navigator	Sun Life/Enfermedades graves	888-888-8318	Sunlife.com/helpline
Navegación de beneficios	Brian Patten & Associates	833-271-4977	https://calendly.com/pye-barker-benefits
Plan de ahorros 401(k)	Empower Financial Services	833-637-2379	mercerwise.com
Soluciones de Medicare	Alliant	877-888-0165	Alliantmedicareolutions.com

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Notificación de la Parte D de Medicare

Notificación importante de Pye-Barker Fire & Safety sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea esta notificación atentamente y guárdela donde pueda encontrarla. Esta notificación tiene información sobre su cobertura de medicamentos recetados actual con Pye-Barker Fire & Safety y sobre sus opciones de acuerdo con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare o no. Si considera inscribirse, debe comparar su cobertura actual, que incluye los medicamentos cubiertos a determinado costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen la cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta se encuentra al final de esta notificación.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare se puso a disposición de todas las personas con Medicare en 2006. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o si se inscribe en un plan de Medicare Advantage (como organizaciones de mantenimiento de la salud [Health Maintenance Organization, HMO] u organizaciones de proveedores preferidos [Preferred Provider Organization, PPO]) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Pye-Barker Fire & Safety ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan médico, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare estándar y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una sanción) si después decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando pasa a ser elegible por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos con receta, sin que sea por su culpa, también será elegible para un período de inscripción especial (Special Enrollment Period, SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura de Pye-Barker Fire & Safety no se verá afectada. Consulte abajo para obtener más información sobre lo que

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

sucede con su cobertura actual si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Debido a que la cobertura de medicamentos recetados del plan médico de Pye-Barker Fire & Safety es acreditable (es decir, tan buena como la cobertura de Medicare), puede conservar su cobertura de medicamentos recetados existente y elegir no inscribirse en un plan de la Parte D o puede inscribirse en un plan de la Parte D como complemento de una cobertura de medicamentos recetados existente o en lugar de esta.

Si decide unirse al plan de medicamentos de Medicare y dar de baja su cobertura de medicamentos con receta de Pye-Barker Fire & Safety, recuerde que usted y las personas sus dependientes solo pueden volver a tener esta cobertura en el período de inscripción abierta o si experimentan algún evento que les dé el Derecho de Inscripción Especial de HIPAA.

¿Cuándo pagará una prima más alta (sanción) al inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Debe saber que, si cancela o pierde su cobertura actual con Pye-Barker Fire & Safety y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en un período de 63 días consecutivos después de que finalice su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (sanción) al inscribirse después en un plan de medicamentos de Medicare.

Si está 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar al menos un 1 % de la prima de beneficiario base de Medicare por mes para cada mes en el que no tuvo cobertura. Por ejemplo, si está diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser en consecuencia al menos un 19 % más alta que la prima de beneficiario base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una sanción), siempre y cuando tenga la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, quizás deba esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre esta notificación o su cobertura de medicamentos recetados actual...

Comuníquese con la persona indicada a continuación para obtener más información. NOTA: Recibirá esta notificación cada año. También la recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura mediante Pye-Barker Fire & Safety cambia. Además, puede solicitar una copia de esta notificación en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones de acuerdo con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

Puede obtener información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare & You" (Medicare y Usted). Recibirá una copia del manual que envía Medicare por correo todos los años. También se pueden comunicar directamente con usted desde los planes de medicamentos de Medicare.

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov)
- Llame al Programa de asistencia para seguros de salud del estado (consulte la contraportada del interior de su copia del folleto "Medicare y usted" para averiguar su número de teléfono) a fin de obtener ayuda personalizada
- Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

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

Recuerde: Conserve esta notificación de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de esta notificación cuando se inscriba para mostrar si ha mantenido una cobertura acreditable y, por lo tanto, no debe pagar una prima más alta (una sanción).

Fecha: 10/24/2025

Nombre de la entidad/remitente: Pye-Barker Fire & Safety

Puesto de contacto/oficina: Kristine Cooke, directora sénior de Total Rewards

Dirección: 2500 Northwinds Parkway, Alpharetta, GA 30009

Número de teléfono: 800-927-8610 ext. 6

Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer

Si se ha sometido o se someterá a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- todas las etapas de reconstrucción del seno en las que se haya realizado la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico;
- prótesis;
- tratamiento de complicaciones físicas relacionadas con la mastectomía, incluidos los linfedemas.

Estos beneficios se proveerán sujetos a los mismos deducibles y copagos que se aplican a otros beneficios médicos y de cirugía provistos por este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame a su administrador del plan al 800-927-8610, ext. 6.

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Ley de protección de la salud de los recién nacidos y las madres

Los planes médicos colectivos y las entidades emisoras de seguros médicos, por lo general no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios de ninguna duración de estadía hospitalaria relacionada con el nacimiento de un niño para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto natural, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la legislación federal en general no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de que la madre haya dado su consentimiento, firme el alta de la madre o del recién nacido antes de las 48 horas (o de las 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y las entidades emisoras no podrán, en virtud de la legislación federal, requerir que un proveedor obtenga autorización de un plan o de una entidad emisora de seguros para prescribir que la duración de una estadía no supere las 48 horas (o 96 horas). Si desea obtener más información sobre los beneficios de maternidad, llame a su administrador del plan al 800-927-8610 ext. 6.

Notificación de derechos de inscripción especiales de la HIPAA

Si decide no inscribirse en el plan médico de Pye-Barker Fire & Safety para usted o para sus dependientes (incluido su cónyuge) a raíz de otra cobertura de plan médico grupal o seguro médico, usted o sus dependientes pueden inscribirse en el plan médico de Pye-Barker Fire & Safety sin esperar al próximo período de inscripción abierta en los siguientes casos:

- Pierde la otra cobertura del plan médico grupal o seguro médico. Debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de la pérdida de la otra cobertura.
- Incorpora un dependiente nuevo por matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción. Debe solicitar la inscripción en el plan médico dentro de los 30 días siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.
- Pierde la cobertura del Programa de seguro de salud para niños (CHIP) o Medicaid porque ya no es elegible. Debe solicitar la inscripción en el plan médico dentro de los 60 días después de la pérdida de dicha cobertura.

