



M&M
INDUSTRIES



Guía de beneficios para empleados

1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Qué contiene

Descripción resumida del plan

Tenga en cuenta que esta guía está diseñada para proporcionar una descripción general de las coberturas disponibles. Su empleador se reserva el derecho de modificar o cambiar las ofertas de beneficios en cualquier momento. Esta guía no es una descripción resumida del plan (SPD) ni un contrato o garantía de cobertura de beneficios. El plan oficial y los documentos de seguro rigen sus derechos y beneficios, incluidos los beneficios cubiertos, exclusiones y limitaciones. Si existe alguna discrepancia en esta guía y los documentos oficiales, los documentos oficiales prevalecerán. Si desea una copia impresa de los materiales, comuníquese con su empleador o, si puede acceder a los SPD, documentos del plan y otra información pertinente de beneficios en www.benefitfirst.com mediante el Centro de recursos (consulte las instrucciones de inscripción en la página 12).

Comuníquese con Recursos Humanos si tiene preguntas con respecto a su plan de beneficios.

Cambios en la inscripción

Los cambios en su inscripción se pueden hacer cada año durante la inscripción abierta anual. Se pueden hacer cambios fuera del período de inscripción abierta para los siguientes acontecimientos que califican, tales como matrimonio/divorcio, nacimiento/adopción, fallecimiento, cambio en su situación laboral o la de su cónyuge o cambio en la elegibilidad de Medicaid/CHIP.

Sin embargo, todos los cambios se deben hacer dentro de 30 días (a excepción de Medicaid/CHIP, que le otorga hasta 60 días) del acontecimiento que califica. Debe notificar inmediatamente a Recursos Humanos cuando experimente un acontecimiento que califica.

Conversión de la prima del plan de la Sección 125

El Plan de conversión de primas de la Sección 125 le permite excluir sus primas del seguro de salud, dental y oftalmológico de su ingreso imponible, lo que significa que se descontarán de su ingreso antes de impuestos. Esto reduce su ingreso imponible. De manera predeterminada, sus primas se deducirán antes de impuestos, lo que aumenta su sueldo líquido desde un rango de cientos de dólares hasta mil o más al año.

Contactos de beneficios	3
Beneficios de seguro médico.....	4
Beneficios de farmacia	5
Medicamentos especializados e internacionales	6
Beneficios de seguro dental y oftalmológico	7
Cuenta de ahorro para gastos médicos.....	8
Cuenta de gastos flexibles.....	9
Seguro básico y seguro de vida voluntario	10
Productos del seguro de discapacidad	10
Productos en lugar de trabajo.....	11
Programa de asistencia al empleado	11
Cómo inscribirse	12
Tarifas.....	13-14
Avisos anuales.....	15-21
Avisos de cobertura del mercado de seguros ...	22-24
Procedimientos de distribución de 401k	25
Instrucciones y formularios de inscripción de 401k.....	26-32



Si usted (o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal proporciona más opciones para su cobertura de medicamentos de venta con receta. Consulte la sección “Avisos anuales” para obtener más información.

Contactos de beneficios

Beneficio	Aseguradora	Número de grupo	Número de teléfono	Sitio web/correo electrónico
Beneficios de Seguro médico	BlueCross BlueShield of TN	124553	1-800-565-9140	www.bcbst.com
Administrador de los beneficios de farmacia	VeracityRX / Procure	MMINDUST	888-388-8228	www.veracity.procarerx.com
Cuenta de gastos flexible (FSA)	HRPro	MMI	1-800-989-8776	www.hrpro.com
Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA)	Health Equity	00424	1-866-855-4067	www.healthequity.com
Beneficios de Seguro dental	BlueCross BlueShield of TN	124553	1-800-565-9140	www.bcbst.com
Beneficios de Seguro oftalmológico	BlueCross BlueShield of TN	124553	1-800-565-9140	www.bcbst.com
Seguro básico y Seguro de vida voluntario y AD&D	Mutual of Omaha	G000BJCQ	1-800-228-7104	www.mutualofomaha.com
Productos del Seguro de discapacidad	Mutual of Omaha	G000BJCQ	1-800-228-7104	www.mutualofomaha.com
Productos en el lugar de trabajo	Aflac (Sharon Sessoms - representante local)	AGC0000931028	1-800-433-3036 423-645-2071	www.aflac.com O sharon_sessoms@us.aflac.com
Programa de asistencia al empleado	Mutual of Omaha	G000BJCQ	1-800-316-2796	www.mutualofomaha.com/eap
Recursos humanos de M&M	Stephanie Buscemi	N/C	423-821-3302	sbuscemi@mmcontainer.com



Beneficios del Seguro médico



Los beneficios del Seguro médico de M&M Industries se ofrecen a través de **BlueCross BlueShield of Tennessee** (“BCBST”).

M&M Industries ofrece opciones de planes en las Redes S y P de BCBST para empleados ubicados en TN. Los empleados que están fuera del estado de TN se inscribirán en la Red P. En estas redes, usted tiene la flexibilidad para consultar a cualquier proveedor de su preferencia; sin embargo, cada vez que seleccione un médico o centro dentro de la red, observará descuentos y ahorros considerables.

Si selecciona un médico o centro fuera de la red, estará sujeto a mayores deducibles y máximos de gastos de bolsillo. También será responsable de la diferencia entre los cargos facturados y el cobro máximo permitido. Definitivamente será una ventaja para usted atenderse dentro de la red cada vez que sea posible.

Para buscar un proveedor dentro de la red cerca de usted, visite www.bcbst.com y haga clic en “Find Care” (Buscar atención). Asegúrese de consultar ya sea el directorio en línea o el departamento de Servicio al Cliente de BCBST para confirmar que su proveedor participa en la red.

Opción 1, 3 y 5 - Red S - Solo para empleados de TN Opción 2, 4 y 6 - Red P - Para todos los empleados

Beneficios de Seguro médico **	PPO/Flex Opciones 1 y 2 Dentro de la red	Plan HDHP/HSA Opciones 3 y 4 Dentro de la red	Plan PPO/copago Opciones 5 y 6 Dentro de la red
Deducible: Individual / Familiar	\$2,600 / \$5,200	\$3,200 / \$6,400	\$2,000 / \$4,000
Máximo de gastos de bolsillo: Individual / Familiar	\$2,600 / \$5,200	\$3,200 / \$6,400	\$4,000 / \$8,000
Atención preventiva			
Consultas de atención preventiva	100 %*		
Visitas en el consultorio			
Proveedor de atención primaria	0 % después del deducible	0 % después del deducible	Copago de \$30
Especialista	0 % después del deducible	0 % después del deducible	Copago de \$50
Fisioterapia, terapia ocupacional, logoterapia, fonoaudiología y terapia cognitiva	0 % después del deducible	0 % después del deducible	20 % después del deducible
Terapia ambulatoria y grupal	0 % después del deducible	0 % después del deducible	20 % después del deducible
Atención de urgencia y emergencia			
Atención de urgencia	0 % después del deducible	0 % después del deducible	20 % después del deducible
Atención de emergencia (Incluye centros de atención de urgencia en un hospital. Exención de copago para ingresos a hospitalizaciones)	0 % después del deducible	0 % después del deducible	20 % después del deducible
La mayoría de otros servicios	0 % después del deducible	0 % después del deducible	20 % después del deducible

*Red S: East Ridge Hospital y Parkridge Hospital se excluyen de la red.

**Revise los documentos del plan para ver los beneficios fuera de la red, los requisitos de autorización previa, los límites en el número de visitas al año y las restricciones de servicio.

Beneficios de farmacia



Todos los beneficios de farmacia se administran a través de **VeracityRx**. VeracityRx administra todas las reclamaciones y funciones de servicio al cliente, lo que incluye el cumplimiento de los beneficios de farmacia de medicamentos especializados e internacionales.

Farmacia	Opciones 1 y 2	Opciones 3 y 4	Opciones 5 y 6
	Deducible solo para marcas de \$200	Medicamentos preventivos	Deducible solo para marcas de \$200
Genérico	Copago de \$15	Copago de \$5	Copago de \$15
Preferido	Copago de \$40	Copago de \$25	Copago de \$40
No preferido	Copago de \$60	Copago de \$50	Copago de \$60
Especialidad	Copago de \$120	N/C	Copago de \$120
Otros detalles		Receta de medicamentos no preventivos 0 % después del deducible	

Información de registro

Visite <https://veracity.procarerx.com> para registrarse. Use la herramienta en línea para:

- Acceder o restringir la visualización de su perfil por parte de otros familiares
- Revisar el historial de reclamaciones de recetas o recetas individuales
- Buscar un medicamento para identificar el estado en el formulario y alternativas preferidas
- Buscar farmacias dentro de un código postal, estado, ciudad o condado

Servicio al cliente

Debido a que está disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana, puede comunicarse con Servicio al Cliente en cualquier momento: **1-888-388-8228**.



Proveedor de beneficios de farmacia

VeracityRx

Teléfono: 888-388-8228

Portal: <https://veracity.procarerx.com>

Cuándo llamar:

- Para buscar una farmacia
- Para hacer una pregunta sobre beneficios
- Para obtener información sobre autorizaciones previas
- Para obtener ayuda cuando está en la farmacia y se le niega un medicamento



Recetas para 90 días

MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO

Al por menor: Todas las farmacias



Medicamentos especializados y correo internacional

MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO

Comuníquese con los servicios de farmacia especializada de VeracityRx en www.veracity-rx.com para recibir ayuda.

Asegúrese de usar farmacias seleccionadas* (incluido Walmart y Sam's Club) para **ahorrar más**.

**Las farmacias no seleccionadas incluyen: CVS, Target, Rite-Aid y Walgreens. Estas farmacias generalmente tienen precios mucho más altos.*

Medicamentos especializados e internacionales



A continuación encontrará una lista de los medicamentos especializados e internacionales más comunes. Si toma alguno de estos medicamentos o algo similar, comuníquese con **VeracityRx** para inscribirse en el programa de medicamentos especializados. El programa de medicamentos internacionales es opcional. Un miembro del equipo de Veracity se comunicará con usted con respecto al programa Specialty para explicar el proceso y analizar su caso. Deberá proporcionar información financiera para determinar si califica para la asistencia. Si lo aprueban, tendrá un copago bajo o ningún copago por su medicamento. También puede obtener medicamentos de Canadá a través del programa de medicamentos internacionales. Los medicamentos recibidos a través de este programa tienen \$0 de costo para usted. Si decide no participar en el Programa internacional de medicamentos, no hay penalización; sin embargo, su medicamento será más caro.

