



TROON GOLF®

Troon Privé®

[TROON]
INTERNATIONAL

indigo
SPORTS

ICON



Guía de Beneficios de Troon para 2025



Beneficios para su salud y bienestar

Bienvenido a sus Beneficios para Asociados para 2025

En Troon, estamos “apasionadamente unidos” en nuestro compromiso por proporcionar beneficios que se ajusten a las necesidades únicas de nuestros asociados y sus familiares elegibles.

Esta es su oportunidad de elegir sus beneficios para el año del plan 2025, tenemos opciones nuevas y de gran interés disponibles para usted. Lo invitamos a revisar con atención todos los materiales de inscripción para asegurarse de realizar las mejores elecciones para usted y su familia.

Le deseo buena salud y bienestar.

Tim Schantz, presidente, CEO



Consejos y recordatorios

El año de beneficios es desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025.

- ✓ Asegúrese de tener actualizada su información de contacto.
- ✓ Verifique que la información de sus beneficiarios y dependientes esté actualizada.
- ✓ Debe reinscribirse usted mismo en una cuenta de ahorros para la salud (HSA) o una cuenta de gastos flexibles (FSA) cada año. Su inscripción no es automática.
- ✓ Los cambios de vida se deben enviar dentro de los 31 días siguientes al evento.

Nota: si usted o sus dependientes tienen Medicare o serán elegibles para tener Medicare en los próximos 12 meses, la ley federal le brinda más opciones para la cobertura de medicamentos con receta. Consulte la página I para obtener más información.

Bienvenido a la Guía de beneficios de Troon para 2025. Esta guía proporciona un resumen de las opciones de beneficios. Evalúela atentamente y decida dentro del período de elección disponible. Una vez que se haya inscrito, solo podrá efectuar cambios durante el próximo período de inscripción abierta anual o ante un evento de vida calificado (por ejemplo, nacimiento, fallecimiento, matrimonio, divorcio, etc.). **El año del plan es desde enero hasta diciembre de 2025.**

Aspectos destacados del programa 2025

Plan médico Surest

¡El plan médico **Surest** renovará sus servicios para atender sus necesidades médicas! Sin deducible ni coseguro, USTED elige lo que desea pagar por los servicios médicos con un copago directo. **En 2025, no se ofrecerá el plan de alto deducible Choice Plus, así que asegúrese de revisar sus opciones.**

Más opciones para la discapacidad a corto y largo plazo (STD/LTD)

Proteja sus ingresos con la cobertura para incapacidad a corto plazo (STD) y incapacidad a largo plazo (LTD). Todos los asociados tendrán nuevas opciones de STD y LTD para elegir en 2025.

Beneficios de transporte

¡NOVEDAD! Habrá beneficios de transporte disponibles para todos los asociados de Troon.

Dos opciones de Delta Dental of Arizona

Plan dental estándar: beneficio máximo de \$1,500
Plan dental premium: beneficio máximo de \$2,500

Carrum Health: Apoyo total para la cirugía y el cáncer

Los miembros de UHC que necesitan ciertas cirugías o atención oncológica serán dirigidos al más alto servicio de salud con especialistas y cirujanos de todo el mundo y sin costo, para cirugías de articulaciones y de la columna los centros de excelencia Carrum son los requeridos.

Seguro de vida completo con atención médica a largo plazo (LTC)

El seguro de vida completo con LTC ofrece una solución para manejar los costos elevados de la atención, al tiempo que garantiza la protección financiera de sus beneficiarios.

Beneficios que ofrecemos

Su salud y bienestar son una prioridad absoluta, y nos preparamos para ofrecer opciones integrales de beneficios para usted y los miembros de su familia elegibles. En el programa de beneficios de Troon, se incluyen varios recursos para ayudarlo a cuidar su bienestar físico, emocional y financiero. Nuestras opciones y recursos:

- **Lo alientan a poner su bienestar en primer lugar.** La atención preventiva dentro de la red está cubierta al 100% en las cuatro opciones de planes médicos de Troon.
- **Dan prioridad a la conveniencia.** Las visitas virtuales hacen que sea fácil recibir atención en cualquier momento y lugar.
- **Brindan asistencia a usted y su familia.** Acceda a orientación y asistencia a través del Programa de asistencia para empleados y apoyo para el bienestar.

Los beneficios comenzarán el primer día del mes siguiente a su fecha de contratación. Puede inscribirse a partir de su primer día y tiene 30 días para completar su inscripción.

Equilibre su salud, seguridad financiera y estilo de vida

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Planes médicos y visitas virtuales • Plan de medicamentos con receta • Seguro por enfermedades críticas • Seguro por lesión accidental • Seguro de atención hospitalaria • Seguro dental • Seguro de la visión • Apoyo para el bienestar • Cuenta de ahorros para la salud • Cuentas de gastos flexibles | <ul style="list-style-type: none"> • Seguro de vida y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) básicos • Seguro de vida y por AD&D complementario • Seguro de vida completo con atención médica a largo plazo • Seguro voluntario por discapacidad a corto plazo • Seguro voluntario por | <ul style="list-style-type: none"> • discapacidad a largo plazo • Seguro contra robo de identidad • Programa de asistencia para empleados y apoyo para el bienestar • Plan de ahorros para la jubilación 401(k) • Seguro para mascotas • Servicios legales |
|---|--|--|

A quién cubrimos

Asociados:

Los asociados regulares a tiempo completo y algunos asociados a tiempo parcial que cumplan con los requisitos de horas anuales son elegibles para los beneficios descritos en esta guía. Consulte el Manual para Asociados de Troon para conocer los requisitos de elegibilidad (disponible en la sección de documentos de UKG). Consulte el resumen de la descripción del plan (SPD) para obtener más detalles sobre elegibilidad y la inscripción.

