

Guía de Beneficios 2025-2026



T.M. Cobb Company

Alexis Cash
Especialista en Beneficios

alexisc@tmcobb.com

Oficina: 951.248.2407

500 Palmyrita Avenue, Riverside, CA 92507

Dentro de esta Guía

Resumen de Beneficios	2
Beneficios Médicos.....	3
Beneficios Dentales	4
Beneficio de Visión	5
Plan de Jubilación 401(k) – Fidelity NetBenefits	6
Seguro de Vida	6
Seguro de Vida Voluntario y AD&D.....	7
Plan de Indemnización Hospitalaria Voluntaria	7
Plan de Accidentes Voluntario	8
Plan de Enfermedades Críticas Voluntario	8
Programa de Asistencia al Empleado ...	9
Plan de Reembolso de Gastos de Salud (HRA).....	10
Cuenta de Gastos Flexibles (FSA).....	10
Página de Descuentos	11
Notificaciones y Divulgaciones para la Inscripción Anual	14

Si usted (y/o sus dependientes) tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte la página 18 para obtener más detalles.

Resumen de Beneficios

T.M. Cobb Company se enorgullece de ofrecer un paquete completo de beneficios a los empleados a tiempo completo que trabajan 30 horas por semana. Actualmente, T.M. Cobb/Haley Bros. ofrece los siguientes beneficios a sus empleados elegibles.

Planes de Beneficios Ofrecidos

- Médico
- Dental
- Visión
- Jubilación 401(k)
- Acuerdo de Reembolso de Gastos de Salud (HRA)
- Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)
- Seguro de vida y AD&D
- Seguro de vida voluntario y AD&D
- Indemnización Hospitalaria Voluntaria
- Plan de Accidentes Voluntario
- Enfermedad Crítica Voluntaria
- EAP

Elegibilidad

Usted y sus dependientes son elegibles para los beneficios de T.M. Cobb Company a partir del primer día del mes siguiente a los 60 días (2 meses) de empleo.

Los dependientes elegibles son su cónyuge, hijos menores de 26 años, dependientes discapacitados de cualquier edad o dependientes elegibles de T.M. Cobb Company.

Las elecciones realizadas ahora se mantendrán hasta la próxima inscripción abierta a menos que usted o sus familiares experimenten un evento calificador. Si experimenta un evento calificador, debe comunicarse con Recursos Humanos dentro de los 30 días.

Renuncia al Seguro Médico

Los empleados que renuncien al seguro médico ofrecido por T.M. Cobb y proporcionen una copia de su tarjeta de seguro médico actual recibirán un reembolso mensual de \$50 en el primer cheque de pago de cada mes.

Inscripción Abierta

Médico, Dental, y Visión

La inscripción abierta para médico, dental y visión generalmente se realiza en agosto de cada año. Los beneficios para el nuevo año del plan de beneficios comenzarán el 1 de septiembre de cada año.

Cuenta de Gastos Flexibles

La inscripción abierta para la Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) comienza el 1 de diciembre y cierra el 30 de diciembre para el próximo año calendario que comienza el 1 de enero.

Este documento es un resumen de la cobertura proporcionada bajo los planes de beneficios de su empleador, basado en la información proporcionada por su empresa. No incluye todos los términos, coberturas, exclusiones, limitaciones y condiciones contenidas en el Documento del Plan oficial, las pólizas de seguros aplicables y los contratos (en conjunto, los "documentos del plan"). Los propios documentos del plan deben ser consultados para obtener esos detalles. El objetivo de este documento es proporcionarle información general sobre los planes de beneficios de su empleador. No necesariamente aborda todos los problemas específicos que pueden ser aplicables a usted. No debe interpretarse como, ni tiene la intención de proporcionar, asesoramiento legal. En la medida en que cualquier información contenida en este documento sea inconsistente con los documentos del plan, las disposiciones establecidas en los documentos del plan prevalecerán en todos los casos. Si desea revisar los documentos del plan o tiene preguntas sobre problemas específicos o disposiciones del plan, debe comunicarse con su Departamento de Recursos Humanos/Beneficios.

Beneficios Médicos

Administrados por Aetna

Comparación entre Aetna AWH HMO y Full HMO

El Aetna AWH HMO y el Full HMO tienen los mismos beneficios.

La elección entre una red limitada y una red completa depende de las preferencias individuales, las necesidades de atención médica y el presupuesto. Si tu proveedor de salud se encuentra dentro de la red del plan AWH HMO, considera cambiar al plan AWH HMO para obtener primas más bajas sin perder tu asignación actual de proveedor.

Comuníquese con los Servicios para Miembros de Aetna para cambiar su Médico de Atención Primaria.: **800.445.5299**

Ve a Aetna.com/individuals-families/find-a-doctor.html para encontrar un médico o hospital ahora mismo.

Aetna AWH Network cuenta con grandes grupos médicos reconocidos cerca de donde vives o trabajas. Aquí tienes una muestra de los grupos incluidos.

- Beaver Medical Group
- Optum Care Network
- Prospect Medical Group
- Riverside Medical Group
- Hill Physicians
- Mercy Medical Group

IMPORTANTE: Si vive fuera del estado, comuníquese con Alexis Cash, Especialista en Beneficios, para obtener beneficios médicos alternativos.

Nombre del Plan	Aetna HMO Completo y Aetna HMO AWH Solo Dentro de la Red de Proveedores
	Beneficios Dentro de la Red
DISEÑO DEL PLAN	
Deducible del Año Calendario (AC) (Individual / Familia)	\$3,000 / \$6,000
CY Out-of-Pocket Max (Individual / Familia)	\$6,000 / \$12,000
Coseguro (member pays after deductible)	N/A
Cuidado Preventivo	Cubierto al 100%; sin deducible
Visita de Atención Primaria	\$45; sin deducible
Visita a Especialista	\$45; sin deducible
Atención de Urgencia	\$45; sin deducible
Sala de Emergencias	\$150; sin deducible Exento si se admite.
Hospitalización	40% después del deducible
Cirugía Ambulatoria	0% coseguro
Terapia Física/Ocupacional/del Habla (pueden aplicarse límites de visitas)	\$45; sin deducible
Pruebas Diagnósticas (Radiografía, análisis de sangre)	100% Cubierto; sin deducible
FARMACIA	
Minorista	
Nivel I / Nivel II / Nivel III	\$10 / \$30 / \$50
Especialidad	20% al máximo \$250

Contribuciones Médicas

Plan de Beneficios	HMO Completo	HMO de AWH
Costo por cheque de pago	Bajo	Más bajo
Red de proveedores	Más grande	Angosto
	Mayor rango de medicos dentro de la red	Menor rango de medicos dentro de la red

AMOB'S PLANES OFRECEN EL MISMO NIVEL DE COBERTURA.

Empleado	\$78.54	\$54.98
Empleado + Cónyuge	\$236.45	\$184.99
Empleado + Hijo(s)	\$193.46	\$163.01
Familia	\$333.19	\$270.70

Beneficios Dentales

Administrados por Aetna

Ahora tendrá dos planes dentales ofrecidos a través de Aetna. El plan dental HMO es una opción de menor costo; sin embargo, solo puede acceder a proveedores dentro de la red. El plan dental PPO ofrece cobertura tanto dentro como fuera de la red; aunque su dinero rinde más al buscar atención con un proveedor dentro de la red. Para determinar si su dentista está dentro o fuera de la red de su seguro, visite <http://www.aetna.com> o llame al 877.238.6200.

