



Gente Well



Mascotas Well



Practica Well



Comunidad Well

GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS 2026

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026



Bienvenido a WellHaven

WellHaven tiene la reputación de ser "el mejor de su clase". Trabajamos arduamente todos los días para marcar la diferencia, una diferencia en la vida de nuestras mascotas y familias de mascotas. Existimos para fortalecer el efecto dominó positivo que se deriva de líderes y equipos de hospitales veterinarios felices y exitosos, atención que realmente aborda las necesidades de los dueños de mascotas y, por extensión, mascotas sanas. Cuando los animales sienten el amor, todos sienten la diferencia.

Table of Contents

Elegibilidad e inscripción.	3
Cambios de mitad de año.	4
¿Qué hay de nuevo este año?.	5
TouchCare	6
Servicios de gestión de beneficios y riesgos y su tarjeta de identificación.	11
Resumen del plan médico.	13
Comprenda el deducible de su plan médico y el desembolso máximo.	14
Elegir el proveedor adecuado.	15
Atención preventiva y telesalud.	17
Cuenta de ahorros para la salud (HSA)).	19
Cuenta de gastos flexible(FSA)	20
Resumen del plan dental.	21
Resumen del plan de visión.	23
Seguro de vida y AD&D.	24
Vida voluntaria y AD&D.	25
Discapacidad a corto plazo.	26
Discapacidad a largo plazo.	27
Enfermedad crítica.	28
Hospital Indemnity.	29
Accidente	30
Beneficios de valor agregado de Guardian.	31
Programa de asistencia al empleado.	33
Peanut Butter.	34
PTO, Días festivos.	35
Permiso de ausencia.	37
AbsenceResources.	38
Licencia por duelo.	38
Licencia profesional.	39
Responsabilidad profesional.	39
Continuing Education (CE)	40
Pet Wellness Plans & Scrubs.	41

Descuentos adicionales para empleados.	42
Beneficios Costo de la prima.	43
401(K) & Gestión de patrimonio.	47
Ayuda y asistencia.	48
Apéndice- Recursos.	49
Apéndice- Definiciones clave.	50
Avisos importantes.	51



Elegibilidad

Puede ser y/o ser elegible para inscribirse en nuestro plan de beneficios si se aplica una de las siguientes:

- En el momento de la contratación, si está clasificado como Regular de Tiempo Completo y está programado para trabajar 30 o más horas por semana.
- Se le reclasifica, debido a un cambio de clasificación de empleados, como regular a tiempo completo y se le programa para trabajar 30 o más horas por semana.
- Cumple con el número mínimo de horas requeridas para la elegibilidad del seguro médico durante uno de nuestros períodos de medición anuales..

También puede inscribir a su(s) dependiente(s) elegible(s) en los mismos planes en los que usted mismo se inscribe.

Los dependientes elegibles incluyen:

- Cónyuge legalmente casado
- Pareja doméstica calificada*
- Hijo(s) dependiente(s) hasta los 26 años

*Para inscribir a una pareja conviviente, debe completar el Formulario de declaración jurada de pareja conviviente correspondiente y/o proporcionar una copia de su registro aprobado por el estado. Existen implicaciones fiscales al inscribir a una pareja de hecho.

Los empleados elegibles pueden participar en los planes de beneficios el primer día del mes siguiente o que coincida con 30 días de empleo (contratación) o cambio de estado.

** Adquisición: las nuevas contrataciones y los empleados del campus son elegibles el 1 del mes siguiente a la fecha de contratación.



Inscripción

Se inscribirá en los planes de beneficios a través del Portal de beneficios dentro del sistema Paycom. Está atento a un correo electrónico de "Paycom Self Service". Querrá inscribirse al menos 15 días antes de la fecha de inicio de sus beneficios. Debe inscribirse dentro de los 30 días posteriores a su fecha de elegibilidad. También se inscribirá durante nuestro período anual de inscripción abierta.



¡Tenga en cuenta! Si no completa su inscripción durante su período designado, no podrá inscribirse ni realizar cambios a menos que experimente un evento de vida calificado, o hasta el próximo período de inscripción abierta.

Cambios de mitad de año

A menos que tenga un Evento de Vida Calificado (QLE), no puede realizar cambios de beneficios a mitad de año. Dentro de los 30 días posteriores a un QLE, debe realizar un cambio. Los ejemplos de QLE incluyen:

- Cambio de estado civil o pareja de hecho
- Nacimiento o adopción de un niño (s) elegible (s)
- Fallecimiento de un cónyuge, pareja de hecho, hijo(s) u otro dependiente calificado
- Cambio en su situación laboral que afecta su elegibilidad para los beneficios
- Cambio en el estado laboral de su cónyuge o pareja de hecho que afecta su elegibilidad para los beneficios
- Cambio en el estado de dependiente de su(s) hijo(s) o elegibilidad para los beneficios
- Cambio en la cobertura de otro plan patrocinado por el empleador
- Directiva de una orden médica calificada de manutención de menores

Comuníquese con Recursos Humanos si tiene alguna pregunta o cree que puede calificar para un cambio electoral.



¡Tenga en cuenta! Para realizar cambios en sus elecciones de beneficios, DEBE notificar a Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores al Evento de vida calificado (incluidos los recién nacidos). Esté preparado para mostrar documentación que respalde el QLE, como una licencia de matrimonio, certificado de nacimiento o un decreto de divorcio. Si los cambios no se envían a tiempo, debe esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para realizar los cambios en su elección. Los cambios de QLE se procesan a través del Portal de Beneficios dentro del sistema Paycom.

¿Qué hay de nuevo este año?

¡Nueva compañía auxiliar con primas reducidas!

2025 MetLife	2026 Guardian Life
Dental	Dental
Vida AD&D	Vida AD&D
Vida voluntaria y AD&D	Vida voluntaria y AD&D
Discapacidad a corto plazo	Discapacidad a corto plazo
Discapacidad a largo plazo	Discapacidad a largo plazo
Enfermedad crítica	Enfermedad crítica
Indemnización de Hospital	Indemnización de Hospital
	Accidente – NUEVO BENEFICIO

Servicios de consulta de Medicare

2026 TouchCare

Proveedor de licencias laborales

2026 AbsenceResources

Proveedor de 401K

2025 John Hancock	2026 John Hancock
Igualar el 25% del primer 6% de las contribuciones o el 1,5% de la contribución máxima	Igualar el 25% del primer 8% de las contribuciones o el 2% de la contribución máxima



Conserjería de atención médica y defensa solidaria

Asistencia confidencial y experta, sin costo para usted

¿Quién es TouchCare?

TouchCare es su asistente personal de salud. TouchCare está aquí para brindar asistencia gratuita y confidencial para ayudar a eliminar el estrés de la atención médica. Deje que TouchCare lo ayude a encontrar médicos dentro de la red, obtener estimaciones de costos, lidiar con problemas de facturación, explicar sus beneficios y brindar consultas de Medicare... todo sin costo para usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda?

Es fácil abrir un caso. Puede llamar al 866-486-4085

(lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m. EST), visite www.touchcare.com e inicie sesión en nuestro portal para miembros, envíe un correo electrónico a assist@touchcare.com o descargue nuestra aplicación TouchCare en su dispositivo móvil.

Deberá registrarse en TouchCare:

1. Comenzar
2. Visite www.touchcare.com y haga clic en iniciar sesión para miembros o descargue nuestra aplicación móvil. Haga clic en 'nuevo miembro' en la página de registro.

2. Verifica tu correo electrónico

Al crear su cuenta, se le pedirá que verifique su dirección de correo electrónico. Busque el correo electrónico de verificación en su bandeja de entrada y haga clic en 'verificar correo electrónico'.

3. Complete nuestro formulario

Haga clic en el enlace de nuestro correo electrónico para finalizar el registro completando nuestro formulario de admisión rápida y formulario de liberación. Finalmente, ingrese una contraseña para crear su cuenta y abrir su primer caso.



Apoyo confidencial y compasivo para ayudarlo a ahorrar tiempo, estrés y dinero.

Mantente al día con Touchcare en Instagram. Síguenos en: [@touchcarehealth](https://www.instagram.com/touchcarehealth)



1. ¿Cómo puede ayudarme TouchCare??

TouchCare está aquí para ayudarlo a aprovechar al máximo sus beneficios, lo que se traduce en que ahorre dinero y use sus beneficios de manera más inteligente. Como su defensor y asistente de salud experto, TouchCare puede ayudarlo con:

- Navegación de beneficios para seguros de salud y beneficios voluntarios
- Consultas de Medicare – NUEVO
- Negociación de facturación y reclamaciones
- Búsquedas de proveedores y programación de citas Comparaciones de costos
- Asistencia para la preparación de procedimientos RxCare
- y más!

2. ¿Cómo programo una consulta??

Una vez que esté registrado, puede programar una visita para un repaso de beneficios o una consulta de recetas, visite: <https://www.touchcare.com/get-scheduled/>

3. ¿Cuánto cuesta TouchCare??

TouchCare es completamente gratuito para los miembros. En muchos casos, TouchCare puede ahorrar dinero para nuestros miembros, por lo que vale la pena usar TouchCare!

4. ¿Es confidencial mi información??

TouchCare cumple completamente con HIPAA, lo que significa que toda su información se almacena de forma segura y nunca se comparte con su empleador. TouchCare informa estadísticas generales (como cuántos empleados han usado TouchCare en el último año), pero TouchCare nunca comparte información de identificación personal.

5. ¿Cuáles son algunas de las preguntas típicas que hacen los miembros??

- Hay un error en mi factura, ¿pueden ayudarme a solucionarlo??
- ¿Dónde puedo hacerme una resonancia magnética??
- ¿Pueden ayudarme a encontrar un dentista dentro de la red cerca de mí? ¿Qué es una FSA??
- ¿Dónde puedo hacerme la prueba de COVID-19?
- ¿Estoy pagando demasiado por mis medicamentos recetados??
- ¿En qué plan me inscribí de nuevo??
- ¿Cuánto he cumplido para mi deducible??
- ¿Están cubiertas las pruebas de fertilidad en mi plan??
- ¿Puede ayudarme a encontrar un terapeuta dentro de la red??
- ¿Cuál es el mejor plan para mi familia y para mí??
- Necesito análisis de sangre, ¿cuál es la opción más barata??
- Pronto cumpliré 65 años y no sé si debo inscribirme en Medicare, permanecer en el plan de WellHaven o tener ambas cosas?

6. ¿Pueden mis dependientes usar TouchCare??

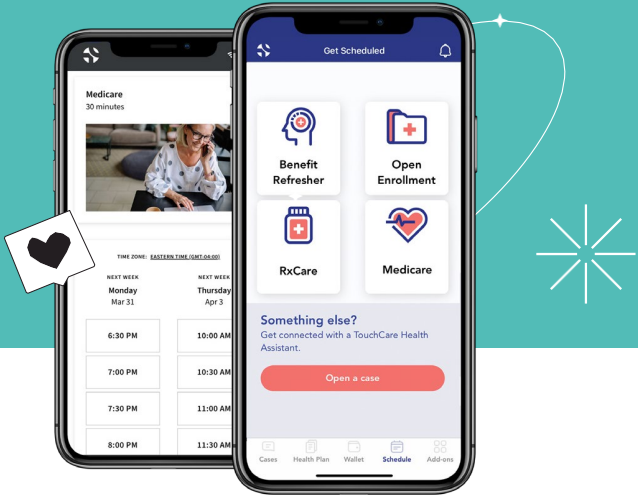
¡Absolutamente! TouchCare es de uso completamente gratuito para usted y sus dependientes.

Consultas de Medicare



Programe hoy!

¿Listo para una consulta de Medicare? Programe su cita en línea, a través de nuestra aplicación o a través de nuestro portal para miembros en la pestaña "Programar".



Tiene curiosidad por saber cuándo ir a Medicare?

Nuestros especialistas están aquí para brindarle apoyo personalizado, ya sea que esté explorando opciones de cobertura, verificando elegibilidad, comparando planes o navegando por el proceso de inscripción de Medicare.

Programe ahora visitando:

www.touchcare.com/medicare

Rápido como un rayo

En solo 15 minutos, su especialista de Medicare revisará su plan de beneficios y los detalles de las recetas con anticipación, asegurándose de que obtenga el máximo valor de su consulta.

Totalmente gratis

Esta consulta personalizada es completamente gratuita para usted y su familia, cortesía de su generoso empleador a través de TouchCare.

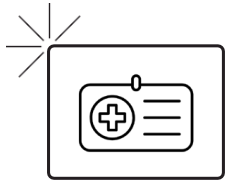
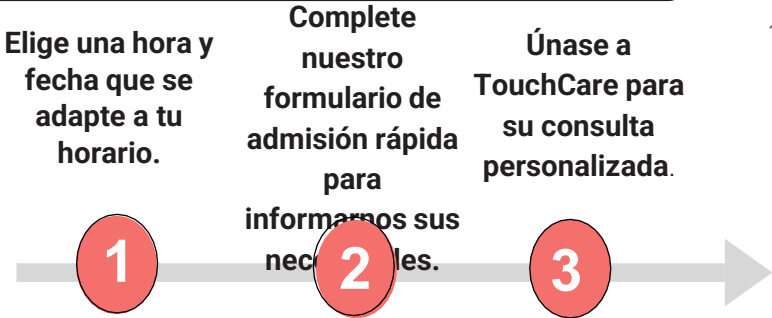
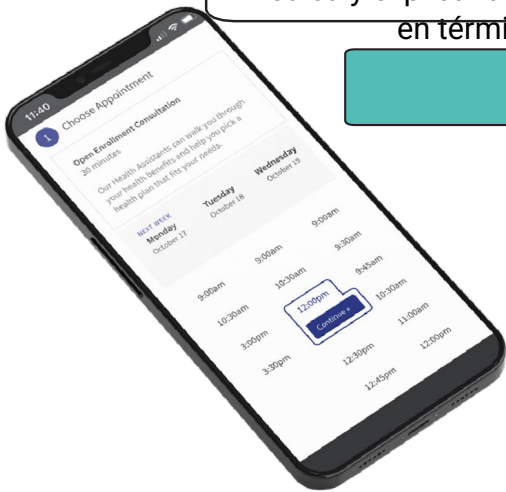
Totalmente personalizado

Nuestro enfoque personalizado garantiza que reciba asesoramiento personalizado. Lo ayudamos a navegar por Medicare evaluando sus necesidades de atención médica y explicando las opciones del plan en términos claros.

Investigación exhaustiva

Nuestros especialistas brindan apoyo experto e imparcial, que va más allá de los recursos genéricos para ayudarlo a tomar decisiones informadas tanto para su salud como para sus finanzas.

¿Cómo funciona??



Get advice on state and federal guidelines as it relates to your specific needs.

Programación de consultas de Medicare de TouchCare

FAQs

1. ¿Qué es el servicio de programación de consultas de Medicare de TouchCare??

La programación de consultas de Medicare de TouchCare permite a los miembros programar fácilmente consultores individuales con un especialista de Medicare dedicado. Ya sea que necesite orientación sobre opciones de cobertura, elegibilidad, comparaciones de planes o navegar por el proceso de inscripción, nuestros especialistas deben brindarle apoyo personalizado.

2. ¿Cuándo estará disponible este servicio??

El servicio de programación de consultas de Medicare generalmente está disponible entre las 9 a. m. y las 6 p. m. EST. Los miembros podrán programar citas a su conveniencia.

3. Quién es elegible para usar este servicio?

Todos los miembros de TouchCare, incluidos los empleados y sus familiares elegibles, pueden aprovechar este servicio sin costo adicional.

4. ¿Cómo programo una consulta de Medicare??

Programar una consulta es rápido y fácil:

En línea: Inicie sesión en su cuenta de TouchCare y haga clic en la pestaña "Consulta de Medicare" para elegir un horario disponible. Un especialista en apoyo de Medicare lo llamará en la fecha / hora que seleccionó utilizando el número que proporcionó

Teléfono: Llame a nuestro equipo de Servicios para Miembros al 866-486-4085 y lo ayudarán a programar una sesión.

Programar directamente: Acceda a www.touchcare.com/medicare para completar un breve cuestionario, seleccione una hora / fecha para que un especialista de Medicare se comuniquen con usted para su consulta.

5. ¿Es confidencial mi información??

Nuestros especialistas de Medicare pueden ayudar con una amplia gama de temas, que incluyen:

- ✓ Comprender la Parte A, B, C y D de Medicare
- ✓ Comparación de los planes Medicare Advantage y Medigap
- ✓ Revisión de los plazos de elegibilidad e inscripción
- ✓ Estimación de los posibles costos de bolsillo
- ✓ Ayudar con las transiciones del seguro patrocinado por el empleador a Medicare.

6. ¿Puedo programar citas de seguimiento si tengo más preguntas??

¡Absolutamente! Si tiene preguntas adicionales o necesita asistencia continua, puede programar consultas de seguimiento según sea necesario. Estamos aquí para apoyarlo durante todo el proceso.

7. ¿Hay algún costo asociado con este servicio??

No, este servicio se brinda sin costo adicional para los miembros de TouchCare. Nuestro objetivo es garantizar que todos los miembros tengan acceso a la orientación experta que necesitan para tomar decisiones informadas sobre Medicare.

8. ¿Cuánto duran normalmente las consultas??

Most consultations are scheduled for 30 minutes and might last the entire duration of time depending on the complexity of the questions that are being asked. If more time is needed, additional follow-ups can be scheduled.

Programación de consultas de Medicare de TouchCare| FAQs

9. ¿Qué pasa si necesito asistencia urgente con las decisiones de Medicare??

Si tiene inquietudes urgentes o necesita asistencia inmediata, comuníquese directamente con el equipo de Servicio al Cliente de Touch Care al; clientservices@touchcare.com o llamando a nuestra línea de soporte. Haremos todo lo posible para acelerar su solicitud.

10. Lo que hace que el servicio de consulta de Medicare de TouchCare sea único?

Nuestro enfoque personalizado garantiza que cada miembro reciba asesoramiento personalizado en función de su situación específica. A diferencia de los recursos genéricos, los especialistas de TouchCare ofrecen orientación experta e imparcial para ayudarlo a tomar las mejores decisiones para su salud y bienestar financiero.

Los especialistas de TouchCare son personas que tienen al menos cinco años de experiencia trabajando con personas que están evaluando o que utilizan Medicare. Están familiarizados con las pautas y requisitos estatales y federales y están disponibles para ayudarlo con cualquier pregunta, inquietud o necesidad que pueda tener en relación con Medicare.

www.touchcare.com/medicare

¿Listo para una consulta de Medicare?