Commonly Prescribed Specialty Medications	
Drug	Drug
Actemra	Kuvan
Acthar	Lenvima
Adempas	Mekinist
Afinitor	Olumiant
Amjevita	Opsumit
Aubagio	Orgovyx
Cabometyx	Otezla
Cosentyx	Promacta
Dupixent	Rebif
Enbrel	Rydapt
Envarsus XR	Stelara
Epidiolex	Strensiq
Firazyr	Tafinlar
Gilenya	Taltz
Haegarda	Tobi Podhaler
Ilaris	Tremfya
Imbruvica	Tyvaso
Ingrezza	Vumerity
Jynarque	Zelboraf
Kesimpta	Zenpep

Commonly Prescribed Personal Importation Medications		
Drug	Drug	Drug
Anoro Ellipta	Invokamet	Silenor
Apidra	Isentress	Skyrizi
Apidra Solostar	Janumet	Spiriva Respimat
Arnuity Ellipta	Janumet XR	Symbicort
Atripla	Januvia	Tagrisso
Basaglar Kwikpen	Jardiance	Tivicay
Biktarvy	Juluca	Toujeo Solostar
Breo Ellipta	Levemir Flextouch	Tradjenta
Cimzia	Omnaris	Trelegy Ellipta
Combivent Respimat	Orencia	Trintellix
Dulera	Ozempic	Trulicity
Eliquis	Prezcobix	Victoza
Entresto	Pulmozyne	Xarelto
Farxiga	Qvar	Xeljanz
Fiasp	Rexulti	
Flovent HFA	Rinvoq	



Beneficios del Seguro dental



BCBST proporciona sus beneficios dentales en M&M Industries. Este plan dental es un PPO (similar a su plan médico), en el que usted puede visitar a cualquier proveedor que seleccione; sin embargo, probablemente reciba mayores niveles de beneficios si va a un proveedor dentro de la red.

Para buscar un proveedor dentro de la red, visite www.bcbst.com y haga clic en “Find a Care” (Buscar atención).

Beneficios de Seguro dental	Dentro de la red
Deducible: (agregado) Individual / Familiar	\$50 / \$150
Máximo por año calendario	\$1,500
Beneficios pagados por el plan	
Preventivo: Incluye exámenes, limpiezas (2 por año), selladores, radiografías	100 %
Básico: Empastes, servicios periodontales, cirugía oral menor	80 %
Mayor: Conductos radiculares, cirugía periodontal, coronas, prótesis dentales, puentes, anestesia	50 %
Coseguro de ortodoncia / Máximo de por vida (hijo hasta los 18 años)	50% / \$1,500

Beneficios del Seguro de vision



Su plan oftalmológico es proporcionado por BCBST. Cuando usa proveedores dentro de la red, este plan PPO cubre la mayoría de los exámenes, gafas y lentes de contacto médicamente necesarios en su totalidad. También hay descuentos disponibles para mejoras en marcos y lentes cubiertos. BCBST también se ha asociado con varios centros de cirugía ocular refractiva para ofrecer descuentos a sus miembros. Para buscar un proveedor dentro de la red o centro quirúrgico, llame al Servicio al Cliente o visite www.bcbst.com y haga clic en “Find care” (Buscar atención).

Si elige ver a un proveedor fuera de la red, BCBST le reembolsará hasta una cantidad específica. Consulte el documento del plan para conocer el programa de reembolso fuera de la red.

Beneficios de Seguro oftalmológico	Dentro de la red	
	Frecuencia	Detalles
Examen oftalmológico	Cada 12 meses	Copago de \$10
Gafas graduadas		Copago de \$25
<i>Marcos</i>	Cada 24 meses	Hasta \$120; 20 % de descuento en el saldo sobre \$120
<i>Lentes</i>	Cada 12 meses	
Lentes de contacto (en lugar de gafas)		Copago de hasta \$120
<i>Convencional</i>	Cada 12 meses	Hasta \$120
<i>Desechables</i>		Hasta \$120
<i>Medicamento necesarios</i>		\$0

Cuenta de ahorro para gastos médicos

HealthEquity®

Si está inscrito en el Plan de salud con deducible alto, usted es elegible para participar en una Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA) mediante **HealthEquity**.

El objetivo de la HSA es pagar los futuros gastos médicos, dentales y oftalmológicos en los que incurra usted o sus dependientes inscritos en el plan, lo que le permite apartar dinero antes de impuestos.

Sus contribuciones a la HSA tendrán deducción en nómina y los fondos se depositarán en una cuenta HSA. Cuando se incurre en un gasto calificado, usted usa su tarjeta de débito de la cuenta de ahorro para gastos médicos o solicita el reembolso de los gastos. Usted conservará la cantidad de dinero que no use de la cuenta, aun cuando se jubile o deje la compañía.

Tenga en cuenta que si no puede incluir a un hijo como dependiente en sus declaraciones de impuestos, entonces no puede gastar el dinero de la HSA en servicios prestados a ese hijo.

¿Qué cubre la HSA?

Usted puede usar su HSA para pagar miles de artículos elegibles para HSA, tales como:

- Servicios médicos (copagos, coseguros, tarifas y gastos cobrados por los proveedores de atención médica)
- Tratamiento dental (incluye empastes, extracciones, aparatos de ortodoncia y radiografías)
- Exámenes oftalmológicos, gafas, lentes de contacto, cirugía
- Medicamentos de venta con receta
- Ciertos medicamentos y suministros de venta libre

Para obtener una lista completa de los gastos de salud calificados por IRS, escanee el código QR a la derecha con la cámara de su teléfono móvil o visite www.irs.gov/publications/p502.

¡Escanee aquí!



Contribuciones anuales máximas a su HSA para 2024	
Empleado:	\$4,150
Familia:	\$8,300
Contribución para ponerse al día para mayores de 55 años:	\$1,000



Cuenta de gastos flexible

M&M Industries ofrece a los empleados la opción de diferir dinero antes de impuestos para usarlo en gastos médicos y gastos de cuidado de dependientes aprobados. Este NO es un seguro. Esta es simplemente una forma en que usted puede ahorrar en sus gastos médicos (FSA) o gastos de guardería (DCA) mediante la reserva de dinero de su ingreso bruto, antes de impuestos, para gastos que prevé para el año del plan. Es elegible para participar en la FSA el mismo día en que es elegible para participar en el plan médico.

FSA para atención médica: con la FSA para atención médica, la cantidad total en dólares reservada para el año del plan se puede retirar de la cuenta el primer día de su primera deducción de nómina hacia la cuenta. La cantidad de contribución máxima anual de la FSA para atención médica es de \$3,050*. Si usted es una nueva contratación y se inscribe en el plan a mitad de año, sus tarifas se prorratearán para la cantidad anual de su elección.

Cuenta para el cuidado de dependientes (DCA): Puede optar por reservar dinero para usarlo para sus servicios aprobados de guardería, que se proporcionan en una guardería, en su casa o en la residencia de otra persona a través de una DCA. Para que los servicios sean aprobados para reembolso deben cumplir ciertos requisitos. La cantidad de contribución máxima anual de la DCA es \$5,000 por familia (si es jefe de familia o está casado y presenta una declaración de impuestos conjunta) o \$2,500 (si está casado y presenta una declaración de impuestos por separado).

Nota: Puede solo deducir lo que está en su cuenta para atención de dependientes. Mediante la reserva de dinero antes de impuestos en una FSA o una DCA, ¡usted ahorra en impuestos y recibe más sueldo líquido para gastar!

Póngase en contacto con Servicio al Cliente o Recursos Humanos para obtener una lista de gastos médicos y gastos de cuidado de dependientes que califican.

**Al momento de esta publicación, los límites del IRS para 2024 no se han hecho públicos.*

HSA y FSA

Las HSA y FSA son dos de los planes más comunes de beneficios sin impuestos. Puede ahorrar dinero con cualquiera de los dos, pero tienen muchas diferencias. He aquí un breve resumen:

	HSA	FSA
Propietario	Propiedad de los empleados	Propiedad del empleador
Elegibilidad	Se debe inscribir en HDHP	Todos son elegibles, aunque usted no puede estar inscrito en una HSA y una FSA para gastos médicos
Saldos traspasados	Todos los fondos pueden transferirse de un año a otro	Los fondos no utilizados no pueden transferirse de un año a otro
Portabilidad	La HSA es portátil, por lo que los fondos de la cuenta le acompañan dondequiera que vaya	Las FSA son cuentas de propiedad del empleador, por lo que los fondos se pierden si deja M&M
Opciones de inversión	Puede invertir los fondos de la HSA	No se pueden invertir los fondos de la FSA
Justificación	No es obligatorio, pero querrá conservar toda la documentación por si alguna vez es objeto de una auditoría del IRS	El IRS exige la justificación de algunos gastos de la FSA para demostrar la elegibilidad de los gastos
Disponibilidad de fondos	Están disponibles solo los fondos que se han contribuido	Todos los fondos están disponibles el primer día

Seguro de vida básico y voluntario



Seguro de vida básico/AD&D

En M&M Industries, el Seguro básico de vida/muerte accidental y desmembramiento (AD&D) es un beneficio proporcionado sin ningún costo para usted en **Mutual of Omaha**.

Seguro de vida básico/AD&D	
Cantidad de cobertura	1 vez el sueldo anual hasta \$200,000
Reducción por edad	65

*El beneficio terminará al momento de la jubilación.

Seguro de vida voluntario y AD&D

Tiene la opción de comprar el Seguro de vida a plazo voluntario y AD&D a través de **Mutual of Omaha**. El seguro de AD&D paga un porcentaje adicional de la cantidad de su beneficio de seguro de vida. Puede contratar:

Si selecciona al menos un incremento como una nueva contratación, puede aumentar en un incremento en futuras inscripciones abiertas sin preguntas de salud.

Seguro voluntario de vida y AD&D			
	Empleado	Cónyuge	Hijo(s)
Cantidad de cobertura	Hasta \$500,000 sin superar 5 veces el sueldo anual	\$250,000 o 100 % de elección del empleado	\$10,000
Cantidad de emisión garantizada	\$150,000	\$50,000	N/C
Reducción por edad	A partir de los 70 años		N/C

Productos del Seguro de discapacidad



Seguro voluntario de discapacidad a corto plazo

El Seguro de discapacidad de corto plazo (STD) puede ayudarlo a usted y a su familia si usted queda temporalmente discapacitado. Esta cobertura es proporcionada por **Mutual of Omaha** y usted la paga en su totalidad.

Seguro voluntario de discapacidad a largo plazo

El Seguro de discapacidad a largo plazo (LTD) puede proteger sus ingresos en caso de una lesión o enfermedad a largo plazo. Esta cobertura es proporcionada mediante **Mutual of Omaha** y usted la paga en su totalidad.