Si solicita un cambio debido a un evento de inscripción especial dentro del período de 30 días, la cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha de nacimiento, adopción o entrega en adopción. Para todos los demás eventos, la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción. Además, puede inscribirse en el plan médico de Pye-Barker Fire & Safety si pasa a ser elegible para un programa de asistencia de primas del estado en virtud de Medicaid o CHIP. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días después de que pase a ser elegible para la cobertura del plan médico. Si solicita este cambio, la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción. Pueden aplicarse restricciones específicas, según las leyes federales y estatales.

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Nota: Si su dependiente pasa a ser elegible para un derecho de inscripción especial, puede agregar al dependiente a su cobertura actual o cambiar a otro plan de salud.

DERECHO A UNA INSCRIPCIÓN ESPECIAL EN OTRO PLAN

En virtud de la HIPAA, si pierde la cobertura de su plan de salud grupal, es posible que pueda acceder a otro plan de salud grupal para el cual es elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si el plan generalmente no acepta afiliados tardíos, si solicita la inscripción dentro de los 30 días. Por lo tanto, una vez que finalice su cobertura, si es elegible para recibir cobertura en otro plan (como el plan de su cónyuge), debe solicitar una inscripción especial lo antes posible. (Los derechos adicionales de inscripción especial se desencadenan por matrimonio, nacimiento, adopción y colocación en adopción).

Si tiene preguntas sobre sus derechos en virtud de la HIPAA, puede comunicarse con el Departamento Estatal de Seguros o con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al número gratuito 1-866-444-3272 (para publicaciones gratuitas de la HIPAA, solicite publicaciones sobre cambios en las leyes de atención médica). También puede comunicarse con la línea directa de publicación de CMS al 1-800-633-4227 (solicite la Protección de su cobertura de seguro médico).

Estas publicaciones y otra información útil también están disponibles en Internet en:

<http://www.dol.gov/ebsa>, las páginas web interactivas del DOL: Leyes de salud o www.cms.hhs.gov/healthinsreformforconsume/.

Notificación de disponibilidad de prácticas de privacidad

Mantenemos el Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA para Pye-Barker Fire & Safety que describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted. Puede obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad comunicándose con el Departamento de Recursos Humanos de Pye-Barker Fire & Safety.

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Aviso de selección de proveedores

Los planes Pye-Barker Fire & Safety Kaiser generalmente requieren la designación de un proveedor de atención primaria. Tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarle a usted o a sus familiares. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con el administrador del plan al 800-927-8610, ext. 6.

En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de Pye-Barker Fire & Safety ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de atención médica deba cumplir con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento aprobado previamente o los procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con el administrador del plan al 800-927-8610 ext. 6.

Aviso de disponibilidad de plan alternativo estándar para bienestar

Su plan de salud se compromete a ayudarlo a lograr su mejor estado de salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si cree que es posible que no pueda cumplir con un estándar para una recompensa en virtud de este programa de bienestar, es posible que califique para una oportunidad de obtener la misma recompensa por diferentes medios. Comuníquese con su departamento RR. HH. y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted en función de su estado de salud.

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Asistencia para primas con Medicaid y el programa de seguro de salud para niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o el Programa de seguro de salud para niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia para primas que le puede ayudar a pagar su cobertura con los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid ni CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que pueda comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados incluidos a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si tienen asistencia de primas disponible.

Si usted y sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted piensa que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de esos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o consulte en www.insurekidsnow.gov para saber cómo inscribirse. Si usted reúne los requisitos, consulte a su estado si tiene un programa que podría ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia para primas con Medicaid o CHIP, y también son elegibles para el plan de su empleador, su empleador tiene la obligación de permitirle la inscripción en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esta oportunidad se llama "inscripción especial"; **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado su elegibilidad para la asistencia para primas**. Si tiene preguntas relacionadas con la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo a través de www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados (consulte la siguiente página), usted puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está vigente desde el 31 de julio de 2026. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre elegibilidad.

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

ALABAMA: Medicaid

Sitio web: <http://myalhipp.com/> | Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA: Medicaid

Programa de pago de primas del seguro médico de AK | Sitio web: <http://myakhipp.com/> | Teléfono: 1-866-251-4861

Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com | Elegibilidad para Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS: Medicaid

Sitio web: <http://myarhipp.com/> | Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA: Medicaid

Sitio web del programa de pago de primas del seguro médico (HIPP): <http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322 | Fax: 916-440-5676 | Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO: Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)

Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/>
Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943 | Retransmisión estatal 711

CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>

Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991 | Retransmisión estatal 711

Programa de compra de seguro médico (HIBI): <https://www.mycohibi.com/> | Atención al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA: Medicaid

Sitio web: <https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html>
Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA: Medicaid

Sitio web del HIPP Georgia: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>

Teléfono: 678-564-1162, pulse 1

Sitio web del HIPP Georgia: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra> | Teléfono: 678-564-1162, pulse 2

INDIANA: Medicaid

Programa de pago de primas del seguro médico. Todos los demás sitios web de Medicaid <https://www.in.gov/medicaid/> | <http://www.in.gov/fssa/dfr/> | Teléfono de la Administración de Servicios Sociales y Familiares: (800) 403-0864 | Teléfono de Servicios al Miembro: (800) 457-4584

IOWA: Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid: [Medicaid de Iowa](#) | [Salud y Servicios Humanos](#) | Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366

Sitio web de Hawki: [Hawki - Healthy and Well Kids en Iowa](#) | [Salud y Servicios Humanos](#) | Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563

Sitio web de HIPP: [Pago de primas de seguro médico \(HIPP\)](#) | [Salud y Servicios Humanos \(iowa.gov\)](#)

Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

KANSAS: Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/> | Teléfono:1-800-792-4884 | Teléfono de HIPP:1-800-967-4660

KENTUCKY: Medicaid

Programa integrado de pago de primas del seguro médico de Kentucky (KI-HIPP)

Sitio web: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx> | Teléfono:1-855-459-6328

Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov

Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov> | Teléfono:1-877-524-4718

Sitio web de Medicaid Kentucky: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA: Medicaid

Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp

Teléfono:1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE: Medicaid

Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US

Teléfono:1-800-442-6003 | TTY:servicio de retransmisión de Maine 711

Página web de primas del seguro médico privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>

Teléfono:800-977-6740 | TTY:711 (servicio de retransmisión de Maine)

MASSACHUSETTS: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa> | Teléfono:1-800-862-4840 | TTY:711

Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA: Medicaid

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/> | Teléfono:1-800-657-3672

MISURI: Medicaid

Sitio web: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm> | Teléfono:573-751-2005

MONTANA: Medicaid

Sitio web: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>

Teléfono: 1-800-694-3084 | correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA: Medicaid

Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>

Teléfono:1-855-632-7633 | Lincoln:402-473-7000 | Omaha:402-595-1178

NEVADA: Medicaid

Sitio web de Medicaid: <http://dhcfp.nv.gov> | Teléfono de Medicaid:1-800-992-0900

NUEVO HAMPSHIRE: Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>

Teléfono:603-271-5218 | Número gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext.15218

Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NEW JERSEY: Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/> | Teléfono:800-356-1561

Teléfono de asistencia para primas de CHIP:609-631-2392 | Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>

Teléfono de CHIP:1-800-701-0710 (TTY: 711)

NUEVA YORK: Medicaid

Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ | Teléfono:1-800-541-2831

CAROLINA DEL NORTE: Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/> | Teléfono:919-855-4100

NORTH DAKOTA: Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare> | Teléfono:1-866-614-6005

OKLAHOMA: Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org> | Teléfono:1-888-365-3742

OREGÓN: Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx> | Teléfono:1-800-699-9075

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

KANSAS: Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/> | Teléfono:1-800-792-4884 | Teléfono de HIPP:1-800-967-4660

KENTUCKY: Medicaid

Programa integrado de pago de primas del seguro médico de Kentucky (KI-HIPP)

Sitio web: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx> | Teléfono:1-855-459-6328

Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov

Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov> | Teléfono:1-877-524-4718

Sitio web de Medicaid Kentucky: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA: Medicaid

Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp

Teléfono:1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE: Medicaid

Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US

Teléfono:1-800-442-6003 | TTY:servicio de retransmisión de Maine 711

Página web de primas del seguro médico privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>

Teléfono:800-977-6740 | TTY:711 (servicio de retransmisión de Maine)

MASSACHUSETTS: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa> | Teléfono:1-800-862-4840 | TTY:711

Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA: Medicaid

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/> | Teléfono:1-800-657-3672

MISURI: Medicaid

Sitio web: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm> | Teléfono:573-751-2005

MONTANA: Medicaid

Sitio web: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>

Teléfono: 1-800-694-3084 | correo electrónico: HSHIPPPProgram@mt.gov

NEBRASKA: Medicaid

Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>

Teléfono:1-855-632-7633 | Lincoln:402-473-7000 | Omaha:402-595-1178

NEVADA: Medicaid

Sitio web de Medicaid: <http://dhcfp.nv.gov> | Teléfono de Medicaid:1-800-992-0900

NUEVO HAMPSHIRE: Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>

Teléfono:603-271-5218 | Número gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext.15218

Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NEW JERSEY: Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/> | Teléfono:800-356-1561

Teléfono de asistencia para primas de CHIP:609-631-2392 | Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>

Teléfono de CHIP:1-800-701-0710 (TTY: 711)

NUEVA YORK: Medicaid

Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ | Teléfono:1-800-541-2831

CAROLINA DEL NORTE: Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/> | Teléfono:919-855-4100

NORTH DAKOTA: Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare> | Teléfono:1-866-614-6005

OKLAHOMA: Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org> | Teléfono:1-888-365-3742

OREGÓN: Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx> | Teléfono:1-800-699-9075

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

PENNSYLVANIA: Medicaid and CHIP

Sitio web: <https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html> | Teléfono: 1-800-692-7462

Sitio web de CHIP: [Programa de Seguro Médico para Niños \(CHIP\) \(pa.gov\)](https://www.pa.gov) | Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/> | Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa de Rite Share)

CAROLINA DEL SUR: Medicaid

Sitio web: <https://www.scdhhs.gov> | Teléfono: 1-888-549-0820

DAKOTA DEL SUR: Medicaid

Sitio web: <http://dss.sd.gov> | Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS: Medicaid

Sitio web: [Programa de pago de primas de seguro médico \(HIPP\) | Salud y Servicios Humanos de Texas](https://www.hhs.texas.gov)

Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH: Medicaid y CHIP

Sitio web de la Asociación de Primas para Seguros Médicos (UPP) de Utah:

<https://medicaid.utah.gov/upp/>

Correo electrónico: upp@utah.gov | Teléfono: 1-888-222-2542 |

Sitio web de Expansión para adultos: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>

Sitio web del programa de compra completa de Medicaid de Utah:

<https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>

Sitio web de CHIP: <https://chip.utah.gov/>

VERMONT: Medicaid

Sitio web: [Programa de pago de primas de seguro médico \(HIPP\) | Departamento de Acceso a la Salud de Vermont](https://www.vermont.gov)

Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select> o

<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>

Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON: Medicaid

Sitio web: <https://www.hca.wa.gov/> | Teléfono: 1-800-562-3022

VIRGINIA OCCIDENTAL: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/> o <http://mywvhipp.com/>

Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 | Número gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm> | Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING: Medicaid

Sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/> | Teléfono: 1-800-251-1269

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Para saber si más estados han agregado un programa de asistencia para primas a partir del 31 de julio de 2026 o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con cualquiera de los siguientes centros:

Administración de Seguridad de Beneficios
del Empleado del Departamento de Trabajo
de los EE. UU.

www.dol.gov/agencies/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)

Centros de Servicios de Medicare y
Medicaid del Departamento de Salud y
Servicios Humanos de los EE. UU.