Dependientes:

- Su cónyuge legal (según la definición de las leyes federales y estatales)
 - Sus hijos menores de 26 años* (*La cobertura de los hijos que cumplan 26 años cesará al final de su mes de nacimiento).
 - Sus hijos solteros mayores de 26 años que no puedan mantenerse debido a una discapacidad física o mental
- Troon se reserva el derecho a auditar la elegibilidad de dependientes en forma periódica.

Cambio de su cobertura

Las elecciones iniciales y los cambios en la cobertura o los dependientes se limitan a la inscripción abierta anual o la incidencia de un evento de vida calificado (que debe cumplir con las regulaciones de la Sección 125 del IRS, que definen los eventos calificados).

Si experimenta alguno de los siguientes eventos de vida, puede acceder a un período de inscripción especial:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Matrimonio, divorcio o separación legal • Nacimiento, adopción de un niño, u órdenes estatales de manutención de hijos calificadas • Pérdida involuntaria de la cobertura de beneficios | <ul style="list-style-type: none"> • Muerte de un dependiente inscrito • Cambio en su estado de empleo o el de su cónyuge o hijo |
|---|--|

Si experimenta un evento de vida calificado, debe iniciar un evento de vida en el autoservicio de UKG dentro de los 31 días posteriores al evento y, en la mayoría de los casos, proporcionar la documentación de apoyo. Si no se comunica con Recursos Humanos dentro de los 31 días, tendrá que esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta anual para realizar cambios en su plan de beneficios. Para iniciar un evento de vida, visite <https://n35.ultipro.com/Login.aspx>.

Cómo inscribirse

Tiene dos opciones para seleccionar sus beneficios durante el período de inscripción: por teléfono con un asesor de beneficios o directamente en el sistema de UKG.

Para hacer sus selecciones durante la inscripción (del 22 de octubre al 12 de noviembre)

Llame al Centro de Atención Telefónica de Beneficios al **1-855-874-0440**, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. (hora del este) para conversar con un asesor de beneficios. Línea de idiomas disponible. **Llame temprano en el período de inscripción para evitar tiempos de espera extensos.**



POR TELÉFONO: converse con un asesor de beneficios que pueda explicarle sus beneficios, responder a sus preguntas y completar su inscripción. Llame al Centro de Atención Telefónica de Beneficios al **855-252-0702**, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. (hora del este) durante el período de inscripción.



EN LÍNEA: el sistema de inscripción de autoservicio de UKG está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana durante el período de inscripción. Inicie sesión o regístrese en <https://n35.ultipro.com/Login.aspx>. Acceda a UKG a través de una computadora de escritorio o portátil para inscribirse. La sección de beneficios de UKG no es compatible con dispositivos móviles. Siga las instrucciones para completar su inscripción.

IMPORTANTE: Al completar su inscripción, debe hacer clic en “CHECKOUT” (Finalizar) para que selecciones queden registrada. Envíe a su correo electrónico su declaración de confirmación. También puede ver sus beneficios actuales en UKG. Vaya a Benefits (Beneficios) > Manage My Benefits (Gestionar mis beneficios) y seleccione “review your current benefits” (evaluar sus beneficios actuales).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si su inscripción no está completa antes de que entren en vigencia sus beneficios, es posible que se le solicite ponerse al día con los pagos que adeude mediante deducción de nómina en futuros períodos de pago.



Seguro médico

Las necesidades de atención de la salud son diferentes para cada persona. Troon ofrece diversas opciones de planes médicos para que pueda elegir el nivel de cobertura que mejor se adapte a sus necesidades y su presupuesto.

Ofrecemos cuatro opciones médicas con beneficios de atención sanitaria integrales.

**HDHP
CON HSA**

**BRONZE HDHP
CON HSA**

**CHOICE PLUS CON
DEDUCIBLE BAJO**

SUREST

Cada opción brinda acceso a la misma red de proveedores médicos de alta calidad. La diferencia es que cada opción conlleva diferentes primas y costos de bolsillo. Con los planes de salud con deducible alto (HDHP), usted es elegible para abrir una Cuenta de ahorros para la salud (HSA). Consulte la página 7 para obtener más detalles sobre cada plan y la página 13 para obtener más información sobre la HSA.

¿Cuál es el plan adecuado para usted?

Equipare el gasto de su prima con lo que espera gastar en servicios médicos durante todo el año. Si es una persona sana y espera no tener demasiadas visitas al médico puede disminuir en gran parte el gasto inicial al elegir una opción con una prima más baja. Si necesita bastante atención y debe disminuir los gastos de bolsillo, la opción con una prima más alta podría ser la adecuada.