Datos de discapacidad	Seguro voluntario de discapacidad a corto plazo	Seguro voluntario de discapacidad a largo plazo
Reemplazo de ingresos	60 % de los ingresos semanales	60 % de los ingresos mensuales
Beneficio máximo	\$1,600/semana	\$7,000/mes
Período de eliminación de accidentes	comienza el día 15	180 días
Período de eliminación de enfermedades	comienza el día 15	
Duración del beneficio	Hasta 26 semanas	Edad normal de jubilación de la Seguridad Social

Productos en el lugar de trabajo



Tiene la opción de inscribirse en pólizas de recuperación de deducciones de nómina a través de **Aflac**.

- **Seguro contra accidentes:** El seguro contra accidentes está diseñado para ayudarlo a hacer frente a los gastos de bolsillo y facturas adicionales que pueden provocar una lesión accidental, ya sea leve o catastrófica. Recibirá un beneficio único para más de 50 tipos de lesiones o tratamientos que pueden derivarse directamente de un accidente, y usted decide cómo utilizar los fondos. El plan del seguro contra accidentes es de emisión garantizada, por lo que nunca hay que hacer preguntas sobre la salud. *El seguro contra accidentes también contempla un beneficio de bienestar. Consulte los detalles en el Centro de recursos cuando se inscriba mediante Benefitfirst™.*
- **Seguro de enfermedades graves:** El seguro de enfermedades graves está diseñado para ayudarlo a compensar el impacto financiero de una enfermedad catastrófica con un beneficio único si a una persona cubierta por la póliza se le diagnostica una enfermedad grave cubierta. Puede utilizar este beneficio más de una vez: si recibe el pago completo del beneficio por una enfermedad cubierta, su cobertura puede continuar para el resto de las enfermedades cubiertas. *El seguro de enfermedades graves también cuenta con un beneficio de bienestar. Consulte los detalles en el Centro de recursos cuando se inscriba mediante Benefitfirst™.*
- **Seguro de indemnización hospitalaria:** Ayuda con los gastos que el seguro contra enfermedades no cubre para que pueda preocuparse menos de cubrir sus necesidades diarias. *Consulte los detalles en el Centro de recursos cuando se inscriba mediante Benefitfirst™.*

Los empleados interesados en la deducción de nómina de las pólizas de los seguros contra accidentes, enfermedades graves e indemnización hospitalaria se inscribirán a través de Benefitfirst™, donde encontrarán más información sobre las pólizas en el Centro de recursos.



Download the
MyAflac® mobile app



Scan here for a short video that shows
how MyAflac makes our claims process easy.

Programa de asistencia al empleado

Los servicios del programa de asistencia al empleado de Mutual of Omaha incluyen orientación para problemas maritales/familiares, depresión, adicción, estrés/ira, transiciones de la vida o cualquier problema que requiera orientación a corto plazo para usted o un familiar directo. El programa de asistencia al empleado puede ayudarlo a obtener la ayuda que necesita para que dedique menos tiempo a preocuparse por los retos de su vida y pueda volver a ser el trabajador productivo con el que cuenta M&M Industries para realizar su trabajo.

- Ayuda en persona para problemas de corto plazo; hasta 3 sesiones por grupo familiar al año.
- Apoyo telefónico ilimitado - Servicios legales, financieros y de equilibrio de la vida personal y laboral.
- Descuento en consultas individuales con abogados de la red.
- Consultas financieras y derivaciones.
- Servicios laborales y para la vida diaria de ayuda con el cuidado infantil, encontrar empresas de mudanza, criaderos y cuidado de mascotas, planificación de vacaciones y más.
- Número gratuito y acceso por Internet las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Todo el contacto es completamente confidencial.

Obtenga ayuda GRATUITA
ilimitada en:

www.mutualofomaha.com/eap

O llame al 1(800) 316-2796

Cómo inscribirse



Puede inscribirse desde su casa o trabajo, con acceso las 24 horas del día. Puede inscribirse en línea en www.benefitfirst.com o descargue la aplicación Benefitfirst™ de Apple App Store o Google Play.

Inscríbese en 5 sencillos pasos

1. Inicie sesión en www.benefitfirst.com o en la aplicación móvil.
2. Después de seleccionar *Create User ID* (Crear Id. de usuario):
 - Use la Id. de la empresa: **961**
 - Escriba su nombre y apellido como aparece en su cheque de sueldo.
 - Ingrese su fecha de nacimiento en el siguiente formato: mm/dd/aaaa.
 - Ingrese los últimos cinco dígitos de su número del Seguro Social.
3. Crear un Id. de usuario único.
4. Seleccione *SUBMIT* (Enviar).
5. Cree su contraseña con la misma información que se indica anteriormente.
6. En la página de inicio, seleccione *ENROLL NOW!* (Inscribirse ahora)
 - Si es una persona recién contratada, elija *ENROLL IN OR DECLINE BENEFITS AS A NEWLY ELIGIBLE EMPLOYEE* (INSCRIBIRSE O RECHAZAR LOS BENEFICIOS COMO EMPLEADO RECIÉN ELEGIBLE).
 - Si es un empleado que está pasando por la inscripción anual o quiere hacer un cambio de estado familiar, elija la transacción apropiada y haga clic en *CONTINUE* (CONTINUAR).
 - Compruebe que su información personal sea correcta y haga clic en *NEXT (SIGUIENTE)*.
 - Agregue cualquier dependiente elegible en la pantalla de dependientes y haga clic en *NEXT (SIGUIENTE)*.
7. Empezando por la pantalla médica, realice sus selecciones. Elija el nivel de cobertura, el plan deseado y los dependientes que desea agregar.
8. Cuando llegue a la última pantalla de inscripción, se le pedirá que, para revisar sus elecciones y ratificarla, ingrese de nuevo su contraseña.
9. El último paso es hacer clic en el botón *SUBMIT (ENVIAR)*. Eso es todo. El proceso completo puede tomarle apenas 4 minutos.

Log in to
Benefitfirst™

Company ID

User ID

Password

Forgot User ID Forgot Password

Log In

Create User ID

Recordatorios para empleados nuevos:

- Su inscripción debe completarse en los primeros 31 días de empleo.
- Los costos de los beneficios y del seguro serán efectivos a partir de la primera fecha de empleo. Las deducciones del seguro que no se hayan efectuado en el período de inscripción de 31 días deberán pagarse en su totalidad. Comuníquese con Recursos Humanos si necesita establecer un plan de pago.

¿Necesita que le expliquen términos de seguros o que lo ayuden a decidir su opción de beneficios? Visite el **Centro de apoyo para tomar decisiones** en la página de inicio de Benefitfirst.

¿No habla inglés?
Llame para inscribirse.

M&M INDUSTRIES, INC. - TENNESSEE

TARIFAS DE SEGURO AL 1 DE ENERO DE 2024

BLUE CROSS MÉDICO PPO (OPCIÓN 1 y 2)			
COPAGOS DE RECETAS \$ 15/40/60 \$ 200 DEDUCIBLE DE MARCA			
\$2,600 INDIVIDUAL / \$5,200 DEDUCIBLE FAMILIAR (DEDUCIBLE DE RX NO INCLUIDO)			
PPO/FLEX NETWORK S (Opción 1)			
	COSTO POR SEMANA 2023	COSTO POR SEMANA 2024	USTED PAGA ESTE % DE LA POLIZA
EE-Solo Empleado	\$23.00	\$25.00	15.4%
ES-Empleado & cónyuge	\$54.00	\$57.00	16.9%
EC-empleado & hijos	\$48.00	\$50.00	17.0%
FAM-empleado, cónyuge & hijos	\$79.00	\$83.00	17.0%
PPO/FLEX NETWORK P (Opción 2)			
	COSTO POR SEMANA 2023	COSTO POR SEMANA 2024	USTED PAGA ESTE % DE LA POLIZA
EE-Solo Empleado	\$25.00	\$27.00	15.3%
ES-Empleado & cónyuge	\$58.00	\$62.00	16.9%
EC-empleado & hijos	\$52.00	\$54.00	16.9%
FAM-empleado, cónyuge & hijos	\$85.00	\$91.00	17.1%
PLAN MÉDICO DE ALTO DEDUCIBLE DE BLUE CROSS (OPCIÓN 3 y 4)			
COPAGOS DE RECETAS PREVENTIVAS \$5/25/50; TODAS LAS DEMÁS AL DEDUCIBLE			
\$3,200 INDIVIDUAL / \$6,400 DEDUCIBLE FAMILIAR			
HDHP/HSA NETWORK S (Opción 3)			
	COSTO POR SEMANA 2023	COSTO POR SEMANA 2024	USTED PAGA ESTE % DE LA POLIZA
EE-Solo Empleado	\$18.00	\$18.00	12.0%
ES-Empleado & cónyuge	\$49.00	\$42.00	13.5%
EC-empleado & hijos	\$43.00	\$37.00	13.7%
FAM-empleado, cónyuge & hijos	\$71.00	\$61.00	13.5%
HDHP/HSA NETWORK P (Opción 4)			
	COSTO POR SEMANA 2023	COSTO POR SEMANA 2024	USTED PAGA ESTE % DE LA POLIZA
EE-Solo Empleado	\$19.00	\$20.00	12.1%
ES-Empleado & cónyuge	\$53.00	\$46.00	13.5%
EC-empleado & hijos	\$46.00	\$40.00	13.4%
FAM-empleado, cónyuge & hijos	\$78.00	\$67.00	13.5%
BLUE CROSS MÉDICO PPO (OPCIÓN 5 y 6)			
COPAGOS DE RECETAS \$ 15/40/60 \$ 200 DEDUCIBLE DE MARCA			
\$2,000 INDIVIDUAL / \$4,000 DEDUCIBLE FAMILIAR (DEDUCIBLE DE RX NO INCLUIDO)			
PPO/COPAY NETWORK S (Opción 5)			
	COSTO POR SEMANA 2023	COSTO POR SEMANA 2024	USTED PAGA ESTE % DE LA POLIZA
EE-Solo Empleado	N/A	\$27.00	16.4%
ES-Empleado & cónyuge	N/A	\$61.00	17.9%
EC-empleado & hijos	N/A	\$54.00	18.1%
FAM-empleado, cónyuge & hijos	N/A	\$89.00	18.0%
PPO/COPAY NETWORK P (Opción 6)			
	COSTO POR SEMANA 2023	COSTO POR SEMANA 2024	USTED PAGA ESTE % DE LA POLIZA
EE-Solo Empleado	N/A	\$30.00	16.7%
ES-Empleado & cónyuge	N/A	\$67.00	18.0%
EC-empleado & hijos	N/A	\$58.00	17.9%
FAM-empleado, cónyuge & hijos	N/A	\$97.00	18.0%
BLUE CROSS DENTAL			
	COSTO POR SEMANA 2023	COSTO POR SEMANA 2024	USTED PAGA ESTE % DE LA POLIZA
EE-Solo Empleado	\$3.85	\$4.00	55%
ES-Empleado & cónyuge	\$8.40	\$9.00	57%
EC-empleado & hijos	\$8.35	\$9.00	57%
FAM-empleado, cónyuge & hijos	\$14.00	\$15.00	57%
BLUE CROSS VISION			
	COSTO POR SEMANA 2023	COSTO POR SEMANA 2024	USTED PAGA ESTE % DE LA POLIZA
EE-Solo Empleado	\$0.70	\$0.70	72%
ES-Empleado & cónyuge	\$1.40	\$1.40	72%
EC-empleado & hijos	\$1.45	\$1.45	71%
FAM-empleado, cónyuge & hijos	\$2.25	\$2.25	70%