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, opción 4 del menú,
ext. 61565

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) (Ley Púb. 104-13) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación muestre un número válido de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El Departamento señala que un organismo federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información, a menos que esté aprobada por la OMB conforme a la PRA y muestre un número de control válido de la OMB actualmente, y el público no debe responder a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control válido de OMB actualmente. Consulte el Título 44 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.), Artículo 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona debe estar sujeta a sanciones por no cumplir con la recopilación de información, si la recopilación de información no muestra un número de control válido de la OMB actualmente. Consulte el Título 44 del U.S.C., Artículo 3512.

La carga de la elaboración del informe público para esta recopilación de información se estima en unos siete minutos en promedio por encuestado. Se recomienda a las partes interesadas enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de la recopilación de información, incluidas las sugerencias para reducir esta carga, a U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov e indique el número de control de la OMB 1210-0137.

Exención de responsabilidad de la ACA

Esta oferta de cobertura puede descalificarlo para recibir subsidios gubernamentales para un plan de intercambio, incluso si decide no inscribirse. Para ser elegible para el subsidio, tendría que establecer que esta oferta no es asequible para usted, lo que significa que la contribución requerida para la cobertura solo para empleados en virtud de nuestro plan base supera el 9.02 % en 2025 (9.96 % en 2026) de su ingreso familiar ajustado modificado.

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Ley de Divulgación de Cobertura del Consumidor de Illinois

La Ley de Divulgación de Cobertura del Consumidor exige que los empleadores notifiquen a los empleados de Illinois cuáles de los Beneficios para la Salud Esenciales que se enumeran a continuación están cubiertos y cuáles no por la cobertura de seguro médico grupal proporcionada por su empleador. Consulte el [Acceso al plan estándar de atención y tratamiento](#) y el [Plan dental pediátrico](#) para consultar las páginas que se enumeran a continuación.

Nombre del empleador:	Pye-Barker Fire & Safety
Estado del sitio del empleador:	Georgia
Nombre del emisor:	Pye-Barker Fire & Safety, LLC Health & Insurance Plan
Nombre de mercadeo del plan:	Pye-Barker Fire & Safety, LLC Health & Insurance Plan
Año del plan:	2026

Diez (10) categorías de beneficios de salud esenciales (Essential Health Benefit, EHB):

- Servicios ambulatorios para pacientes (atención ambulatoria que recibe sin ser admitido en un hospital)
- Servicios de emergencia
- Hospitalización (como cirugía y estadías durante la noche)
- Servicios de laboratorio
- Servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias (Mental health and substance use disorder, MH/SUD), incluido el tratamiento de salud conductual (esto incluye consejería y psicoterapia)
- Servicios pediátricos, incluida la atención bucal y de la vista (pero la cobertura dental y de la vista para adultos no son beneficios para la salud esenciales)
- Embarazo, maternidad y atención del recién nacido (tanto antes como después del nacimiento)
- Medicamentos recetados
- Servicios preventivos y de bienestar y control de enfermedades crónicas
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o afecciones crónicas a obtener o recuperar habilidades mentales y físicas)

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Lista de beneficios de salud esenciales (EHB) de Illinois (P.A. 102-0630) 2020-2026				¿Beneficio cubierto por el plan del empleador ?
Artículo	Beneficio de EHB	Categoría de EHB	N.º de referencia de la página estándar	
1	Lesión accidental: dental	Ambulatorio	Págs. 10 y 17	Sí
2	Inyecciones y pruebas para alergias	Ambulatorio	Pág. 11	Sí
3	Audífonos anclados en el hueso	Ambulatorio	Págs. 17 y 35	No
4	Equipo médico duradero	Ambulatorio	Pág. 13	Sí
5	Programa de cuidados paliativos	Ambulatorio	Pág. 28	Sí
6	Tratamiento para la infertilidad (fertilidad)	Ambulatorio	Págs. 23-24	No
7	Tarifa del centro para pacientes ambulatorios (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Ambulatorio	Pág. 21	Sí
8	Servicios quirúrgicos/médico de cirugía ambulatoria (servicios ambulatorios para pacientes)	Ambulatorio	Págs. 15-16	Sí
9	Servicios de enfermería privada	Ambulatorio	Págs. 17 y 34	No
10	Prótesis/ortopedia	Ambulatorio	Pág. 13	Sí
11	Esterilización (vasectomía en hombres)	Ambulatorio	Pág. 10	No
12	Trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ)	Ambulatorio	Págs. 13 y 24	Sí
13	Servicios en la sala de emergencias (incluye emergencia de MH/SUD)	Servicios de emergencia	Pág. 7	Sí
14	Transporte de emergencia/ambulancia	Servicios de emergencia	Págs. 4 y 17	Sí
15	Cirugía bariátrica (obesidad)	Hospitalización	Pág. 21	No
16	Reconstrucción mamaria después de una mastectomía	Hospitalización	Págs. 24-25	Sí