Aetna Managed Dental HMO	
Solo en la red	
Deducible Anual	N/A
Máximo Anual	Ilimitado
Visita a la Oficina	No copago
Servicios Preventivos	El copago varía
Servicios Básicos	El copago varía
Servicios Mayores	El copago varía
ORTODONCIA	
Adulto	\$2,000
Niño hasta los 19 años	\$2,000

Aetna Dental PPO		
	Dentro de la Red	Fuera la red
DEDUCIBLE ANUAL		
Individual	\$100	\$100
Familia	\$300	\$300
Máximo Anual	\$1,000	\$1,000
Servicios Preventivos	80%	50%
Servicios Básicos	80%	50%
Servicios Mayores	50%	50%
Ortodoncia	No cubierto	No cubierto

Nivel	DHMO Costo por Quincena	DPPO Costo por Quincena
Empleado	\$1.72	\$4.27
Empleado + 1	\$3.36	\$8.54
Empleado + 2	\$5.54	\$12.80



Beneficio de Visión

Los exámenes regulares de la vista no solo pueden determinar su necesidad de usar lentes correctivos, sino que también pueden detectar problemas generales de salud en sus etapas más tempranas. Proteger sus ojos debe ser una preocupación importante para todos.

Tenga en cuenta que con Aetna hay proveedores tanto dentro como fuera de la red. Al buscar atención de la vista, asegúrese de que su proveedor esté dentro de la red de Aetna Vision Preferred para recibir mayores descuentos. Para encontrar un proveedor, visite eyedoclocator.aetnavision.com.

Choice Network	Frequency	
Examen	Una vez cada 12 meses, basado en el año calendario	
Lentes	Una vez cada 12 meses, basado en el año calendario	
Armazones	Una vez cada 24 meses, basado en el año calendario	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Examen	\$10 Copago	Hasta \$30
Subsidio para Armazones	Hasta \$150 +20% de descuento del balance	Reembolso de \$75
	Lentes	
Visión Sencilla	\$25 Copago	Reembolso de \$25
Bifocal	\$25 Copago	Reembolso de \$40
Trifocal	\$25 Copago	Reembolso de \$55
	Contact Lenses (in lieu of frames)	
Voluntario	Hasta \$150 +15% de descuento del balance	Reembolso de \$120
Medicamento Necesario	Cubierto al 100% después de un copago de \$10	Reembolso de \$200

Nivel	Costo por Cheque de Pago (Quincenal)
Empleado	\$1.00
Empleado + 1	\$1.50
Empleado + 2	\$2.00



Plan de Jubilación 401(k) – Fidelity NetBenefits

Empleados Contratados	Mes de la Reunión (Fechas por Determinar)	Mes Efectivo
Enero-Marzo	Marzo	Abril 1
Abril-Junio	Junio	Julio 1
Julio-Septiembre	Septiembre	Octubre 1
Octubre-Diciembre	Diciembre	Enero 1

Durante las reuniones del plan 401(k), los empleados interesados en contribuir a su cuenta de jubilación 401(k) deberán asistir y registrarse en línea a través de www.401k.com.

Asesores financieros dedicados están disponibles con Morgan Stanley, Richard Bratincevic y Gladys Lugo al **626.304.2419** para preguntas o inquietudes.

La contribución mínima es del 2%. La empresa iguala el 25% de los primeros 5% contribuidos por los empleados. Su cuenta estará completamente adquirida después de 5 años de servicio con la empresa.

Las contribuciones al plan 401(k) pueden ajustarse según sea necesario en línea a través de www.401k.com.

Seguro de Vida

100% pagado por la empresa, disponible para todos los empleados a tiempo completo. ¡Confirma que Paycom tenga listado tu(s) beneficiario(s) principal(es) y secundario(s)!

Clase de Seguro de Vida	
Clase 6	\$4,000
Clase 5	\$5,000
Clase 4	\$10,000
Clase 3	\$20,000
Clase 2	\$40,000
Clase 1	\$50,000



Seguro de Vida Voluntario y AD&D

Si deseas complementar tu seguro pagado por el empleador, hay cobertura adicional de Vida y AD&D disponible para ti y tu cónyuge. Ten en cuenta que la deducción varía según la edad y el monto elegido. Para obtener ayuda con los cálculos, contacta al Especialista de Beneficios. Los montos de cobertura se reducirán al 65% del monto original a los 70 años de edad y al 50% del monto original a los 75 años de edad.

$$\underline{\hspace{2cm}} \div 100 = \underline{\hspace{2cm}} \times \underline{\hspace{2cm}} = \underline{\hspace{2cm}} \rightarrow \underline{\hspace{2cm}}$$

Ingrese la cantidad de cobertura que está solicitando (consulte los montos de beneficios en la sección "Acerca de esta cobertura")

Ingrese su tarifa de la tabla de tarifas.

Este monto es un estimado de cuánto pagaría cada mes.

Para tener una idea de su prima quincenal, multiplique su prima mensual por 12 y luego divida entre 26

Para Empleados: Incrementos de \$10,000 hasta 5 veces su salario anual, sin exceder \$500,000, lo que sea menor, con un monto garantizado de \$150,000.

Para su Cónyuge: Incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$250,000, sin exceder el 100% del monto elegido por el empleado, con un monto garantizado de \$25,000.

Para sus Hijos: Monto fijo de \$10,000 desde el nacimiento hasta los 26 años de edad.

Nota: Deberá completar un formulario de Prueba de Asegurabilidad (EOI) si solicita más del monto garantizado o si se inscribe después de haber rechazado la cobertura la primera vez que se le ofreció.

Plan de Indemnización Hospitalaria Voluntaria

La cobertura de indemnización hospitalaria reduce el impacto financiero de la hospitalización de un empleado y puede utilizarse para complementar el seguro médico, ayudando a manejar costos adicionales de bolsillo mediante el pago de una suma global. Esto puede incluir: Copagos, Coseguro, Deducibles y gastos hospitalarios incidentales u otros gastos como necesidades de transporte y alojamiento.

¿Cómo funciona?

El Seguro de Indemnización Hospitalaria proporciona pagos fijos directamente a los miembros cuando tienen una estancia hospitalaria cubierta como pacientes internados. También tiene la oportunidad de adquirir cobertura para su cónyuge e hijos dependientes.

¿Por qué es tan valiosa esta cobertura?

- El dinero puede ayudarle a cubrir gastos médicos de bolsillo, como copagos y deducibles.
- Emisión Garantizada cada año para empleados y sus familias, incluso si la cobertura fue rechazada en el pasado.
- El costo se deduce convenientemente de su cheque de pago.