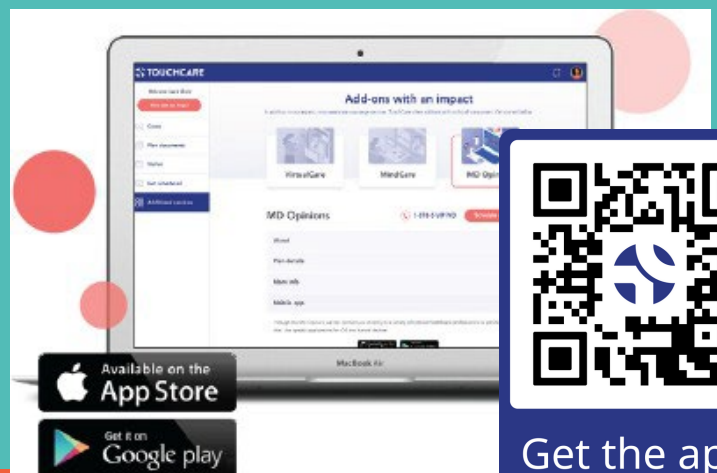
Programe su cita en línea, a través de nuestra aplicación o a través de nuestro portal para miembros en el

Pestaña "Obtener programación".



TouchCare Medicare

Los especialistas están disponibles para brindar apoyo personalizado, ya sea que esté explorando opciones de cobertura, verificando elegibilidad, comparando planes o navegando por el proceso de inscripción de Medicare.



Get the app!

Mis beneficios a través de BRMS

1. ¿Quién es BRMS??

Un administrador externo (TPA) que ayudará a su empleador a administrar su plan de beneficios. BRMS proporciona administración integral de reclamos y soporte al cliente para tu plan médico a través de Cigna.

2. Cuando necesite ayuda, llame a TouchCare, nuestro conserje de atención médica, para obtener la siguiente información:

- Cómo encontrar un proveedor
- Tarjetas de identificación
- Estado de la reclamación
- Beneficios médicos y farmacéuticos
- Documentos del plan como SBC, SPD, etc.
- Y mucho más

3. ¿A quién puedo contactar con respecto al estado y la información de mi reclamo?

- Puede acceder a la información de sus reclamos visitando www.myhealthbenefits.com.

4. ¿A quién puede contactar mi médico/proveedores para obtener información sobre mi plan o para verificar mi elegibilidad?

Su médico/proveedores pueden comunicarse con BRMS para cualquier pregunta relacionada con los beneficios y el plan a través de uno de dos métodos:

- Comuníquese con Servicios para proveedores a través del número que figura en su tarjeta de identificación
- Visitar brmsprovidergateway.com

MyHealthBenefits.com

Registro de nuevos usuarios

Con MyHealthBenefits®, tiene acceso a una biblioteca de recursos con todo incluido, información actualizada sobre beneficios, tarjetas de identificación digitales, nuestra herramienta de comparación de precios y mucho más. Inicie sesión en myhealthbenefits.com para aprovechar estas herramientas.

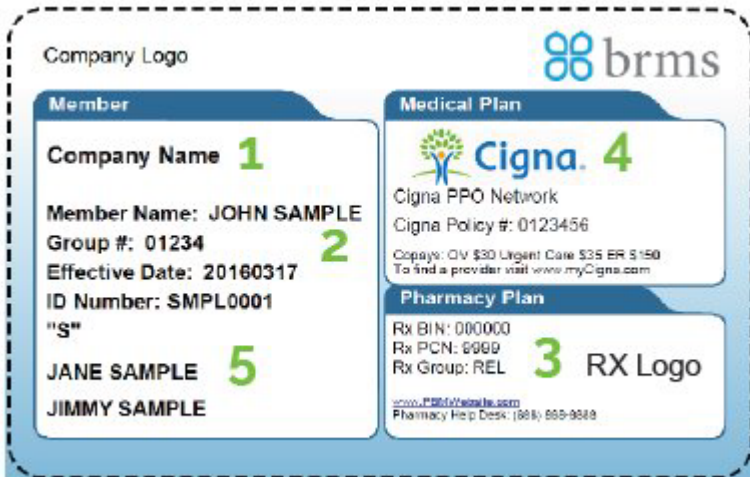
Es necesario registrarse para obtener su nueva cuenta MyHealthBenefits para ver y administrar sus beneficios.

Siga los pasos a continuación para completar su registro.

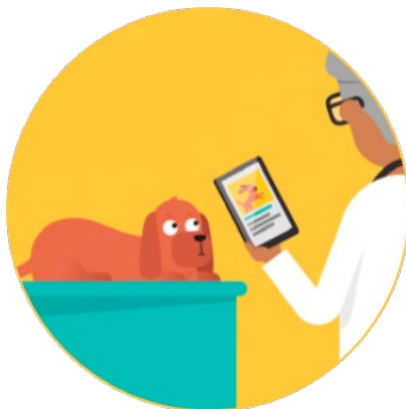
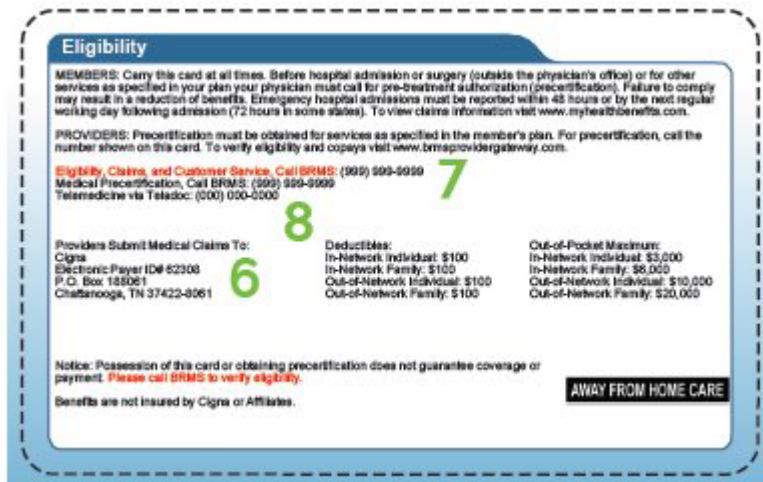
1. En tu navegador web, ingresa www.myhealthbenefits.com.
2. Se le dirigirá a la página de inicio de sesión del sistema de beneficios. Todos los usuarios deberán pasar por el proceso de registro para crear un nuevo nombre de usuario y contraseña.
3. Para registrarse para obtener una cuenta, **haga clic en Crear nueva cuenta**.
4. Complete el proceso de registro. Se le pedirá que valide su cuenta con una dirección de correo electrónico activa.
5. Una vez que se haya validado su dirección de correo electrónico, su cuenta se verificará con éxito.
6. Haga clic en **Iniciar sesión** para ingresar las credenciales de su cuenta.
7. Ingrese su nombre de usuario y contraseña, y el sistema le pedirá que valide su identidad ingresando un código. (enviado por llamada telefónica, mensaje de texto o correo electrónico). Nota: Este segundo paso en el proceso de autenticación será necesario cada vez que se intente acceder a su cuenta desde un dispositivo que el sistema no reconozca.
8. Al completar la verificación multifactorial, se le dirigirá a su panel de control de MyHealthBenefits.

Servicios de Gestión de Beneficios y Riesgos "BRMS"

Comprender su tarjeta de identificación



1. Información de elegibilidad
2. Número de grupo del plan médico
3. Información de farmacia
 - Fairos Rx
4. Cobertura/Red
5. Dependientes
6. Presentación de reclamaciones
7. Servicio al cliente para miembros (número de TouchCare)
8. Teladoc



INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Verifique la elegibilidad a través de www.MyHealthBenefits.com.

- NO verifiques con Cigna.
- Los proveedores deberán enviar todos los reclamos a Cigna.
- NO envíe reclamos a BRMS.

Resumen del plan médico

WellHaven se ha asociado con BRMS/Cigna para ofrecerte un competitivo plan de salud calificado con deducible alto (QHDHP) con la coordinación de una cuenta de ahorros para la salud (HSA), así como un plan de proveedor preferido (PPO).

Ambos planes le permiten la libertad de visitar proveedores dentro o fuera de la red; sin embargo, permanecer dentro de la red de proveedores de Cigna (dentro de la red) te proporcionará los menores costos de bolsillo.

El siguiente cuadro describe los aspectos más destacados de ambos planes. Consulte el Resumen de cobertura de beneficios (SBC), disponible en Paycom para obtener una lista completa de los servicios cubiertos y "¿Qué plan es el adecuado para mí y mi familia?" en esta guía.

With un QHDHP, deberá cumplir con el deducible del año calendario antes de que comiencen los beneficios médicos y de medicamentos recetados. Una vez que se alcance el deducible, pagará el coseguro hasta el máximo de gastos de bolsillo como se describe a continuación.

Use la Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) para pagar estos costos.

Con la PPO, pagará un copago por los beneficios de atención primaria, atención de urgencia, especialista y medicamentos recetados, sin necesidad de cumplir con el deducible del plan médico.

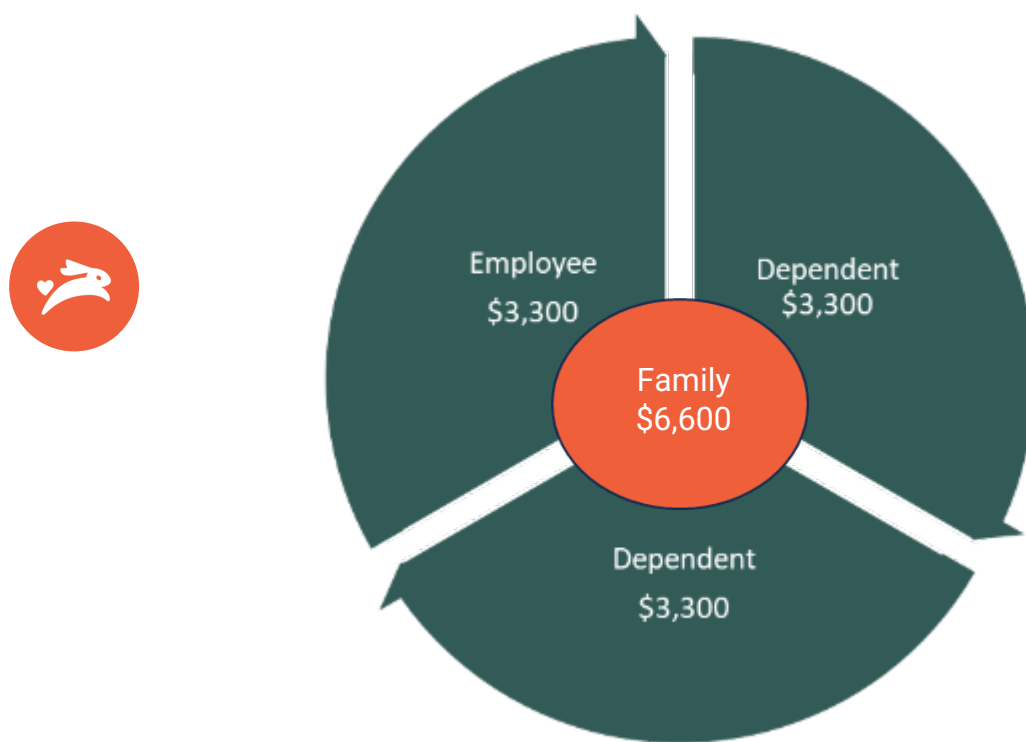


Plan	Cigna High-Deductible Health Plan		Cigna PPO Plan	
Servicios	Dentro de la red	Fuera de la red*	Dentro de la red	Fuera de la red*
Deducible	\$3,300 Individual / \$6,600 Familia		\$3,500 por persona/ \$7,000 Familia	
Desembolso máximo	\$5,000 por persona/ \$10,000 Familia		\$6,700 por persona/ \$13,500 Familia	
Atención preventiva	Cubierto en su totalidad	Después del deducible, pagas el 40%	Cubierto en su totalidad	Después del deducible, pagas el 40%
Visita de atención primaria	Después del deducible, pagas el 20%	Después del deducible, pagas el 40%	Copago de \$40	Después del deducible, pagas el 40%
Visita al especialista	Después del deducible, pagas el 20%	Después del deducible, pagas el 40%	Copago de \$60	Después del deducible, pagas el 40%
Laboratorio de diagnóstico y rayos X	Después del deducible, pagas el 20%	Después del deducible, pagas el 40%	Después del deducible, pagas el 20%	Después del deducible, pagas el 40%
Atención de urgencia	Después del deducible, pagas el 20%	Después del deducible, pagas el 40%	Igual que la visita al consultorio	Después del deducible, pagas el 40%
Sala de emergencias	Después del deducible, pagas el 20%	Pagado a nivel dentro de la red	Se aplica deducible y un copago de \$300, después del deducible pagas el 20%	Pagado a nivel dentro de la red
Hospital para pacientes hospitalizados/hospital para pacientes ambulatorios	Después del deducible, pagas el 20%	Después del deducible, pagas el 40%	Después del deducible, pagas el 20%	Después del deducible, pagas el 40%
Atención quiropráctica - 12 visitas máximo / año	Después del deducible, pagas el 20%	Después del deducible, pagas el 40%	Copago de \$40	Después del deducible, pagas el 40%
Acupuntura – 12 visitas máx. / año	Después del deducible, pagas el 20%	Después del deducible, pagas el 40%	Copago de \$40	Después del deducible, pagas el 40%
Medicamentos recetados ¹ - Venta minorista y por correo - Faires Rx	Después del deducible, pagas el	Después del deducible, pagas el	Copago de \$20 / Copago de \$40 / Copago de \$60 / 50% hasta \$300 máx. Pedido por correo: 3x Retail	

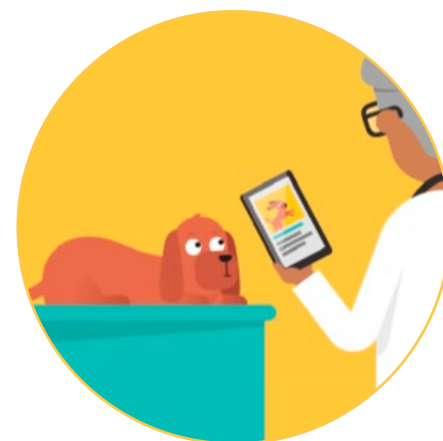
Comprender el deducible de su plan y Desembolso máximo.

Deducible y OOPM integrados

- Cada miembro de la familia cubierto cumple con su propio deducible/OOPM individual.
- Una vez que cualquier miembro de la familia alcance el deducible individual, los beneficios del plan comenzarán a pagar por ese miembro.
- Otros miembros de la familia aún tendrán que cumplir con sus deducibles individuales hasta que se haya alcanzado el deducible familiar; Si el deducible familiar ha sido alcanzado por cualquier combinación de miembros de la familia, los beneficios del plan pagarán a todos los miembros de la familia durante el resto del año del plan.
- Del mismo modo, una vez que cualquier miembro de la familia cumpla con el OOPM individual, el plan cubrirá el 100% de los servicios para ese miembro; una vez que cualquier combinación de miembros de la familia cumpla con el OOPM familiar, el plan cubrirá el 100% para todos los miembros durante el resto del año.



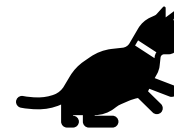
Cigna QHDHP \$3,300/ \$6,600



COMO ELEGIR EL PROVEEDOR DE SALUD ADECUADO

Un viaje a la sala de emergencias puede costar fácilmente tres veces más que una visita a una clínica de conveniencia de atención de urgencia, y es probable que su tiempo de espera sea considerablemente más largo. Siga las pautas que se muestran aquí para ayudarlo a determinar a dónde ir primero para recibir atención.

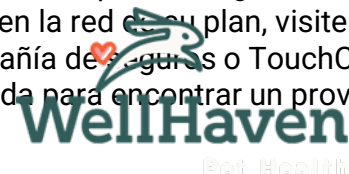
Teladoc	<ul style="list-style-type: none"> • Sin copago por visitas médicas generales para Teladoc • Diarrea y estreñimiento • Dolores de cabeza y migrañas • Sarpullido y problemas de la piel • Dolor de garganta y congestión nasal • Esguinces y distensiones • Infecciones del tracto urinario • Alergias • Problemas de espalda • Bronquitis • Síntomas de resfriado y gripe • Infecciones de oído
Consultorio médico	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes anuales y problemas generales de salud • Síntomas de resfriado y gripe (por ejemplo, congestión nasal, tos, fiebre) • Dolores y molestias menores • Vacunas
Clínica de salud minorista (p. ej., Walgreens Health Care Clinic o CVS MinuteClinic)	<ul style="list-style-type: none"> • Afecciones comunes como conjuntivitis y faringitis estreptocócica • Heridas menores, abrasiones y afecciones de la piel (p. ej., erupción cutánea por hiedra venenosa)
Atención de urgencia	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías de diagnóstico y pruebas de laboratorio • Huesos rotos menores (p. ej., dedos de las manos y de los pies) • Infecciones y erupciones menores • Esguinces, distensiones y cortes • Dolor de estómago
Sala de emergencias	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor en el pecho, dificultad para respirar y otros síntomas de ataque cardíaco o accidente cerebrovascular • Sangrado abundante • Huesos rotos importantes (por ejemplo, brazos, piernas) • Laceraciones y quemaduras importantes



AHORRE DINERO USANDO Teladoc y proveedores DENTRO DE LA RED!

¿Solo necesitas una doble verificación rápida de tu sentimiento instintivo? ¡Llame a Teladoc y no hay copago! Si siente que necesita ver a un proveedor en persona, se lo dirán!

Su compañía de seguros desarrolla redes mediante la contratación de médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores que han acordado brindar servicios de atención médica a los miembros a tarifas negociadas o con descuento. Por lo general, pagará menos de su bolsillo cuando use proveedores en la red de su plan, generalmente denominados proveedores dentro de la red. En conclusión: Utilice proveedores dentro de la red siempre que sea posible para obtener la tarifa más baja. Para encontrar proveedores dentro de la red en su área o para averiguar si su proveedor actual está en la red de su plan, visite el sitio web de su compañía de seguros o TouchCare para obtener ayuda para encontrar un proveedor.



Atención preventiva

Sin costo para usted!

¿Sabía que nuestros planes médicos cubren la atención preventiva dentro de la red sin costo para usted? Sin deducible, sin copagos

– El plan cubre los servicios preventivos en su totalidad.

La atención preventiva incluye lo siguiente:

- Chequeos anuales para adultos, incluidos exámenes de rutina, vacunas y exámenes ginecológicos de rutina
- Chequeos de rutina para niños, incluidos exámenes de detección, evaluaciones e inmunizaciones de rutina
- Apoyo para la lactancia materna y un nuevo extractor de leche de grado no hospitalario, incluidos los suministros que lo acompañan
- Detección de depresión para todos los adultos, incluida la detección de depresión materna
- Anticoncepción para mujeres: DIU, parche y anillo anticonceptivos, diafragma y píldora (no todas las marcas están cubiertas en su totalidad)
- Asesoramiento para proveedores y medicamentos para dejar de fumar

Definiciones clave

- El deducible es la cantidad que debe pagar antes de que el plan comience a pagar los beneficios.
- El coseguro es el porcentaje de los cargos permitidos que el Plan/usted pagará después de alcanzar el deducible.
- El desembolso máximo es el monto máximo que pagará por los servicios cubiertos en un año calendario determinado. Los deducibles, copagos y coseguros cuentan para el desembolso máximo.



¡Tenga en cuenta! Las primas no cuentan para el desembolso máximo.



Please note! Not all brands of medications are covered in full, and limitations do apply. Contact TouchCare for additional details on what is covered under the Plan.

Telemedicina

SIN COSTO PARA USTED!