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

17	Cirugía reconstructiva	Hospitalización	Págs. 25–26 y 35	Sí
18	Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (p. ej., hospitalización)	Hospitalización	Pág. 15	Sí
19	Centro de enfermería especializada	Hospitalización	Pág. 21	Sí
20	Trasplantes: trasplantes de órganos en seres humanos (incluido el transporte y el alojamiento)	Hospitalización	Págs. 18 y 31	Sí
21	Servicios de diagnóstico	Servicios de laboratorio	Págs. 6 y 12	Sí
22	Agente para revertir opioides intranasales asociado con recetas de opioides	MH/SUD	Pág. 32	No
23	Tratamiento de salud mental (de la conducta) (incluido el tratamiento para pacientes hospitalizados)	MH/SUD	Págs. 8–9, 21	Sí
24	Tratamiento con opioides médicamente asistido (MAT)	MH/SUD	Pág. 21	No
25	Trastornos por abuso de sustancias (incluido el tratamiento para pacientes hospitalizados)	MH/SUD	Págs. 9 y 21	Sí
26	Telepsiquiatría	MH/SUD	Pág. 11	Sí
27	Medicamentos tópicos antiinflamatorios para el dolor agudo y crónico	MH/SUD	Pág. 32	No
28	Atención dental pediátrica	Atención de la vista y bucal pediátrica	Consulte el Documento dental pediátrico de AllKids	No
29	Cobertura de la vista pediátrica	Atención de la vista y bucal pediátrica	Págs. 26–27	No
30	Servicios de maternidad	Embarazo, maternidad y atención del recién nacido	Págs. 8 y 22	Sí
31	Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios	Medicamentos recetados	Págs. 29–34	Sí
32	Examen y detección de cáncer colorrectal	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12 y 16	Sí

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

33	Servicios anticonceptivos/control de la natalidad	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 13 y 16	Sí
34	Capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 11 y 35	Sí
35	Suministros para diabéticos para el tratamiento de la diabetes	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 31-32	Sí
36	Mamografía: examen de detección	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12, 15 y 24	Sí
37	Osteoporosis: medición de la masa ósea	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12 y 16	Sí
38	Pruebas de Papanicolaou/Pruebas de antígeno específico de la próstata/prueba de vigilancia del cáncer de ovario	Servicios preventivos y de bienestar	Pág. 16	Sí
39	Servicios de atención preventiva	Servicios preventivos y de bienestar	Pág. 18	Sí
40	Esterilización (mujeres)	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 10 y 19	Sí
41	Manipulación quiropráctica y osteopática	Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación	Págs. 12-13	Sí
42	Servicios de habilitación y rehabilitación	Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación	Págs. 8, 9, 11, 12, 22 y 35	Sí
<p><i>Nota especial: En Pub. Ley 102-0104, vigente a partir del 22 de julio de 2021, cualquier EHB mencionado anteriormente que sea clínicamente apropiado y médicamente necesario para entregar a través de servicios de telesalud debe estar cubierto de la misma manera que cuando esos EHB se entregan en persona. No</i></p>				

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Las normas de “Sin sorpresas”

Las normas de “Sin sorpresas” le protegen de las facturas médicas sorpresa en situaciones en las que no puede elegir fácilmente un proveedor que esté en la red de su plan de salud. Esto es especialmente frecuente en una situación de emergencia, cuando puede recibir atención de proveedores fuera de la red. Los proveedores fuera de la red o los centros de emergencia pueden pedirle que firme un aviso y formulario de consentimiento antes de proporcionar ciertos servicios después de que ya no necesite atención de emergencia. Estos se denominan “servicios posteriores a la estabilización”. No debe recibir este aviso y formulario de consentimiento si está recibiendo servicios de emergencia que no sean servicios posteriores a la estabilización. También se le puede pedir que firme un aviso y formulario de consentimiento si programa ciertos servicios que no son de emergencia con un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red.

El aviso y el formulario de consentimiento le informa sobre sus protecciones contra facturas médicas inesperadas, le da la opción de renunciar a esas protecciones y pagar más por la atención fuera de la red, y proporciona una estimación de lo que podría costar su atención fuera de la red. No está obligado a firmar el formulario y no debe firmar el formulario si no tenía una elección de proveedor de atención médica o centro antes de programar la atención. Si no firma, es posible que tenga que reprogramar su atención con un proveedor o centro de la red de su plan de salud.

[Vea un ejemplo de aviso y formulario de consentimiento \(PDF\).](#)

Esto se aplica a usted si es participante, beneficiario, inscrito o individuo cubierto en un plan de salud grupal o cobertura de seguro de salud grupal o individual, incluido un plan de Beneficios para la Salud para Empleados Federales (Federal Employees Health Benefits, FEHB).

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra la facturación de saldo. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, coseguros o deducibles de su plan.

¿Qué es la “facturación de saldo” (a veces denominada “facturación sorpresa”)?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos de bolsillo, como un copago, coseguro o deducible. Es posible que tenga costos adicionales o que deba pagar la totalidad de la factura si consulta a un proveedor o visita un centro de atención de la salud que no forma parte de la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” significa proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud para proporcionar servicios. Es posible que a los proveedores fuera de la red se les permita facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se denomina “facturación de saldo”. Este monto probablemente sea mayor que

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

los costos dentro de la red para el mismo servicio y es posible que no se tenga en cuenta para el deducible de su plan o el límite anual de gastos de bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una facturación de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita a un centro dentro de la red, pero recibe tratamiento inesperado de un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa podrían costar miles de dólares según el procedimiento o servicio.

Usted está protegido contra la facturación de saldo para:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro y deducibles). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en estado estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

Determinados servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, es posible que haya ciertos proveedores fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan. Esto se aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le exige que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldo, también tiene estas protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguro y deducible que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente cualquier costo adicional a proveedores y centros fuera de la red.

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

- Por lo general, su plan de salud debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin requerir que obtenga la aprobación por adelantado (también conocida como "autorización previa").
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
 - Tener en cuenta cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y límite de gastos de bolsillo.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. El número de teléfono federal para obtener información y quejas es: 1-800-985-3059. Visite [No Surprises Act | CMS](#) para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley federal.

USERRA

Su derecho a continuar participando en el Plan durante las licencias por servicio militar activo está protegido por la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, USERRA). Por lo tanto, si se ausenta del trabajo debido a un período de servicio activo en el ejército durante menos de 31 días, su participación en el Plan no se interrumpirá. Si la ausencia es durante más de 31 días y no más de 12 semanas, puede continuar manteniendo su cobertura en virtud del Plan pagando las primas.