Plan Features	
Este beneficio también proporciona:	Este beneficio también proporciona: <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura familiar • Emisión garantizada • Sin limitaciones de condiciones preexistentes • Portabilidad • Beneficio de Bienestar de \$50
Admisión Inicial al Hospital	\$1,000
Admisión Inicial a la UCI del Hospital	\$2,000
Confinamiento en el Hospital por Día	\$200 (hasta 30 días/año del plan)
Confinamiento en la UCI del Hospital por Día	\$400 (hasta 30 días/año del plan)
El beneficio de confinamiento o confinamiento en la UCI se paga una vez por accidente / enfermedad cubierto	
Embarazo	Cubierto (Sin período de espera)

Nivel	Costo por Cheque de Pago (Quincenal)
Empleado	\$13.68
Empleado + Cónyuge	\$27.35
Empleado + Hijo(s)	\$24.61
Empleado + Familia	\$38.29

Plan de Accidentes Voluntario

El Seguro de Accidentes proporciona protección financiera para usted al pagar un beneficio si sufre un accidente cubierto. El monto que recibe se basa en la cantidad de cobertura vigente en la fecha del accidente, de acuerdo con los términos y disposiciones de la póliza. También tiene la oportunidad de adquirir cobertura para su cónyuge e hijos dependientes. Consulte los resúmenes completos de beneficios para obtener detalles adicionales sobre este plan.

¿Cómo funciona?

El Seguro de Accidentes puede pagar un monto fijo de beneficio según el tipo de lesión que tenga y el tipo de tratamiento que necesite. Cubre accidentes que ocurren fuera del trabajo e incluye una variedad de incidentes, desde lesiones comunes hasta eventos más graves.

¿Por qué es tan valiosa esta cobertura?

- Se le garantiza la cobertura básica sin necesidad de responder preguntas de salud.
- El costo se deduce convenientemente de su cheque de pago.
- Puede conservar su cobertura si cambia de trabajo o se jubila. En ese caso, se le facturará directamente.

Tipo de Beneficio	Monto del Beneficio
LESIONES	
Fracturas	Hasta \$12,000
Dislocaciones	Hasta \$9,000
Laceraciones / Lesiones	Hasta \$600
SERVICIOS Y TRATAMIENTO MÉDICO	
Ambulancia	Terrestre \$300 / Aérea \$1,500
Tratamiento de la Sala de Emergencias	\$150
Servicios de Terapia	\$50 (Hasta 10 visitas)
COBERTURA HOSPITALARIA (ACCIDENTE)	
Entrada	\$1,000 (non-ICU) / \$2,000 (ICU) por accidente
Confinamiento	\$200 (non-ICU) / \$400 (ICU) por accidente
Beneficio de Bienestar de Detección de Salud	\$25 por asegurado por año calendario

Grada	Costo Por Cheque de Pago (Quincenal)
Empleado	\$5.24
Empleado + Esposo/Esposa	\$10.49
Empleado + Hijos	\$11.01
Empleado + Familia	\$16.25

Plan de Enfermedades Críticas Voluntario

El Seguro de Enfermedades Críticas puede ayudarle a proteger sus finanzas frente a los gastos derivados de un problema de salud grave, como un derrame cerebral o un ataque cardíaco. Su beneficio inicial proporciona un pago único al momento del primer diagnóstico de una de las siguientes condiciones cubiertas. Tiene la opción de elegir entre un beneficio de \$10,000, \$20,000 o \$30,000.

También tiene la oportunidad de inscribirse en una cobertura familiar, donde su cónyuge puede inscribirse hasta por el 100% de su elección y sus hijos(as) pueden inscribirse hasta por el 50% de su elección inicial (como empleado).

El costo de esta cobertura varía según su edad, el monto elegido y el nivel de elección, por lo que le recomendamos revisar Paycom y el resumen de beneficios para obtener detalles específicos. Contacta al Especialista de Beneficios para obtener ayuda con el cálculo de la deducción según la edad y el monto elegido.

Condiciones cubiertas	% Del beneficio máximo
Cáncer invasivo	100% del Beneficio Inicial
Ataque al corazón	100% del Beneficio Inicial
Derrame cerebral	100% del Beneficio Inicial
Cirugía de bypass de arteria coronaria	25% del Beneficio Inicial
Coma	100% del Beneficio Inicial
Enfermedad de Alzheimer avanzada	100% del Beneficio Inicial
Fallo de órgano mayor	100% del Beneficio Inicial
Muchas otras condiciones cubiertas	25% – 100% del Beneficio Inicial
Beneficio de Bienestar para Exámenes de Salud	\$25 para Empleado y Cónyuge por año calendario

Programa de Asistencia al Empleado

Una mano amiga cuando la necesita.

Confíe en el apoyo, guía y recursos de su Programa de ayuda a empleados.



Hay momentos en la vida en los que le vendría bien un poco de ayuda para lidiar con un problema o saber qué hacer. Aproveche el Programa de ayuda a empleados (Employee Assistance Program (EAP, por sus siglas en inglés)),¹ que está disponible para usted y para su familia con el Seguro Colectivo de Standard Insurance Company (The Standard). Es Confidencial: la información solo será divulgada con su autorización o cuando lo exija la ley.

Conexión con recursos, apoyo y asesoría

Usted, sus dependientes (incluyendo a sus hijos de hasta 26 años)² y todos los miembros del hogar pueden comunicarse con los consejeros especializados del programa las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Comuníquese a través de la aplicación móvil de EAP o por teléfono, en línea, chat en vivo y correo electrónico.

Puede obtener referencias para grupos de apoyo, un asesor de la red, recursos para la comunidad o sus plan de salud. Si alguna vez lo necesita, se le comunicará con

los servicios de urgencia. Su programa también incluye hasta tres sesiones de consejería por cada situación. Las sesiones pueden hacerse en persona, por teléfono o por video.

Los servicios del EAP pueden ayudarle con lo siguiente:



Depresión, pena, luto y bienestar emocional



Problemas familiares, matrimoniales y de otro tipo



Superación de la vida y determinación de objetivos



Adicciones como el alcoholism y el abuso de drogas



Estrés o ansiedad en el trabajo o con la familia



Preocupaciones económicas y legales



Robo de identidad y resolución de testamento en línea y otros documentos legales



Preparación de testamento en línea y otros documentos legales



Comuníquese con EAP

888.293.6948
(TTY Services: 711)

Durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Healthadvocate.com/standard3

AVISO: en una infracción al contrato de su compañía el compartir esta información con personas que no tengan derecho a este servicio.

Con el EAP, la ayuda personal es inmediata, confidencial y está disponible cuando la necesite.

WorkLife Services

Los WorkLife Services están incluidos en su Programa de ayuda a empleados. Consiga ayuda con referencias para necesidades importantes como educación, adopciones, vida diaria y cuidados para su mascota, hijos o personas mayores queridas.

Recursos en línea

Visite **healthadvocates.com/standard3** para explorar información valiosa en línea, incluyendo videos, guías, artículos, seminarios web, recursos, autoevaluaciones y calculadoras.

1 Los servicios de EAP son proporcionados a través de un acuerdo con Health AdvocatesSM, que no está afiliado a The Standard. Health AdvocateSM es el único responsable de proporcionar y administrar el servicio incluido. EAP no es un producto de seguro y se ofrece a grupos de 10 a 2,499 personas. Este servicio solo está disponible mientras se esté asegurado bajo la póliza grupal de The Standard.

2 Las sesiones individuales de asesoramiento de EAP están disponibles para participantes elegibles de 16 años en adelante; las sesiones familiares están disponibles para miembros elegibles de 12 años en adelante y sus padres o tutores. Los niños menores de 12 años no recibirán sesiones individuales de asesoramiento.