Teladoc



La telemedicina a través de los médicos de Teladoc está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para citas virtuales, desde el diagnóstico y el tratamiento hasta las recetas, todo en una sola llamada que puede hacer en cualquier momento y desde cualquier lugar. Las citas suelen estar disponibles en menos de 15 minutos. Sin copago.

Las condiciones cubiertas incluyen alergias, dolor de espalda, resfriado común, conjuntivitis, erupciones cutáneas, dolor de garganta, evaluación de gripe / covid y más. **Teladoc** facilita la obtención de atención de calidad para todos los miembros de su familia.

Teladoc Los médicos certificados por la junta pueden diagnosticar y tratar afecciones médicas que no sean de emergencia, recetar medicamentos y enviar recetas a su farmacia!

Resumen de la cuenta de ahorros para la salud

Entendemos lo importante que es tener la libertad de tomar sus propias decisiones con respecto a su dinero para el cuidado de la salud. Una cuenta de ahorros para la salud (HSA), combinada con el plan de salud calificado con deducible alto (QHDHP), puede mantener sus opciones de gastos de atención médica en sus manos. Inscribirse en el QHDHP, que se rige por el IRS, puede permitirle participar en una cuenta de ahorros para la salud (HSA).



Además de sus contribuciones individuales a la HSA, WellHaven contribuirá con \$625 para el plan individual / \$1,250 para el plan de dependientes anualmente a su cuenta.

¿Qué es una HSA?

Una cuenta de ahorros para la salud (HSA) es una cuenta bancaria personal de atención médica que puede usar para pagar gastos calificados de su bolsillo con dólares antes de impuestos. Está diseñado para brindar a los empleados más responsabilidad y control de sus decisiones de atención médica. Una HSA le permite:

- Esté preparado para gastos inesperados de atención médica que no se contabilizan en sus finanzas personales
- Aumentar el ahorro fiscal
- Ahorre y "renueve dinero" si no lo gasta en el año calendario
- Llévelo contigo. El dinero en su cuenta siempre es suyo, incluso si cambia de plan de salud o trabajo
- Crear ahorros para el cuidado de la salud para la jubilación

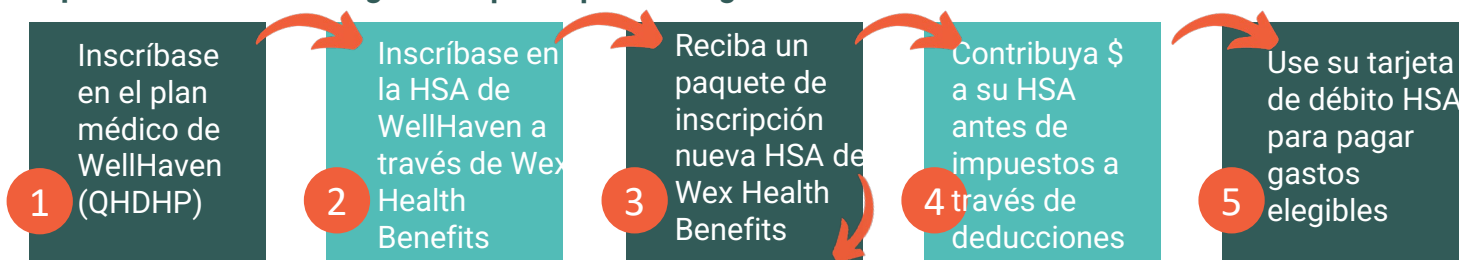
Beneficios de una HSA

Hay muchos beneficios de usar una HSA, incluidos los siguientes:

- Es portátil. El dinero de su HSA se transfiere de un año a otro y es suyo, incluso si deja la empresa.
- Es un ahorro de impuestos. Una HSA proporciona una triple ventaja fiscal:
 - Sus contribuciones a la HSA se realizan con dólares antes de impuestos
 - Los fondos dentro de la HSA se acumulan libres de impuestos
 - Puede retirar fondos libres de impuestos (si se utilizan para gastos médicos elegibles)

Inscripción en HSA de un vistazo

¡Inscribirse es fácil! Siga estos pasos para configurar su cuenta HSA.



Tenga en cuenta! Siga todas las instrucciones indicadas por Wex Health Benefits para finalizar la configuración de su cuenta HSA.

Preguntas frecuentes sobre HSA

? ¿Quién es elegible para una HSA?

Para participar en una HSA, debe estar inscrito en un QHDHP y no puede:

Estar cubierto por otro plan de salud no calificado, como el Plan PPO de su cónyuge;

- Estar cubierto por una cuenta de gastos flexibles (FSA) tradicional, como la FSA de su cónyuge, a través de su trabajo;
- Estar inscrito en Medicare o Tricare; si cobra el Seguro Social, se inscribe automáticamente en la parte A de Medicare, lo que lo hace inelegible para contribuir a la HSA
- Haber recibido servicios de la Administración de Veteranos (VA) en los últimos 3 meses (la atención por lesiones o enfermedades relacionadas con el servicio está exenta);
- Ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

? ¿Qué son los gastos calificados elegibles?

Gastos para el tratamiento o prevención de una condición física o mental. Siempre que tenga un saldo en su HSA, puede usar los fondos para pagar o reembolsarse:

- Deducibles, copagos y coseguros
- Tarifas de medicamentos recetados elegibles
- Costos de atención dental (no cosméticos)
- Lentes de contacto y otros gastos de la vista
- Ciertos artículos de farmacia de venta libre

La Publicación 502 del IRS proporciona una lista completa de gastos elegibles y se puede encontrar en www.irs.gov.

? ¿Cómo uso mis dólares HSA?

Utiliza su tarjeta de débito Wex Health Benefits (HSA) para compras elegibles y para pagar facturas de médicos/hospitales en línea. Si paga un servicio con una tarjeta de crédito, efectivo o cheque diferente, aún puede obtener un reembolso a través de su HSA.

? ¿Qué pasa si uso los dólares de mi HSA para un gasto no elegible?

Si es menor de 65 años, estará sujeto a los impuestos aplicables y a una multa del 20% - consulte Wex Health Benefits para completar un formulario de contribución erróneo antes del 15 de abril para evitar multas e impuestos.

? ¿Puedo usar los dólares de mi HSA para pagar los gastos incurridos por mi pareja de hecho?

Sí, pero solo si reclama a su pareja de hecho como dependiente de impuestos federales cuando presente sus impuestos.

? ¿Qué sucede con mi HSA si dejo WellHaven? O si me retiro?

La HSA siempre es suya, incluida la contribución anual de \$ 625 / \$ 1,250 de la compañía. Si se jubila, una HSA es una excelente cuenta de ahorros para la jubilación. Los dólares de la HSA que ahorre para la jubilación lo ayudarán a continuar pagando los gastos médicos hasta bien entrada su jubilación. Después de los 65 años, puede usar estos dólares por razones distintas al pago de gastos médicos. Se le pedirá que pague la tarifa administrativa mensual.

? Me he inscrito en QHDHP de WellHaven solo para mí. ¿Puedo usar mi HSA de WellHaven para pagar los costos médicos incurridos por los miembros de mi familia que no están inscritos en el QHDHP? Sí, puede usar su HSA para los gastos elegibles incurridos por su cónyuge legal y dependientes fiscales, ya sea que estén inscritos en su plan médico a través de WellHaven.

? ¿Necesito guardar mis recibos de gastos calificados para HSA?

Sí, guarde sus recibos de HSA para cada año con su declaración de impuestos. Hable con un asesor fiscal antes de purgar registros.

Contribuciones a la cuenta de ahorros para la salud

Para 2026, WellHaven contribuirá \$625 a su cuenta HSA para la cobertura solo para empleados y \$1,250 si elige la cobertura para dependientes, para compensar el límite anual del deducible.

Contribuye a tu HSA y aprovecha las ventajas:

- Contribuciones antes de impuestos
- Pago libre de impuestos de gastos médicos calificados
- Ganancias libres de impuestos
- Crecimiento de la cuenta HSA a medida que los fondos se renuevan año tras año



La siguiente tabla describe los límites anuales actuales del monto de la contribución. Esto puede cambiar de un año a otro.



Tenga en cuenta!. Puedes cambiar/iniciar/
Suspender el importe de su cotización en cualquier momento del año, siempre que no supere el máximo anual

El monto máximo de contribución del empleado de la HSA de 2026 es de \$4,400 para cobertura individual y \$8,750 para cobertura familiar, esto incluye las contribuciones del empleador. Además, si tiene 55+ años de edad, puede hacer una contribución adicional de "recuperación" de \$ 1,000.



Inscripción en el plan médico WellHaven 2026	Elegibilidad para la inscripción en el plan HSA 2026	Límite máximo de contribución de HSA 2026	Contribución a la HSA de WellHaven 2026	Límite total de contribución de los empleados para 2026: anual	Límite total de contribución de los empleados de 2026: por período de pago
Solo para empleados	Individual < 55 años	\$4,400	\$625	\$3,775	\$157.29
	Individual > 55 años	\$5,400	\$625	\$4,775	\$198.96
Empleado + Cónyuge / DP	Familia < 55 años	\$8,750	\$1,250	\$7,500	\$312.50
	Familia > 55 años	\$9,750	\$1,250	\$8,500	\$354.17
Empleado + Hijo(s)	Familia < 55 años	\$8,750	\$1,250	\$7,500	\$312.50
	Familia > 55 años	\$9,750	\$1,250	\$8,500	\$354.17
Empleado + Familia	Familia < 55 años	\$8,750	\$1,250	\$7,500	\$312.50
	Familia > 55 años	\$9,750	\$1,250	\$8,500	\$354.17

Cuentas de gastos flexibles (FSAs)

Una FSA le permite reservar dinero antes de que se le cobren impuestos y usarlo para pagar gastos médicos, dentales y de la vista elegibles, además de que hay una cuenta de cuidado de dependientes para ayudar a pagar los gastos de guardería.

- Usted elige cuánto contribuir en función de sus necesidades personales, hasta la asignación anual máxima
- Es como obtener un descuento del 25% al 40%, ya que todos los gastos calificados se pagan antes de impuestos!

Atención médicaFSA - no es necesario que esté inscrito en el plan médico de WellHaven para participar.

Cuidado de dependientesFSA – Los dependientes elegibles incluyen:

- Niño(s) hasta los 12 años
- Dependiente o cónyuge discapacitado
- Cuidado de ancianos – dependiente de impuestos

Consulte el sitio web de Wex para obtener una lista completa de gastos elegibles.



Comprometido—su elección de contribución anual está “comprometida” para el año = no puede hacer cambios, excepto por eventos de vida calificados (QLE).

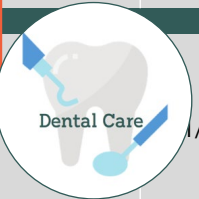
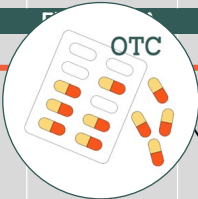
FSA de atención médica de propósito limitado y de propósito general Los fondos están disponibles el primer día del año del Plan.

- Año del plan 2026 = 1/1/2026–12/31/2026

FSA para el cuidado de dependientes Los fondos están disponibles una vez que se hayan depositado sus contribuciones de nómina a su cuenta de FSA.

El siguiente cuadro describe los tipos de FSA, los máximos de contribución actuales y las reglas de reinversión.

Inscripción Médico Seguro	WellHaven Regence Plan	Plan médico Fuera de WellHaven	Elegible Atención médica FSA	Tipo de Atención médica Gastos elegibles	Contribución máxima de los empleados en 2026	Último día para incurrir gastos	Último día para enviar Expensas	Saldo de la FSA en 3/31/2026	Saldo de vuelco 1er día para usar \$ en 2026
QHDHP	✓	✓	Propósito limitado	<ul style="list-style-type: none"> Dental Vision 	\$3,400	12/31/2026	3/31/2027	<ul style="list-style-type: none"> Hasta \$680 pueden transferirse a 2026 Los saldos superiores a \$680 son confiscados por el empleado 	4/1/2027
PPO	✓	✓	Propósito general	<ul style="list-style-type: none"> Dental Visión Medico 	\$3,400	12/31/2026	3/31/2027	<ul style="list-style-type: none"> Hasta \$680 pueden transferirse a 2026 Los saldos superiores a \$680 son confiscados por el empleado 	4/1/2027



Resumen del plan dental

Además de proteger su sonrisa, el seguro dental ayuda a pagar la atención dental y generalmente incluye chequeos, limpiezas y radiografías regulares. Varios estudios sugieren que las enfermedades orales, como la periodontitis (enfermedad de las encías), pueden afectar otras áreas de su cuerpo, incluido el corazón.

Recibir atención dental regular puede protegerlo a usted y a su familia del alto costo de las enfermedades y cirugías dentales.

WellHaven se ha asociado con Guardian para ofrecerle dos planes dentales PPO. Ambos planes dentales PPO le permiten la libertad de ver a un dentista de su elección o acceder a la red de dentistas PPO. Si utiliza un dentista que participa en la red PPO, sus gastos de bolsillo se reducirán, ya que las tarifas están sujetas a una tarifa negociada. Si utiliza un proveedor fuera de la red, usted es responsable de pagar la diferencia de costo entre los cargos del proveedor fuera de la red y la cantidad permitida.

Nuevo programa de recompensas de salud bucal

Si visita a su dentista para recibir atención dental preventiva y sus reclamos dentales no exceden el monto del umbral dental anual, entonces se puede reinvertir el monto máximo establecido para la reinversión. Si todos sus reclamos fueron de un proveedor dentro de la red, se transferirán dólares adicionales. Esta cantidad se puede utilizar en años futuros. La cuenta de reinversión puede seguir acumulando fondos de reinversión hasta que alcance el límite de la cuenta de reinversión.



¡Tenga en cuenta! Puede usar sus dólares de HSA y FSA para pagar los costos dentales calificados, incluida la ortodoncia.



Plan	Buy Up Plan		Base Plan	
Servicios	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible	\$50 Individual / \$150 Familia		\$75 Individual / \$225 Familia	
Beneficio Anual Máximo	\$1,500 por persona		\$1,000 por persona	
Atención preventiva	Deducible exento Pagado al 100%	Deducible exento Pagado al 100% del monto permitido.*	Deducible exento Pagado al 100%	Deducible exento Pagado al 100% del monto permitido*
Exámenes				
Rayos X				
Limpiezas				
Restaurador básico	Después del deducible, pagas el 20%	Después del deducible, pagas el 20% del monto permitido.*	Después del deducible, pagas el 20%	Después del deducible, pagas el 20% del monto permitido*
Restaurador mayor	Después del deducible, pagas el 50%	Después del deducible, pagas el 50% del monto permitido.*	Después del deducible, pagas el 50%	Después del deducible, pagas el 50% del monto permitido.*
Ortodoncia (Niños y adultos)	Usted paga el 50%, no aplica deducible	Pagas el 50% del monto permitido, no aplica deducible	No cubierto	
	Up to \$1,000 lifetime maximum benefit	Up to \$1,000 lifetime maximum benefit		
Limite de traspaso	\$700		\$500	
Monto de traspaso	\$350		\$250	
Monto de reinversión dentro de la red	\$500	N/A	\$350	N/A
Límite de cuenta de reinversión	\$1,250		\$1,000	

¿Qué plan dental es adecuado para mí y mi familia?

Escenario: Solo empleado inscrito

	Opción recomendada
ESCENARIO DE BAJO USO Resumen de uso de este empleado: <ul style="list-style-type: none">• Recibió su limpieza anual• El empleado NO necesita cobertura de ortodoncia.	Base Plan – el empleado no necesita servicios dentales adicionales o cobertura de ortodoncia y, por lo tanto, debe considerar pagar la prima más baja por el Plan Básico.

Escenario: Empleado inscrito con la familia

	Recommended Option
ESCENARIO DE USO ELEVADO Resumen del uso de esta familia: <ul style="list-style-type: none">• Recibieron sus limpiezas anuales• Tiene un hijo que utiliza la cobertura de ortodoncia• Tiene necesidad de empastes	Buy Up Plan – el empleado y su familia necesitan servicios dentales adicionales y cobertura de ortodoncia y, por lo tanto, deben considerar pagar la prima más alta por el Plan Buy Up.



Resumen del plan de visión

Conducir al trabajo, leer un artículo de noticias y ver televisión son actividades que realiza todos los días. Sin embargo, su capacidad para realizar estas actividades depende de su visión y salud ocular. El seguro de visión puede ayudarlo a mantener su visión y detectar varios problemas de salud. El Plan de la Visión de WellHaven se ofrece a través del Plan de Servicio de la Visión (VSP).

El plan de la vista de WellHaven les da derecho a beneficios específicos para el cuidado de los ojos. Nuestra póliza cubre exámenes de la vista de rutina y otros procedimientos, y proporciona un monto específico en dólares o Descuentos por la compra de anteojos y lentes de contacto. Vea la tabla a continuación para obtener un breve resumen de estos beneficios.

Consulte el resumen de Beneficios, disponibles en Paycom Self Servicio, para obtener una lista completa de Servicios cubiertos.



El plan de la vista le brinda la libertad de ver a un oftalmólogo de su elección o acceder a la red de proveedores de la vista de VSP. Si utiliza un proveedor que participa en la red, se reducirán sus gastos de bolsillo. Si utiliza un proveedor fuera de la red, no se aplicarán beneficios ni descuentos dentro de la red y los beneficios se pagarán de acuerdo con un cronograma de reembolso de beneficios establecido.



¡Tenga en cuenta! Busque usar el dinero de su HSA o FSA para pagar los costos de la vista calificados, incluida la compra de anteojos, lentes de contacto e incluso una solución para lentes de contacto.



Servicios	Dentro de la red	Fuera de la red
Exámenes	Copago de \$10, luego cubierto en su totalidad	Copago de \$10, luego cubierto hasta \$45
Copago de hardware (materiales)	Copago de \$25	Copago de \$25
Lentes		
Visión única	Cubierto en su totalidad después del copago	Después del copago, cubierto hasta \$30
Bifocal forrado	Cubierto en su totalidad después del copago	Después del copago, cubierto hasta \$50
Trifocal forrado	Cubierto en su totalidad después del copago	Después del copago, cubierto hasta \$65
Lenticular	Cubierto en su totalidad después del copago	Después del copago, cubierto hasta \$100
Progresivo	Copago de \$0 a \$175	Después del copago, cubierto hasta \$50
Marcos	Después del copago, cubierto hasta \$130	Después del copago, cubierto hasta \$70
Lentes de contacto		
Electivo	Cubierto hasta \$130	Cubierto hasta \$105
Médicamente Necesario	Cubierto en su totalidad	Cubierto hasta \$210
Ajuste y seguimiento	Copago de hasta \$60	No cubierto
Frecuencia de cobertura		
WellHaven Pet Health, Exámenes	Cubierto cada 12 meses	

Seguros de vida y AD&D

Seguro básico de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D):

El seguro de vida puede ayudar a mantener a sus seres queridos si algo le sucediera. WellHaven proporciona a los empleados elegibles para beneficios \$25,000 en seguro de vida básico y AD&D a través de **Guardian Life**. Este beneficio se le proporciona sin costo alguno.