Si decide no continuar participando en el Plan durante una ausencia por servicio militar que supere los 31 días, o si revoca una elección previa para continuar participando durante un máximo de 12 semanas después de que comience su licencia por razones militares, usted y sus familiares cubiertos tendrán la oportunidad de elegir la continuación de la cobertura de COBRA solo en virtud de la póliza de seguro médico durante el período de 24 meses (período de 18 meses si eligió la cobertura antes del 10 de diciembre de 2004) que comienza el primer día de su licencia. Usted debe pagar las primas de la Continuación de la cobertura con fondos después de impuestos, sujeto a las normas establecidas en ese plan.

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Aviso de intercambio

PARTE A: Información general

Cuando los aspectos clave de la ley de atención médica entraron en vigencia en 2014, se presentó una nueva manera de contratar un seguro médico: el Mercado de seguros médicos. Para ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, esta notificación proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura médica a través del empleo que le ofrece su empleador.

¿Qué es el Mercado de seguros médicos?

El Mercado de seguros médicos está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece realizar "todas sus compras en un solo lugar" para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que disminuya su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado comenzó en octubre de 2013, a fin de que la cobertura comience ya el 1 de enero de 2014.

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

Puede reunir los requisitos para ahorrar dinero y disminuir su prima mensual solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no cumpla con ciertos estándares. El ahorro en la prima para el cual reúna los requisitos depende de su ingreso familiar.

¿La cobertura de salud del empleador afecta la elegibilidad para el ahorro de primas a través del Mercado de seguros médicos?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica de su empresa que cumple determinadas normas, no podrá optar a una desgravación fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan médico de su empresa. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito tributario que disminuya su prima mensual, o para una disminución en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece ningún tipo de cobertura o no le ofrece una cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es superior al 9.02 % de los ingresos de su hogar para el año, o si la cobertura que proporciona su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, usted puede ser elegible para un crédito fiscal*.

Nota: Si compra un plan médico a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de plan médico que le ofrece su empleador, es posible que pierda la contribución del empleador (en caso de que la haya) a la cobertura en virtud del plan médico ofrecido por el empleador. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleador a la cobertura ofrecida por el empleador, suele excluirse de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos para la cobertura a través del Mercado se realizan luego de la deducción de impuestos.

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre su cobertura ofrecida por su empleador, consulte su resumen de la descripción del plan o contáctese con su departamento de Recursos Humanos.

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, lo cual incluye su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida la solicitud de cobertura de seguro médico en línea e información de contacto para encontrar un Mercado de seguros médicos en su área.

**Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte que cubre el plan de los costos totales de los beneficios permitidos no es menor que el 60 % de dichos costos.*

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Aviso del plan de indemnización fija

IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO un seguro médico

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle un monto limitado en dólares si se enferma o debe hospitalizarse. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que recibe no se basa en el monto de su factura médica.
- Es posible que haya un límite en el monto que esta póliza pagará cada año.
- Esta póliza no sustituye el seguro médico integral.
- Dado que esta póliza no es un seguro médico, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican al seguro médico.

¿Busca un seguro médico integral?

- Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura médica.
- Para averiguar si puede obtener seguro médico a través de su trabajo o el trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.

¿Tiene preguntas sobre esta póliza?

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros del Estado. Busque su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros ([naic.org](https://www.naic.org)) en la sección "Departamentos de Seguros".
- Si tiene esta póliza a través de su trabajo o el trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Resumen de derechos y obligaciones con respecto a la continuación de la cobertura de COBRA

Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura en virtud del Plan. Este aviso generalmente explica la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger el derecho a recibirla.

El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Federal de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) de 1985. La continuación de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted cuando, de otro modo, perdería su cobertura de salud grupal. También puede estar disponible para otros familiares que están cubiertos por el Plan cuando, de otro modo, perderían su cobertura de salud grupal. Para obtener información adicional sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, debe revisar la Descripción resumida del plan o comunicarse con el Departamento de Recursos Humanos.

¿Qué es la Continuidad de la cobertura de COBRA?

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando la cobertura finalizaría debido a un evento de vida conocido como "evento autorizado". Los eventos específicos autorizados se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento autorizado, 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 autorizado. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura de COBRA deben pagar la continuación de la cobertura de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a cualquiera de los siguientes

eventos autorizados:

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

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

Su cónyuge fallece; se reducen las horas de empleo de su cónyuge; 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 (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas); o usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a cualquiera de los siguientes eventos autorizados: El padre o empleado muere; se reducen las horas de empleo del padre o empleado; el empleo del padre o empleado finaliza por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave; el padre o empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); los padres se divorcian o separan legalmente; o el hijo deja de ser elegible para la cobertura del plan como un "hijo dependiente".

A veces, presentar un procedimiento de quiebra conforme al título 11 del Código de los Estados Unidos puede ser un evento autorizado. Si se presenta un procedimiento de quiebra con respecto a PYE-BARKER FIRE & SAFETY y esa quiebra ocasiona la pérdida de la cobertura de cualquier empleado jubilado cubierto por el Plan, el empleado jubilado se convertirá en beneficiario calificado con respecto a la quiebra. El cónyuge, cónyuge sobreviviente y los hijos dependientes del empleado jubilado también se convertirán en beneficiarios calificados si la quiebra resulta en la pérdida de su cobertura conforme al Plan.

¿Cuándo está disponible la cobertura de COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el Departamento de Recursos Humanos haya sido notificado de que se ha producido un evento autorizado. Cuando el evento autorizado es el final del empleo o la reducción de las horas laborales del empleado, el fallecimiento del empleado, el inicio de un proceso de quiebra con respecto al empleador, o el hecho de que el empleado tenga derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas), el empleador debe notificar al Departamento de Recursos Humanos sobre el evento autorizado.

Debe notificar algunos eventos autorizados

Para los otros eventos autorizados (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o la pérdida de elegibilidad para la cobertura de un hijo dependiente como hijo dependiente), debe notificar al Departamento de Recursos Humanos dentro de los 60 días después de que ocurra el evento autorizado. ¿Cómo se brinda la cobertura de COBRA?