Standard Insurance Company | 1100 SW Six Avenue, Portland, OR 97204 | standard.com

The Standard es un nombre comercial de StanCorp Financial Group, Inc. y sus subsidiarias. Los productos de seguro son ofrecidos por Standard Insurance Company de Portland, Oregon, en todos los estados excepto Nueva York. Las características y disponibilidad de los productos varían según el estado y son responsabilidad exclusiva de Standard Insurance Company.

Plan de Reembolso de Gastos de Salud (HRA)

Administrado por P&A Group

Los empleados y sus dependientes cubiertos, que actualmente estén inscritos en un plan médico ofrecido por TM Cobb, son elegibles para reembolsos de HRA sin costo adicional. Las cuentas son financiadas por el empleador y pueden utilizarse para reembolsar a los participantes cubiertos por servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios durante todo el año.

Gastos Reembolsables

Gastos de coseguro y deducible relacionados con servicios hospitalarios

- Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados: Cirugías, enfermedades, parto, lesiones traumáticas, etc.
- Procedimientos Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios: Visitas a urgencias, extracción de lunares, reparación de hernias, reemplazo de rodilla, cirugía de cataratas, etc.

Cómo funciona el HRA:

Responsabilidad del Empleado: \$500 por cada admisión hospitalaria elegible o cirugía ambulatoria realizada en la misma fecha de servicio.

Reembolso: Después de que se paguen los primeros \$500, el HRA reembolsará cualquier gasto elegible restante de bolsillo cubierto bajo el plan de salud grupal, hasta los máximos del HRA.

Máximos Anuales del HRA

Solo Empleado: \$5,500 por año del plan

Empleado + Familia: \$11,500 por año del plan

NOTA: Los saldos de las cuentas HRA se restablecen al inicio de cada año del plan. Los fondos no utilizados no se transfieren.

Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)

Administrado por P&A Group

Regulado por el IRS. Hay dos tipos de FSA y ambos son antes de impuestos.

Cuenta de Gastos Flexibles para la Salud (FSA)	Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes
Se puede utilizar para pagar gastos de bolsillo elegibles, como deducibles, copagos, medicamentos de venta libre y coseguro.	Se puede utilizar si paga la guardería para sus hijos o otras personas dependientes para poder trabajar. Sin embargo, si está casado, su cónyuge debe ir a trabajar a tiempo completo, ir a la escuela a tiempo completo durante al menos 5 meses del año o estar discapacitado y no poder cuidar a sus dependientes.

Tarjetas de Débito FSA

- **¿Dónde puedo usar mi tarjeta de débito FSA?** Proveedores médicos, dentales y de la vista. Consultorios médicos, hospitales, farmacias, tiendas que tienen farmacias (Target, CVS, Walmart, etc.)
 - www.fsastore.com
 - www.Amazon.com
- **Consejo:** ¡Inscríbese en Depósito directo a través de su cuenta de P&A en línea para recibir reembolsos más rápido!
- **Inscripción Abierta a la FSA:** 12/1 – 12/30
- **Año del Plan FSA:** 1/1 – 12/31
- **Contribución a la FSA:** \$200 – \$3,300
- **Contribución Máxima a la Cuenta FSA para el Cuidado de Dependientes:**
 - \$3,750 por cónyuge, si está casado y presenta una declaración por separado
 - \$7,500 por año por familia si está casado y presenta una declaración conjunta, y las ganancias totales son inferiores a \$155,000
- Debe proporcionar recibos/facturas detallados y fechados para los reembolsos que califiquen.

Reclamos de Reembolso de FSA

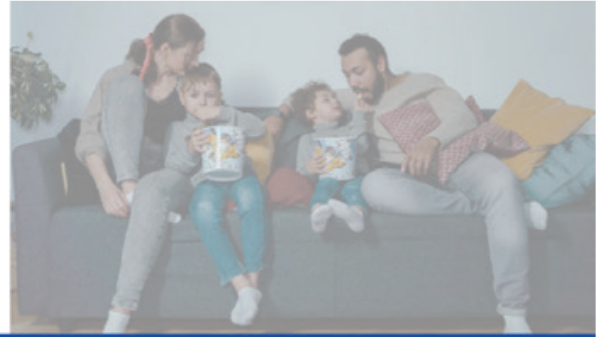
- **¡Es fácil enviar reclamos!** Inicie sesión en su cuenta de P&A en línea. Vaya a Herramientas para miembros > Cargar reclamo/documentación. Ingrese la información de su reclamo, cargue su documentación de reclamo y envíela.
- Se enviará una confirmación con un número UPV a su dirección de correo electrónico que tenemos registrada. Si no tiene una dirección de correo electrónico en su cuenta de P&A, escriba su número UPV.
- Puede realizar un seguimiento de sus reclamos a través de su cuenta de P&A yendo a Herramientas para miembros > Realizar un seguimiento de un reclamo y usando el número UPV proporcionado.

***Nota:** Los reclamos de FSA solo deben enviarse si no utilizó su tarjeta de débito FSA y pagó de su bolsillo.

¡Accede a su Programa de Beneficios Hoy Mismo!



working
ADVANTAGE



Más beneficios. Más ahorros. Más de lo que le hace feliz.

Estamos aquí para apoyar su bienestar personal y financiero a través de ofertas exclusivas y ofertas por tiempo limitado en los productos, servicios y experiencias que necesita y ama.



EMPIEZA A AHORRAR EN

Electrónicos • Electrodomésticos • Ropa • Autos • Flores • Membresías de Gimnasio
Tarjetas de Regalo • Comestibles • Hoteles • Entradas de Cine • Alquiler de Autos
Eventos Especiales • Suscripciones • Vuelos • Cruceros • Parques Temáticos
¡y mucho más!

¿Eres nuevo a Working Advantage? Comenzar es fácil.

¡Aprovecha al máximo su tiempo fuera del trabajo y comienza a ahorrar hoy mismo!

1

Visita
WorkingAdvantage.com

2

Haz clic en
"Convertirse en Miembro"

3

Ingresa su código de empresa
o correo electrónico laboral
para crear una cuenta

SU CÓDIGO DE EMPRESA

TMCOBBFUN

¿NECESITA AYUDA? ENVÍANOS UN CORREO ELECTRÓNICO: CUSTOMERSERVICE@WORKINGADVANTAGE.COM

TM Cobb

En asociación con
FUNEX



Desbloquea Descuentos Exclusivos. **Regístrate GRATIS**

**¡VISITE NUESTRO SITIO WEB
DESCUENTOS EN ENTRETENIMIENTO!**

<https://tmchbiperks.funex.com>

PASO 1
Visite www.FunEx.com o
escanee el código QR superior.

PASO 2
Haga click en "Registrarse" en
la parte superior de la página.

PASO 3
Introduzca nombre completo y
email para completar su registro.



PARQUES TEMÁTICOS
AHORRE HASTA 55%



ENTRADAS DE CINE
AHORRE HASTA 52%



HOTELES
AHORRE HASTA 50%



RENTA DE VEHÍCULOS
AHORRE HASTA 20%



DEPORTES Y CONCIERTOS
AHORRE HASTA 25%

DESCUENTOS ADICIONALES

- Apariencia
- Automotriz
- Belleza y Cuidado
- Educación
- Electrónica
- Bienestar Financiero
- Flores y Regalos
- Comida y Bebida
- Hogar
- Seguro
- Oficina
- ¡Y Muchas Más!