- Monto de emisión garantizado de \$25,000.
- Incluye portabilidad con evidencia de asegurabilidad y cesa a los 70 años.
- Conversión
- Beneficio de vida acelerada del 80% del monto nominal
- Cobertura del cinturón de seguridad/airbag
- Los beneficios se reducen en un 50% a los 70 años.



Asegúrese de actualizar su beneficiario.



Cobertura	Montos de beneficios	Importe de emisión garantizado
Empleado	\$25,000	\$25,000

Next you will be looking at voluntary supplemental life insurance, think about your personal circumstances. Are you the sole provider for your household? What other expenses do you expect in the future (for example, college tuition for your child)?

Depending on your needs, you may want to consider buying supplemental life insurance. If you purchase supplemental life insurance, you will receive an equal amount of AD&D coverage. AD&D pays an additional benefit if you die as the result of an accident, as well as a benefit payable if you survive but lose a limb or your eyesight as the result of an accident.

Vida voluntaria y AD&D



Seguro de vida suplementario voluntario y muerte accidental y desmembramiento (AD&D):

Si bien WellHaven le brinda seguro de vida básico y AD&D, es posible que algunos empleados deseen comprar cobertura adicional. A través de **Guardian**, tiene la opción de comprar cobertura adicional a tarifas atractivas y la conveniencia de las deducciones de nómina.

Cobertura de empleados– el costo se basa en su edad al 1 de enero de 2026 y la cantidad de cobertura que seleccione. Los empleados pueden elegir una cobertura por un monto de \$10,000 hasta \$300,000 de cobertura en incrementos de \$5,000. Los montos **elegidos superiores a \$200,000** requerirán **evidencia de asegurabilidad**.

Los empleados pueden elegir la cobertura para sus cónyuges/parejas de hecho e hijos(s) si tienen cobertura.

La prima de cobertura del cónyuge/pareja conviviente se basa en la edad del empleado. Puede elegir la cobertura conyugal en incrementos de \$5,000 hasta \$100,000 de cobertura. Los montos elegidos superiores a **\$25,000 requerirán evidencia de asegurabilidad**. La cobertura conyugal no puede exceder más del 50% de la cantidad elegida por los empleados.

Cobertura de niños(s)– Los niños menores de 14 días solo están cubiertos por \$1,000. Los niños de 15 días a 26 años pueden estar cubiertos hasta \$10,000 en incrementos de \$1,000.00. Ya sea que tenga un hijo o seis, el costo es el mismo. Las tarifas de empleados y cónyuges/parejas de hecho pueden ajustarse el 1 de enero de acuerdo con la tabla de bandas de edad.

Tenga en cuenta: Los empleados pueden optar por aumentar la cobertura de los empleados cada año durante la inscripción abierta sin presentar evidencia de asegurabilidad en incrementos de \$5,000 hasta el monto de la Emisión Garantizada de \$200,000, si se inscribieron durante este período de inscripción abierta inicial para el período de cobertura del 1/1/2026-12/31/2026. Una vez que sus elecciones anuales superen los \$ 200,000, se requerirá un formulario E de I.

Coverage	Benefit Amounts	Guaranteed Issue Amount
Employee	Increments of \$5,000 with a minimum of \$10,000, up to \$300,000	\$200,000
Spouse or Domestic Partner	Increments of \$5,000, up to the lesser of \$100,000 or 50% of the employee's supplemental life insurance amount	\$25,000
Child(ren)	Birth to 14 days : Flat \$1,000 Over age 14 days to 26 years: \$1,000 Increments up to \$10,000 maximum	\$10,000

Discapacidad voluntaria a corto plazo

Discapacidad a corto plazo:

La discapacidad a corto plazo (STD) es un beneficio pagado por el empleado que brinda protección parcial de ingresos si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión que no está relacionada con el trabajo. Su beneficio cubre una parte de su salario semanal hasta 12 semanas. Puede inscribirse en este beneficio sin completar una evidencia de asegurabilidad. Este beneficio está sujeto a condiciones preexistentes. Lo que eso significa si se inscribe en este beneficio y tiene un reclamo por discapacidad dentro de los primeros doce meses de su inscripción, la compañía revisará sus registros médicos tres meses antes de la fecha de vigencia de su cobertura. Si fue tratado o diagnosticado dentro de los tres meses anteriores a su fecha de vigencia, el reclamo no estaría cubierto. Si estaba inscrito en la póliza de discapacidad a corto plazo de la compañía anterior, el tiempo bajo esa póliza satisfará su tiempo preexistente.

Por ejemplo: Su fecha de contratación en WellHaven Pet Health fue el 1/15/2025. Los beneficios por discapacidad a corto plazo entraron en vigor el 3/1/2025. Estás embarazada y das a luz el 17 de febrero de 2026. Lo más probable es que este reclamo por discapacidad a corto plazo se rechace como una condición preexistente.

Por ejemplo: Su fecha de contratación en WellHaven Pet Health fue el 1/10/2025, los beneficios por discapacidad a corto plazo entraron en vigor el 1 de noviembre de 2025. En marzo de 2026, vas de excursión, te caes y te rompes la pierna. Presenta un reclamo por discapacidad, siempre que no haya habido lesiones previas o tratamiento para esta pierna, lo más probable es que se pague este reclamo.

Nota: Todos los reclamos deben enviarse a Guardian para una determinación final de cobertura.

	Discapacidad a corto plazo
Elegibilidad	Todos los empleados activos a tiempo completo que trabajen al menos 30 horas por semana
Comienzan los beneficios	El 8º día - Período de eliminación
Duración del beneficio	Hasta 12 semanas, incluido el período de eliminación
% de beneficio semanal	60% de 12 meses de salario con bonos y comisiones incluidos
Beneficio semanal máximo	\$1,500

Cálculo de ETS

Tarifa por hora	x Horas por semana	= Nómina semanal	x %	= Beneficio	x Tasa	Subtotal	/10 = Prima mensual	/2 = Por período de pago
\$15.00	40.00	\$600.00	.60	\$360.00	0.179	\$64.44	\$6.44	\$3.22

Cosas a considerar

- Si su estado ofrece un Programa de Licencia Pagada, es posible que desee comunicarse con Guardian para analizar cómo se pagaría el Programa Estatal y este Programa de ETS patrocinado por el empleador.
- Una vez que esté inscrito en el plan de discapacidad a corto plazo durante doce meses consecutivos, no se aplican condiciones preexistentes.
- La prima se paga con dólares después de impuestos; Los beneficios recibidos no están sujetos a impuestos.
- Revise su certificado de cobertura para obtener detalles completos de este plan.

Discapacidad voluntaria a largo plazo

Discapacidad a largo plazo:

La discapacidad a largo plazo (LTD) es un beneficio pagado por el empleado que brinda protección parcial de ingresos si no puede trabajar durante más de 90 días. El beneficio le proporciona el 60% de sus ganancias mensuales durante su período de discapacidad aprobado libre de impuestos, hasta un máximo de \$ 15,000 / \$ 8,000 por mes.

Este año puede inscribirse en este beneficio sin completar una evidencia de asegurabilidad. Este beneficio está sujeto a condiciones preexistentes. Lo que eso significa si se inscribe en este beneficio y tiene un reclamo por discapacidad dentro de los primeros doce meses de su inscripción, la compañía revisará sus registros médicos tres meses antes de la fecha de vigencia de su cobertura. Si fue tratado o diagnosticado dentro de los tres meses anteriores a su fecha de vigencia, el reclamo no estaría cubierto. Si estaba inscrito en la póliza de discapacidad a largo plazo de la compañía anterior, el tiempo bajo esa póliza satisfará su período preexistente.

Ejemplo: Se ha inscrito para los beneficios por discapacidad por primera vez a partir del 1 de enero de 2026. En mayo de 2026, sale con una discapacidad a corto plazo debido a una afección por la que había sido tratado en octubre del 25. Debido a que esta enfermedad fue tratada en los tres meses anteriores a su fecha de vigencia de la cobertura, este reclamo de LTD sería denegado.

Ejemplo: Se ha inscrito para los beneficios por discapacidad por primera vez a partir del 1 de enero de 2026. En mayo de 2027, sale por discapacidad por una afección que ha estado tratando a lo largo de su vida. Debido a que estuvo en la póliza durante 12 meses antes de la discapacidad, no se aplican condiciones preexistentes.

Nota: Todos los reclamos deben enviarse a Guardian para una determinación final de cobertura.

	Long-Term Disability
Elegibilidad	Todos los empleados activos a tiempo completo que trabajen al menos 30 horas por semana
Comienzan los beneficios	Período de eliminación de 90 días
% de beneficio mensual	60% de 12 meses de salario con bonos y comisiones incluidos
Beneficio mensual máximo	\$15,000 – DVM/Sr. Liderazgo \$8,000 – todos los demás
Benefit Duration	Hasta la edad normal de jubilación del Seguro Social

Cálculo de LTD

Tarifa por hora	x Horas por semana	= Nómina semanal	x 52 Semanas	Nómina mensual	x Tasa	Subtotal	/100 = Prima mensual	/2 = Por período de pago
\$15.00	40.00	\$600.00	\$31,200	\$2,600	0.506	\$1315.60	\$13.23	\$6.58

Cosas a considerar

- Una vez que esté inscrito en el plan de discapacidad a largo plazo durante doce meses consecutivos, no se aplican condiciones preexistentes.
- La prima se paga con dólares después de impuestos, los beneficios recibidos no están sujetos a impuestos.
- Los beneficios por discapacidad a largo plazo incluyen dos años de ocupación propia. DVM ocupación propia hasta los 65 años.
- Revise su certificado de cobertura para obtener detalles completos de esta cobertura.

Enfermedad crítica voluntaria

Las enfermedades críticas a menudo tienen gastos de bolsillo que el seguro médico no cubre. Esta cobertura le paga una suma global si se le diagnostica una afección cubierta.

Cáncer	Vascular	Otro
Cáncer invasivo	Infarto	Insuficiencia orgánica
Carcinoma In Situ	Golpe	Insuficiencia renal
Tumor cerebral benigno	Insuficiencia cardíaca	Contagioso infeccioso
Cáncer de piel \$250	Arteriosclerosis coronaria	Enfermedad

Los empleados pueden elegir montos de cobertura de \$10,000, \$20,000 o \$30,000.
Los cónyuges / parejas de hecho pueden estar cubiertos por el 100% del monto del empleado.
Los niños pueden estar cubiertos por el 50% del monto del empleado.

Beneficio de bienestar para ciertos exámenes o procedimientos de bienestar de rutina. Empleado \$50, Cónyuge \$50, Niño \$50 una vez al año.

Costo por período de pago

Empleado	<25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+
10,000	\$1.40	\$1.70	\$2.20	\$2.85	\$4.05	\$5.80	\$8.10	\$11.00	\$16.35	\$23.05	\$35.05
20,000	\$2.80	\$3.40	\$4.40	\$5.70	\$8.10	\$11.60	\$16.20	\$22.00	\$32.70	\$46.10	\$70.10
30,000	\$4.20	\$5.10	\$6.60	\$8.55	\$12.15	\$17.40	\$24.30	\$33.00	\$49.05	\$69.15	\$105.15
Esposo (a)											
10,000	\$1.40	\$1.70	\$2.20	\$2.85	\$4.05	\$5.80	\$8.10	\$11.00	\$16.35	\$23.05	\$35.05
20,000	\$2.80	\$3.40	\$4.40	\$5.70	\$8.10	\$11.60	\$16.20	\$22.00	\$32.70	\$46.10	\$70.10
30,000	\$4.20	\$5.10	\$6.60	\$8.55	\$12.15	\$17.40	\$24.30	\$33.00	\$49.05	\$69.15	\$105.15
Niño(s)											
\$5,000, \$10,000, \$15,000	Incluido en el costo del empleado										

Ejemplo de tarifa:

El empleado tiene 35 años y se inscribe por un valor de \$20,000 en cobertura, el costo es de \$5.70 por período de pago
El empleado tiene 43 años y se inscribe a sí mismo y a sus hijos para obtener \$10,000 de cobertura; El costo es de \$ 4.05 por período de pago
El empleado tiene 52 años, se inscribe a sí mismo, a su cónyuge e hijos para obtener \$30,000 de cobertura; El costo es de \$ 48.60 por período de pago

Definiciones de condición

Accidente cerebrovascular: El accidente cerebrovascular debe ser lo suficientemente grave como para causar déficits neurológicos al menos 30 días después del evento.

Insuficiencia cardíaca: Un asegurado debe ser incluido en una lista de trasplante de órganos para ser elegible para los beneficios de insuficiencia cardíaca.

Arteriosclerosis coronaria: La arteriosclerosis coronaria debe ser lo suficientemente grave como para requerir un injerto de derivación de la arteria coronaria.

Insuficiencia orgánica: La insuficiencia orgánica incluye pulmones, hígado, páncreas o médula ósea y requiere que el asegurado sea incluido en una lista de trasplante de órganos.

Insuficiencia renal: Un asegurado debe ser incluido en una lista de trasplante de órganos para ser elegible para los beneficios de insuficiencia renal.

El beneficio de enfermedad contagiosa infecciosa solo se paga si: 1) el asegurado es diagnosticado con una enfermedad infecciosa o contagiosa cubierta por un médico mientras está asegurado por Guardian y 2) el asegurado

Indemnización Hospitalaria

El seguro puede cubrir parte del costo asociado con una estadía en el hospital, lo que le permite concentrarse en la recuperación.

Ser hospitalizado por enfermedad o lesión le puede pasar a cualquiera, en cualquier momento. Si bien el seguro médico puede cubrir las facturas del hospital, es posible que no cubra todos los costos asociados con una estadía en el hospital. Ahí es donde la cobertura de indemnización hospitalaria puede ayudar.

¿A quién va dirigido?

El seguro de indemnización hospitalaria es para personas que necesitan ayuda para cubrir los costos asociados con una estadía en el hospital si se enferman o lesionan repentinamente.

¿Qué cubre?

Si ingresa en un hospital por una enfermedad o lesión cubierta, recibirá pagos que se pueden usar para cubrir todo tipo de costos, que incluyen:

Deducibles y copagos, viajes hacia y desde el hospital para recibir tratamiento, asistencia con el servicio de cuidado infantil mientras se recupera.

¿Por qué debería considerarlo?

La cobertura de salud se está volviendo más cara, con copagos, primas y deducibles más altos. El seguro de indemnización hospitalaria puede ayudar a pagar los costos de bolsillo asociados con la hospitalización, lo que le brinda una mayor red de seguridad financiera para los gastos no planificados provocados por una estadía en el hospital. Además, el seguro de indemnización hospitalaria es portátil y los pagos se realizan directamente a usted, incluso si no incurrió en gastos de bolsillo.

NOTAS:

- Estos beneficios se pagan a través de la deducción de la nómina después de impuestos.
- La indemnización hospitalaria se paga en función de un cronograma de eventos / servicios.

Beneficio	High Plan	Low Plan
Admisión en el hospital/UCI Limitado a 2 admisiones por asegurado y 10 admisiones por familia cubierta por año de beneficios.	\$1,000 /\$2,000 Por admisión	\$500 / \$1,000 Por admisión
Hospitalización / UCI Limitado a 30 día(s) por asegurado por año de beneficios	\$200/\$400 Para el confinamiento	\$100/\$200 Para el confinamiento

COMPRENDER SUS BENEFICIOS: INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Los beneficios de ingreso hospitalario y admisión en la UCI del hospital no se pagan el mismo día. La prima no se aplicará si está hospitalizado por más de 30 días. Los beneficios de ingreso hospitalario o parto no se pagan por un recién nacido a menos que el niño sea admitido en la UCI neonatal. Las prestaciones de hospitalización/UCI no se pagan el mismo día que la prestación de ingreso en el hospital/UCI. Después de la inscripción inicial, la cobertura de indemnización hospitalaria continuará si el asegurado está trabajando activamente.

Cost per Pay Period

Tier	High Plan	Low Plan
Employee	\$9.06	\$4.53
Employee + Spouse	\$14.05	\$7.02
Employee + Child(ren)	\$13.95	\$6.98
EE + Family	\$18.94	\$9.47

Accidente

¿A quién va dirigido?

Nadie puede predecir cuándo puede ocurrir un accidente. Es por eso que el seguro de accidentes es una póliza adicional importante para las personas que desean complementar la cobertura de seguro de salud e incapacidad que ya tienen individualmente o a través de un empleador.

¿Qué cubre?

El seguro de accidentes le paga una suma global de beneficios después de sufrir un accidente. Esto podría ser más de 40 circunstancias diferentes, que incluyen: tratamiento de emergencia, ambulancia, quemaduras, dislocaciones, fracturas, confinamiento hospitalario y cirugía.

¿Por qué debería considerarlo?

La cobertura de salud puede volverse más costosa, con copagos, primas y deducibles más altos. El seguro de accidentes puede ser una forma simple y asequible de ayudar a complementar y cubrir gastos adicionales que su seguro de salud y discapacidad puede no cubrir, incluidas radiografías, servicios de ambulancia, deducibles e incluso cosas como alquiler o comestibles. Además, el seguro de accidentes es portátil y los pagos se realizan directamente a usted.

Consulte el certificado de cobertura para obtener una descripción completa del plan en el Portal de Paycom. Esta cobertura es solo para accidentes.

¡Cobertura las 24 horas!

Fracturas	Hasta	\$6,000
Dislocaciones	Hasta	\$5,000
Quemaduras	Hasta	\$12,000
Ingreso hospitalario	\$1,000	
Confinamiento diario en el hospital	\$250	Al día
Muerte accidental	Hasta	\$25,000
Examen de bienestar	\$50 por miembro inscrito por año	

Costo por período de pago

Solo para empleados	\$6.71
Empleado + Cónyuge	\$9.88
Empleado + Hijo(s)	\$10.32
Empleado + Familia	\$13.49

NOTAS:

Estos beneficios se pagan a través de la deducción de la nómina después de impuestos.

Beneficios de Guardian Value Add

Preparación de testamentos en línea de EstateGuidance®

Asegure sus deseos con un testamento legalmente vinculante. EstateGuidance facilita la redacción de un testamento con peajes en línea que lo guían a través del proceso en minutos. También puede redactar un testamento vital para asegurarse de obtener la atención al final de la vida que desea y un documento de arreglo final que exprese sus deseos para sus servicios funerarios.



Completar un testamento personalizado:

Sin costo para usted



Hacer que su testamento se imprima y se le envíe:

\$14.99



Redactar un testamento vital:

\$14.99



Proyecto de documento de arreglo final:

\$9.99

Cómo acceder

Asistencia en vivo 24/7

Llamar

1 855 239 0743

TRS: Dial 711

Visitar

estateguidance.com

App: GuidanceNowSM

People procrastinate for many reasons, but thanks to the Will Preparation service, you can prepare or update your important documents easily and economically. And, you'll add to your peace of mind knowing that you're helping to protect your family's financial future.



Ingrese el código promocional: Guardian

Servicios de protección contra robo de identidad

Herramientas de prevención y resolución para salvaguardar sus datos y restaurar su integridad si se utilizan de manera fraudulenta.