**M&M INDUSTRIES, INC. – FUERA DE TENNESSEE
TARIFAS DE SEGURO AL 1 DE ENERO DE 2024**

BLUE CROSS MÉDICO PPO (OPCIÓN 2)			
COPAGOS DE RECETAS \$ 15/40/60 \$ 200 DEDUCIBLE DE MARCA			
\$2,600 INDIVIDUAL / \$5,200 DEDUCIBLE FAMILIAR (DEDUCIBLE DE RX NO INCLUIDO)			
PPO/FLEX NETWORK P (Opción 2)			
	COSTO POR SEMANA 2023	COSTO POR SEMANA 2024	USTED PAGA ESTE % DE LA POLIZA
EE-Solo Empleado	\$25.00	\$27.00	15.3%
ES-Empleado & cónyuge	\$58.00	\$62.00	16.9%
EC-empleado & hijos	\$52.00	\$54.00	16.9%
FAM-empleado, cónyuge & hijos	\$85.00	\$91.00	17.1%

PLAN MÉDICO DE ALTO DEDUCIBLE DE BLUE CROSS (OPCIÓN 4)			
COPAGOS DE RECETAS PREVENTIVAS \$5/25/50; TODAS LAS DEMÁS AL DEDUCIBLE			
\$3,200 INDIVIDUAL / \$6,400 DEDUCIBLE FAMILIAR			
HDHP/HSA NETWORK P (Opción 4)			
	COSTO POR SEMANA 2023	COSTO POR SEMANA 2024	USTED PAGA ESTE % DE LA POLIZA
EE-Solo Empleado	\$19.00	\$20.00	12.1%
ES-Empleado & cónyuge	\$53.00	\$46.00	13.5%
EC-empleado & hijos	\$46.00	\$40.00	13.4%
FAM-empleado, cónyuge & hijos	\$78.00	\$67.00	13.5%

BLUE CROSS MÉDICO PPO (OPCIÓN 6)			
COPAGOS DE RECETAS \$ 15/40/60 \$ 200 DEDUCIBLE DE MARCA			
\$2,000 INDIVIDUAL / \$4,000 DEDUCIBLE FAMILIAR (DEDUCIBLE DE RX NO INCLUIDO)			
PPO/COPAY NETWORK P (Opción 6)			
	COSTO POR SEMANA 2023	COSTO POR SEMANA 2024	USTED PAGA ESTE % DE LA POLIZA
EE-Solo Empleado	N/A	\$30.00	16.7%
ES-Empleado & cónyuge	N/A	\$67.00	18.0%
EC-empleado & hijos	N/A	\$58.00	17.9%
FAM-empleado, cónyuge & hijos	N/A	\$97.00	18.0%

BLUECROSS DENTAL			
	COSTO POR SEMANA 2023	COSTO POR SEMANA 2024	USTED PAGA ESTE % DE LA POLIZA
EE-Solo Empleado	\$3.85	\$4.00	55%
ES-Empleado & cónyuge	\$8.40	\$9.00	57%
EC-empleado & hijos	\$8.35	\$9.00	57%
FAM-empleado, cónyuge & hijos	\$14.00	\$15.00	57%

BLUE CROSS VISION			
	COSTO POR SEMANA 2023	COSTO POR SEMANA 2024	USTED PAGA ESTE % DE LA POLIZA
EE-Solo Empleado	\$0.70	\$0.70	72%
ES-Empleado & cónyuge	\$1.40	\$1.40	72%
EC-empleado & hijos	\$1.45	\$1.45	71%
FAM-empleado, cónyuge & hijos	\$2.25	\$2.25	70%

Avisos anuales

RESUMEN DE COBERTURA DE BENEFICIOS La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, Affordable Care Act) exige que los planes de salud y los emisores de seguros de salud proporcionen un resumen de beneficios y cobertura (SBC) a los solicitantes y afiliados. El proveedor de servicios médicos proporciona el SBC. Su propósito es ayudar a los consumidores del plan de salud a comprender la cobertura que tienen y hacer comparaciones sencillas de diferentes opciones cuando contratan una nueva cobertura. Esta información está disponible sin costo alguno para usted cuando solicita cobertura, el primer día de cobertura (si hay algún cambio), cuando sus dependientes se inscriben fuera de su período de inscripción abierta anual, al momento de la renovación del plan y si lo solicita.

ASISTENCIA PARA PRIMAS DE MEDICAID Y PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP) Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para primas que lo ayude a pagar la cobertura, utilizando los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que puedan contratar 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 vive en uno de los estados que se indican a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia para primas.

Si actualmente usted o sus dependientes NO están inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes pueden ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la Oficina de CHIP o Medicaid en su estado, llame a **1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para saber cómo inscribirse. Si usted califica, pregunte en su estado si tiene un programa que lo pueda ayudar a pagar la prima de un plan proporcionado por su empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir ayuda de Medicaid o CHIP, y también es elegible según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle que se inscriba en el plan ofrecido por su empleador si no está inscrito todavía. A esto se le llama una oportunidad de "inscripción especial" y **debe pedir la cobertura dentro de 60 días desde que se determina que es elegible para el programa de asistencia para primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empresa, contacte al Departamento del Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA** (3272).

Para saber si otros estados han incorporado el programa de asistencia para primas desde el **31 de julio de 2023**, o si desea más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento del Trabajo de los Estados Unidos

Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados

www.dol.gov/agencias/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

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

Alabama	855-692-5447
Alaska	866-251-4861
Arkansas	855-692-7447
California.....	916-445-8322
Colorado	800-221-3943
Florida	877-357-3268
Georgia	678-564-1162
Indiana	877-438-4479
Iowa.....	888-346-9562
Kansas	800-792-4884
Kentucky	855-459-6328
Louisiana	855-618-5488
Maine	800-442-6003

Massachusetts	800-862-4840
Minnesota	800-657-3739
Missouri	573-751-2005
Montana	800-694-3084
Nebraska	855-632-7633
Nevada.....	800-992-0900
New Hampshire.....	603-271-5218
Nueva Jersey.....	800-701-0710
Nueva York	800-541-2831
North Carolina	919-855-4100
North Dakota	844-854-4825
Oklahoma	888-365-3742
Oregon.....	800-699-9075
Pennsylvania	800-692-7462
Rhode Island	855-697-4347
South Carolina.....	888-549-0820
South Dakota.....	888-828-0059
Texas.....	800-440-0493
Utah.....	877-543-7669
Vermont	800-250-8427
Virginia	800-432-5924
Washington.....	800-562-3022
West Virginia.....	855-699-8447
Wisconsin.....	800-362-3002
Wyoming.....	800-251-1269

Para ver una lista de los sitios web de los estados, visite:

<https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/ebsa/laws-and-regulations/laws/chipra/model-notice.pdf>

Para los estados que no aparecen en la lista:

877-543-7669

www.insurekidsnow.gov

Número de control de OMB 1210-0137

Vence el 1/31/2026

AVISO DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

Su plan de seguro médico puede exigir la designación de un proveedor de atención primaria (PCP). Tiene derecho a designar a cualquier PCP que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a sus familiares. Hasta que usted haga esta designación, el plan de seguro médico puede designar uno por usted. Si desea más información sobre cómo elegir un PCP y obtener una lista de los proveedores participantes, póngase en contacto con su aseguradora.

Si debe seleccionar un PCP para sus hijos, puede designar a un pediatra como tal.

No es necesario que obtenga autorización previa de su aseguradora o cualquier otra persona (incluso un PCP) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de parte de un profesional de la atención médica en nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. No obstante, es probable que se solicite al profesional de atención médica que cumpla con ciertos procedimientos, entre los que se encuentra obtener autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para hacer derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica especializados en obstetricia o ginecología, póngase en contacto con su aseguradora.

SUS DERECHOS Y PROTECCIONES CONTRA FACTURAS MÉDICAS SORPRESA

Introducción. La Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021 se promulgó el 27 de diciembre de 2020 y contiene muchas disposiciones para ayudar a proteger a los consumidores de las facturas sorpresa, incluida la Ley Sin Sorpresas en el título I y la Transparencia en el título II.

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa. Cuando recibe atención de urgencia o lo trata un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, está protegido frente a la facturación sorpresa o de saldo.

¿Qué es la “facturación de saldo” (a veces llamada “facturación sorpresa”)? Cuando consulta a un médico o a otro proveedor de atención sanitaria, es posible que deba ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, un coseguro o un deducible. Puede tener otros gastos o tener que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro médico que no pertenece a la red de su plan de salud.

Por “fuera de la red” se entiende los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y la cantidad total cobrada por un servicio. A esto se le llama “facturación de saldo”. Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no contar para su límite anual de gastos de bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red, pero inesperadamente es atendido por un proveedor fuera de la red.

Está protegido contra la facturación de saldos por:

Servicio de emergencia. Si tiene una emergencia médica y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es la cantidad de gastos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguros). No se le puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir una vez estabilizado, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a la protección de que no se le facturen estos servicios posteriores a la estabilización.

Algunos servicios prestados 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, algunos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es la cantidad de participación en los gastos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente del cirujano, hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo.

Si recibe otros 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 pedirá que renuncie a sus protecciones frente a la facturación de saldos. 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 las siguientes protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del gasto (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red).

Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.

- Por lo general, su plan de salud debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted debe al proveedor o centro (costos compartidos) en lo que pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de los beneficios.
 - Contabilizar cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red en su deducible y límite de gastos de su bolsillo.

Si cree que se le ha facturado indebidamente, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos para ponerse en contacto con la entidad responsable de hacer cumplir las leyes federales de protección contra saldos o facturas sorpresa, llamando al 1-800-985-3059.

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises> para obtener más información sobre los derechos que le otorga la ley federal.

HIPAA- LEGISLACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD El Plan de Salud y su(s) proveedor(es) de atención médica están obligados a proteger la información médica confidencial que lo identifique o que pueda ser utilizada para identificarlo en lo que respecta a una afección física o mental, o al pago de sus gastos de atención médica. Si elige una nueva cobertura, usted y sus beneficiarios serán notificados de las políticas y prácticas para proteger la confidencialidad de su información médica.