EXPLORA MÁS DE 200+ ATRACCIONES A NIVEL NACIONAL



In partnership with
 Gallagher

¡Sus Nuevos Asesores de Medicare!

Ofrecemos un servicio de consultoría sin costo para empleados y jubilados elegibles para Medicare para revisar opciones de cobertura.



Encuentre el Mejor Plan en 4 Pasos



Encontremos la Cobertura Adecuada para sus Necesidades.

Cobertura Patrocinada por el Empleador

Cobertura de salud ofrecida a través de su empleador o el de su cónyuge. Generalmente se ofrece al personal activo de la empresa. Las leyes federales permiten extender la cobertura del empleador de 18 a 36 meses después del empleo.

Medicare Original: Partes A y B

El elemento más esencial de Medicare, la Parte A cubre la atención hospitalaria y las instalaciones de enfermería especializada. La Parte B se enfoca en los servicios ambulatorios y preventivos.

Medicare Parte C

También conocido como el Plan Medicare Advantage, la Parte C combina la cobertura de otras Partes de Medicare en un paquete integral ofrecido de manera privada.

Medicare Parte D

Medicare Parte D cubre los medicamentos recetados, brindándole tranquilidad respecto a los gastos de sus medicamentos.

Suplemento de Medicare

Los suplementos de Medicare son planes de seguro que llenan los vacíos en su cobertura de Medicare, como copagos, coseguros y deducibles.

¡Los Planes están Listos para su Revisión!

El personal dedicado de LIG Solutions está aquí para educarlo y responder todas sus preguntas sobre sus opciones de cobertura.



No ofrecemos todos los planes disponibles en su área. Actualmente representamos a 7 organizaciones que ofrecen más de 200 productos en su área. Por favor, contacte a Medicare.gov, al 1-800-MEDICARE, o a su Programa Estatal de Seguro de Salud (SHIP) local para obtener información sobre todas sus opciones.

Contacte al Equipo de Inscripción en Medicare de LIG Solutions:

Partner.LIGSolutions.com/Medicare

(866) 210-0639

Notificaciones y Divulgaciones para la Inscripción Anual

DIVULGACIÓN DE MODELO DE PROTECCIÓN DE PACIENTES

El Plan de Salud y Bienestar de T.M. Cobb exige, en general, la designación de un proveedor de cuidados primarios. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de cuidados primarios que participe en nuestra red y esté disponible para aceptarlo(a) a usted o a sus familiares. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de cuidados primarios, y para una lista de los proveedores de cuidado primarios participantes, comuníquese con el departamento de Recursos Humanos contactando a Alexis Cash en **951.248.2407** o en **alexisc@tmcobb.com**.

Para los menores, usted podrá designar un pediatra como el proveedor de cuidados primarios. Para planes y emisores que provean cobertura para atención obstétrica o ginecológica y exijan que el participante o el beneficiario designe un proveedor de cuidados primarios, añada: Usted no necesita autorización previa de El Plan de Salud y Bienestar de T.M. Cobb o de cualquier otra persona (incluido un proveedor de cuidados primarios) a fin de obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de salud en nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, el profesional de salud puede ser requerido conformarse con ciertos procedimientos, inclusive obtener autorización previa para ciertos servicios, siguiendo un plan de tratamiento previamente aprobado, o procedimientos de hacer referidos. Para obtener una lista de profesionales de salud participantes especializados en obstetricia o ginecología, comuníquese con el departamento de Recursos Humanos contactando a Alexis Cash en **951.248.2407** o en **alexisc@tmcobb.com**.

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LAS MUJERES

Si ha tenido o se le realizará una mastectomía, usted tiene derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres de 1998 ("WHCRA", por sus siglas en inglés) Para individuos que gocen de beneficios asociados a la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una forma determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se entregarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos en virtud del plan.

Si desea obtener más información respecto a los beneficios por WHCRA, llame a su Administrador del Plan al departamento de Recursos Humanos contactando a Alexis Cash en **951.248.2407** o en **alexisc@tmcobb.com**.

LEY DE PROTECCIÓN DE RECIÉN NACIDOS Y MADRES

Los planes de salud grupales y los emisores de seguro de salud por lo general no podrían, en virtud de la Ley Federal, restringir beneficios por cualquier duración de estadía hospitalaria que se relacione con el parto para la madre o hijo recién nacido a menos de 48 horas luego de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal por lo general no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o recién nacido, después de consultar con la madre, dé el alta a la madre o recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y los aseguradores no pueden, en virtud de la ley federal, obligar a un proveedor a obtener autorización del plan o asegurador para indicar una duración de estadía que no supere las 48 horas (o 96 horas).

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

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

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **877.KIDS.NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **866.444.EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid

<http://myalhipp.com>
855.692.5447

ALASKA – Medicaid

El Program de Pago de Alaska primas del seguro médico
<http://myakhipp.com/> | 866.251.4861
CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad de Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS – Medicaid

<http://myarhipp.com>
855.MyARHIPP (855.692.7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program
<http://dhcs.ca.gov/hipp>
916.445.8322 | Fax: 916.440.5676 | Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Medicaid y CHIP

Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado)
<https://www.healthfirstcolorado.com/es/>
Centro de contacto para los miembros | 800.221.3943 |(para personas con incapacidad del habla/oído): 711
Child Health Plan Plus (CHP+)
<https://hpcf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
Atención al cliente de CHP+: 800.359.1991/ retransmisor del estado: 711
Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés)
<https://www.colorado.gov/pacific/hpcf/health-insurance-buy-program>
Atención al cliente de HIBI: 855.692.6442

FLORIDA – Medicaid

<https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html>
877.357.3268

GEORGIA – Medicaid

Sitio web de GA HIPP: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>
Teléfono: 678.564.1162, Presiona 1
Sitio web de GA CHIPRA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>
Teléfono: 678.564.1162, Presiona 2

INDIANA – Medicaid

Programa de pago de primas de seguro de salud
Todos los demás son Medicaid
<https://www.in.gov/medicaid/> | 800.457.4584
Administración de familias y servicios sociales
<http://www.in.gov/fssa/dfr/> | 800.403.0864

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

Medicaid: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid>
800.338.8366
Hawki: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki>
800.257.8563
HIPP: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp>
888.346.9562

KANSAS – Medicaid

<https://www.kancare.ks.gov/>
800.792.4884 | Teléfono de HIPP: 800.967.4660

KENTUCKY – Medicaid

Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP):
<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihhipp.aspx>
855.459.6328 | KIHIPP.PROGRAM@ky.gov
KCHIP: <https://kynect.ky.gov> | 877.524.4718
Medicaid: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA – Medicaid

www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp
888.342.6207 (línea directa de Medicaid) o 855.618.5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
800.442.6003 | TTY: Maine relay 711
Página Web para ayuda financiera para el pago de primas de su seguro de salud privado.
<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
800.977.6740 | TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

<https://www.mass.gov/masshealth/pa>
800.862.4840 | TTY: 711 | Email: masspreassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

<https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>
800.657.3672

MISSOURI – Medicaid

<http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>
573.751.2005

MONTANA – Medicaid

<http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
800.694.3084 | Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov

T.M. Cobb Company

NEBRASKA – Medicaid

<http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
Phone: 855.632.7633 | Lincoln: 402.473.7000 | Omaha: 402.595.1178