Los servicios incluyen:

- Acceso 24/7 a especialistas en protección de identidad
- Registro de tarjetas de crédito y documentos
- Asistencia con tarjetas de crédito y débito perdidas o robadas
- Soporte de fraude de identidad 24/7

Cómo acceder a la protección contra robo de identidad:

Código de acceso 18327

Llamar

1.877.409.9597 (dentro de EE. UU.)

1.816.396.9192 (fuera de EE. UU.)

Servicios globales de asistencia de emergencia

Lo conecta con proveedores de atención médica, hospitales, farmacias y otros servicios calificados si experimenta una emergencia mientras viaja a 100 millas de su hogar o fuera del país por hasta 90 días. No se aceptarán solicitudes de reembolso por transporte médico u otros servicios organizados de forma independiente por usted.

Cómo puede ayudar:



Asistencia médica de emergencia

- Consulta médica, evaluación y referencias
- Seguimiento médico
- Evacuación médica de emergencia y más



Asistencia de emergencia en viaje

- Cuidado de niños menores
- Visita compasiva
- Regreso del compañero de viaje y más



Asistencia de emergencia adicional

- Equipaje perdido
- Asistencia documental
- Referencias legales e intérpretes y más

Cómo acceder

Número de referencia 01-AA-GLI-10231

Correo electrónico
medservices@assistamerica.com

Llamar
1.800.872.1414 (dentro de los EE. UU.)
1.609.986.1234 (fuera de los EE. UU.)

Descargar
Aplicación móvil de Assist America Disponible en Google Play y App Store



Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Todos necesitamos ayuda de vez en cuando. Los problemas son solo una parte de la vida cotidiana. Además de los beneficios descritos en esta Guía, WellHaven también le brinda acceso a un Programa de Asistencia al Empleado (EAP) a través de ComPsych bajo un acuerdo con Guardian.

Como empleado de tiempo completo, se le inscribe automáticamente en este Programa y este beneficio se proporciona sin costo alguno para usted.

La vida es un desafío. Podemos ayudar.

Soporte confidencial 24/7.



Services:

Apoyo emocional confidencial

3 sesiones presenciales o virtuales por persona, por número, por año

- Ansiedad, depresión, estrés
- Duelo, pérdida y ajustes de vida
- Conflictos de relación/matrimonio

Apoyo al trabajo y al estilo de vida

- Cuidado de niños, ancianos y mascotas
- Mudanza y reubicación
- Refugio y asistencia gubernamental

Orientación Legal

- Divorcio, adopción y derecho de familia
- Testamentos, fideicomisos y planificación patrimonial
- Consulta gratuita y representación local con descuento

Recursos Financieros

- Planificación de la jubilación, impuestos
- Reubicación, hipotecas, seguros
- Presupuestos, deudas, bancarrotas y más

Digital Support

- Conectarse con asesoramiento, apoyo para la vida laboral u otros servicios
- Accede a una variedad de artículos, podcasts, videos, presentaciones de diapositivas
- Mejora tus habilidades con las formaciones On-Demand

Online Will Preparation

- Complete rápida y fácilmente un testamento en su computadora con EstateGuidance®
- Especificar tutores, fideicomisarios y división de bienes
- Proporcionar instrucciones para el funeral y el entierro

Apoyo al bienestar

Modelo flexible de sesiones de coaching de 3 a 5

- Realice cambios positivos en el estilo de vida con el asesoramiento de salud
- Mejorar su nutrición, hábitos de ejercicio, esfuerzos de pérdida de peso
- Obtenga ayuda para dejar de fumar, cuidado de la espalda, resiliencia y más

El EAP es confidencial y está disponible para usted y su hogar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Asistencia en vivo 24/7:
Llamar: (855) 239.0743
TRS: Marque 711



En línea: guidanceresources.com
App: GuidanceNowSM
Web ID: Guardian

Presentamos el refinanciamiento de préstamos estudiantiles

- Nos hemos asociado con Peanut Butter para ayudar a nuestros empleados a abordar la deuda estudiantil.
- Nuestro programa de asistencia para préstamos estudiantiles incluye:
 - Consejos e información seleccionados para ayudarlo a reestructurar sus préstamos y ahorrar dinero
 - Acceso al mercado de refinanciamiento diseñado para obtener los mejores términos posibles
 - Servicios de asesoramiento gratuitos
- Opciones de refinanciamiento de préstamos estudiantiles
 - Reembolso de \$200 para préstamo estudiantil



Tiempo libre pagado (PTO)

WellHaven ofrece un generoso programa de PTO diseñado para apoyar su bienestar y la flexibilidad de usar el tiempo acumulado para satisfacer sus necesidades.

El PTO incluye lo siguiente:

- Pago por enfermedad
- Tiempo libre de vacaciones
- Tiempo libre personal

Elegibilidad para el PTO

- Empleados clasificados como Tiempo Completo (trabajando 30+ horas por semana)
- Los empleados elegibles acumularán PTO a partir del primer día de contratación o cambio de estado
- El PTO está disponible para su uso después de noventa (90) días de alquiler o cambio de estado
- La antigüedad de adquisición previa cuenta
- Tasa de acumulación.

Clasificación de empleados	Acumulación de PTO Por período de pago	Acumulación anual de PTO	Límite máximo de acumulación de PTO	Transferencia máxima anual de PTO
Exento asalariado Incluye: médicos, liderazgo hospitalario y ciertos puestos en el campus	5.00 horas	120.00 horas	160.00 horas	Importe total acumulado
Por hora no exento (<3 años) Incluye: Personal del hospital y ciertos puestos del campus	3.33 horas	80.00 horas	120.00 horas	Importe total acumulado
Por hora no exento (3+ años) Incluye: Personal del hospital y ciertos puestos del campus	3.50 horas	84.00 horas	124.00 horas	Importe total acumulado

Días Feriados Pagos

WellHaven reconoce los siguientes siete (7) días festivos anuales:

- Día de Año Nuevo
- Día de los caídos
- 4 de julio
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día de Navidad
- Vacaciones flotantes personales

Elegibilidad para vacaciones pagadas

- Empleados clasificados como Tiempo Completo (trabajando 30+ horas por semana)
- Los empleados elegibles serán elegibles para el pago de vacaciones el primer día de contratación o cambio de estado

Beneficio de vacaciones pagadas

- Los días festivos pagados son un beneficio de 8.00 horas para todos los empleados elegibles

Trabajar en unas vacaciones reconocidas por la empresa

- A los empleados que trabajen en un día festivo reconocido por la empresa se les pagará por las horas trabajadas, así como por las 8.00 horas de

Leave of Absence:

Maternidad, Adopción de Paternidad, Licencia Pagada por Crianza Temporal (MPAFL)

MPAFL da derecho a los empleados elegibles a recibir 2 semanas de licencia pagada.

- Los empleados clasificados de tiempo completo reciben 80.00 horas pagadas a la tarifa base regular.*
- Los empleados clasificados a tiempo parcial reciben un promedio (basado en las horas de trabajo) de 2 semanas pagadas a la tarifa base regular.*

* Nota para los médicos: MPAFL basado en la tasa base + producción durante 6 meses retrospectivos.

Discapacidad voluntaria a corto plazo

La discapacidad a corto plazo da derecho a los empleados inscritos a recibir un reemplazo de ingresos por discapacidad mientras no pueden trabajar debido a un accidente o enfermedad no relacionada con el trabajo, sujeto a las disposiciones del plan según lo dispuesto en el certificado de cobertura. Los beneficios comienzan después de un período de espera de 7 días y los beneficios están disponibles por hasta 12 semanas con una certificación médica.

Discapacidad voluntaria a largo plazo

La discapacidad a largo plazo da derecho a los empleados inscritos a recibir un reemplazo de ingresos por discapacidad mientras no pueden trabajar debido a un accidente o enfermedad no relacionada con el trabajo, sujeto a las disposiciones del plan según lo dispuesto en el certificado de cobertura. Los beneficios comienzan después de un período de espera de 90 días y los beneficios pueden continuar hasta la edad normal de jubilación del Seguro Social con una certificación médica.

Las siguientes bajas deben informarse a [AbsenceResources](#) como se muestra en la página siguiente:

- Permiso de ausencia por nacimiento de un hijo, adopción, colocación en hogares de acogida y/o tiempo de vinculación
- Permiso de ausencia debido a una ausencia médica para usted o miembros de su familia inmediata por más de 3 días.
 - Esto puede ser de forma intermitente o continua
- Permiso de ausencia debido al servicio militar para usted o el servicio militar de su familiar inmediato

Reportar una licencia de ausencia

Para reportar una licencia de ausencia, puedes;

- Vaya a www.absencerresources.com o abra la aplicación móvil Ausencia Ahora, inicie sesión y haga clic en Agregar nueva licencia
- Llame y hable con un representante durante el horario comercial al 877.462.3652

¿Qué información necesitará AbsenceResources®?

- Nombre de su empresa: WellHaven Pet Health
- Su nombre y apellido
- Fechas estimadas de vacaciones
- ID de empleado #
- Motivo de su licencia
- Número de teléfono del médico tratante, fax y autorización verbal para comunicarse con ellos, si es necesario
- Si cuida a un familiar inmediato, su nombre, relación con usted y fecha de nacimiento (si es para un niño)



¿Cuándo y cómo debo hacer un seguimiento con AbsenceResources®?

Para proporcionar la siguiente información, visite nuestro sitio web o aplicación móvil.

- Actualizar la información relacionada con su licencia
- Enviar una extensión
- Confirma tu fecha de regreso al trabajo
- Para informar la fecha de parto o colocación de su hijo
- Informar de ausencias intermitentes

Recuerde, puede comunicarse con AbsenceResources® con cualquier pregunta que pueda tener.

¿Cuándo se debe informar una licencia a AbsenceResources®?

Póngase en contacto con AbsenceResources® y siga sus procedimientos internos de cancelación si/o cuando:

- Usted o un familiar inmediato está hospitalizado por cualquier cantidad de tiempo
- Está incapacitado por más de tres días calendario y está buscando tratamiento por parte de un proveedor de atención médica.
- Estará ausente periódicamente debido a una condición incapacitante crónica o permanente propia o de un familiar inmediato
- Está embarazada o falta al trabajo debido a cualquier cosa médicamente relacionada con su embarazo
- Está creando un vínculo con un niño recién nacido o un niño adoptado o de crianza recientemente colocado
- Está cuidando a un familiar inmediato (cónyuge/pareja de hecho, padre o hijo) que está enfermo o lesionado
- Está cuidando a un miembro del servicio lesionado
- Debe faltar al trabajo debido a una exigencia calificada relacionada con el servicio activo de un familiar inmediato



Llamar: 877-GO2-FMLA(877-462-3652)

TRS: Marque 711

Fax: 877.309.0218



En línea: AbsenceResources.com

App: Absence Now



Bereavement Leave

Licencia por duelo

Los empleados clasificados de tiempo completo que han estado con WellHaven durante al menos seis (6) meses son elegibles para recibir licencia por duelo.

Se puede tomar una licencia por duelo para los miembros de la familia inmediata:

- Esposo
- Pareja de hecho
- Parientes de primera línea– incluidos los directamente relacionados con el empleado o el cónyuge/pareja de hecho
 - Padres: tutores adoptivos / adoptados / legales
 - Hermanos – hijastro/medio/adoptado
 - Niños – paso/mitad/adoptado
 - Abuelos: hijastro/medio/adoptado
 - Nietos -hijastro/medio/adoptado

Tomado en el momento de la muerte por:

- Hacer arreglos funerarios
- Asistir al funeral y entierro
- Presentar sus respetos a la familia en un velorio o memorial

Beneficio

- Tres (3) días = 24 horas
- Pagado a la tarifa base actual del empleado

Beneficios no remunerados

- Dos (2) días adicionales
- Esta licencia debe informarse a HR@WellHaven.com



Licencia profesional

Elegibilidad para la licencia profesional

Los siguientes empleados son elegibles para recibir el reembolso de los costos de renovación de la licencia profesional:

- Empleados clasificados como a tiempo completo y que trabajan en un puesto elegible *
- Empleados clasificados como a tiempo parcial, que trabajan 20+ horas por semana y en un puesto elegible*

Los empleados son elegibles al momento de la contratación.

* Los puestos elegibles se describen en la siguiente tabla.

Beneficio de renovación de licencia profesional por puesto

Posición	Licencia DVM	Licencia DVM DEA	Ciclo de renovación
DVM (licencia DEA y DVM) (Tiempo completo: 30+ horas por semana)	Sí	TBD, según sea necesario	Por ciclo de renovación del organismo regulador
DVM (licencia DEA y DVM) (Tiempo parcial: 20-29.99 horas por semana)	Yes	TBD, según sea necesario	Por ciclo de renovación del organismo regulador

Posición	Licencia CVT/LVT/RVT	Ciclo de renovación
CVT/LVT/RVT (Tiempo completo: 30+ horas por semana)	Sí	Por ciclo de renovación del organismo regulador
CVT/LVT/RVT (Tiempo parcial: 20-29.99 horas por semana)	Sí	Por ciclo de renovación del organismo regulador
Gerente de Práctica con CVT/LVT/RVT (Tiempo completo: 30+ horas por semana)	Sí	Por ciclo de renovación del organismo regulador
Gerente de Práctica con CVT/LVT/RVT (Tiempo parcial: 20-29.99 horas por semana)	Sí	Por ciclo de renovación del organismo regulador

Pueden aplicarse otras licencias/certificaciones. Consulte a su gerente de práctica para obtener más detalles.

Seguro de responsabilidad profesional

WellHaven llevará y pagará las primas del seguro de responsabilidad profesional (DVM).

Educación continua (CE)

Elegibilidad para educación continua (CE)

Los siguientes empleados son elegibles para participar en el Programa de Educación Continua:

- Empleados clasificados como a tiempo completo y que trabajan en un puesto elegible *
- Empleados clasificados como a tiempo parcial, que trabajan 20+ horas por semana y en un puesto elegible*

Los empleados son elegibles al momento de la contratación.

Si un empleado ha presentado su aviso de renuncia, ya no es elegible para usar las horas de CE o hacer CE– Compras relacionadas.

* Los puestos elegibles se describen en la siguiente tabla.

Beneficio de CE por posición

Posición elegible	Reembolso máximo anual de matrícula / costos de CE	Máximo anual de horas pagadas (también conocido como Tiempo pagado) para asistir a eventos de CE
DVM (Tiempo completo: 30+ horas por semana)	\$1,500.00	24 horas
DVM (Tiempo parcial: 20-29.99 horas por semana)	\$750.00	16 horas
Gerente de Práctica– Acreditados CVT/LVT/RVT (Tiempo completo)	\$750.00	16 horas
Gerente de Práctica– Sin credenciales (Tiempo completo)	\$500.00	16 horas
CVT/LVT/RVT (Tiempo completo)	\$500.00	16 horas
Asistente Veterinario, CSR o técnico no acreditado (Tiempo completo)	\$125.00	8 horas

Aquellos elegibles para los beneficios de CE tienen la opción de combinar el beneficio de dos años (año actual + año siguiente) para usar en el mismo año calendario:

- Esperar en ESTA conferencia, etc.
- DVM – CE puede utilizarse para:
- Cuotas anuales de membresía de AVMA
 - Una membresía anual veterinaria local o estatal
 - Clases de educación continua
 - Cualquier gasto relacionado con viajar hacia/desde las clases de CE



Planes de bienestar

Los empleados elegibles pueden recibir un máximo de dos (2) planes de bienestar en un momento dado.

- Los planes son para su(s) mascota(s) personal(es).
- Los empleados inscritos en un plan reciben un 20% de descuento en servicios y productos no cubiertos por el plan.

Nota: Para alimentos para mascotas, los empleados también son elegibles para un descuento del 50% a través del programa Hill's VIP Market al realizar pedidos a través de su cuenta del hospital.

Elegibilidad para los beneficios del plan de bienestar

El empleado trabaja para un hospital que utiliza el sistema eVet y el hospital ofrece planes de bienestar.

- Los empleados deben seleccionar entre los planes disponibles actualmente en su hospital.
- Los empleados son elegibles el primer día del mes siguiente a los treinta (30) días de empleo.
- Los empleados clasificados como de tiempo completo (que trabajan 30+ horas por semana) son elegibles para hasta dos (2) planes.
- Los empleados clasificados como de tiempo parcial (programados regularmente, no temporales o viáticos) son elegibles para un (1) plan.
- Los planes de bienestar vencerán el último día de empleo en WellHaven.



Scrubs & Ropa de marca WellHaven

Elegibilidad y beneficio de uniformes médicos y ropa:

- Los empleados de hospitales que trabajan a tiempo completo y a tiempo parcial son elegibles para una asignación anual de uniformes médicos / ropa.

Monto de asignación:

- Asignación de tiempo completo para - \$120
- Asignación de Para a tiempo parcial - \$60
- Asignación de Doctor a Tiempo Completo - \$170
- Asignación de Doctor a Tiempo Parcial - \$110

Nuevas contrataciones: La cantidad asignada se agregará al cheque de pago después de 60 días de empleo.

Asignación anual: El monto se incluirá en el cheque de pago del 25 de enero para las compras de uniformes de ese año.

Uso: La asignación de limpieza es un beneficio imponible y se incluye en los cheques de pago del empleado para realizar compras de limpieza para el año calendario. Cumpla con las pautas de uniforme de su hospital al comprar sus uniformes médicos.

Descuentos adicionales para empleados

Hill's VIP Market Program

- Los empleados son elegibles para un descuento del 50% en alimentos para mascotas cuando realizan pedidos a través de su cuenta del hospital a través del programa Hill's VIP Market.
- Los alimentos se pueden enviar directamente a su hogar.

IDEXX Lab Reference Discounts

- El personal elegible recibe un descuento de cortesía a través del programa IDEXX US, aplicable a médicos y personal [IDEXX Discount](#)

Preventivos de pulgas, garrapatas y gusanos del corazón de Elanco

Los líderes de su hospital se asociarán con representantes locales de Elanco para programar almuerzos y aprendizajes semestrales. Elanco ofrece prevención gratuita contra el gusano del corazón y las pulgas / garrapatas para 1-2 mascotas (hable con su representante de Elanco para obtener más información)



Beneficios Costo de la prima

Plan médico POR CHEQUE de pago Contribuciones antes de impuestos

Nivel de cobertura	Cigna QHDHP \$3,300	Cigna PPO \$3,500
Solo para empleados	\$ 85.66	\$ 89.66
Empleado + Cónyuge	\$ 274.59	\$ 230.90
Solo empleado + Niño(s)	\$ 214.45	\$ 180.34
Empleado + Familia (Cónyuge + Hijos)	\$ 448.36	\$ 406.03

Plan dental POR CHEQUE de pago Contribuciones antes de impuestos

Nivel de cobertura	Buy Up Plan	Base Plan
Solo para empleados	\$ 9.61	\$ 6.18
Empleado + Cónyuge	\$ 18.85	\$ 13.46
Solo empleado + Niño(s)	\$ 21.20	\$ 15.14
Empleado + Familia (Cónyuge + Hijos)	\$ 32.59	\$ 23.26

Plan de la vista POR CHEQUE de pago Contribuciones antes de impuestos

Nivel de cobertura	Pago de empleados
Solo para empleados	\$.48
Empleado + Cónyuge	\$ 1.19
Solo empleado + Niño(s)	\$ 1.23
Empleado + Familia (Cónyuge + Hijos)	\$ 2.42



Please note! Premiums are automatically deducted from your paycheck on a pre-tax basis per our Pre-Tax Section 125 Premium Only Plan. Refer to Human Resources if you have questions.