LEY DE LOS DERECHOS DE LA MUJER SOBRE LA SALUD Y CÁNCER

La Ley de los Derechos de la Mujer sobre la Salud y Cáncer (WHCRA) incluye protección para personas que optan por una reconstrucción mamaria por una mastectomía. WHCRA indica que los planes de salud grupales deben proporcionar cobertura para beneficios médicos y quirúrgicos en relación con las mastectomías. También tiene que cubrir ciertos beneficios después de una mastectomía, lo que incluye cirugía reconstructiva y tratamiento de complicaciones (como linfedema). La cobertura para servicios relacionados con la mastectomía o beneficios necesarios según WHCRA están sujetos al mismo deducible y coseguro o copago que se aplica a otros beneficios médicos o quirúrgicos de sus proveedores de contratos grupales.

LEY DE IMPARCIALIDAD SOBRE INFORMACIÓN GENÉTICA (GINA) DE

2008 El Título II de la Ley de Imparcialidad sobre Información Genética de 2008 protege a los solicitantes y empleados contra la discriminación basada en información genética en áreas como contratación, ascensos, despidos, pagos, beneficios adicionales, capacitación en el trabajo, clasificación, derivaciones y otros aspectos del empleo. GINA también restringe la adquisición de información genética que hacen los empleadores y limita estrictamente su divulgación. La información genética incluye información sobre exámenes genéticos de los solicitantes, empleados o miembros de su familia; la manifestación de enfermedades o trastornos en miembros de la familia (historial médico familiar); y solicitudes u obtención de servicios genéticos por parte de los solicitantes, empleados o miembros de su familia.

SECCIÓN 111 DEL 1 DE ENERO DE 2009

Se exige que los Planes de Salud Grupales (GHP) cumplan con el Informe Obligatorio de Pagador Secundario de Medicare Federal de la Sección 111 de la Ley de Extensión de Medicare, Medicaid y SCHIP de 2007. Esto requiere que los empleadores reporten información específica sobre las coberturas de GHP (lo que incluye números de Seguro Social) para que CMS determinen responsabilidad de pagos primarios contra secundarios. Básicamente, ayuda determinar qué plan paga primero, el plan del Empleador o Medicare/Medicaid/SCHIP para aquellos empleados cubiertos por un plan del gobierno y un plan patrocinado por el empleador.

LEY DE PROTECCIÓN PARA LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y

LAS MADRES DE 1996

La Ley de Protección para la Salud de los Recién Nacidos y las Madres de 1996 dispone que los planes de salud grupales y los distribuidores de seguro de salud generalmente no pueden, según la ley federal, limitar beneficios por cualquier tiempo de hospitalización relacionado con el parto, a la madre ni al recién nacido, a menos de 48 horas tras un parto natural, o menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, la ley federal no prohíbe, por lo general, que el médico tratante de la madre o el recién nacido, después de consultar con la madre, le dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, si corresponde). Un proveedor que atiende se define como una persona que es licenciado según la ley aplicable del estado para proveer cuidado materno o pediátrico y que es directamente responsable de proveer dicho cuidado a la madre o recién nacido. La definición de médico tratante no incluye un plan, hospital, organización de cuidados administrados u otro emisor. En cualquier caso, los planes no pueden, según la ley federal, exigir a un proveedor que obtenga autorización del plan o emisor para prescribir una estancia que no supere las 48 horas (o 96 horas). Contáctenos si desea obtener más información sobre la Ley de Protección para la Salud de los Recién Nacidos y las Madres o WHCRA.

LA LEY DE MICHELLE

Esta ley, que modifica la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), la Ley de Servicios de Salud Pública (PHSA) y el Código de Impuestos Internos (IRC), garantiza que los estudiantes dependientes que se toman una licencia por motivos médicos no pierdan la cobertura del seguro médico. La Ley de Michelle permite que estudiantes universitarios gravemente enfermos, que sean dependientes cubiertos por el plan de salud, mantengan la cobertura hasta por un año mientras toman licencias por necesidad médica. Esta licencia debe ser indicada por un médico como una necesidad médica, y el cambio de inscripción debe comenzar mientras el dependiente está sufriendo una enfermedad o lesión grave y debe provocar que el dependiente pierda su estado de estudiante. Según la ley, un hijo dependiente tiene derecho al mismo nivel de beneficios durante su licencia por necesidad médica como el que tenía antes de tomarla. Si se realiza cualquier cambio en el plan de salud durante la licencia, el hijo sigue siendo elegible para la cobertura modificada de la misma manera en que se habría aplicado su la cobertura modificada hubiera sido la cobertura anterior, siempre que la cobertura modificada siga estando disponible para otros hijos dependientes según el plan.

LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLEO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS DE 1994 (USERRA)

La Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA) se promulgó el 13 de octubre de 1994. La USERRA aclara y refuerza la Ley de Derechos de Reempleo de los Veteranos (VRR). La propia Ley se encuentra en el Código de los Estados Unidos en el Capítulo 43, Parte III, Título 38. El

Departamento del Trabajo ha emitido un reglamento que aclara su posición sobre los derechos a la licencia familiar y médica de los miembros del servicio que regresan, en virtud de la USERRA. Consulte 20 CFR Parte 1002.210. La USERRA tiene por objeto minimizar las desventajas que sufre una persona cuando necesita ausentarse de su empleo civil para servir en los servicios uniformados de este país. La USERRA introduce importantes mejoras en la protección de los derechos y beneficios de los miembros del servicio, aclarando la ley y mejorando los mecanismos de aplicación. También proporciona a los empleados asistencia del Departamento del Trabajo en la tramitación de las reclamaciones. La USERRA cubre prácticamente a todas las personas del país que sirven o han servido en los servicios uniformados y se aplica a todos los empleadores de los sectores público y privado, incluidos los empleadores federales. La ley pretende garantizar que quienes sirven a su país puedan conservar su empleo civil y sus beneficios, y que puedan buscar empleo sin ser discriminados por su servicio. La USERRA ofrece protección a los veteranos discapacitados y exige a los empresarios que hagan esfuerzos razonables para adaptarse a la discapacidad. La USERRA es administrada por el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, a través del Servicio de Empleo y Formación de Veteranos (VETS). El VETS ofrece asistencia a las personas que tienen problemas relacionados con el servicio en su empleo civil y proporciona información sobre la Ley a los empleadores. El VETS también ayuda a los veteranos que tienen preguntas sobre la preferencia de los veteranos.

INSCRIPCIÓN ESPECIAL HIPAA

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL Este aviso se proporciona para garantizar que comprende su derecho a solicitar una cobertura de seguro de salud grupal. Debe leer este aviso incluso si planea renunciar a la cobertura de seguro de salud en este momento.

Pérdida de otra cobertura Si rechaza la cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) a fin de obtener cobertura de otro seguro de salud o plan de salud grupal, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan si luego pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o el empleador deja de contribuir a ella). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura para usted o sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a ella).

Por ejemplo: usted renunció a la cobertura de este plan porque estaba cubierto por un plan ofrecido por el empleador de su cónyuge. Su cónyuge termina su empleo. Si avisa a su empleador dentro de los 30 días posteriores a la fecha de finalización de la cobertura, usted y sus dependientes elegibles pueden solicitar cobertura de este plan de salud.

Matrimonio, nacimiento o adopción Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento o colocación en adopción.

Por ejemplo: cuando fue contratado, era soltero y decidió no elegir los beneficios del seguro de salud. Un año después, se casa. Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en este plan de salud grupal. Sin embargo, debe presentar su solicitud dentro de 30 días a partir de la fecha de su matrimonio.

Medicaid o CHIP Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o si son elegibles para un subsidio de asistencia para primas de Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o la determinación de elegibilidad para un subsidio de asistencia para primas.

Por ejemplo: cuando fue contratado, sus hijos recibían la cobertura médica de CHIP y usted no los inscribió en este plan de salud. Debido a cambios en sus ingresos, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura de CHIP. Puede inscribirlos en este plan de salud grupal si lo solicita dentro de los 60 días siguientes a la fecha de pérdida de cobertura de CHIP. Para obtener más información o asistencia: Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, póngase en contacto con:

Stephanie Buscemi, gerente de HRIS
316 Corporate Place, Chattanooga, TN, 37419
(423) 821-3302
sbuscemi@mmcontainer.com

Nota: si usted o sus dependientes se inscriben durante un período de inscripción especial, como se describe anteriormente, no se lo considerará un afiliado tardío. Por lo tanto, su plan de salud grupal no puede imponer un período de exclusión por afección preexistente de más de 12 meses. Cualquier período de exclusión por afección preexistente se reducirá en

la cantidad de su cobertura de salud acreditable anterior. Con vigencia para los años del plan que comiencen a partir del 1 de enero de 2014, los planes de salud no pueden imponer exclusiones por afección preexistente a ningún afiliado.

HITECH (DE WWW.CDC.GOV) La Ley de Reinversión y Recuperación de EE.UU. (ARRA) se promulgó el 17 de febrero de 2009. ARRA incluye muchas medidas para modernizar la infraestructura de nuestra nación, una de las cuales es la "Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH)". La Ley HITECH apoya el concepto de uso significativo (MU) de las historias clínicas electrónicas (EHR), un esfuerzo dirigido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y la Oficina del Coordinador Nacional de Tecnologías de la Salud (ONC). HITECH propone el uso significativo de registros de salud electrónicos interoperables en todo el sistema de prestación de atención médica de los Estados Unidos como un objetivo nacional fundamental. El uso significativo se define por el uso de la tecnología certificada EHR de manera significativa (por ejemplo, la prescripción electrónica); garantizando que la tecnología certificada EHR esté conectada de una manera que permita el intercambio electrónico de información de salud para mejorar la calidad de la atención; y que al utilizar la tecnología de EHR certificada, el proveedor debe enviar al Secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS) información sobre la calidad de la atención y otras medidas.

RESCISIONES La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio prohíbe la rescisión de la cobertura del plan de salud, excepto por fraude o tergiversación intencional de un hecho material. La rescisión de la cobertura del plan de salud de una persona significa que trataríamos a esa persona como si nunca hubiera tenido la cobertura. La prohibición de rescisión se aplica a los planes de salud grupales, incluidos los planes de derechos adquiridos, vigentes para los años del plan que comiencen a partir del 23 de septiembre de 2010.

Los reglamentos establecen que una rescisión incluye cualquier terminación retroactiva o cancelaciones retroactivas de la cobertura, excepto en la medida en que la terminación o cancelación se deba a la falta de pago oportuno de las primas. Las rescisiones están prohibidas, salvo en caso de fraude o tergiversación intencional de un hecho material. Por ejemplo, si un empleado está inscrito en el plan y hace las contribuciones requeridas, entonces la cobertura del empleado no se puede rescindir si luego se descubre que el empleado se inscribió por error y no fue elegible para participar. Si se cometió un error y no hubo fraude o tergiversación intencional de un hecho material, entonces la cobertura del empleado puede cancelarse de forma prospectiva pero no retroactiva.