NEVADA – Medicaid

<http://dhcfp.nv.gov>
800.992.0900

NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid

<https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>
603.271.5218 | Toll free number for the HIPP program: 800.852.3345, ext. 15218 | Email: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP

Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid>
800.356.1561
CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
800.701.0710 (TTY: 711) | Asistencia de prima: 609.631.2392

NUEVA YORK – Medicaid

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
800.541.2831

CAROLINA DEL NORTE – Medicaid

<https://dma.ncdhhs.gov/>
919.855.4100

DAKOTA DEL NORTE – Medicaid

<https://www.hhs.nd.gov/healthcare>
844.854.4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

<http://www.insureoklahoma.org>
888.365.3742

OREGON – Medicaid y CHIP

<http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
800.699.9075

PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP

<https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>
800.692.7462
Sitio web de CHIP: <https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx>
Teléfono de CHIP: 800.986.KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP

<http://www.eohhs.ri.gov>
855.697.4347 o 401.462.0311 (Direct Rlte Share Line)

CAROLINA DEL SUR – Medicaid

<http://www.scdhhs.gov>
888.549.0820

DAKOTA DEL SUR – Medicaid

<http://dss.sd.gov>
888.828.0059

TEXAS – Medicaid

<https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program>
800.440.0493

UTAH – Medicaid y CHIP

Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP)
<https://medicaid.utah.gov/upp/> | Por correo electrónico: upp@utah.gov | 888.222.2542
Expansión para adultos: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>
Programa de compra de Medicaid de Utah: <https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>
CHIP: <https://chip.utah.gov/espanol/>

VERMONT – Medicaid

<https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program>
800.250.8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>
<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>
Medicaid y CHIP: 800.432.5924

WASHINGTON – Medicaid

<http://www.hca.wa.gov>
800.562.3022, ext. 15473

WEST VIRGINIA – Medicaid

<https://dhhr.wv.gov/bms/> o <http://mywvhipp.com/>
Teléfono de Medicaid: 304.558.1700
Teléfono gratuito: 855.MyWVHIPP (855.699.8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP

<https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>
800.362.3002

WYOMING – Medicaid

<https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>
800.251.1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.

Administración de Seguridad de
Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
866.444.EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
877.267.2323, opción de menú , Ext. 61565

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

NOTIFICACIÓN DE HIPAA POR RECORDATORIO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Proteger sus derechos de privacidad respecto a su información de salud

T.M. Cobb Company se compromete a mantener la privacidad de la información de salud. Los administradores del El Plan de Salud y Bienestar de T.M. Cobb (el "Plan") utilizan estándares de privacidad estrictos para proteger su información de salud del uso y divulgación no autorizados.

Las políticas del Plan que resguardan sus derechos de privacidad y sus derechos en virtud de la ley se describen en la Notificación de Prácticas de Privacidad del Plan. Podría recibir una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad contactando a Alexis Cash, Especialista en Beneficios al **951.248.2407** o **alexisc@tmcobb.com**.

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE HIPAA

El Plan de Salud y Bienestar de T.M. Cobb Notificación de Derechos de Inscripción Especial de HIPAA

Nuestros registros indican que usted es elegible para participar en el El Plan de Salud y Bienestar de T.M. Cobb (para participar realmente, debe completar un formulario de inscripción y pagar parte de la prima mediante deducción de nómina).

Una ley federal bajo la denominación HIPAA nos obliga a notificarle acerca de una disposición importante en el plan: su derecho de inscripción en el plan en virtud de su "disposición de inscripción especial" si usted adquiere un nuevo dependiente o si rechaza la cobertura de este plan para sí mismo o un dependiente elegible al tener en efecto otra cobertura y pierda más adelante dicha otra cobertura por determinadas razones habilitantes.

Pérdida de Otra Cobertura (Excluyendo Medicaid o un Programa de Seguro Médico para Niños Estatal). Si usted rechaza la inscripción para sí mismo o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras esté en vigor la cobertura de otro seguro o plan de salud grupal, usted debe ser capaz de inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para tal otra cobertura (o si el empleador cesa las contribuciones para la otra cobertura que tenga usted o sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después de que su otra cobertura o la de sus dependientes termine (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Pérdida de Cobertura para Medicaid o un Programa de Seguro Médico para Niños Estatal. Si usted rechaza la inscripción para sí mismo o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras esté en vigor la cobertura de Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal, usted debe ser capaz de inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para tal otra cobertura. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 60 días después de que termine su cobertura o la de sus dependientes en virtud de Medicaid o de un programa de seguro de salud infantil.

Nuevo Dependiente por Matrimonio, Nacimiento, Adopción o Colocación para Adopción. Si usted tiene un dependiente como consecuencia de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted puede inscribirse a sí mismo y a sus nuevos dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Elegibilidad para Asistencia de Prima en virtud de Medicaid o un Programa de Seguro Médico para Niños: Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) adquieren elegibilidad para una subvención de asistencia de prima estatal de parte de Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal para niños con respecto a la cobertura según este plan, usted podría ser capaz de inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 60 días después de la determinación de elegibilidad de usted o sus dependientes para dicha asistencia.

Para solicitar inscripción especial o para obtener más información acerca de las disposiciones de inscripción especial del plan, contacte al departamento de Recursos Humanos contactando a Alexis Cash en **951.248.2407** o en **alexisc@tmcobb.com**.

Advertencia Importante

Si usted rechaza la inscripción para sí mismo o para un dependiente elegible, debe completar nuestro formulario para rechazar la cobertura. En el formulario, se le pide indicar que la cobertura en virtud de otro plan de salud grupal u otra cobertura de seguro de salud (incluido Medicaid o un programa de seguro de salud infantil) es el motivo por el cual rechaza la inscripción y a usted se le pide identificar dicha cobertura. Si usted no completa el formulario, usted y sus dependientes no accederán a la titularidad de derechos de inscripción especial tras la pérdida de la otra cobertura antes descrita, pero conservará sus derechos de inscripción especial al tener un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o como resultado de adquirir elegibilidad para un subsidio de asistencia de prima de Medicaid o a través de un programa de seguro de salud infantil estatal con respecto a la cobertura en virtud de este plan, según lo descrito anteriormente. Si usted no adquiere derechos de inscripción especial tras la pérdida de la otra cobertura, no puede inscribirse a sí mismo o a sus dependientes en el plan en cualquier momento, a menos que tales derechos de inscripción especial se apliquen a causa de un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o como resultado de adquirir elegibilidad para un subsidio de asistencia de prima de Medicaid o a través de un programa de seguro de salud infantil estatal con respecto a la cobertura en virtud de este plan.

NOTIFICACIÓN DE COBERTURA ACREDITABLE

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con T.M. Cobb Company y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. **La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.**
2. **T.M. Cobb Company ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el El Plan de Salud y Bienestar de T.M. Cobb en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.**

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

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para suscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

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

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con T.M. Cobb Company no puede ser afectada.