*DOMESTIC PARTNER PREMIUMS – Domestic Partner (who does not qualify as a dependent of the employee, under Section 152 of the Internal Revenue Code) premiums will be paid post-tax. Employer contributions made on behalf of a domestic partner will be considered imputed income and taxed accordingly.

Beneficios Costo de la prima

Seguro de vida complementario y AD&D

Tasas mensuales después de impuestos por \$1,000 de beneficio

Banda de edad	Tarifa - Empleado	Tarifa – Cónyuge*
< 30	\$0.112	\$0.112
30 - 34	\$0.122	\$0.122
35 - 39	\$0.151	\$0.151
40 - 44	\$0.201	\$0.201
45 - 49	\$0.289	\$0.289
50 - 54	\$0.433	\$0.433
55 - 59	\$0.656	\$0.656
60 - 64	\$0.903	\$0.903
65 - 69	\$1.435	\$1.435
70-74	\$2.808	\$2.808
75+	\$2.808	\$2.808

*Tarifas de cónyuge basadas en la edad del empleado.

Tarifa por hijo – Mensual por cada \$1,000 de beneficio

Nivel de cobertura	Pago de empleados
Todas las edades (hasta 26 años)	\$0.091

Beneficios Costo de la prima

Seguro de vida complementario y AD&D

Costo por pago para empleado (Monto de emisión garantizada \$ 200,000)

Costo por pago para el cónyuge (Monto de emisión garantizada \$ 25,000)

Edad		<30	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+
Elección de cobertura											
	5,000	\$ 0.28	\$ 0.31	\$ 0.38	\$ 0.50	\$ 0.72	\$ 1.08	\$ 1.64	\$ 2.26	\$ 3.59	\$ 7.02
	10,000	\$ 0.56	\$ 0.61	\$ 0.76	\$ 1.01	\$ 1.45	\$ 2.17	\$ 3.28	\$ 4.52	\$ 7.18	\$ 14.04
	15,000	\$ 0.84	\$ 0.92	\$ 1.13	\$ 1.51	\$ 2.17	\$ 3.25	\$ 4.92	\$ 6.77	\$ 10.76	\$ 21.06
	20,000	\$ 1.12	\$ 1.22	\$ 1.51	\$ 2.01	\$ 2.89	\$ 4.33	\$ 6.56	\$ 9.03	\$ 14.35	\$ 28.08
	25,000	\$ 1.40	\$ 1.53	\$ 1.89	\$ 2.51	\$ 3.61	\$ 5.41	\$ 8.20	\$ 11.29	\$ 17.94	\$ 35.10
	30,000	\$ 1.68	\$ 1.83	\$ 2.27	\$ 3.02	\$ 4.34	\$ 6.50	\$ 9.84	\$ 13.55	\$ 21.53	\$ 42.12
	35,000	\$ 1.96	\$ 2.14	\$ 2.64	\$ 3.52	\$ 5.06	\$ 7.58	\$ 11.48	\$ 15.80	\$ 25.11	\$ 49.14
	40,000	\$ 2.24	\$ 2.44	\$ 3.02	\$ 4.02	\$ 5.78	\$ 8.66	\$ 13.12	\$ 18.06	\$ 28.70	\$ 56.16
	45,000	\$ 2.52	\$ 2.75	\$ 3.40	\$ 4.52	\$ 6.50	\$ 9.74	\$ 14.76	\$ 20.32	\$ 32.29	\$ 63.18
	50,000	\$ 2.80	\$ 3.05	\$ 3.78	\$ 5.03	\$ 7.23	\$ 10.83	\$ 16.40	\$ 22.58	\$ 35.88	\$ 70.20
	55,000	\$ 3.08	\$ 3.36	\$ 4.15	\$ 5.53	\$ 7.95	\$ 11.91	\$ 18.04	\$ 24.83	\$ 39.46	\$ 77.22
	60,000	\$ 3.36	\$ 3.66	\$ 4.53	\$ 6.03	\$ 8.67	\$ 12.99	\$ 19.68	\$ 27.09	\$ 43.05	\$ 84.24
	65,000	\$ 3.64	\$ 3.97	\$ 4.91	\$ 6.53	\$ 9.39	\$ 14.07	\$ 21.32	\$ 29.35	\$ 46.64	\$ 91.26
	70,000	\$ 3.92	\$ 4.27	\$ 5.29	\$ 7.04	\$ 10.12	\$ 15.16	\$ 22.96	\$ 31.61	\$ 50.23	\$ 98.28
	75,000	\$ 4.20	\$ 4.58	\$ 5.66	\$ 7.54	\$ 10.84	\$ 16.24	\$ 24.60	\$ 33.86	\$ 53.81	\$ 105.30
	80,000	\$ 4.48	\$ 4.88	\$ 6.04	\$ 8.04	\$ 11.56	\$ 17.32	\$ 26.24	\$ 36.12	\$ 57.40	\$ 112.32
	85,000	\$ 4.76	\$ 5.19	\$ 6.42	\$ 8.54	\$ 12.28	\$ 18.40	\$ 27.88	\$ 38.38	\$ 60.99	\$ 119.34
	90,000	\$ 5.04	\$ 5.49	\$ 6.80	\$ 9.05	\$ 13.01	\$ 19.49	\$ 29.52	\$ 40.64	\$ 64.58	\$ 126.36
	95,000	\$ 5.32	\$ 5.80	\$ 7.17	\$ 9.55	\$ 13.73	\$ 20.57	\$ 31.16	\$ 42.89	\$ 68.16	\$ 133.38
	100,000	\$ 5.60	\$ 6.10	\$ 7.55	\$ 10.05	\$ 14.45	\$ 21.65	\$ 32.80	\$ 45.15	\$ 71.75	\$ 140.40
	105,000	\$ 5.88	\$ 6.41	\$ 7.93	\$ 10.55	\$ 15.17	\$ 22.73	\$ 34.44	\$ 47.41	\$ 75.34	\$ 147.42
	110,000	\$ 6.16	\$ 6.71	\$ 8.31	\$ 11.06	\$ 15.90	\$ 23.82	\$ 36.08	\$ 49.67	\$ 78.93	\$ 154.44
	115,000	\$ 6.44	\$ 7.02	\$ 8.68	\$ 11.56	\$ 16.62	\$ 24.90	\$ 37.72	\$ 51.92	\$ 82.51	\$ 161.46
	120,000	\$ 6.72	\$ 7.32	\$ 9.06	\$ 12.06	\$ 17.34	\$ 25.98	\$ 39.36	\$ 54.18	\$ 86.10	\$ 168.48
	125,000	\$ 7.00	\$ 7.63	\$ 9.44	\$ 12.56	\$ 18.06	\$ 27.06	\$ 41.00	\$ 56.44	\$ 89.69	\$ 175.50
	130,000	\$ 7.28	\$ 7.93	\$ 9.82	\$ 13.07	\$ 18.79	\$ 28.15	\$ 42.64	\$ 58.70	\$ 93.28	\$ 182.52
	135,000	\$ 7.56	\$ 8.24	\$ 10.19	\$ 13.57	\$ 19.51	\$ 29.23	\$ 44.28	\$ 60.95	\$ 96.86	\$ 189.54
	140,000	\$ 7.84	\$ 8.54	\$ 10.57	\$ 14.07	\$ 20.23	\$ 30.31	\$ 45.92	\$ 63.21	\$ 100.45	\$ 196.56
	145,000	\$ 8.12	\$ 8.85	\$ 10.95	\$ 14.57	\$ 20.95	\$ 31.39	\$ 47.56	\$ 65.47	\$ 104.04	\$ 203.58
	150,000	\$ 8.40	\$ 9.15	\$ 11.33	\$ 15.08	\$ 21.68	\$ 32.48	\$ 49.20	\$ 67.73	\$ 107.63	\$ 210.60
	155,000	\$ 8.68	\$ 9.46	\$ 11.70	\$ 15.58	\$ 22.40	\$ 33.56	\$ 50.84	\$ 69.98	\$ 111.21	\$ 217.62
	160,000	\$ 8.96	\$ 9.76	\$ 12.08	\$ 16.08	\$ 23.12	\$ 34.64	\$ 52.48	\$ 72.24	\$ 114.80	\$ 224.64
	165,000	\$ 9.24	\$ 10.07	\$ 12.46	\$ 16.58	\$ 23.84	\$ 35.72	\$ 54.12	\$ 74.50	\$ 118.39	\$ 231.66
	170,000	\$ 9.52	\$ 10.37	\$ 12.84	\$ 17.09	\$ 24.57	\$ 36.81	\$ 55.76	\$ 76.76	\$ 121.98	\$ 238.68
	175,000	\$ 9.80	\$ 10.68	\$ 13.21	\$ 17.59	\$ 25.29	\$ 37.89	\$ 57.40	\$ 79.01	\$ 125.56	\$ 245.70

Beneficios Costo de la prima

Seguro de vida complementario y AD&D

Costo por pago para empleado

Costo por pago para el cónyuge

Edad	<30	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	64-69	70+
Elección de cobertura										
180,000	\$ 10.08	\$ 10.98	\$ 13.59	\$ 18.09	\$ 26.01	\$ 38.97	\$ 59.04	\$ 81.27	\$ 129.15	\$ 252.72
185,000	\$ 10.36	\$ 11.29	\$ 13.97	\$ 18.59	\$ 26.73	\$ 40.05	\$ 60.68	\$ 83.53	\$ 132.74	\$ 259.74
190,000	\$ 10.64	\$ 11.59	\$ 14.35	\$ 19.10	\$ 27.46	\$ 41.14	\$ 62.32	\$ 85.79	\$ 136.33	\$ 266.76
195,000	\$ 10.92	\$ 11.90	\$ 14.72	\$ 19.60	\$ 28.18	\$ 42.22	\$ 63.96	\$ 88.04	\$ 139.91	\$ 273.78
200,000	\$ 11.20	\$ 12.20	\$ 15.10	\$ 20.10	\$ 28.90	\$ 43.30	\$ 65.60	\$ 90.30	\$ 143.50	\$ 280.80
205,000	\$ 11.48	\$ 12.51	\$ 15.48	\$ 20.60	\$ 29.62	\$ 44.38	\$ 67.24	\$ 92.56	\$ 147.09	\$ 287.82
210,000	\$ 11.76	\$ 12.81	\$ 15.86	\$ 21.11	\$ 30.35	\$ 45.47	\$ 68.88	\$ 94.82	\$ 150.68	\$ 294.84
215,000	\$ 12.04	\$ 13.12	\$ 16.23	\$ 21.61	\$ 31.07	\$ 46.55	\$ 70.52	\$ 97.07	\$ 154.26	\$ 301.86
220,000	\$ 12.32	\$ 13.42	\$ 16.61	\$ 22.11	\$ 31.79	\$ 47.63	\$ 72.16	\$ 99.33	\$ 157.85	\$ 308.88
225,000	\$ 12.60	\$ 13.73	\$ 16.99	\$ 22.61	\$ 32.51	\$ 48.71	\$ 73.80	\$ 101.59	\$ 161.44	\$ 315.90
230,000	\$ 12.88	\$ 14.03	\$ 17.37	\$ 23.12	\$ 33.24	\$ 49.80	\$ 75.44	\$ 103.85	\$ 165.03	\$ 322.92
235,000	\$ 13.16	\$ 14.34	\$ 17.74	\$ 23.62	\$ 33.96	\$ 50.88	\$ 77.08	\$ 106.10	\$ 168.61	\$ 329.94
240,000	\$ 13.44	\$ 14.64	\$ 18.12	\$ 24.12	\$ 34.68	\$ 51.96	\$ 78.72	\$ 108.36	\$ 172.20	\$ 336.96
245,000	\$ 13.72	\$ 14.95	\$ 18.50	\$ 24.62	\$ 35.40	\$ 53.04	\$ 80.36	\$ 110.62	\$ 175.79	\$ 343.98
250,000	\$ 14.00	\$ 15.25	\$ 18.88	\$ 25.13	\$ 36.13	\$ 54.13	\$ 82.00	\$ 112.88	\$ 179.38	\$ 351.00
255,000	\$ 14.28	\$ 15.56	\$ 19.25	\$ 25.63	\$ 36.85	\$ 55.21	\$ 83.64	\$ 115.13	\$ 182.96	\$ 358.02
260,000	\$ 14.56	\$ 15.86	\$ 19.63	\$ 26.13	\$ 37.57	\$ 56.29	\$ 85.28	\$ 117.39	\$ 186.55	\$ 365.04
265,000	\$ 14.84	\$ 16.17	\$ 20.01	\$ 26.63	\$ 38.29	\$ 57.37	\$ 86.92	\$ 119.65	\$ 190.14	\$ 372.06
270,000	\$ 15.12	\$ 16.47	\$ 20.39	\$ 27.14	\$ 39.02	\$ 58.46	\$ 88.56	\$ 121.91	\$ 193.73	\$ 379.08
275,000	\$ 15.40	\$ 16.78	\$ 20.76	\$ 27.64	\$ 39.74	\$ 59.54	\$ 90.20	\$ 124.16	\$ 197.31	\$ 386.10
280,000	\$ 15.68	\$ 17.08	\$ 21.14	\$ 28.14	\$ 40.46	\$ 60.62	\$ 91.84	\$ 126.42	\$ 200.90	\$ 393.12
285,000	\$ 15.96	\$ 17.39	\$ 21.52	\$ 28.64	\$ 41.18	\$ 61.70	\$ 93.48	\$ 128.68	\$ 204.49	\$ 400.14
290,000	\$ 16.24	\$ 17.69	\$ 21.90	\$ 29.15	\$ 41.91	\$ 62.79	\$ 95.12	\$ 130.94	\$ 208.08	\$ 407.16
295,000	\$ 16.52	\$ 18.00	\$ 22.27	\$ 29.65	\$ 42.63	\$ 63.87	\$ 96.76	\$ 133.19	\$ 211.66	\$ 414.18
300,000	\$ 16.80	\$ 18.30	\$ 22.65	\$ 30.15	\$ 43.35	\$ 64.95	\$ 98.40	\$ 135.45	\$ 215.25	\$ 421.20

Costo por pago para niño(s) (Emisión garantizada)

Elección de cobertura

\$1,000	\$ 0.05
\$2,000	\$ 0.09
\$3,000	\$ 0.14
\$4,000	\$ 0.18
\$5,000	\$ 0.23
\$6,000	\$ 0.27
\$7,000	\$ 0.32
\$8,000	\$ 0.36
\$9,000	\$ 0.41
\$10,000	\$ 0.46

401(k)

Ofrecemos un plan 401(k) a través de Manulife® | John Hancock.

WellHaven iguala el 25% del primer 8% de los aplazamientos de contribuciones de los empleados. Esto equivale a una coincidencia del 2%!

Calendario de adquisición de derechos

- 50% de derechos adquiridos en el primer año de empleo
- 100% de empleo adquirido

Este Plan 401k es un plan de jubilación calificado que permite a los empleados elegibles ahorrar e invertir para su jubilación con impuestos diferidos.

Inicie sesión en:

<https://myplan.johnhancock.com> Hoy!

Telefono 1.800.294.3575



Educación y recursos de gestión patrimonial

401 (k) Contactos:

Equipo de asesores financieros

Brian Siano
Vice President, Retirement Services NFP
Corporate Services (NY), LLC
Teléfono: 212-457-8874
Correo electrónico: brian.siano@nfp.com

Deborah Sharp
Senior Advisor
Corporate Services (NY), LLC
Teléfono: 512-697-5209
Correo electrónico: deborah.sharp@nfp.com



¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda?

El mundo de la atención médica y los seguros puede ser confuso y difícil de navegar. A continuación, una lista de contactos y recursos a los que puede comunicarse con preguntas relacionadas con los beneficios.

Plan	Portador	Teléfono	Sitio web
Medical Group #31242	BRMS/Cigna	866-486-8242	https://www.myhealthbenefits.com
Conserje de salud	TouchCare Correo electrónico:	866-486-4085 assist@touchcare.com	https://www.touchcare.com
Medicamentos recetados	Fairos RX	866-486-8242	https://www.FairosRX.com
Telemedicina	Teladoc	800-835-2362 help@teladochealth.com	https://www.teladoc.com
Health Savings Account (HSA) & FSA (Medical, Limited, & Dependent Care)	WEX Health	866-451-3399	https://wexhealth.com/
Dental Life AD & D Voluntary Life AD&D Enfermedad crítica Hospital Indemnity Accidente Discapacidad voluntaria a corto plazo Discapacidad voluntaria a largo plazo Group # 00087553	Guardian TouchCare Concierge	888-600-1600 866-486-4085	https://www.guardiananytime.com https://touchcare.com
Vision Group #30085123	Vision Service Plan (VSP)	800-877-7195	https://www.vsp.com/
Programa de asistencia al empleado(EAP)	Guardian/ ComPsych	855-239-0743	https://guidanceresouces.com App: GuidanceNow Organization web ID: Guardian
Guardian EstateGuidance® Preparación de testamentos en línea COBRA (Continuación de la cobertura de beneficios)	Guardian Paycom COBRA Admin	855-239-0743 TRS: Dial 711 800-580-4505	https://estateguidance.com App: Guidance Now Promotional code: Guardian
WellHaven Pet Health 401k Plan Account # WE25P2	John Hancock	800-294-3575	https://myplan.johnhancock.com

Medicare Help

TouchCare

866-486-4085

<https://touchcare.com/medicare>

WellHaven Contact
Email: HR@wellhaven.com

Apéndice

Recursos ubicados en el sistema de Paycom

- Guía del portal de beneficios de Paycom
- Formularios de atención médica
- Descripciones resumidas del plan de beneficios (SPD)
- Resumen de beneficios y cobertura (SBC)
- Folletos del plan de seguro médico

Bookmark This Page for a Quicker Login Experience!

paycom

EMPLOYEE SELF-SERVICE ®

Username *

Password *

Last 4 digits of SSN *

LOG IN

[Forgot Username or Password ?](#) [Log In Tips](#)

For Security Reasons

- Paycom will **never** ask you to submit or change your account information through email.
- Paycom personnel will **never** ask you for your password.
- Paycom will **never** ask you to log in to our site through email.

TERMS OF USE PRIVACY POLICY © 2020 Paycom. All Rights Reserved

Información de la tarjeta de seguro

?

¿Recibiré una tarjeta de seguro??

- Medico – Sí, recibirá una tarjeta de seguro al momento de la inscripción inicial o si cambia de plan.
- Dental – Las tarjetas de seguro son electrónicas y específicas para miembros.
- Visión – NO tarjeta de seguro (use el Grupo No y SS # al programar una cita)
- HSA – Sí, recibirá una tarjeta de débito HSA para usar como lo haría con una tarjeta de crédito
- FSA – Sí, recibirá una tarjeta de débito FSA para usar como lo haría con una tarjeta de crédito

Apéndice

Definiciones clave

Coaseguro: La parte de los costos de atención médica cubiertos de la que la persona cubierta es financieramente responsable, generalmente un porcentaje fijo. El coseguro a menudo se aplica, de acuerdo con un porcentaje fijo después de que se cumple el requisito del deducible.