En caso de que se cancele la cobertura de un miembro, se le debe proporcionar un aviso por escrito de la rescisión con 30 días de antelación. El aviso también debe incluir los derechos de apelación del miembro según lo exige la ley y según lo dispuesto en los documentos de beneficios del plan del miembro.

LEY DE PARIDAD EN LA SALUD MENTAL E IGUALDAD EN LA ADICCIÓN (MHPAEA) MHPAEA generalmente se aplica a los planes de salud grupales y a los emisores de seguros médicos que brindan cobertura para beneficios de salud mental o trastorno de consumo de sustancias y también para beneficios médicos o quirúrgicos. MHPAEA protege con respecto a la paridad en la cobertura de los beneficios de salud mental y trastorno de consumo de sustancias y los beneficios médicos o quirúrgicos proporcionados por los planes de salud grupales basados en el empleo. La ley MHPA de 1996 exigió la paridad con respecto a los límites de dólares agregados anuales y de por vida para los beneficios de salud mental. MHPAEA amplía esas disposiciones para incluir los beneficios de trastorno de consumo de sustancias. Por lo tanto, en virtud de MHPAEA, los planes y emisores de salud grupales no pueden imponer un límite de dólares anuales y de por vida sobre los beneficios de salud mental o trastorno de consumo de sustancias que sea inferior al límite de dólares anual o de por vida impuesto en los beneficios médicos o quirúrgicos. MHPAEA también exige que los planes de salud grupales y los emisores de seguros médicos garanticen que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones cuantitativas del tratamiento (como los límites de consultas), aplicables a los beneficios de salud mental o trastorno de consumo de sustancias, generalmente no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones aplicadas a los beneficios médicos o quirúrgicos. Las regulaciones de MHPAEA también requieren que los planes y los emisores garanticen la paridad con respecto a las limitaciones cuantitativas del tratamiento (como los estándares de gestión médica).

ATENCIÓN PREVENTIVA Los planes de salud brindarán cobertura dentro de la red por el primer dólar, sin costo compartido, para los servicios preventivos y las vacunas, según lo determinado en las regulaciones de la reforma de la atención médica. Estos incluyen, entre otros, exámenes de detección de cáncer, consultas de bebé sano y vacunas contra la influenza. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, visite: <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>

AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA") requiere que mantengamos la privacidad de la información de salud protegida, informemos nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud y sigamos los términos de nuestro aviso actualmente vigente.

Puede solicitar una copia de las Prácticas de privacidad actuales del Administrador del plan, que explican cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. **Según lo exige la ley.** Divulgaremos información médica cuando así lo exijan las leyes internacionales, federales, estatales o locales.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar, obtener una copia electrónica de los registros médicos electrónicos, recibir una notificación de incumplimiento, realizar enmiendas, obtener un informe de divulgaciones, solicitar restricciones, solicitar comunicaciones confidenciales, obtener una copia en papel de este aviso y presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

Derechos individuales Podemos entregarle una copia de sus registros de reclamaciones de salud y otra información de salud, generalmente dentro de un período de 30 días a partir de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo. Puede pedirnos que corriamos sus expedientes médicos o reclamaciones si cree que son incorrectos. Nos reservamos el derecho de decir "no" a su solicitud, pero le daremos una explicación por escrito dentro de un período de 60 días. Se permite solicitar una forma específica de contacto con usted por motivos confidenciales (por ejemplo, teléfono de la casa o de la oficina), específicamente si estaría en peligro debido a cierta forma de comunicación.

Si desea que no usemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones, tiene permiso para hacerlo. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud si eso afectara su atención. En su solicitud, le proporcionaremos una lista de las veces que hemos compartido su información médica hasta seis años antes de la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. Esta lista incluirá todas las divulgaciones que excluyan el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, así como otras divulgaciones específicas (como las que usted nos solicite). Proporcionamos gratis una lista por año, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, que le proporcionaremos de inmediato, incluso si ha aceptado recibir el aviso de manera electrónica. Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que tengan esta autoridad y puedan actuar en su beneficio antes de tomar cualquier medida.

Si cree que hemos violado sus derechos, puede comunicarse con nosotros utilizando la información que se encuentra en la última página, o presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, por teléfono al 1-877-696-6775, o en el sitio web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Podemos asegurarle que no habrá ninguna represalia contra usted por presentar una queja.

Para cierta información médica, puede decirnos sus elecciones sobre lo que compartimos. Tiene el derecho y la opción de decirnos que sobre todas la información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención y en una situación de ayuda ante desastres. Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos continuar y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted y cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad. Nunca compartimos su información con fines comerciales de venta de su información sin su consentimiento expreso por escrito.

Nuestros usos y divulgaciones En general, usamos o compartimos su información de diferentes maneras. Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe al compartir información con los profesionales que lo están tratando. Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario. No se nos permite usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura (esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo). Nuestra organización puede usar y divulgar su información de salud mientras pagamos por sus servicios de salud, así como divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Otros usos y divulgaciones Por lo general, en materia de salud pública y seguridad, podemos usar y compartir su información. Por ejemplo, prevenir enfermedades, ayudar con el retiro de productos, informar sobre reacciones adversas a medicamentos, reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, así como prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona, y la investigación en salud.

Es posible que tengamos que compartir su información si las leyes estatales o federales lo requieren, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si desea ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad. Otras organizaciones y profesionales con los que podemos compartir su información son organizaciones de obtención de órganos, médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos compartir su información en casos especiales, como reclamaciones de indemnización de accidentes y enfermedades laborales, propósitos de cumplimiento de la ley, agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley y funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial. Podemos compartir información sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia. No utilizaremos ni compartiremos su información de manera diferente a la que se describe aquí, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

"Nosotros" y "nuestro" se definen como la compañía de seguros en el caso de los planes totalmente asegurados o bien al administrador del plan o administrador externo en el caso de los planes autoasegurados.

DERECHOS DE COBERTURA DE CONTINUACIÓN CONFORME A COBRA

Usted recibe este aviso porque ha obtenido recientemente la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a continuación de cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica en términos generales la continuación de cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y lo que necesita hacer para proteger el derecho a recibirla. Si es elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de cobertura de COBRA.

El derecho a cobertura de continuación de COBRA fue establecido por una ley federal, la Ley General de Conciliación Presupuestaria Consolidada de 1985 (COBRA). La continuación de cobertura de COBRA puede estar a su disposición y a la de otros miembros de su familia en caso de que la cobertura de salud grupal finalice. Para obtener información adicional acerca de sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, debe revisar el resumen del Plan, la descripción del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que disponga de otras opciones cuando pierda la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede calificar para obtener costos más bajos en sus primas mensuales y menores gastos de bolsillo. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA? Es una continuación de la cobertura del Plan cuando la cobertura termina debido a un acontecimiento de vida. También conocido como un "acontecimiento que califica". Más adelante en este aviso se enumeran los acontecimientos que califican. Después de un acontecimiento que califica, se debe ofrecer cobertura de continuación de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido a un acontecimiento que califica. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por ella.

Si usted es un empleado, será un beneficiario calificado si pierde la cobertura del Plan debido a que ocurrió alguno de los siguientes acontecimientos que califican:

- Se reducen sus horas de empleo; o
- Finaliza su empleo por cualquier motivo que no sea una falta grave.

Si usted es cónyuge de un empleado, será un beneficiario calificado si pierde la cobertura del Plan debido a alguno de los siguientes acontecimientos que califican:

- Fallece su cónyuge;
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge;
- Finaliza el empleo de su cónyuge por cualquier motivo que no sea una falta grave;
- Su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); o

- Se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes serán beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a alguno de los siguientes acontecimientos que califican:

- Fallece el empleado que es su padre o madre;
- Se reducen las horas de empleo del empleado que es su padre o madre;
- Finaliza el empleo del empleado que es su padre o madre por cualquier motivo que no sea una falta grave;
- El empleado que es su padre o madre tiene derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas);
- Se divorcian o separan legalmente sus padres; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura de COBRA? El Plan ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados únicamente después de haber notificado al Administrador del Plan que ocurrió un acontecimiento que califica. El empleador debe informar al Administrador del Plan sobre los siguientes acontecimientos que califican:

- El término del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- Fallecimiento del empleado; o
- El empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).

En el caso de otros acontecimientos que califican (divorcio o separación legal del empleado y cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente) usted debe notificar por escrito al Administrador del Plan en un plazo de 60 días después de que ocurra un acontecimiento que califica. Debe proporcionar este aviso a la parte o partes correspondientes.

¿Cómo se proporciona la continuación de cobertura de COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan recibe el aviso de que sucedió un acontecimiento que califica, se ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres pueden elegirla en nombre de sus hijos.

Esta es una continuación temporal de la cobertura, que generalmente dura 18 meses, debido al término del empleo o a la reducción de las horas de trabajo. Algunos acontecimientos que califican, o un segundo acontecimiento que califica, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

Hay dos maneras de extender el período de 18 meses de la continuación de cobertura de COBRA:

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

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y notifica por escrito al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a recibir una continuación de cobertura de COBRA por 11 meses adicionales hasta alcanzar un máximo total de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de cobertura de COBRA y debe durar, como mínimo, hasta el término del período de 18 meses de la continuación de cobertura.

Extensión por segundo acontecimiento que califica del período de 18 meses de la continuación de cobertura.

Si ocurre otro acontecimiento que califica en su familia mientras recibe los 18 meses de continuación de cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden recibir un máximo de 18 meses adicionales de continuación de cobertura de COBRA, durante un máximo de 36 meses, si se proporciona aviso de la manera debida al Plan sobre el segundo acontecimiento que califica. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que reciben continuación de cobertura de COBRA si fallece el empleado o exempleado, tiene derecho a recibir los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas), se divorcia o separa legalmente o si el hijo dependiente deja de ser elegible según el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo

está disponible si el segundo acontecimiento que califica habría hecho que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si no hubiera ocurrido el primer acontecimiento que califica.

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

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de cobertura de COBRA cuando termine la cobertura de mi plan de salud grupal? En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez, porque todavía está trabajando, después del período de inscripción inicial de Medicare tiene un período especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza en la fecha más temprana entre

- El mes siguiente al término de su empleo; o
- El mes siguiente al término de la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la cobertura de continuación de COBRA en su lugar, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y puede tener un vacío en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la continuación de cobertura de COBRA y posteriormente se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que dicha cobertura finalice, el Plan puede terminar su continuación de cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no puede interrumpirse por tener derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA.

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

Para obtener más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>, o <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>.