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

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

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

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

T.M. Cobb Company

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas:

Llame a nuestra oficina para más información. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con T.M. Cobb Company cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas:

Revise el manual "Medicare y Usted" para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite www.medicare.gov/ por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al **800.MEDICARE (800.633.4227)**. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al **877.486.2048**.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov por Internet, o llámeles al **800.772.1213** (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al **1.800.325.0778**).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

Fecha: 1 de Septiembre del 2025
Nombre de la Entidad/Remitente: T.M. Cobb Company
Contacto: Alexis Cash
Especialista de Beneficios
Dirección: 500 Palmyrita Avenue
Riverside, CA 92507-1801
Número de Teléfono: 951.248.2407

MODELO DE AVISO GENERAL DE LOS DERECHOS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA

Modelo de aviso general de los derechos de la cobertura de continuación de COBRA

(para que usen los planes de salud grupales de un solo empleador)

****Derechos de la cobertura de continuación conforme a la ley COBRA****

Introducción

Le enviamos este aviso porque recientemente obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, el momento en el que usted y su familia pueden recibirla, y lo que usted puede hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Al ser elegible para la cobertura de COBRA, también puede ser elegible para otras opciones que pueden costarle menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA se originó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985. Usted y otros familiares suyos pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando se termine la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones conforme al Plan y a la ley federal, debe revisar el resumen de la descripción del Plan o comunicarse con el administrador del Plan.

Al perder la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles. 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 de seguros médicos, puede cumplir con los requisitos para tener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Asimismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte afiliados de último momento.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería terminar debido a un evento determinado de la vida. Este acontecimiento también se conoce como "evento específico". Los eventos específicos se incluyen más abajo en este aviso. Después de un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un "beneficiario que cumple con los requisitos". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplan con los requisitos si la cobertura del Plan se pierde debido al evento específico. Según el Plan, los beneficiarios que cumplan con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- sus horas de empleo se reducen; o
- su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- su cónyuge muere;
- las horas de empleo de su cónyuge se reducen;
- el empleo de su cónyuge termina por un motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge;
- su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- el empleado cubierto muere;
- las horas de empleo del empleado cubierto se reducen;
- el empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto;
- el empleado cubierto adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- los padres se divorcian o se separan legalmente; o el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios que cumplan con los requisitos solamente después de que se le informe al administrador del Plan que ha ocurrido un evento específico. El empleador debe notificar los siguientes eventos habilitantes al administrador del Plan:

- la terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo;
- la muerte del empleado; o
- el hecho de que el empleado adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los otros eventos específicos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan en los 60 días posteriores a que se produzca el evento habilitante. Debe proporcionarle este aviso a: Alexis Cash en 951.248.2407 o alexisc@tmcobb.com.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

Después de que el administrador del Plan recibe el aviso de que se ha producido un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumplan con los requisitos. Cada beneficiario que cumpla con los requisitos tendrá su propio derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de su cónyuge y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación temporal de la cobertura debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, y en general dura 18 meses. Determinados eventos específicos, o un segundo evento específico durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay otros motivos por los cuales este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA puede prolongarse:

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

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia que esté cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le avisa al respecto al administrador del Plan en el plazo correspondiente, usted y toda su familia pueden recibir una extensión adicional de hasta 11 meses de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

Extensión por un segundo evento específico del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si su familia sufre otro evento específico durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se le avisa al Plan como corresponde acerca del segundo evento específico. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA en el caso de que el empleado o ex empleado muera, adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento específico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento específico.

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

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un "período de inscripción especial". Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare, en caso de ser elegible, después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, después del período de inscripción inicial, hay un período de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza cuando ocurre lo primero de lo siguiente:

- El mes posterior a la finalización del empleo.
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basada en el empleo actual.

Si elige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y desea inscribirse en Medicare Parte B después de que finalice su cobertura de continuación, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Si se inscribe inicialmente en Medicare Parte A o B después de elegir la cobertura de continuación COBRA, el plan puede terminar su cobertura de continuación (sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede descontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona 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 COBRA como en Medicare, Medicare será generalmente el pagador principal. Es posible que algunos planes “disminuyan” el monto que Medicare pagaría en caso de ser el pagador principal, incluso si usted no está inscrito.

Para obtener más información, visite www.medicare.gov/medicare-and-you

Si tiene preguntas

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Atención Médica (de bajo costo) y la Protección al Paciente, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en 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 acerca del mercado de seguros médicos, visite www.HealthCare.gov.

Informe a su plan si cambia de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia, para su registro, de todos los avisos que le envíe al administrador del Plan.

Información de contacto del Plan

T.M. Cobb Company Health and Welfare Plan
Alexis Cash, Especialista de Beneficios
Dirección de la Oficina: 500 Palmyrita Ave. Riverside, CA 92507-1801
Número de teléfono: **951.248.2407**
Correo Electrónico: alexisc@tmcobb.com

¹ <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>

MERCADO

COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS OPCIONES Y SU COBERTURA DE SALUD

PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos (“Mercado”). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un “punto único de compra” para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

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

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

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

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12% de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de “valor mínimo” establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12% de los ingresos del hogar del empleado.^{1 2}

Nota: si compra un plan de salud a través del Mercado, en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que, si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.

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

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

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

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

² Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo 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. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la “norma de valor mínimo”, el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.

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

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP. Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 800.318.2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 855.889.4325.

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

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

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

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte el Resumen de la descripción del plan de salud o comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos contactando Alexis Cash en **951.248.2407** o **alexisc@tmcobb.com**.

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

T.M. Cobb Company

PARTE B: INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DE SALUD OFRECIDA POR SU EMPLEADOR

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

3. Nombre del empleador T.M. Cobb Company		4. Número de identificación patronal (EIN) 95-1525865	
5. Dirección del empleador 500 Palmyrita Ave		6. Número de teléfono del empleador 951.248.2407	
7. Ciudad Riverside	8. Estado CA	9. Código postal 92507-1801	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Alexis Cash			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba)		12. Dirección de correo electrónico alexisc@tmcobb.com	

A continuación, se ofrece información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:

Todos los empleados. Los empleados elegibles son:
Trabajando 30 horas o más por semana

Algunos empleados. Los empleados elegibles son:

- Respecto a los dependientes:

Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

» Cónyuge legal o pareja doméstica calificada

» Hijos dependientes (menores de 26 años para médico, dental y visión, y menores de 25 años para vida voluntaria)

» Hijos de tu cónyuge o pareja doméstica

» Hijos dependientes de cualquier edad que sean incapaces de mantener un empleo por sí mismos debido a una discapacidad mental o física, y que reciban de ti o de tu cónyuge todo su apoyo y sustento, y que estuvieran inscritos de manera continua en el plan médico actual antes de los 26 años.

No ofrecemos cobertura.

Si se marca, esta cobertura cumple con la norma de valor mínimo y el costo de esta cobertura para usted debe ser asequible, según los salarios de los empleados. Si se marca, esta cobertura cumple con la norma de valor mínimo y el costo de esta cobertura para usted debe ser asequible, según los salarios de los empleados.