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

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura. Cuando el evento autorizado es el fallecimiento del empleado, el hecho de que el empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas), su divorcio o separación legal, o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente como hijo dependiente, la continuación de la cobertura de COBRA dura hasta un total de 36 meses. Cuando el evento autorizado es el final del empleo o la reducción de las horas laborales del empleado, y el empleado comenzó a tener derecho a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento que califica, la continuación de la cobertura de COBRA para beneficiarios calificados que no sean el empleado dura hasta 36 meses después de la fecha del derecho a Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto adquiere derecho a Medicare 8 meses antes de la fecha en que finaliza su empleo, la continuación de la cobertura de COBRA para su cónyuge e hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha en que adquiere derecho a Medicare, lo que equivale a 28 meses después de la fecha del evento que califica (36 meses menos 8 meses). De lo contrario, cuando el evento autorizado es el final del empleo o la reducción de las horas de empleo del empleado, la continuación de la cobertura de COBRA generalmente dura solo un total de 18 meses. Existen dos maneras en las que se puede extender este período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA.

Extensión por discapacidad del período de continuación de la cobertura de 18 meses

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y usted notifica al Departamento de Recursos Humanos de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo total de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de la cobertura.

Extensión del segundo evento autorizado del período de continuación de la cobertura de 18 meses

Si su familia experimenta otro evento autorizado mientras recibe 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, durante un máximo de 36 meses, si se notifica el segundo evento que califica correctamente al Plan. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba continuación de la cobertura si el empleado o ex empleado fallece, adquiere derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B o ambas), se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente, pero solo si el evento hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura en virtud del Plan si no hubiera ocurrido el primer evento autorizado.

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Si tiene preguntas

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de continuación de la cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o a los contactos que se identifican a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley ERISA, incluida COBRA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA) y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. en su área o visite el sitio web de la EBSA en www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de la EBSA están disponibles en el sitio web de la EBSA).

Mantenga informado a su plan sobre los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Departamento de Recursos Humanos sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de su familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Departamento de Recursos Humanos.

Información de contacto del plan: Llame al administrador de su plan al 800-927-8610, ext. 6.

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Cobertura acreditable de medicamentos y aviso importante de Medicare de Pye-Barker Fire & Safety.

Acerca de su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

El propósito de este aviso es informarle que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que se menciona a continuación en virtud del plan médico de Pye-Barker Fire & Safety pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare pagará en 2026. Esto se conoce como "cobertura acreditable".

Por qué esto es importante: si usted o sus dependientes cubiertos están inscritos en cualquier cobertura de medicamentos recetados durante 2026 que figura en este aviso y están o comienzan a estar cubiertos por Medicare, puede decidir inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare más adelante y no estar sujeto a una multa por inscripción tardía, siempre y cuando haya tenido una cobertura acreditable dentro de los 63 días de su inscripción en el plan de medicamentos recetados de Medicare. Debe conservar este aviso con sus registros importantes.

Aviso de cobertura acreditable

Es posible que haya oído hablar de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (denominada Parte D) y se haya preguntado cómo le afectaría. La cobertura de medicamentos recetados está disponible para todas las personas con 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 abandonan 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 de su empleador que figuran en su guía anual de beneficios, le interesará saber que la cobertura es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare para 2026. Esto se denomina cobertura acreditable. La cobertura de uno de estos planes le ayudará a evitar una multa por inscripción tardía en la Parte D si es elegible para Medicare 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

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

empleador. En este caso, el plan del empleador continuará pagando de manera principal o secundaria, como lo hacía antes de inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si renuncia o abandona la cobertura de su empleador, Medicare será su único pagador. Puede volver a inscribirse en el plan del empleador en la inscripción anual o si tiene un evento de inscripción especial para el plan de Pye-Barker Fire & Safety.

Debe saber que si renuncia o deja la cobertura de Pye-Barker Fire & Safety y pasa 63 días o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados (una vez que finalice su período de inscripción en Medicare aplicable), su prima mensual de la Parte D aumentará al menos un 1 % por mes por cada mes que no haya tenido 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 de lo que paga la mayoría de las demás personas. Tendrá que pagar esta prima más alta, siempre y cuando tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, quizás deba esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse en la Parte D.

Puede recibir este aviso en otros momentos en el futuro, como antes del próximo período en el que pueda inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, si esta cobertura de Pye-Barker Fire & Safety cambia o si lo solicita.

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

Puede obtener información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual Medicare & You (Medicare y Usted). Los participantes de Medicare recibirán una copia del manual que envía Medicare por correo todos los años. También se pueden comunicar directamente con usted desde los planes de medicamentos recetados de Medicare. Aquí le explicamos cómo obtener más información sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare:

Visite www.medicare.gov para obtener ayuda personalizada.

Llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (consulte una copia de Medicare y su manual 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 que tienen ingresos y recursos limitados, existe ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. La información sobre esta ayuda adicional está disponible a través de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA). Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visite SSA en línea en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Recuerde: Conserve esta notificación. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare después de que finalice su período de inscripción de Medicare aplicable, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba en un plan de la Parte D para demostrar que no está obligado a pagar un monto de prima de la Parte D más alto.

Para obtener más información sobre esta notificación o su cobertura de medicamentos recetados, comuníquese con:

Kristine Cooke

Directora sénior, Total Rewards

Pye-Barker Fire & Safety

2500 Northwinds Parkway

Alpharetta, Georgia 30009

800-927-8610 ext. 6

Aviso de derecho de opción de proveedor

Los planes de Pye-Barker Fire & Safety Kaiser requieren la designación de un proveedor de atención primaria. Tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarle a usted o a sus familiares. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, llame a su administrador del plan al 800-927-8610, ext. 6. En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria. No necesita autorización previa de Pye-Barker Fire & Safety ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de atención médica deba cumplir con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento aprobado previamente o los procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, llame al administrador de su plan al 800-927-8610, ext. 6.