Si tiene alguna pregunta. Las preguntas relacionadas con su Plan o con sus derechos de continuación de cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección del Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (EBSA) del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos más cercana a su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga informado al Plan sobre sus cambios de domicilio. A fin de proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Administrador del Plan de cualquier cambio en los domicilios de sus familiares. También debe conservar una copia, para su archivo, de todo aviso que le envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto del plan

Stephanie Buscemi, gerente de HRIS
316 Corporate Place, Chattanooga, TN, 37419
(423) 821-3302
sbuscemi@mmcontainer.com



POWERED BY  BKS PARTNERS

246 E. 11th Street, Suite 302, Chattanooga, TN 37402
(423) 266-8306 • www.rbabenefits.com

Producido e impreso por Russ Blakely and Associates, LLC, 10/2023

Aviso importante de nuestra empresa sobre su cobertura de medicamentos de venta con receta y Medicare

Lea este aviso con atención y manténgalo en un lugar donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos de venta con receta en nuestra empresa y sobre sus opciones de la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare en su área. Al final de este aviso puede encontrar información sobre dónde puede conseguir ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos de venta con receta.

Hay dos aspectos importantes que debe conocer sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare está disponible desde 2006 para todos quienes tengan Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un Plan de medicamentos de venta con receta de Medicare o a un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos de venta con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura fijado por Medicare. Algunos planes podrían también ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Nuestra empresa ha determinado que la cobertura de medicamentos de venta con receta ofrecida por los planes médicos debería pagar, en promedio para todos los participantes del plan, tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una Cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa), si más tarde decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare la primera vez que sea elegible para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta por razones no atribuibles a usted, también será elegible para un Período especial de inscripción (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué ocurre con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de empleado no se verá afectada. Puede conservar esta cobertura si elige la Parte D y el plan médico se coordinará con la cobertura de la Parte D.

Si cancela su cobertura actual con Nuestra empresa y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan obtener esta cobertura de nuevo.

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

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con Nuestra Compañía y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una multa) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si está 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta, su prima mensual podría aumentar en al menos un 1 % de la prima de beneficiario base de Medicare por mes para cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19 % más alta que la prima básica de los beneficiarios de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare. Además, podría tener que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Más información sobre sus opciones de la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare...

Puede encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos de venta con receta en el manual “Medicare y usted”. Medicare le enviará una copia del manual por correo cada año. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

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

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (consulte la contraportada interior de su copia del manual “Medicare y usted” para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

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

Recuerde: Conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide unirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, podrían exigirle que entregue una copia de este aviso cuando deba probar si ha conservado o no la cobertura acreditable y, por lo tanto, si le exigen o no pagar una prima más alta (una multa).

Fecha	01/2024
Nombre de la entidad	M&M Industries
Contacto	Stephanie Buscemi, gerente de HRIS
Dirección	316 Corporate Place Chattanooga, TN 37419
Teléfono	(423) 821-3302
Correo electrónico	sbuscemi@mmcontainer.com

Opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Información general

Con ciertas partes claves de la ley de salud que han tomado efecto en el 2014, hay una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del **mercado de seguros médicos**. A fin de ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinde información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinde M&M Industries, Inc..

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato.

El periodo de inscripción para el año 2023 comienza el 1 de noviembre 2022 y acaba el 15 de enero 2023; El periodo de inscripción para el año 2024 comienza el 1 de noviembre 2023 y acaba el 15 de enero 2024. Personas también pueden calificar para un periodo de inscripción especial fuera de la inscripción abierta, si es que sufren un cierto evento. (Lea [Periodo especial de inscripción](#) y [Eventos calificados](#)).

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, tal vez no será elegible para un crédito tributario a través del mercado dependiendo en lo siguiente y en su ingreso familiar. Es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.12% del ingreso anual del 2023 de su familia, supera el 8.39% del ingreso anual del 2024 de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario. Comenzando en 2021 la Ley del Plan de Rescate Americano (ARPA), y siendo extendido para los años 2023 a 2026 por la Ley para Reducción de Inflación de 2022, el límite de 100-400% del nivel de pobreza federal fue removido y bajo el requisito del porcentaje de ingreso anual de su familia para poder calificar por un crédito tributario, a 8.5%.

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte Descripción Resumida del Plan o comuníquese con su empleador.

El mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite [CuidadoDeSalud.gov](https://www.healthcare.gov/marketplace-in-your-state/) para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área. Residentes de los siguientes estados tendrán que utilizar el mercado estatal. Para obtener más información sobre las paginas de web de estos estados por favor diríjase a <https://www.healthcare.gov/marketplace-in-your-state/>

CA, CO, CT, DC, ID, KY, MA, MD, ME, MN, NJ, NM, NV, NY, PA, RI, VT, WA

Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información.

Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

1. Nombre del empleador: M&M Industries, Inc.
2. Número de identificación del empleador (EIN): 62-1260875
3. Dirección del empleador: 316 Corporate Place
4. Número telefónico del empleador: (423) 821-3302
5. Ciudad: Chattanooga
6. Estado: TN
7. Código Postal: 37419
8. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Con: Stephanie Buscemi
9. Número de teléfono: (423) 821-3302
10. Correo electrónico: sbuscemi@mmcontainer.com

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para: Empleados Elegibles.
Empleados elegibles son: Empleados regulares a tiempo completo que trabajan un promedio de 30 horas o más por semana..
- En cuanto a los dependientes: Se le ofrece cobertura a todos los dependientes elegibles.
Dependientes elegibles son: Cónyuge legal e hijos dependientes del empleado elegible.

Esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

*Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aun así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima. Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite CuidadoDeSalud.gov para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo.

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

Plan de participación en las ganancias 401(k) de M&M Industries, Inc.

Procedimientos de retirada/distribución

Para su beneficio, M & M Industries, Inc. está agilizando su proceso relacionado con retiros, distribuciones y préstamos en el Plan de Jubilación. Este nuevo proceso mejorará los tiempos de respuesta y la precisión de sus solicitudes. Este proceso será para:

**Retiros de Distribución por
Dificultades Económicas
Retiros de distribución en servicio**

**Retiros de Distribución Post-Indemnización
Retiros de Distribución de Jubilación**

Para iniciar cualquiera de los retiros anteriores, llame o envíe un correo electrónico a:

ERISA Services, Inc.

Michelle Sisk

P.O. Box 24628

Knoxville, TN 37933

msisk@erisaservices.com

(865) 218-3109 Línea Directa

(865) 218-5706 Fax directo

(865) 966-1225 Línea Principal

Si Michelle Sisk está al otro lado de la línea, por favor deje un mensaje con **su**:

Nombre

Empresa para la que trabajas

Tipo de distribución que solicita

Información de contacto: teléfono, correo electrónico y dirección postal

Deberá dejar un número de teléfono donde podamos comunicarnos con usted, una dirección de correo electrónico o una dirección postal donde podamos enviar su documentación.

Al firmar y completar la documentación proporcionada por ERISA Services, debe devolverla a ERISA Services por correo electrónico, fax o correo postal. Es prudente guardar una copia de lo que completó. Puede esperar que su retiro, distribución o préstamo se le envíe dentro de los 10 días hábiles posteriores a su procesamiento.



Aproveche al máximo el *beneficio* de su plan de jubilación

Pasos a seguir ahora, para estar preparado para después

Bienvenido a John Hancock

Su empleador se asoció con John Hancock para ofrecerle el beneficio de un plan de jubilación que le brinda una manera de ahorrar con ventajas fiscales para su futuro.

Los beneficios de participar

- Deducciones de nómina automáticas y convenientes
- Contribuciones antes de impuestos
- Ganancias compuestas que realmente se acumulan
- Ahorros con impuestos diferidos
- Y más

¡Empecemos!

Su plan de jubilación es una de las fuentes de ingresos más importantes que tendrá al jubilarse. Para ayudarle a empezar, tendrá que responder a dos preguntas importantes: “¿Cuánto puedo apartar de cada cheque de pago?” y “¿Cómo debo invertirlo?”. Le explicaremos cada uno de estos aspectos.



¿Necesita ayuda con la inscripción?
Llámenos al
855-JHENROLL
(543-6765).

Registrarse e inscribirse

¡Registre su cuenta e inscribáse ahora, si aún no lo ha hecho! Vaya a myplan.johnhancock.com o descargue la aplicación de jubilación de John Hancock. De cualquier manera, encontrará una manera conveniente y segura de acceder a su cuenta de jubilación.



Descargue la aplicación de jubilación de John Hancock.



Android



iOS

Configure su perfil en línea. Si es su primera visita, elija **“Register now”** (Registrarse ahora).

Ingrese su información, incluyendo:

Su número de contrato

112739

Después, siga estos pasos:

- 1 Cree un nombre de usuario y contraseña,
- 2 Elija sus preguntas y respuestas de seguridad, y
- 3 Confirme su información, ¡y listo!

Si es la primera vez que se inscribe, después de registrarse, haga clic en **“Enroll now”** (Inscribirse ahora).

Necesitará su número de acceso de inscripción

165189

El sitio web y la aplicación para su celular tienen mucho que ofrecer. Registrar su cuenta le ayuda a tener un acceso fácil, seguro y protegido a su información. Además, nos permite actuar rápidamente para proteger su cuenta en caso de que note transacciones o actualizaciones que no haya hecho, así que no pierda esta oportunidad de mantenerse conectado a medida que se prepara para la jubilación.



¿Necesita ayuda con la inscripción? Llámenos al **855-JHENROLL (543-6765)**.

Ahorre para mañana, desde ahora

Cada día de pago, puede contribuir la cantidad que desee de su salario de acuerdo con los límites de su plan o del IRS. Cuanto más contribuya a su cuenta, mayor será el impacto de la capitalización (cuando sus ganancias se reinvierten y generen sus propias ganancias) y tendrá más probabilidades de ahorrar a largo plazo.

Esperar tiene un costo. Considere que cuanto antes empiece a ahorrar, más tiempo tendrá para que su dinero crezca.

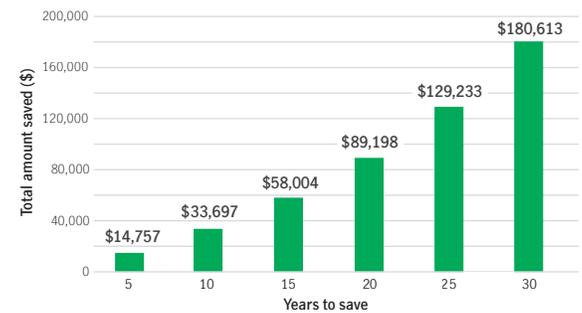
Consejo

Incluso un aumento del 1% en la cantidad de su contribución puede marcar una gran diferencia. Use el planificador de jubilación en línea en myplan.johnhancock.com o la aplicación móvil para ver la gran diferencia que logra al cambiar el monto de su contribución actual. Puede cambiar su tasa de contribución en cualquier momento.*

Ejemplo

Digamos que su sueldo neto es generalmente de \$ 500 por semana. Si quiere ahorrar \$ 50, su sueldo neto debería ser de \$ 450. Sin embargo, si ahorra sobre una base antes de impuestos, su sueldo sería de \$ 460, lo que significa solo \$ 40 menos. Usted contribuirá \$ 2,600 por año y reducirá un monto de \$ 525 de impuestos sobre su ingreso anual.