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

Si decide buscar cobertura en el Mercado, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lo guiará a través del proceso. Aquí está la información del empleador que ingresará cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

Descargo de Responsabilidad

El monto que paga el plan por los servicios cubiertos proporcionados por proveedores fuera de la red se basa en un monto máximo permitido por el servicio específico prestado. Aunque su plan estipule un desembolso máximo para los servicios fuera de la red, tenga en cuenta que la cantidad máxima permitida para un procedimiento elegible puede no ser igual a la cantidad cobrada por su proveedor fuera de la red. Su proveedor fuera de la red puede facturarle la diferencia entre el monto cobrado y el monto máximo permitido. Esto se denomina facturación de saldo y la cantidad que se le factura puede ser sustancial. El máximo de desembolso personal descrito en su póliza no incluirá montos que excedan el cargo permitido y otros gastos no cubiertos según lo definido por su plan. La cantidad máxima reembolsable para proveedores fuera de la red puede basarse en una serie de programas, como un porcentaje de lo razonable y habitual o un porcentaje de Medicare. El documento del plan o la póliza maestra de la aseguradora es el documento de control, y este beneficio destacado no incluye todos los términos, cobertura, exclusiones, limitaciones y condiciones del idioma del plan real. Contacte a su ordenante de reclamos o asegurador para obtener más información.

Este documento es un resumen de la cobertura propuesta por el (los) transportista(s), basado en la información proporcionada por su empresa. No incluye todos los términos, cobertura, exclusiones, limitaciones y condiciones del idioma del contrato real. Las políticas y contratos por sí mismos deben leerse para comprender tales detalles. Los formularios de póliza para su referencia estarán disponibles a pedido.

La intención de este documento es brindarle información general sobre el estado y/o posibles inquietudes relacionadas con su entorno actual de beneficios para empleados. No necesariamente trata por completo todos sus problemas específicos. No debe interpretarse como, ni tiene la intención de proporcionar, asesoramiento legal. Las preguntas sobre cuestiones específicas deben ser abordadas por su abogado general o un abogado que se especialice en esta área de práctica.



T.M.COBB
DOORS - WINDOWS - MILLWORK

RELLENAR Y DEVOLVER A ALEXIS CASH, ESPECIALISTA EN BENEFICIOS

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO VITALICIO

Número de Grupo: 629233

Nombre del Empleado: _____

Número de la Seguridad Social: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección: _____

Calle
Ciudad
Estado
Código Postal

Estado Civil: Soltero Casado

Beneficiario(s)

El total de los porcentajes no puede superar el 100%. Cuando se designe a más de un Beneficiario, y no se especifique ningún porcentaje, el pago se efectuará a partes iguales a cada Beneficiario superviviente, o todo al último Beneficiario superviviente.

Por la presente designo a la(s) siguiente(s) persona(s) como Beneficiario(s) principal(es) de mi Seguro de Vida pagadero(s) en caso de mi fallecimiento. *Si desea nombrar a su patrimonio, escriba "Patrimonio".*

Nombre Completo	Relación	Número Seguridad Social	Fecha de Nacimiento	% (total debe ser igual al 100%)

Beneficiario(s) Secundario(s)

Sólo se pagarán beneficios a un Beneficiario Secundario si a usted no le sobreviven uno o más Beneficiario(s) Primario(s). El total de los porcentajes no puede superar el 100%.

Nombre Completo	Relación	Número Seguridad Social	Fecha de Nacimiento	% (total debe ser igual al 100%)

T.M. Cobb Company

Firmas

Entiendo que si no hay Beneficiario designado a mi fallecimiento, el pago de mi Cuenta se efectuará a mi cónyuge superviviente o, en su defecto, a mi sucesión. Me reservo el derecho de revocar o modificar cualquier designación de Beneficiario. Al designar el/los Beneficiario(s) arriba indicado(s), revoco todas mis designaciones anteriores (si las hubiera).

Firma del Empleado _____
Fecha

Rev 2/2025

FORMULARIO ELECTRÓNICO DE DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Asunto: Información Importante sobre los Beneficios según ERISA

Estimados Participantes inscritos en un plan de beneficios de T.M. Cobb:

Como Participante, usted tiene derecho a recibir cierta información sobre nuestros beneficios, tal como lo exige la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés). T.M. Cobb Company tiene la intención de proporcionarle esta información por vía electrónica. Se incluye la siguiente:

- Descripciones Resumidas del Plan
- Resúmenes de Modificación Material
- Resúmenes de Beneficios y Cobertura
- Informes Anuales Resumidos
- Avisos Anuales (Incluidos en la Guía de Beneficios TM Cobb)

Para acceder a estos documentos, inicie sesión en su cuenta del Autoservicio del Empleado Paycom y vaya a la pestaña Beneficios y seleccione Documentos y Enlaces.

Si no puede acceder a estos documentos a través de Paycom, póngase en contacto con Alexis Cash por correo postal a T.M. Cobb Company, 500 Palmyrita Ave, CA, 92507, por correo electrónico a alexisc@tmcobb.com, o llame al (951) 248-2507.

Tiene derecho a recibir gratuitamente una versión en papel de cualquier documento transmitido electrónicamente. Póngase en contacto con T.M. Cobb, atención: Alexis Efectivo, correo electrónico alexisc@tmcobb.com, o llame al (951) 248-2407 para obtener una copia en papel.

Para recibir documentos electrónicamente, debe seguir los siguientes pasos:

1. Proporcione su consentimiento para recibir documentos electrónicamente cumplimentando el formulario de Consentimiento adjunto.

NOTA: Puede retirar este consentimiento en cualquier momento notificándolo a Alexis Cash por escrito a T.M. Cobb Company, 500 Palmyrita Ave, CA, 92507 o por correo electrónico a alexisc@tmcobb.com indicando en el asunto "Consentimiento Retirado para Divulgación Electrónica". Incluya su nombre completo, dirección y número de teléfono en el cuerpo del mensaje.

NOTA: Para actualizar su dirección de correo electrónico, debe notificarlo a Alexis Cash por escrito a T.M. Cobb Company, 500 Palmyrita Ave, CA, 92507 o por correo electrónico a alexisc@tmcobb.com indicando en el asunto "Cambio de Dirección de Correo Electrónico para Divulgación Electrónica".

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR INFORMACIÓN ELECTRÓNICA

Les autorizo a enviar, y doy mi consentimiento para recibir, los siguientes documentos por medios electrónicos:

- Descripciones Resumidas del Plan
- Resúmenes de Modificación Material
- Resúmenes de Beneficios y Cobertura
- Informes Anuales Resumidos
- Avisos Anuales

Entiendo que si mi dirección postal o mi dirección de correo electrónico cambian, debo notificárselo a Alexis Cash por escrito a T.M. Cobb Company, 500 Palmyrita Ave, CA, 92507 o por correo electrónico a alexisc@tmcobb.com.

Afirmo que tengo la capacidad de acceder a la información de mi cuenta Paycom Employee Self- Service. Entiendo que recibiré los documentos enumerados anteriormente sólo en formato electrónico a menos que solicite una copia en papel de dichos documentos notificándolo a Alexis Cash por escrito a T.M. Cobb Company, 500 Palmyrita Ave, CA, 92507 o por correo electrónico a alexisc@tmcobb.com con "Solicitud de Copia en Papel" en el asunto.

Entiendo que este consentimiento puede ser retirado en cualquier momento notificándoselo a Alexis Cash por escrito a T.M. Cobb Company, 500 Palmyrita Ave, CA, 92507 o por correo electrónico a alexisc@tmcobb.com indicando en el asunto "Consentimiento Retirado para Divulgación Electrónica". Incluya su nombre completo, dirección y número de teléfono en el cuerpo del mensaje.

Nombre del Empleado (en letra de imprenta): _____

Firma del Empleado: _____

Fecha: _____

Notas



This benefits guide prepared by



Gallagher

Insurance | Risk Management | Consulting