NOTIFICACIONES ANUALES 2026

Póster de FMLA

Tiene disponible una copia con mayor resolución del siguiente contenido [aquí](#).

Your Employee Rights Under the Family and Medical Leave Act

What is FMLA leave?

The Family and Medical Leave Act (FMLA) is a federal law that provides eligible employees with **job-protected leave** for qualifying family and medical reasons. The U.S. Department of Labor's Wage and Hour Division (WHD) enforces the FMLA for most employees.

Eligible employees can take **up to 12 workweeks** of FMLA leave in a 12-month period for:

- The birth, adoption or foster placement of a child with you,
- Your serious mental or physical health condition that makes you unable to work,
- To care for your spouse, child or parent with a serious mental or physical health condition, and
- Certain qualifying reasons related to the foreign deployment of your spouse, child or parent who is a military servicemember.

An eligible employee who is the spouse, child, parent or next of kin of a covered servicemember with a serious injury or illness **may take up to 26 workweeks** of FMLA leave in a single 12-month period to care for the servicemember.

You have the right to use FMLA leave in **one block of time**. When it is medically necessary or otherwise permitted, you may take FMLA leave **intermittently in separate blocks of time, or on a reduced schedule** by working less hours each day or week. Read Fact Sheet #2BM(c) for more information.

FMLA leave is **not paid leave**, but you may choose, or be required by your employer, to use any employer-provided paid leave if your employer's paid leave policy covers the reason for which you need FMLA leave.

Am I eligible to take FMLA leave?

You are an **eligible employee** if **all** of the following apply:

- You work for a covered employer,
- You have worked for your employer at least 12 months,
- You have at least 1,250 hours of service for your employer during the 12 months before your leave, and
- Your employer has at least 50 employees within 75 miles of your work location.

Airline flight crew employees have different "hours of service" requirements.

You work for a **covered employer** if **one** of the following applies:

- You work for a private employer that had at least 50 employees during at least 20 workweeks in the current or previous calendar year,
- You work for an elementary or public or private secondary school, or
- You work for a public agency, such as a local, state or federal government agency. Most federal employees are covered by Title II of the FMLA, administered by the Office of Personnel Management.

How do I request FMLA leave?

Generally, to request FMLA leave you **must**:

- Follow your employer's normal policies for requesting leave,
- Give notice at least 30 days before your need for FMLA leave, or
- If advance notice is not possible, give notice as soon as possible.

You **do not have to share a medical diagnosis** but must provide enough information to your employer so they can determine whether the leave qualifies for FMLA protection. You **must also inform your employer if FMLA leave was previously taken** or approved for the same reason when requesting additional leave.

Your **employer may request certification** from a health care provider to verify medical leave and may request certification of a qualifying exigency.

The FMLA does not affect any federal or state law prohibiting discrimination or supersede any state or local law or collective bargaining agreement that provides greater family or medical leave rights.

State employees may be subject to certain limitations in pursuit of direct lawsuits regarding leave for their own serious health conditions. Most federal and certain congressional employees are also covered by the law but are subject to the jurisdiction of the U.S. Office of Personnel Management or Congress.

What does my employer need to do?

If you are eligible for FMLA leave, your **employer must**:

- Allow you to take job-protected time off work for a qualifying reason,
- Continue your group health plan coverage while you are on leave on the same basis as if you had not taken leave, and
- Allow you to return to the same job, or a virtually identical job with the same pay, benefits and other working conditions, including shift and location, at the end of your leave.

Your **employer cannot interfere with your FMLA rights** or threaten or punish you for exercising your rights under the law. For example, your employer cannot retaliate against you for requesting FMLA leave or cooperating with a WHD investigation.

After becoming aware that your need for leave is for a reason that may qualify under the FMLA, your **employer must confirm whether you are eligible** or not eligible for FMLA leave. If your employer determines that you are eligible, your **employer must notify you in writing**:

- About your FMLA rights and responsibilities, and
- How much of your requested leave, if any, will be FMLA-protected leave.

Where can I find more information?

Call 1-866-487-9243 or visit dol.gov/fmla to learn more.

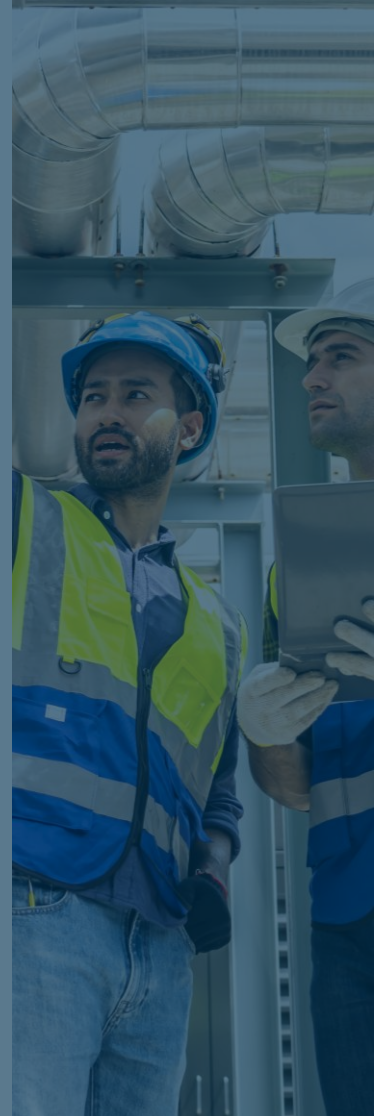
If you believe your rights under the FMLA have been violated, you may file a complaint with WHD or file a private lawsuit against your employer in court. **Scan the QR code to learn about our WHD complaint process.**



WAGE AND HOUR DIVISION
UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR



WH1420 REV 04/23



PB PYE-BARKER
FIRE & SAFETY • EST. 1946