NOTA: Las opciones de su plan médico deben ofrecerle ciertos beneficios de atención preventiva dentro de la red sin costos compartidos y estos beneficios de atención preventiva por lo general se actualizan una vez al año. Según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, los planes médicos por lo general pueden usar técnicas razonables de administración médica para determinar la frecuencia, método, tratamiento o entorno para un servicio recomendado de atención preventiva. Consulte la Descripción resumida del plan (SPD) para obtener una lista de servicios de atención preventiva.

¿Lo sabía?

Las deudas de atención médica actualmente afectan a **1 de cada 3** individuos. En las páginas 9 y 10, encontrará más información sobre la forma en que los beneficios médicos complementarios pueden ayudarlo a cubrir el riesgo financiero de los costos de bolsillo.

Commonwealth Fund, Encuesta de acceso a la atención médica de 2023, 2023



Glosario de términos

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Copago	Una tarifa que debe pagar “de su bolsillo” por ciertos servicios, como una visita en el consultorio del médico o un medicamento con receta. Es una cantidad fija que evita cualquier deducible del plan.
Coseguro	Un porcentaje de gastos que pagará “de su bolsillo” por gastos cubiertos luego de haber alcanzado su deducible.
Costo máximo de bolsillo	El monto máximo que paga por año “de su bolsillo” por los gastos cubiertos. Una vez que haya alcanzado el costo máximo de bolsillo, el plan de salud paga el 100% de los gastos cubiertos.
Deducible	El monto que paga “de su bolsillo” antes de que el plan de salud comience a pagar su parte de los gastos cubiertos.
Emisión garantizada (GI):	Importe del seguro por el que no se le puede denegar la cobertura del seguro debido a su estado de salud.
Evidencia de asegurabilidad (EOI)	Un proceso de solicitud en el que usted proporciona información sobre la condición de su salud o de la salud de sus dependientes para que se lo considere para determinados tipos de cobertura de seguro.
Planes de salud con un deducible alto (HDHP)	Los planes de salud con un deducible alto (HDHP) son planes de seguro de salud con deducibles más altos, designados según los lineamientos del IRS para permitirles a los inscritos abrir y contribuir a una cuenta de ahorros para la salud (HSA) libre de impuestos.
Prima	Un monto que paga por su seguro para mantener activa la póliza.
Programa de asistencia para empleados (EAP)	Un programa que ofrece evaluaciones gratuitas y confidenciales, orientación a corto plazo y derivaciones a asociados que necesitan consejos y apoyo personal.
Red	Los médicos, las farmacias u otros proveedores de salud preferidos por el plan. Si acude a proveedores dentro de la red, paga menos porque han aceptado cobrar precios prenegociados.

Surest

Una empresa de UnitedHealthcare

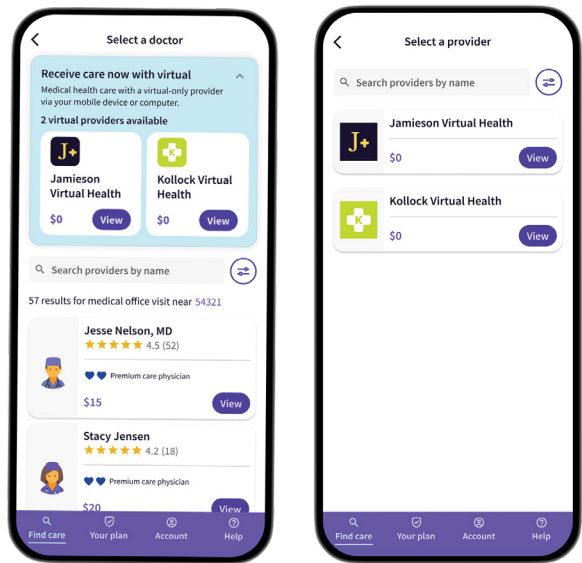
¡Mejore su atención médica con el plan Surest! Gestione su atención preventiva, primaria, de urgencia y mental desde su teléfono. Con precios transparentes, puede olvidarse de las facturas sorpresa al acecho. Es hora de asumir el control de su atención médica.

Un vistazo al plan médico Surest:

- Sin deducible y sin coseguro
- Los servicios están agrupados en un solo copago
- Compare proveedores y elija lo que quiere pagar
- Opciones de atención virtual mejoradas
- Red Choice Plus de UHC

Visite <https://britehr.app/Troon-Surest-2025>

o escanee el código QR para obtener más información.



Illustrative examples only. Costs and coverages may vary.

Utilice la comodidad, accesibilidad y rentabilidad de la atención virtual

Con cualquier plan médico de Troon que elija, tiene acceso a servicios de atención virtual a través de proveedores designados que ofrecen comodidad y le permiten ahorrar dinero. Ya sea que se trate de una enfermedad menor, una dificultad para programar atención primaria o asesoramiento de salud mental, estos servicios se pueden utilizar en cualquier momento y lugar.

Las opciones de atención virtual incluyen:

- **Atención de urgencia virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana**
- **Atención primaria virtual**
- **Atención de salud conductual virtual**
- **Proveedor de telesalud local***

Para obtener más información y acceder a los servicios de atención virtual, póngase en contacto con su proveedor del plan de salud elegido (**consulte los Contactos en la página 26**).