Esta es la forma en que esos \$ 50 podrían sumarse con el tiempo:



Este ejemplo hipotético asume ahorros de \$ 0, una tasa de rendimiento anual del 5% y contribuciones de \$ 50 por semana/\$ 217 al mes. Esto no asume los retiros ni toma en cuenta las cuotas asociadas a la inversión. No hay garantía de que se alcancen los resultados que se muestran y puede ser que las suposiciones que se ofrecen no concuerden con su situación.

Formas de *invertir*

Su plan de jubilación ofrece una amplia gama de inversiones que coinciden con sus objetivos de jubilación y tolerancia al riesgo. Y usted puede elegir la opción que mejor convenga para el nivel de participación que desea tener.



La elección de inversiones dentro de diferentes clases de activos (como efectivo, bonos y acciones) se conoce como **diversificación**. Dividir su dinero entre estos grupos se conoce como **asignación de activos**. El uso de ambos enfoques al elegir sus inversiones puede ayudarle a encontrar el equilibrio adecuado entre riesgo y recompensa para adaptarse a su situación.

Cada inversión representa una combinación de riesgo y rendimiento.



El rendimiento pasado no garantiza los resultados futuros.

* Hable con el administrador de su plan para obtener más información y determinar la frecuencia con la que su plan permite cambios en la tasa de contribución.

* Consulte la línea de inversiones de su plan para ver las opciones disponibles.

Ni la asignación de activos, ni la diversificación garantizan una ganancia o protección contra una pérdida. Una opción de inversión de asignación de activos puede no ser apropiada para todos los participantes, especialmente para aquellas personas interesadas en gestionar sus propias opciones de inversión.

No hay garantía de que alguna estrategia de inversión logre sus objetivos.



¿Tiene preguntas sobre su cuenta?

Visite myplan.johnhancock.com o descargue la aplicación de jubilación de John Hancock para obtener detalles sobre las características de su plan, las opciones de inversión, los límites de contribución, las calculadoras y más.

¿Todavía no está listo para *tomar* una decisión?

Su dinero se invertirá en la opción de inversión predeterminada de su plan. Puede volver en cualquier momento para actualizar o cambiar sus inversiones. Independientemente de lo que elija, asegúrese de revisar sus inversiones de manera regular y hacer los ajustes necesarios.

Consejo

Realice el Test de Riesgo para averiguar qué tipo de inversionista es usted. Vaya a jhriskquiz.com o escanee el código QR.

Sus necesidades de inversión pueden cambiar con el tiempo. Le recomendamos que vuelva a responder el Test de Riesgo cuando cambien sus necesidades para asegurarse de que su perfil de riesgo coincida exactamente con su tolerancia al riesgo.



Su jubilación al alcance de su mano

Vaya a myplan.johnhancock.com o descargue la aplicación de jubilación de John Hancock para consultar, administrar y personalizar su plan de jubilación en el momento y lugar que mejor le convengan.



Lleve un seguimiento

Consulte los detalles de su cuenta de un vistazo, incluyendo el saldo, la tasa de rendimiento y las inversiones, lo que facilita el seguimiento del progreso hacia su objetivo de jubilación.



Analice

Eche un vistazo más de cerca a su flujo de efectivo, hábitos de gasto y deudas para ayudar a administrar su presupuesto.



Combine

Considere combinar sus cuentas de jubilación de empleadores anteriores para ver los ahorros totales de su jubilación en un solo lugar. Comuníquese con nosotros al **800-555-5165** para más información.†



Aun cuando la presente comunicación es en español, John Hancock Retirement desarrolla su actividad comercial en inglés.

† Disponible para planes que utilizan los servicios de consolidación de John Hancock; las transferencias están sujetas a las disposiciones del plan de la empresa. Debido a que existen otras opciones disponibles, se recomienda a los participantes que evalúen dichas alternativas para determinar si la combinación de las cuentas de jubilación es adecuada para cada uno.

Si tiene preguntas específicas sobre su cuenta después de haberse registrado e inscrito, comuníquese con un representante de John Hancock al 800-395-1113.

El contenido de este documento es únicamente para información general y se considera exacto y confiable a partir de su fecha de publicación, pero puede estar sujeto a cambios. No está destinado a proporcionar asesoramiento relacionado con inversiones, impuestos, diseño de planes o asuntos jurídicos (a menos que se indique de otra forma). Le pedimos que consulte a su propio asesor independiente sobre cualquier declaración de inversión, fiscal o legal realizada en el presente documento.

Los contratos de anualidad colectivos y los acuerdos de mantenimiento de registros son emitidos por John Hancock Life Insurance Company (U.S.A.) ("John Hancock USA"), Boston, MA (no autorizada en Nueva York) y John Hancock Life Insurance Company of New York (John Hancock New York), Valhalla, NY. Las características y la disponibilidad del producto pueden variar según el estado. John Hancock USA y John Hancock New York ponen a disposición de los patrocinadores o los administradores de planes de jubilación una plataforma de alternativas de inversión cada uno, sin tener en cuenta las necesidades individualizadas de cada plan. A menos que se especifique de otra forma por escrito, John Hancock USA y John Hancock New York no proporcionan ni se comprometen a proporcionar asesoramiento imparcial en materia de inversiones ni a ofrecer asesoramiento en calidad de fiduciarios.

NO ASEGURADO POR LA FDIC. PODRÍA PERDER VALOR. NO GARANTIZADO POR EL BANCO.

© 2021 John Hancock. Todos los derechos reservados.

G-P39734-SP-GE 10/21-46101

| 24663



Instrucciones para el formulario de inscripción

Llene el formulario adjunto, fírmelo y devuélvaselo al administrador de su plan.

Importante: Después de completar este formulario, todavía tendrá que registrarse en nuestro sitio web para administrar su cuenta.

Opciones de inversión

Al firmar este formulario, usted acepta que todas las contribuciones se inviertan al 100% en la Opción de Inversión Predeterminada del Plan (OIP) seleccionada por su fideicomisario del plan, hasta que usted elija otra opción de inversión en línea en myplan.johnhancock.com o por teléfono al 800-395-1113. Durante su inscripción, también puede llamar a su especialista en inscripciones personal al 855-543-6765.

Si la OIP de su plan cambia, sus inversiones se mantendrán en los fondos que se enlistan en el formulario. Si la opción OIP de su plan es un conjunto con fecha establecida, sus inversiones se mantendrán basándose en la fecha establecida más cercana al año en que cumpla 67 años. Si no proporciona su fecha de nacimiento, sus contribuciones se invertirán en el fondo con fecha establecida más conservador.

Considere consolidar sus cuentas de jubilación[†]

Si tiene otras cuentas de jubilación, como una cuenta 401(k) con un empleador anterior o una cuenta IRA, puede transferirlas a su nueva cuenta de jubilación con John Hancock.

Para obtener más información sobre esta opción y evaluar si consolidar sus cuentas es lo adecuado para usted, simplemente indique que desea analizar sus opciones en el formulario de inscripción o llámenos al **1-877-525-7655**.

Hable con un representante financiero para determinar si le conviene combinar sus cuentas de jubilación, dado que hay otras opciones disponibles.

[†] Disponible para planes que utilizan los servicios de consolidación de John Hancock; las transferencias están sujetas a las disposiciones del plan de su empresa.



John Hancock
200 Berkeley Street
Boston, MA 02116

Mi formulario de *inscripción*

¿Necesita ayuda para inscribirse?

Complete, firme y devuelva el formulario al administrador de su plan. Comuníquese con su especialista en inscripciones al 855-543-6765.

Nombre del contrato **M & M INDUSTRIES, INC.**
Número de contrato **112739**

Mi información personal

Apellido

Nombre, Inicial

Número de Seguro Social

 - -

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

 / /

Mis contribuciones por cheque de pago

Antes de impuestos solamente (Aumentar mi contribución antes de impuestos un **1 % anual**) **Solo para Roth**
 6% 8% 10% 12% 15%

Otro: Para elegir una cantidad/porcentaje diferente O dividir antes de impuestos y Roth, llene a continuación:

Pretax: % Roth: %

Mis inversiones

Para revisar y seleccionar opciones de inversión, vaya en línea a myplan.johnhancock.com o llámenos al 800-395-1113. Mientras no se elija otra opción de inversión, el 100% de sus contribuciones se invertirán en la OIP del plan (que se detalla a continuación). Si la opción OIP de su plan es un conjunto con fecha establecida, sus inversiones se mantendrán basándose en la fecha establecida más cercana al año en que cumpla 67 años. Si no proporciona su fecha de nacimiento, sus contribuciones se invertirán en la cartera más conservadora dentro del conjunto de fechas establecidas.

Fundo	Código	%
Cartera de Combinación de por Vida de John Hancock CIT	R2	100

¿Cuál es el siguiente paso? Conecte sus cuentas

¡Sí! Deseo más información para ver si me conviene combinar las cuentas de jubilación. Método de contacto preferido:

Por teléfono: Mejor hora (encierre en un círculo) A.M./P.M.

O por correo electrónico:

Firma

He leído, entiendo y acepto la información, los términos y las condiciones con respecto a mi inscripción, contribuciones e inversiones previstas en este formulario, incluyendo las instrucciones de este formulario. Acepto que el 100% de mis contribuciones se invertirán en la opción OIP del plan hasta que seleccione otra u otras opciones de inversión.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Aunque el presente comunicado es en español, John Hancock Retirement Plan Services realiza sus actividades comerciales en inglés.



Formulario de exclusión

Complete, firme y devuelva el formulario al administrador de su plan.

Nombre del contrato
Número de contrato

? ¿Necesita ayuda para inscribirse?
Comuníquese con su especialista en inscripciones al **855-543-6765**.

➤ MI Información personal

Apellido

Nombre, Inicial

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

➤ Mis contribuciones

Ahorrar para la jubilación es importante.

Sin embargo, si decide no realizar contribuciones para su jubilación en este momento, elija la opción siguiente, firme y entregue el formulario al administrador de su plan. Cuando esté listo para empezar a contribuir, visite johnhancock.com/myplan para inscribirse.

Para obtener más detalles sobre los periodos de admisibilidad o sobre cualquier restricción que pudiera tener su plan, consulte el documento que contiene el resumen del plan o hable con el administrador de su plan.

Elijo **no** contribuir a mi plan de jubilación en este momento.

Signature of participant: _____ Date: _____