Copago: Un acuerdo de costos compartidos en el que una persona cubierta paga un cargo específico por un servicio específico, como \$10 por una visita al consultorio.

Deducible: La cantidad de gastos que deben pagarse de su bolsillo antes de que una aseguradora pague cualquier gasto.

Dependiente: Una persona que depende de un afiliado para obtener apoyo financiero y / u obtiene cobertura de salud a través de un cónyuge o padre.

Formulario de medicamentos: Una lista de medicamentos recetados preferidos para su uso por el plan de salud y dispensados a través de farmacias participantes a las personas cubiertas.

Evidencia de asegurabilidad: Prueba presentada a través de un examen médico y / o mediante declaraciones escritas sobre la salud de una persona

Medicamento genérico: Una forma químicamente equivalente de un medicamento de marca para el cual la patente ha expirado. Un genérico generalmente es menos costoso y se vende con un nombre común o "genérico".

Servicios en el área: Atención médica recibida dentro del área de servicio autorizada de un proveedor participante que tiene contrato con el plan de salud. También llamados servicios dentro de la red.

Hospitalización: Una persona que ha sido admitida en un hospital como paciente registrado en cama durante al menos 24 horas y está recibiendo servicios bajo la dirección de un médico..

Costos máximos de bolsillo: El límite en el total de copagos, deducibles y coseguros de los miembros bajo un contrato de beneficios

Red: Un sistema de médicos, hospitales y proveedores auxiliares contratados que brinda atención médica a los miembros.

Proveedor no participante: Un proveedor de atención médica que no ha contratado con la compañía o el plan de salud para ser un proveedor participante de atención médica. Los proveedores no participantes pueden facturar al paciente sin los límites de facturación de saldo generalmente acordados por los proveedores participantes.

Período de inscripción abierta: Un tiempo durante el cual los suscriptores de un programa de beneficios de salud tienen la oportunidad de volver a inscribirse o seleccionar un plan de salud alternativo que se les ofrece, generalmente sin evidencia de asegurabilidad o períodos de espera.

Fuera del área: Cobertura para el tratamiento obtenido por una persona cubierta temporalmente fuera del área de servicio de la red.

Fuera de la red: Cobertura para el tratamiento de un proveedor no participante y copagos y coseguros más altos que para el tratamiento de un proveedor participante.

Gastos de bolsillo: los pagos totales de gastos elegibles que una persona cubierta financia para sí misma y/o dependientes (es decir, deducibles, copagos y coseguros) según se define en el contrato. Una vez alcanzado el límite, los beneficios aumentarán al 100% para los servicios de salud cubiertos recibidos durante el resto del año.

Avisos importantes

Asistencia para las primas de Medicaid y el Programa de seguro médico para niños(CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas 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 pueda comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia para la prima disponible.

Si usted o sus dependientes **NO** están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar una solicitud. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de ser elegible para recibir asistencia con la prima. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad–

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447	The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPPI.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Website: http://myarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Website: http://dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Colorado’s Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
<p>Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Customer Service: 1-855-692-6442</p>	<p>Website: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268</p>
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
<p>GA HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 678-564-1162, Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Phone: 678-564-1162, Press 2</p>	<p>Health Insurance Premium Payment Program All other Medicaid Website: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Family and Social Services Administration Phone: 1-800-403-0864 Member Services Phone: 1-800-457-4584</p>
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<p>Medicaid Website: Iowa Medicaid Health & Human Services Medicaid Phone: 1-800-338-8366 Hawki Website: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa Health & Human Services Hawki Phone: 1-800-257-8563 HIPP Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Health & Human Services (iowa.gov) HIPP Phone: 1-888-346-9562</p>	<p>Website: https://www.kancare.ks.gov/ Phone: 1-800-792-4884 HIPP Phone: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
<p>Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.p.aspx Phone: 1-855-459-6328 Email: KIHIPPROGRAM@ky.gov KCHIP Website: https://kynect.ky.gov Phone: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/la hipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>

MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP
<p>Enrollment Website: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Phone: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711</p>	<p>Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa Phone: 1-800-862-4840 TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com</p>
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
<p>Website: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Phone: 1-800-657-3672</p>	<p>Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 573-751-2005</p>
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084 Email: HHSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p>Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
<p>Medicaid Website: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900</p>	<p>Website: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Phone: 603-271-5218 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 15218 Email: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</p>
NEW JERSEY – Medicaid and CHIP	NEW YORK – Medicaid
<p>Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Phone: 1-800-356-1561 CHIP Premium Assistance Phone: 609-631-2392 CHIP Website: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710 (TTY: 711)</p>	<p>Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Phone: 1-800-541-2831</p>
NORTH CAROLINA – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
<p>Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Phone: 919-855-4100</p>	<p>Website: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Phone: 1-844-854-4825</p>

OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	OREGON – Medicaid and CHIP
Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742	Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP
Website: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Phone: 1-800-692-7462 CHIP Website: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)	Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rte Share Line)
SOUTH CAROLINA – Medicaid	SOUTH DAKOTA - Medicaid
Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820	Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid and CHIP
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Texas Health and Human Services Phone: 1-800-440-0493	Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Website: https://medicaid.utah.gov/upp/ Email: upp@utah.gov Phone: 1-888-222-2542 Adult Expansion Website: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Utah Medicaid Buyout Program Website: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP Website: https://chip.utah.gov/
VERMONT– Medicaid	VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Phone: 1-800-250-8427	Website: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP Phone: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022	Website: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Phone: 304-558-1700 CHIP Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid and CHIP	WYOMING – Medicaid
Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002	Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Phone: 1-800-251-1269

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

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

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

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

Se estima que la carga de informes públicos para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de Autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, NW, Sala N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico ebsa.opr@dol.gov y haga referencia al Número de control de la OMB 1210-0137.

OMB Control Number 1210-0137 (expires 1/31/2026)

Avisos importantes

Women's Health and Cancer Rights Act of 1998

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios según la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de afecciones físicas relacionadas con la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan.

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

La ley federal protege los derechos de beneficios de las madres y los recién nacidos relacionados con cualquier estadía en el hospital en relación con el parto. En general, las aseguradoras no pueden:

Restringir los beneficios por la duración de la estadía en el hospital para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

Exigir que un proveedor obtenga autorización de la aseguradora para prescribir una duración de estadía de hasta 48 horas (o 96 horas).).

Para obtener detalles sobre las leyes estatales de maternidad que pueden aplicarse a su plan médico, consulte el material de beneficios del plan en el que está inscrita.

Ley de Paridad en Salud Mental

Según la Ley de Paridad de Salud Mental, los beneficios para la salud mental y el trastorno por uso de sustancias deben tratarse como beneficios para la atención médica y quirúrgica regular. Por ejemplo, si no hay limitación en la cantidad de días para pacientes hospitalizados y la cantidad de visitas para atención médica ambulatoria, entonces no puede haber limitación para los tratamientos de salud mental y trastornos por uso de sustancias. Como siempre, los tratamientos deben ser médicamente necesarios para calificar para la cobertura. Los participantes del plan deben revisar el certificado de cobertura o el documento de beneficios de su plan para obtener información específica sobre la cobertura, las limitaciones y exclusiones para la atención de salud mental y los tratamientos para trastornos por uso de sustancias.

Avisos importantes

Aviso de HIPAA de Derechos Especiales de Inscripción

Si está rechazando la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro médico o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Si tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal de seguro médico para niños esté vigente, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes bajo Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños.

Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) se vuelven elegibles para un subsidio estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a su determinación de elegibilidad o la de sus dependientes para dicha asistencia.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Kathy Klein, Gerente Sénior de Programas de Beneficios, Número de teléfono (360)-386-1348, Correo electrónico: HR@Wellhaven.com

Avisos importantes

Aviso de prácticas de privacidad

Las reglas de privacidad de HIPAA requieren que los planes de salud, o sus aseguradoras, distribuyan un aviso a los participantes explicando sus derechos de privacidad como participantes del plan de salud grupal al menos cada tres años. HIPAA también requiere que los planes den el aviso a los nuevos participantes y que redistribuyan el aviso si se revisa. Enviar el siguiente aviso anualmente cumple con el requisito y puede ser más fácil que recordar enviarlo cada tres años.

Nota: En 2013, las protecciones de HIPAA se ampliaron de manera importante, incluidos cambios significativos en el aviso utilizado para explicar las reglas de HIPAA que rigen el plan de salud grupal

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Wellhaven Pet Health Health Plan

Aviso de prácticas de privacidad

October 28, 2025

Según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), usted tiene ciertos derechos con respecto a su Información Médica Protegida ("PHI"), incluido el derecho a saber cómo un plan de salud grupal puede usar su PHI.

Este Aviso de prácticas de privacidad ("Aviso") cubre los siguientes planes de salud grupales (denominados colectivamente como el "Plan"):

- Médico
- Health FSA

La ley exige que el Plan mantenga la privacidad de su PHI y le proporcione este Aviso de conformidad con HIPAA. Este Aviso describe cómo se puede usar o divulgar su PHI para llevar a cabo tratamientos, pagos, operaciones de atención médica o para cualquier otro propósito permitido o requerido por la ley. Este Aviso también le proporciona la siguiente información importante:

- Sus derechos de privacidad con respecto a su PHI;
- Los deberes del Plan con respecto a su PHI;
- Su derecho a presentar una queja ante el Oficial de Privacidad del Plan y/o ante el Secretario de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; y
- La persona u oficina a contactar para obtener más información sobre las prácticas de privacidad del Plan.

Avisos importantes

Aviso de prácticas de privacidad

La PHI es información de salud (incluida la información genética) en cualquier forma (oral, escrita, electrónica) que:

- Es creado o recibido por o en nombre del Plan;
- Se relaciona con su condición física o mental pasada, presente o futura, o la prestación de servicios de atención médica para usted, o el pago de esos servicios de atención médica; y
- Lo identifica o a partir del cual existe una base razonable para creer que la información se puede usar para identificarlo.

La información de salud que recibe su empleador durante el desempeño de funciones ajenas al Plan no es PHI. Por ejemplo, la información de salud que envía a su empleador para documentar una licencia bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica no es PHI.

Sección 1. USOS Y DIVULGACIONES DE SU PHI

Según HIPAA, el Plan puede usar o divulgar su PHI bajo ciertas circunstancias sin su consentimiento, autorización u oportunidad de aceptar u objetar. Dichos usos y divulgaciones se encuentran dentro de las categorías que se describen a continuación. Tenga en cuenta que no se enumeran todos los usos o divulgaciones permitidos en una categoría; sin embargo, todas las formas en que se le permite al Plan usar o divulgar PHI se incluirán en una de las categorías.

Usos generales y divulgaciones

Tratamiento. El Plan puede usar y/o divulgar su PHI para ayudarlo a obtener tratamiento y/o servicios de los proveedores. El tratamiento incluye la provisión, coordinación o gestión de la atención médica y los servicios relacionados. También incluye, entre otros, consultas y referencias entre uno o más de sus proveedores. Por ejemplo, el Plan puede revelar a un ortodoncista tratante el nombre de su dentista tratante para que el ortodoncista pueda pedirle al dentista tratante sus radiografías dentales. El Plan también puede divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para determinar si algún medicamento contraindica una receta pendiente.

Pago. El Plan puede usar y/o divulgar su PHI para determinar su elegibilidad para los beneficios, facilitar el pago de sus reclamos de salud y determinar la responsabilidad de los beneficios. El pago incluye, entre otros, facturación, gestión de reclamos, subrogación, reembolso del plan, revisiones de necesidad médica y adecuación de la atención y revisión de utilización y autorizaciones previas. Por ejemplo, el Plan puede decirle a un médico si usted es elegible para la cobertura o qué porcentaje de la factura pagará el Plan. El Plan también puede divulgar su PHI a otra entidad para ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamos de salud o a otro plan de salud para coordinar el pago de beneficios.

Operaciones de atención médica. El Plan puede usar y/o divulgar su PHI para otras operaciones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar el Plan e incluyen, entre otros, la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad, la revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud, la suscripción, las primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan. También incluye la gestión de costos, la realización u organización de revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, incluidos los programas de cumplimiento de fraude y abuso, planificación y desarrollo comercial, gestión comercial y actividades administrativas generales del Plan. Por ejemplo, el Plan puede usar su PHI en relación con la presentación de reclamos de cobertura de stop-loss. El Plan también puede usar su PHI para derivarlo a un programa de manejo de enfermedades, proyectar costos futuros o auditar la precisión de sus funciones de procesamiento de reclamos.

Sin embargo, el Plan tiene prohibido usar o divulgar PHI que sea la información genética de un individuo para fines de suscripción.

Avisos importantes

Aviso de prácticas de privacidad

Negocios Asociados. El Plan puede contratar a personas o entidades conocidas como Socios Comerciales para realizar diversas funciones en nombre del Plan o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Para realizar estas funciones o proporcionar dichos servicios, los Socios comerciales recibirán, crearán, mantendrán, usarán y/o divulgarán su PHI. Por ejemplo, el Plan puede divulgar su PHI a un Socio comercial para administrar reclamos o proporcionar servicios de administración de beneficios de farmacia. Sin embargo, los Socios Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, usarán y/o divulgarán su PHI en nombre del Plan solo después de haber celebrado un acuerdo de Socio Comercial con el Plan y acepten por escrito proteger su PHI contra el uso o la divulgación inapropiados y exigir que sus subcontratistas y agentes hagan lo mismo.

Patrocinador del plan. Con el fin de administrar el Plan, el Plan puede divulgar su PHI a ciertos empleados del Wellhaven Pet Health Plan. Sin embargo, estos empleados solo usarán o divulgarán dicha información según sea necesario para realizar funciones de administración para el Plan o según lo exija HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su PHI no se puede utilizar con fines laborales sin su autorización específica.

Requerido por la ley. El Plan puede divulgar su PHI cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Por ejemplo, el Plan puede divulgar su PHI cuando lo exijan las leyes de divulgación de salud pública.

Salud o seguridad. El Plan puede divulgar y/o usar su PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o seguridad de otra persona o del público. En estas circunstancias, cualquier divulgación se hará solo a la persona o entidad capaz de ayudar a prevenir la amenaza

Situaciones especiales

Además de lo anterior, las siguientes categorías describen otras posibles formas en que el Plan puede usar y divulgar su PHI sin su consentimiento, autorización u oportunidad de aceptar u objetar. Tenga en cuenta que no se enumeran todos los usos o divulgaciones permitidos en una categoría; sin embargo, todas las formas en que se le permite al Plan usar o divulgar PHI se incluirán en una de las categorías.

Actividades de salud pública. El Plan puede divulgar su PHI cuando esté permitido para fines de acciones de salud pública, incluso cuando sea necesario para denunciar abuso o negligencia infantil o violencia doméstica, para informar reacciones a drogas o problemas con productos o dispositivos, y para notificar a las personas sobre el retiro de un producto. Su PHI también puede usarse o divulgarse si ha estado expuesto a una enfermedad transmisible o está en riesgo de propagar una enfermedad o afección.

Supervisión de la salud. El Plan puede divulgar su PHI a una agencia de supervisión de salud pública para actividades de supervisión autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir acciones civiles, administrativas o penales, auditorías e inspecciones, licencias o acciones disciplinarias (por ejemplo, para investigar quejas contra proveedores); otras actividades necesarias para la supervisión adecuada de los programas de beneficios del gobierno (por ejemplo, para investigar el fraude de Medicare o Medicaid); Cumplimiento de las leyes de derechos civiles y del sistema de atención médica en general.

Juicios, Procedimientos Judiciales y Administrativos. *Si está involucrado en una demanda o procedimiento similar, el Plan puede divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. El Plan también puede divulgar su PHI en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, siempre que se cumplan ciertas condiciones. Una de estas condiciones es que se deben dar garantías satisfactorias al Plan de que la parte solicitante ha hecho un intento de buena fe de proporcionarle una notificación por escrito, y la notificación proporcionó información suficiente sobre el procedimiento para permitirle presentar una objeción, y no se plantearon objeciones ni se resolvieron a favor de la divulgación por parte de la corte o tribunal.*

Avisos importantes

Aviso de prácticas de privacidad

Aplicación de la ley. El Plan puede divulgar su PHI cuando sea necesario para fines de aplicación de la ley, incluso con el fin de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. El Plan puede divulgar su PHI cuando se requiera que se entregue a un médico forense o examinador médico con el fin de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte u otras funciones autorizadas por la ley. Además, se permite la divulgación a los directores de funerarias, de acuerdo con la ley aplicable, según sea necesario para llevar a cabo sus deberes con respecto al difunto.

Compensación para trabajadores. El Plan puede divulgar su PHI para compensación laboral o programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Seguridad Nacional e Inteligencia. *El Plan puede divulgar PHI a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.*

Militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, el Plan puede divulgar su PHI según lo requieran las autoridades del comando militar. El Plan también puede divulgar PHI sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Donaciones de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, el Plan puede divulgar su PHI a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Investigación. El Plan puede divulgar su PHI para investigación cuando se hayan eliminado los identificadores individuales o cuando la junta de revisión institucional o la junta de privacidad haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información solicitada y apruebe la investigación.

Divulgación requerida al secretario

El Plan está obligado a divulgar su PHI al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. cuando el Secretario esté investigando o determinando el cumplimiento del Plan con HIPAA.

Divulgaciones a familiares y representantes personales

El Plan puede divulgar su PHI a miembros de la familia, otros parientes y sus amigos personales cercanos, pero solo en la medida en que sea directamente relevante para la participación de dicha persona en un asunto de cobertura, elegibilidad o pago relacionado con su atención, a menos que usted haya solicitado y el Plan haya acordado no divulgar su PHI a dicha persona. El Plan divulgará su PHI a una persona autorizada por usted, o a una persona designada como su representante personal, siempre que el Plan haya recibido la autorización y/o los documentos de respaldo apropiados. Se requerirá que su representante personal presente evidencia de su autoridad para actuar en su nombre antes de que esa persona tenga acceso a su PHI o se le permita tomar cualquier acción por usted. La prueba de dicha autoridad puede tomar una de las siguientes formas:

- Un poder notarial para fines de atención médica, notariado por un notario público;
- Una orden judicial de nombramiento de la persona como curador o tutor de la persona; o
- Una persona que es padre de un niño menor de edad.

Avisos importantes

Aviso de prácticas de privacidad

Sin embargo, el Plan no divulgará información a una persona, incluido su representante personal, si tiene una creencia razonable de que:

- Ha sido, o puede ser, objeto de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona o tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo en peligro; y
- En el ejercicio del juicio profesional, no le conviene divulgar la PHI.

Esto también se aplica a los representantes personales de menores.