2nd.MD

Siéntase más seguro acerca de sus decisiones médicas con una segunda opinión de un experto. Este beneficio se ofrece sin gasto adicional a los participantes del plan médico de Troon. Para obtener más información o para comenzar, visite www.2nd.md/troon.

**La disponibilidad de telesalud depende de las ofertas del proveedor local. Muchos proveedores locales ofrecen consultas de telesalud y presenciales.*

La tarifa reducida del proveedor de visitas virtuales designado para una visita virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana, está sujeta a cambios en cualquier momento. A menos que se requiera lo contrario, los beneficios están disponibles únicamente cuando los servicios se brindan a través de un proveedor de la red virtual designado, lo que incluye Amwell, Doctor on Demand, Teladoc Health. Es posible que los servicios no estén disponibles en todo momento, en todas las ubicaciones o para todos los miembros.

La atención primaria virtual incluye servicios disponibles mediante un proveedor a través de video, chat, correo electrónico o audio únicamente, cuando lo permita la ley estatal. Es posible que los servicios no estén disponibles en todo momento, en todas las ubicaciones o para todos los miembros. Las visitas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana, la atención primaria virtual y la atención de especialistas no están destinadas a abordar afecciones médicas de emergencia o potencialmente mortales y no deben usarse en esas circunstancias.

A partir de 2025, los beneficios de Telemedicina no podrán pagarse antes del deducible en un plan de salud con deducible elevado.

Resumen del plan médico para 2025

Troon le ofrece cuatro opciones médicas, tres planes de UnitedHealthCare (UHC) y Surest, todos nuevos para 2025. Todos los planes acceden a la red de proveedores de Choice Plus de UHC. Al elegir uno de estos planes, también recibirá cobertura de medicamentos con receta (los detalles se proporcionan en la página siguiente). Los HDHP brindan cobertura de coseguro después de que usted alcanza el deducible. Con los HDHP, usted también es elegible para inscribirse en una Cuenta de ahorros para la salud (HSA). En el plan Choice Plus con deducible bajo, las visitas al consultorio médico, la atención de urgencia y las visitas a la sala de emergencia están cubiertas con un copago, mientras que otros servicios están cubiertos con un coseguro. Con Surest, todos los servicios están cubiertos con un copago y no se aplican deducibles.

Planes de UHC: Puede encontrar proveedores dentro de la red en www.whyuhc.com/troon o a través de su cuenta de www.myuhc.com una vez inscrito. En los casos en que los proveedores de UHC Premier (Nivel 1) estén disponibles, usted pagará un copago o coseguro más bajo por las visitas al consultorio médico. **Plan Surest:** los miembros ven los copagos antes de agendar las citas, lo que les permite buscar atención, comparar opciones y armar un presupuesto acorde. Inicie sesión en la **aplicación de Surest** o ingrese a surest.com como miembro para ver los precios reales por adelantado y buscar proveedores. **Todos los planes:** Los inscritos reciben una tarjeta de identificación de miembro de marca compartida con los detalles de la cobertura médica y de medicamentos con receta. N.º del grupo de UHC: 928559. N.º del grupo de Surest: 78800752.

	HDHP CON HSA DE UHC		BRONZE CON HSA DE UHC		CHOICE PLUS DE UHC CON DEDUCIBLE BAJO		SUREST	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual (Individual/familiar)	\$2,000 / \$3,300 / \$4,000*	\$6,000 / \$12,000*	\$5,000 / \$10,000	\$15,000 / \$30,000	\$1,500 / \$3,000	\$4,500 / \$9,000	N/A	N/A
Costo máximo de bolsillo anual (Individual/familiar) <i>Incluye deducible anual</i>	\$4,500 / \$6,650 / \$9,000*	\$13,500 / \$27,000	\$6,250 / \$12,500	\$18,750 / \$37,500	\$5,000 / \$10,000	\$15,000 / \$30,000	\$6,250 / \$12,500	\$12,500 / \$25,000
Lo que usted paga								
Servicios de atención preventiva	Cubierto al 100%	40% después del deducible	Cubierto al 100%	40% después del deducible	Cubierto al 100%	40% después del deducible	Cubierto al 100%	Copago de \$215
Visitas al consultorio del médico**	10% / 20% después del deducible	40% después del deducible	20% después del deducible	40% después del deducible	Visita de \$30 / \$60	40% después del deducible	Copago de \$30 a \$150	Copago de \$215
Atención primaria Nivel 1/Nivel 2	10% / 20% después del deducible				Visita de \$60 / \$120			
Especialista Nivel 1/Nivel 2								
Atención virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana	\$49 por visita	Sin cobertura	\$49 por visita	Sin cobertura	\$20 por visita	N/A	Copago de \$0	Sin cobertura
Atención de urgencia	20% después del deducible	40% después del deducible	20% después del deducible	40% después del deducible	\$75 por visita	40% después del deducible	Copago de \$75	Copago de \$225
Sala de emergencia	20% después del deducible		20% después del deducible		Copago de \$500 por visita		Copago de \$500 por visita	
Atención hospitalaria Paciente hospitalizado Paciente ambulatorio	20% después del deducible	40% después del deducible	20% después del deducible	40% después del deducible	20% después del deducible	40% después del deducible	Copago de \$700 a \$4,500	Copago hasta de \$11,000
Procedimientos de diagnóstico Laboratorio, radiografías, imágenes	20% después del deducible	40% después del deducible	20% después del deducible	40% después del deducible	20% después del deducible	40% después del deducible	\$0 en pruebas complejas de diagnóstico por imágenes Copago de \$150 a \$1,200	\$0 en pruebas complejas de diagnóstico por imágenes hasta \$1,650 de copago
Servicios de salud mental								
Instalación para pacientes ambulatorios/hospitalizados	20% después del deducible	40% después del deducible	20% después del deducible	40% después del deducible	20% después del deducible	40% después del deducible	Copago de \$3,500 / \$190	Copago de \$10,500 / \$570
Consultorio externo, profesional	20% después del deducible	40% después del deducible	20% después del deducible	40% después del deducible	\$30 por visita	40% después del deducible	Copago de \$30	Copago de \$215

*Para las familias inscritas en el HDHP con HSA se aplican límites específicos de deducibles y gastos de bolsillo individuales y familiares. Las reclamaciones de los miembros de una familia se aplican tanto al límite individual como al límite familiar (deducibles y gastos de bolsillo máximos integrados).

**Los niveles de beneficios del Nivel 1 se aplicarán a todas las visitas al consultorio en estas áreas: AK, ME, MT, VT, WY, Norte de California

Cobertura de medicamentos con receta

La cobertura de medicamentos con receta se administra a través del programa de farmacias CVS/Caremark y está incluida en su plan médico. Con los planes HDHP, es preciso alcanzar el deducible antes de que se aplique el coseguro, excepto para determinados medicamentos preventivos/de mantenimiento. En los planes Choice Plus y Surest, usted paga un copago por receta. Algunos programas de medicamentos de especialidad disponibles incluyen ImpaxRx y los programas de asistencia para el copago de medicamentos de especialidad. Los medicamentos especializados solo están disponibles a través de las farmacias de CVS. Si tiene preguntas sobre los medicamentos cubiertos, comuníquese con CVS/Caremark al **866-425-0050**, incluso si aún no es miembro de un plan.

	HDHP CON HSA DE UHC*		BRONZE HDHP CON HSA DE UHC*		CHOICE PLUS DE UHC CON DEDUCIBLE BAJO		SUREST	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Venta minorista (Suministro para 30 días) Genérico								
Medicamento de marca	20% después del deducible*	Sin cobertura	20% después del deducible*	Sin cobertura	Copago de \$15 Copago de \$45 Copago de \$75 Copago de \$75	Sin cobertura	Copago de \$15 Copago de \$45 Copago de \$75 Copago de \$75	Sin cobertura
Marca no preferida De especialidad								
Pedidos por correo (Suministro para 31 a 91 días)	20% después del deducible*	Sin cobertura	20% después del deducible*	Sin cobertura	Pedidos por correo 2.5 veces la venta minorista	Sin cobertura	Pedidos por correo 2.5 veces la venta minorista	Sin cobertura

Algunos medicamentos pueden requerir una autorización clínica previa. Comuníquese con CVS/Caremark si tiene alguna pregunta.
 Nota: Su plan de medicamentos con receta está determinado por el plan médico que elija.
 *Con los planes HDHP, no se aplica ningún deducible para determinados medicamentos de mantenimiento (como medicamentos para la diabetes, la presión arterial alta o el asma). Al solicitar estos medicamentos con receta, pagará su coseguro habitual. Algunos medicamentos preventivos pueden estar disponibles sin costo.

Capitalice su atención con Carrum Health (para miembros del plan de UHC*)

Carrum Health le ofrece una cobertura superior a la atención médica estándar de UHC para algunas cirugías y para la atención oncológica. Utilizar un centro de excelencia de Carrum Health es necesario para la cirugía de reemplazo articular y de columna. Carrum Health trabaja con los mejores médicos, cirujanos y especialistas en cáncer del país (los que obtienen mejores resultados y logran mayores niveles de satisfacción del paciente), y la mayoría de los costos, si no son todos, están cubiertos.¹
 Para obtener más información, llame al **888-855-7806**, de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del este). También puede descargar la aplicación Carrum en Google Play para Android o desde App Store para iPhone.

*Este programa no se aplica a los inscritos en el plan médico Surest.
¹A excepción de las segundas opiniones, las personas inscritas en un HDHP primero deben alcanzar el deducible requerido por el IRS, pero no se aplicarán copagos ni coseguros. Las segundas opiniones se brindan sin costo para el miembro y no requieren el pago de ningún deducible. Según las reglas del IRS, una parte de los gastos de viaje cubiertos se informará como ingreso imponible al miembro cubierto.

Control de gastos de atención de la salud

El aumento del gasto del seguro de salud constituye una inquietud para todos nosotros. Mantener sus gastos bajos contribuye a que, en los próximos años, haya primas más bajas. Le brindamos algunos consejos sobre cómo puede disminuir el gasto del seguro de salud:



Utilice proveedores de la red. En general, recibirá una cobertura más favorable si utiliza proveedores que participan en la red.



Solicite medicamentos genéricos con receta en lugar de medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos pueden ser igualmente eficaces y mucho más económicos.