Autorización

Cualquier uso o divulgación de su PHI que no se describa anteriormente se realizará solo con su autorización por escrito. La mayoría de las divulgaciones que involucran notas de psicoterapia requerirán su autorización por escrito. Además, el Plan generalmente no puede usar su PHI con fines de marketing ni participar en la venta de su PHI sin su autorización por escrito. Puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento, siempre que la revocación sea por escrito. Una vez que el Plan reciba su autorización, solo entrará en vigencia para usos y divulgaciones futuros. No será efectivo para ninguna información que pueda haber sido utilizada o divulgada en función de la autorización por escrito y antes de recibir su revocación por escrito.

Sección 2. DERECHOS DE LAS PERSONAS

Tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

Derecho a solicitar restricciones sobre los usos y divulgaciones de PHI. Puede solicitar por escrito que el Plan restrinja o limite sus usos y divulgaciones de su PHI para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica, o para limitar las divulgaciones a familiares, parientes, amigos u otras personas identificadas por usted que estén involucradas en su atención o pago de su atención. Por ejemplo, puede solicitar que el Plan no use ni divulgue información específica sobre un procedimiento médico específico que haya tenido. Sin embargo, el Plan no está obligado a aceptar su solicitud.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que el Plan se comunique con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. El Plan no le preguntará el motivo de su solicitud, que debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. El Plan se adaptará a todas las solicitudes razonables para recibir comunicaciones de PHI por medios alternativos si usted proporciona claramente información de que la divulgación de toda o parte de su PHI podría ponerlo en peligro.

Derecho a inspeccionar y copiar la PHI. Usted tiene derecho de acceso para inspeccionar y obtener una copia de su PHI (incluida la PHI electrónica) contenida en el "conjunto de registros designados" del Plan, durante el tiempo que el Plan mantenga la PHI en un conjunto de registros designado. Si solicita una copia de la información, el Plan puede cobrarle una tarifa razonable por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud.

Avisos importantes

Aviso de prácticas de privacidad

“Conjunto de registros designado” incluye los registros médicos y los registros de facturación sobre una persona mantenidos por o para un proveedor de atención médica cubierto; sistemas de inscripción, pago, facturación, adjudicación de reclamos y registros de gestión médica o de casos mantenidos por o para un plan de salud; u otra información utilizada en su totalidad o en parte por o para que la entidad cubierta tome decisiones sobre el individuo. La información utilizada para el control de calidad o los análisis de revisión por pares y no utilizada para tomar decisiones sobre las personas no está en el conjunto de registros designado.

Si se concede su solicitud, la información solicitada se le proporcionará dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud en la forma y formato solicitados, si es fácilmente producible en dicha forma y formato, o si no, en una copia impresa legible (o una forma y formato electrónico legible en el caso de la PHI mantenida en conjuntos de registros designados electrónicamente) o cualquier otra forma y formato acordado por usted y el Plan. Si el Plan no puede cumplir con la solicitud dentro del plazo de 30 días, se permite una extensión única de 30 días. En tal caso, recibirá una notificación de la necesidad de una extensión dentro del período inicial de 30 días.

Tenga en cuenta que su derecho no se aplica a las notas de psicoterapia o a la información recopilada con una anticipación razonable de un procedimiento legal. El Plan puede denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su PHI en circunstancias muy limitadas. Si se deniega el acceso, usted o su representante personal recibirán una denegación por escrito que establezca la base de la denegación, una descripción de cómo puede ejercer esos derechos de revisión y una descripción de cómo puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Derecho a enmendar la PHI. Si cree que la PHI que el Plan tiene sobre usted es incorrecta o está incompleta, tiene derecho a solicitar por escrito que el Plan modifique su PHI o un registro contenido en un conjunto de registros designado durante el tiempo que el Plan mantenga la PHI en el conjunto de registros designado. El Plan tiene 60 días después de que se realiza la solicitud para actuar sobre la solicitud. Sin embargo, se permite una sola extensión de 30 días si el Plan no puede cumplir con la fecha límite.

El Plan puede denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, el Plan puede denegar su solicitud si solicita la modificación de información que: (1) no es parte de la información médica mantenida por o para el Plan; (2) no fue creado por el Plan, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la enmienda; (3) no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar; o (4) ya es precisa y completa. Si la solicitud es denegada en su totalidad o en parte, el Plan debe proporcionarle una denegación por escrito que explique la base de la denegación. Tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo por escrito, y cualquier divulgación futura de la información en disputa incluirá su declaración.

Avisos importantes

Aviso de prácticas de privacidad

El derecho a recibir un informe de las divulgaciones de PHI. Tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones de su PHI que hayan sido realizadas por el Plan a partir del 14 de abril de 2003 (o el 1 de enero de 2011 en el caso de divulgaciones de su PHI de registros médicos electrónicos mantenidos por el Plan, si corresponde) durante un período de hasta seis años (tres años en el caso de divulgaciones de un registro médico electrónico) antes de la fecha de su solicitud. No se requiere que ciertas divulgaciones se incluyan en dicho informe de divulgaciones, incluidas, entre otras, las divulgaciones realizadas por el Plan (1) para tratamiento, pago u operaciones de atención médica (a menos que la divulgación se realice desde un registro de salud electrónico), o (2) de acuerdo con su autorización. Si solicita más de un informe dentro de un período de 12 meses, el Plan cobrará una tarifa razonable basada en el costo por cada informe posterior.

El derecho a recibir una copia impresa de este aviso si lo solicita. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso, incluso si ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente.

Para ejercer cualquiera de sus derechos de HIPAA descritos anteriormente, usted o su representante personal deben comunicarse con el Oficial de Privacidad de HIPAA por escrito al jjones@wellhaven.com o llamando al 952-463-5392. Es posible que usted o su representante personal deban completar un formulario requerido por el Plan en relación con su solicitud específica.

Sección 3. DEBERES DEL PLAN

Aviso de prácticas de privacidad. El Plan está obligado por ley a proporcionar a las personas cubiertas por el Plan un aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad. El Plan debe cumplir con los términos de este Aviso. Sin embargo, el Plan se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y aplicar los cambios a cualquier PHI recibida o mantenida por el Plan antes de esa fecha. En caso de cualquier cambio sustancial a este Aviso, se distribuirá una versión revisada de este Aviso a todas las personas cubiertas por el Plan dentro de los 60 días posteriores a la fecha de vigencia de dicho cambio por correo de primera clase de EE. UU. o con otras comunicaciones del Plan.

Notificación de incumplimiento. El Plan tiene el deber legal de notificarle después del descubrimiento de una violación que involucre su PHI no asegurada

Estándar mínimo necesario. *Al usar o divulgar la PHI, el Plan usará y/o divulgará solo la cantidad mínima de PHI necesaria para lograr los propósitos previstos del uso o divulgación. Sin embargo, el estándar mínimo necesario no se aplicará en las siguientes situaciones:*

- Divulgación o solicitudes de tratamiento por parte de un proveedor de atención médica;
- Usos o divulgaciones que se le hagan; y
- Usos o divulgaciones que son requeridos por la ley.

Sección 4. QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Plan o ante la oficina regional correspondiente de la Oficina de Derechos Civiles de los EE. UU. Departamento de Salud y Seres Humanos

Avisos importantes

Aviso de prácticas de privacidad

Servicios. Para presentar una queja ante el Plan, comuníquese con el Oficial de Privacidad de HIPAA por escrito al jjones@wellhaven.com o llamando al (952) 463-5392.

No se le penalizará ni se tomarán represalias de ninguna otra manera por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante el Plan.

Sección 5. INFORMACIÓN ADICIONAL

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o los temas abordados en él, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad de HIPAA por escrito al jjones@wellhaven.com o llamando al (952) 463-5392.

Avisos importantes

Aviso de divulgación acreditable de la Parte D de Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con WellHaven Pet Health, LLC (WellHaven) y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, 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 recetados de Medicare en su área. La 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 debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o se inscribe en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. WellHaven ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por Fairos Rx, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual de medicamentos recetados acreditables, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período Especial de Inscripción (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

Avisos importantes

Aviso de divulgación acreditable de la Parte D de Medicare

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, la cobertura actual de su plan médico no se verá afectada. Su cobertura actual paga otros gastos de salud además de los medicamentos recetados. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, usted y sus dependientes elegibles seguirán siendo elegibles para recibir todos sus medicamentos recetados y de salud actuales

Beneficios. [Consulte la página 7-9 de la Guía de divulgación de cobertura acreditable para personas elegibles de la Parte D de Medicare de CMS (disponible en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>), que describe las disposiciones/opciones del plan de medicamentos recetados que las personas elegibles para Medicare pueden tener disponibles cuando sean elegibles para la Parte D de Medicare.]

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Regence Medical Plan, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura. Solo a través de un evento de vida calificado o inscripción abierta la cobertura volvería a estar disponible.

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Regence y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el siguiente mes de octubre para unirte.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados...

Comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos de WellHaven al (360) 368-1348 o envíe un correo electrónico a HR@wellhaven.com para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y, si esta cobertura cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Avisos importantes

Aviso de divulgación acreditable de la Parte D de Medicare

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

La información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados se encuentra en el manual "Medicare y usted". Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visita www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (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.

If you have limited income and resources, extra help paying for Medicare prescription drug coverage is available. For information about this extra help, visit Social Security on the web at www.socialsecurity.gov, or call them at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe pagar o no una prima más alta (una multa).

Fecha:	October 15, 2025
Name of Entity/Sender:	WellHaven Human Resources
Contact-Position/Office:	Kathy Klein, Senior Manager Benefit Programs
Address:	P.O. Box 98503, Las Vegas, NV 89193
Phone Number:	(360) 397-7964

Avisos importantes

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

****Derechos de continuación de la cobertura bajo COBRA****

Introducción

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

The right to COBRA continuation coverage was created by a federal law, the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA). COBRA continuation coverage can become available to you and other members of your family when group health coverage would otherwise end. For more information about your rights and obligations under the Plan and under federal law, you should review the Plan's Summary Plan Description or contact the Plan Administrator.

Es posible que tenga otras opciones disponibles 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 costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el que sea elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta afiliados tardíos.

¿Qué es la continuación de la cobertura de COBRA?

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

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

- Sus horas de empleo se reducen, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.

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

- Tu cónyuge muere.

Avisos importantes

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

Se reducen las horas de empleo de su cónyuge.

- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.
- Su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

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

- El padre-empleado muere.
- Se reducen las horas de empleo del padre-empleado.
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.
- El padre-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambos).
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El niño deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura de COBRA?

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

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

Para todos los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o la pérdida de la elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento calificado. Debe proporcionar este aviso a: Departamento de Recursos Humanos

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura de COBRA?

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

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

Avisos importantes

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

También hay formas en que se puede extender este período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA:

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

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

Segunda extensión de evento calificado del período de continuación de cobertura de 18 meses

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

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

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura 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 cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones a www.healthcare.gov.

Si tiene preguntas

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

Mantenga informado a su Plan sobre los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

Avisos importantes

Notice of Exchange



Form Approved OMB
No. 1210-0149
(expires 9-30-2023)

Nuevas opciones de cobertura del Mercado de Seguros Médicos y su cobertura de salud

PARTE A: Información General

Cuando las partes clave de la ley de atención médica entren en vigencia en 2014, habrá una nueva forma de comprar un seguro de salud: el Mercado de Seguros Médicos. Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado comienza en octubre de 2013 para la cobertura a partir del 1 de enero de 2014.

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

Puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar.

¿La cobertura de salud del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en las primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con ciertos estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduce su prima mensual o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no ofrece cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es más del 9.5% de los ingresos de su hogar para el año, o si la cobertura que proporciona su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal.¹

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, entonces puede perder la contribución del empleador (si corresponde) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye de los ingresos para fines del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con Recursos Humanos

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la 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 para un Mercado de Seguros Médicos en su área.

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

Avisos importantes

Aviso de intercambio

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

This section contains information about any health coverage offered by your employer. If you decide to complete an application for coverage in the Marketplace, you will be asked to provide this information. This information is numbered to correspond to the Marketplace application.

3. Nombre del empleador WellHaven Pet Health, LLC		4. Número de identificación del empleador(EIN) 82-2088644
5. Dirección del empleador PO Box 98503		6. Número de teléfono del empleador 360-768-1706
7. Ciudad Las Vegas	8. Estado NV	9. Código postal 89193
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo?? Kathy Klein		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) 360-397-7964		12. Dirección de correo electrónico HR@wellhaven.com

Aquí hay información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- ☐ Todos los empleados. Los empleados
- ☒ Todos los empleados a tiempo completo que trabajan 30 horas o más por semana
- ☒ *Con respecto a los dependientes
Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:
- Cónyuge legalmente casado y pareja de hecho calificada
- Dependientes hasta los 26 años
- ☐ No ofrecemos cobertura
- ☒ Si se verifica, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted está destinado a 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, su salario varía de una semana a otra (tal vez sea un empleado por hora o trabaje a comisión), si es un nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.

Si decide comprar cobertura en el Mercado, www.HealthCare.gov lo guiará a través del proceso. Esta es la información del empleador que ingresará cuando visite HealthCare.gov para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

Avisos importantes

Aviso de intercambio

La siguiente información corresponde a la Herramienta de cobertura del empleador del Mercado. Completar esta sección es opcional para los empleadores, pero ayudará a garantizar que los empleados comprendan sus opciones de cobertura.

13. ¿Es el empleado actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o el empleado será elegible en los próximos 3 meses??

- ☐ Sí (Continúa) 13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo es elegible para la cobertura? (mm/dd/aaaa) (Continuar)
- ☐ No (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo*?

- ☒ Sí (Ir a la pregunta 15) ☐ No (PARE y devuelva el formulario al empleado)

15. Para el plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo* ofrecido solo al empleado (no incluya los planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo para cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

A. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$84.81

B. Con qué frecuencia? ☐ semanal ☐ Cada 2 semanas ☒ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Anual

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales permitidos de beneficios cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B (c) (2) (C) (ii) del Código de Rentas Internas de 1986)

Avisos importantes

Aviso general de FMLA

DERECHOS DE LOS EMPLEADOS EN VIRTUD DE LA LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA LA DIVISIÓN DE HORAS Y SALARIOS DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS

Derechos de licencia

Los empleados elegibles que trabajan para un empleador cubierto pueden tomar hasta 12 semanas de licencia sin goce de sueldo y con protección laboral en un período de 12 meses por las siguientes razones:

- El nacimiento de un niño o la colocación de un niño para adopción o cuidado de crianza;
- Establecer un vínculo con un hijo (la licencia debe tomarse dentro de un año del nacimiento o la colocación del niño);
- Para cuidar al cónyuge, hijo o padre del empleado que tiene una condición de salud grave calificada;
- Para la condición de salud grave calificada del empleado que hace que el empleado no pueda realizar el trabajo del empleado;
- Para las exigencias calificadas relacionadas con el despliegue en el extranjero de un miembro militar que es el cónyuge, hijo o padre del empleado.

Un empleado elegible que es cónyuge, hijo, padre o pariente más cercano de un miembro del servicio cubierto también puede tomar hasta 26 semanas de licencia FMLA en un solo período de 12 meses para cuidar al miembro del servicio con una lesión o enfermedad grave. Un empleado no necesita usar la licencia en un bloque. Cuando sea médicamente necesario o esté permitido, los empleados pueden tomar licencia de forma intermitente o en un horario reducido. Los empleados pueden elegir, o un empleador puede exigir, el uso de la licencia pagada acumulada mientras toma la licencia FMLA. Si un empleado sustituye la licencia pagada acumulada por la licencia FMLA, el empleado debe cumplir con las políticas normales de licencia pagada del empleador.

Beneficios y protecciones

Mientras los empleados están de licencia FMLA, los empleadores deben continuar con la cobertura del seguro médico como si los empleados no estuvieran de licencia. Al regresar de la licencia FMLA, la mayoría de los empleados deben ser restaurados al mismo trabajo o a uno casi idéntico con salario, beneficios y otros términos y condiciones de empleo equivalentes. Un empleador no puede interferir con los derechos de la FMLA de una persona ni tomar represalias contra alguien por usar o intentar usar la licencia FMLA, oponerse a cualquier práctica declarada ilegal por la FMLA o estar involucrado en cualquier procedimiento bajo o relacionado con la FMLA.

Requisitos de elegibilidad

Un empleado que trabaja para un empleador cubierto debe cumplir con tres criterios para ser elegible para la licencia FMLA. El empleado debe:

- Haber trabajado para el empleador durante al menos 12 meses;
- Tener al menos 1,250 horas de servicio en los 12 meses anteriores a la licencia;* y
- Trabajar en un lugar donde el empleador tenga al menos 50 empleados dentro de las 75 millas del lugar de trabajo del empleado. * Se aplican requisitos especiales de "horas de servicio" a los empleados de la tripulación de vuelo de la aerolínea.

Avisos importantes

Aviso general de FMLA

Solicitud de licencia

Generalmente, los empleados deben avisar con 30 días de anticipación de la necesidad de una licencia FMLA. Si no es posible avisar con 30 días de antelación, el empleado debe notificarlo al empleador lo antes posible y, en general, seguir los procedimientos habituales del empleador. Los empleados no tienen que compartir un diagnóstico médico, pero deben proporcionar suficiente información al empleador para que pueda determinar si la licencia califica para la protección de la FMLA. La información suficiente podría incluir informar a un empleador que el empleado no puede o no podrá realizar sus funciones laborales, que un miembro de la familia no puede realizar las actividades diarias o que es necesaria la hospitalización o el tratamiento médico continuo. Los empleados deben informar al empleador si la necesidad de licencia es por una razón por la cual se tomó o certificó previamente la licencia FMLA. Los empleadores pueden requerir una certificación o recertificación periódica que respalde la necesidad de licencia. Si el empleador determina que la certificación está incompleta, debe proporcionar un aviso por escrito que indique qué información adicional se requiere.

Responsabilidades del empleador

Una vez que un empleador se da cuenta de que la necesidad de licencia de un empleado es por una razón que puede calificar bajo la FMLA, el empleador debe notificar al empleado si es elegible para la licencia FMLA y, si es elegible, también debe proporcionar un aviso de derechos y responsabilidades bajo la FMLA. Si el empleado no es elegible, el empleador debe proporcionar una razón de inelegibilidad.

Los empleadores deben notificar a sus empleados si la licencia se designará como licencia FMLA y, de ser así, cuánta licencia se designará como licencia FMLA.

Aplicación

Los empleados pueden presentar una queja ante el Departamento de Trabajo de EE. UU., División de Horas y Salarios, o pueden presentar una demanda privada contra un empleador. La FMLA no afecta ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación ni reemplaza ninguna ley estatal o local o acuerdo de negociación colectiva que brinde mayores derechos de licencia familiar o médica.

For additional information or to file a complaint:



1-866-4-USWAGE

(1-866-487-9243) TTY: 1-877-889-5627

www.dol.gov/whd



U.S. Department of Labor Wage and Hour Division



Esta Guía de beneficios proporciona una breve descripción de los beneficios del plan. Para obtener más información sobre los beneficios, exclusiones y limitaciones del plan, consulte los documentos del plan o comuníquese directamente con el proveedor/administrador. Si surge algún conflicto entre esta Guía y cualquier disposición del plan, los términos del documento del plan real u otros documentos aplicables regirán en todos los casos. Los beneficios están sujetos a modificaciones en cualquier momento.