Evalúe consultar con su médico de cabecera en lugar de un especialista. Los médicos de cabecera a menudo brindan el mismo nivel de atención para numerosas enfermedades y afecciones.



Haga ejercicio y mantenga una dieta apropiada. Cuanto más sano se mantenga, será menos vulnerable a una enfermedad, y reducirá las visitas al médico y la necesidad de medicamentos con receta.

Si nos convertimos en consumidores más conscientes, ¡todos podemos hacer nuestra parte para disminuir el gasto de la atención de salud!

Beneficios médicos complementarios

El seguro médico no previene toda la presión financiera de una enfermedad o lesión grave. Muchas familias no tienen ahorros suficientes como para cubrir los deducibles y el coseguro de un acontecimiento médico importante. Los beneficios médicos complementarios pueden ayudar a cubrir este riesgo financiero del costo de bolsillo por un gasto razonable. **Tenga en cuenta lo siguiente: Estos planes no reemplazan el seguro médico.**

Para contar con una protección adicional, inscríbase en un seguro por enfermedades críticas, lesión accidental y de atención hospitalaria, y esté preparado para lo que le depara el futuro.*

Seguro por enfermedades críticas grupal

Usted puede protegerse de gastos inesperados por enfermedades graves.

Incluso el plan médico más generoso no cubre todos los gastos de una afección médica grave, como un ataque cardíaco o cáncer. El seguro por enfermedades críticas le paga un beneficio de suma total completa directamente a usted si le diagnostican una enfermedad cubierta que cumpla con los criterios del plan. Se paga el beneficio más otra cobertura de seguro que pueda tener. Montos de los beneficios de emisión garantizada: \$30,000 por asociado y \$15,000 por cónyuge. Los beneficios no se reducen a medida que avanza su edad.

Los beneficios del plan incluyen:

- Cláusula adicional opcional de beneficios
- Cláusula de enfermedades progresivas
- Cláusula de COVID/cuidados intensivos de hasta \$3,000
- Beneficio de \$250 por cáncer de piel
- Alzheimer, Parkinson y EM cubiertos al 100%
- Beneficios adicionales de diagnóstico y reincidencia

Cómo funciona el seguro por enfermedades críticas

Cuando Sam sufrió un accidente cerebrovascular, agradeció que sus médicos pudieran estabilizar su afección, pero se enteró de que se produjeron algunos daños permanentes en su visión que requerían atención médica adicional. Comenzó a ver que sus costos de bolsillo se acumulaban rápidamente. La buena noticia es que recibió el pago de una suma fija de \$10,000 para ayudarlo a cubrir estos gastos de parte de la cobertura de **enfermedades críticas** que eligió durante la inscripción abierta.

¿Lo sabía?

Los gastos en atención médica en los EE. UU. alcanzaron un promedio de **\$13,493** por persona en 2022.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, Hoja informativa de gastos nacionales en salud, 2023



Características del plan

- ✓ **Aceptación garantizada:** no es necesario llevar a cabo ningún examen físico ni responder preguntas sobre su salud, no hay limitaciones por afecciones preexistentes ni período de espera.
- 👤 **Cobertura familiar:** puede elegir cubrir a su cónyuge e hijos. Los hijos dependientes están cubiertos al 50% del monto del asociado sin cargo adicional.†
- ➡ **Cobertura portátil:** Puede llevarse su póliza si cambia de trabajo o se jubila.

Beneficio de examen de salud



El plan de enfermedades críticas ofrece un beneficio de \$50 por persona cubierta y por año calendario si usted o sus dependientes cubiertos se someten a una prueba de detección cubierta, como un examen físico, un examen de sangre para colesterol total, una mamografía o un lipidograma, entre otros.

*Las pólizas y los certificados de cobertura tienen exclusiones y limitaciones que pueden afectar cualquier beneficio que deba pagarse. Las pólizas y los certificados de cobertura, o sus disposiciones, al igual que las enfermedades cubiertas, pueden variar o no estar disponibles en algunos estados para beneficios médicos complementarios. Las situaciones reflejan beneficios de los programas de planes de beneficios de Troon y solo se incluyen a modo de ejemplo. Consulte los detalles del plan para ver el programa completo de beneficios de cada plan que se le ofrece.

†Si elige cobertura para sus hijos dependientes, debe notificar a su empleador cuando todos sus hijos dependientes superen el límite de edad de hijos dependientes o ya no cumplan con la definición de hijo dependiente.

Si elige cobertura para su cónyuge, debe notificar a su empleador si su cónyuge deja de cumplir con la definición de cónyuge.

Seguro por lesión accidental

Las lesiones graves son dolorosas, pero el impacto financiero del tratamiento médico no tiene por qué serlo.

El seguro por lesión accidental le paga directamente los beneficios si sufre una lesión cubierta, como fractura, quemadura, lesión de ligamentos o conmoción cerebral. Se pagan los beneficios incluso si tiene otra cobertura.

El monto del beneficio se calcula sobre la base del tipo y la gravedad de la lesión, y los servicios médicos necesarios para el tratamiento y la recuperación. El plan cubre una amplia variedad de lesiones y gastos relacionados con un accidente que incluye lo siguiente:

- Beneficios por accidente catastrófico
- Beneficios de alojamiento familiar
- Muerte accidental y desmembramiento
- Beneficios por enfermedad
- Admisiones e internación en el hospital

Características del plan

- ✓ **Aceptación garantizada:** No es necesario llevar a cabo ningún examen físico ni cuestionario de salud.
- 👤 **Cobertura familiar:** puede elegir cubrir a su cónyuge e hijos.*
- 🕒 **Cobertura las 24 horas, los 7 días de la semana:** los beneficios se pagan por accidentes que ocurran dentro o fuera del trabajo, y no hay límite en la cantidad de reclamos que un asegurado puede presentar.
- ➡ **Cobertura portátil:** Puede llevarse su póliza si cambia de trabajo o se jubila.

Cómo funciona el seguro por accidentes

A Pat le encanta trabajar en el jardín de su casa los fines de semana. Un día, mientras cargaba algunas herramientas, ¡se tropezó y se fracturó el pie!

El accidente requiere no solamente un viaje a la sala de emergencias, sino también visitas de seguimiento con el médico y tratamientos de fisioterapia. Por suerte, Pat tiene un **seguro por accidentes** que la ayuda a cubrir los costos médicos de bolsillo, incluso el deducible y el coseguro.

Seguro de atención hospitalaria

Reciba pagos para ayudar a cubrir el gasto de una hospitalización.

Si lo internan en un hospital, los costos de bolsillo no demorarán en acumularse. El seguro de atención hospitalaria le paga directamente el beneficio si es admitido en un hospital para recibir atención o debido a un parto. Se pagan los beneficios incluso si tiene otra cobertura. Puede utilizar el dinero como quiera: facturas médicas, alquiler, comida.

Puede recibir un beneficio de \$1,000 en efectivo apenas se lo hospitaliza y luego, un beneficio adicional de \$200 por cada día que esté internado en el hospital. Los beneficios adicionales se pagan en función del tipo de servicios que reciba, por ejemplo, sala de emergencia, unidad de cuidados intensivos, procedimiento con hospitalización o nacimiento de un hijo.

Características del plan

- ✓ **Aceptación garantizada:** no se le harán preguntas sobre su estado de salud ni exámenes físicos, ni hay limitaciones por afecciones preexistentes.
- 👤 **Cobertura familiar:** puede elegir cubrir a su cónyuge e hijos.*
- 💵 **Deducción de nómina:** Las primas se pagan a través de convenientes deducciones de nómina.
- ➡ **Cobertura portátil:** Puede llevarse su póliza si cambia de trabajo o se jubila.

Cómo funciona el seguro de atención hospitalaria

Taylor se lesionó en un accidente automovilístico y permanece en el hospital durante cuatro días. Luego, lo trasladan a un centro de enfermería especializada por tres días más. Taylor tiene **seguro de atención hospitalaria**. Recibe un beneficio por haber sido ingresado en el hospital y un beneficio por cada día de su estadía como paciente en el hospital y en el centro de enfermería especializada.



Beneficio de examen de salud

Los planes de seguro por lesión accidental y atención hospitalaria ofrecen un beneficio de \$50 por persona cubierta por año calendario si usted o sus dependientes cubiertos se someten a una prueba de detección de salud cubierta, como un examen físico, un examen de sangre para colesterol total, una mamografía, un lipidograma, entre otros.

*Si elige cobertura para sus hijos dependientes, debe notificar a su empleador cuando todos sus hijos dependientes superen el límite de edad de hijos dependientes o ya no cumplan con la definición de hijo dependiente.

Si elige cobertura para su cónyuge, debe notificar a su empleador si su cónyuge deja de cumplir con la definición de cónyuge.

Estos planes no reemplazan el seguro médico.

Beneficios dentales

Su salud dental es una parte importante de su bienestar general. Se ofrecen las siguientes opciones de seguro dental a través de Delta Dental of Arizona. Si necesita una intervención dental grande, pida a su dentista que presente al plan una determinación previa de los beneficios. De este modo, sabrá de antemano cuáles son los gastos previstos. Para localizar un proveedor dental participante, visite www.deltadentalaz.com. Los miembros del plan dental recibirán una nueva tarjeta dental. N.º del grupo: 5326

DELTA DENTAL OF ARIZONA						
	Plan dental estándar			Plan dental premium		
	Dentista dentro de la red	Dentista de Premier	Dentista fuera de la red	Dentista dentro de la red	Dentista de Premier	Dentista fuera de la red
Deducible por año del plan (Individual/Familiar)	\$50 / \$150			\$50 / \$150		
Máximo de beneficios por año del plan	\$1,500 por miembro			\$2,500 por miembro		
Servicios preventivos y de diagnóstico	100%, sin deducible			100%, sin deducible		
Servicios básicos	20% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible	10% después del deducible	10% después del deducible	20% después del deducible
	Incluye cobertura para empastes y extracciones.			Incluye cobertura en servicios de endodoncia (conducto radicular) y servicios de periodoncia para tratar enfermedades de las encías.		
Servicios principales	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible	40% después del deducible	40% después del deducible	50% después del deducible
	Incluye cobertura para endodoncia y periodoncia.			Incluye cobertura para implantes, reparación de coronas y servicios de prótesis dentales		
Servicios de ortodoncia (adultos y niños)	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible
Beneficio máximo de por vida en ortodoncia Sin deducible	\$1,500 por miembro			\$2,500 por miembro		

¿Qué tipo de dentista debo utilizar?

Dentista dentro de la red: acordó aceptar una tarifa negociada con el proveedor del plan. Usted recibirá el mayor nivel de beneficios con un dentista dentro de la red.

Dentista de Premier: igualmente considerado un dentista dentro de la red, pero solo acordó aceptar reembolsos con descuento por los servicios prestados.

Dentista fuera de la red: no acordó descuentos en sus tarifas por los servicios prestados. Los miembros podrían recibir facturación del saldo.

¿Qué suele cubrir la atención dental preventiva?

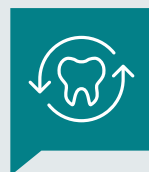
La atención preventiva puede ahorrarle dinero luego en procedimientos más urgentes, complejos y costosos.



Las limpiezas y los chequeos dentales de rutina deben programarse cada seis meses. Su dentista podrá recomendarle que sus visitas sean más o menos frecuentes en función de su historial de salud dental.



Los tratamientos profesionales con flúor* pueden ser una defensa clave contra las caries. Los tratamientos profesionales con flúor tienen significativamente más flúor que el agua corriente o la pasta dental y solo toma algunos minutos aplicarlos.



Los selladores dentales van un paso más allá del flúor, al aplicar una capa delgada a la superficie de los dientes. La mayoría de los planes dentales cubre selladores como atención preventiva para niños menores de 18 años con sus primeros y segundos molares.



Las imágenes de radiografía de la boca pueden tomarse para evaluar mejor su salud bucal. Estas radiografías permiten ver más en detalle dentro de sus dientes y encías.

*Los tratamientos con flúor se pagan dos veces por año calendario para participantes del plan dental de 17 años o menos.

Beneficios de la visión

Troon ofrece cobertura de la visión a través de VSP. Los beneficios incluyen exámenes oculares, opciones asequibles para anteojos recetados o lentes de contacto y descuentos para la corrección de la visión con láser. El plan cubre los servicios de cualquier proveedor autorizado, pero los beneficios se pagan a un nivel más alto cuando se utiliza un proveedor dentro de la red.

Para buscar proveedores dentro de la red o registrarse, visite www.vsp.com.

N.º del grupo: 30106854

VSP VISION CARE		
	Dentro de la red	Fuera de la red
Copago por examen ocular (una vez cada 12 meses)	Copago de \$10	Hasta \$45
Anteojos recetados	Copago de \$25	N/A
Marcos (unos cada 12 meses) • Asignación de \$150 para una amplia selección de marcos • Asignación de \$170 para marcas destacadas de marcos • 20% de descuento sobre el monto de su asignación • \$150 de asignación para marcos de Walmart®/Sam's Club • Asignación de \$80 para marcos de Costco®	Se incluye con los Anteojos recetados	Hasta \$70
Lentes (un par cada 12 meses) • Lentes monofocales, bifocales, trifocales con línea divisoria • Resistentes al impacto para los hijos dependientes	Se incluye con los Anteojos recetados	Lentes monofocaleshasta \$30 Lentes bifocales con línea divisoria.....hasta \$50 Lentes trifocales con línea divisoria.....hasta \$65
Mejoras de lentes (una vez cada 12 meses) • Lentes progresivas estándar • Lentes progresivas premium • Lentes progresivas personalizadas • Ahorro promedio del 30% en otras mejoras de lentes	Copago de \$0 Copago de \$95 a \$105 Copago de \$150 a \$175	Hasta \$50
Lentes de contacto (en lugar de anteojos) (una vez cada 12 meses) • Asignación de \$150 para lentes de contacto; no se aplica el copago • Examen de lentes de contacto (ajuste y evaluación)	Hasta \$60 de copago para ajustes	Hasta \$105
VSP EasyOptions (elija una de estas mejoras)	• Una asignación adicional de \$100 para los marcos, o lentes progresivas de alta calidad o personalizadas totalmente cubiertas, o lentes reactivas a la luz totalmente cubiertas, o revestimiento antiencandilamiento totalmente cubierto, o una asignación adicional de \$50 para lentes de contacto • Cada 12 meses	
Ahorros adicionales		
Anteojos y gafas de sol	• \$20 adicionales para gastar en marcas destacadas de marcos. Visite vsp.com/offers para obtener detalles. • 20% de ahorro en anteojos adicionales y gafas de sol, que incluyen mejoras de lentes, de cualquier proveedor de VSP dentro de los 12 meses de su último examen WellVision. • 40% de descuento en pares adicionales de anteojos recetados comprados el mismo día del examen en todas las ubicaciones de los médicos de VSP. • 50% de descuento en pares adicionales de anteojos recetados comprados el mismo día del examen en todas las ubicaciones de Visionworks.	
Examen de retina de rutina	• Copago máximo de \$39 en exámenes de retina de rutina como mejora a un examen de WellVision.	
Corrección láser de la visión	• Descuento promedio del 15% sobre el precio regular o descuento del 5% sobre el precio promocional; los descuentos solo están disponibles en centros contratados.	

Cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Ahorre para cubrir gastos médicos futuros y reduzca su factura de impuestos federales con esta cuenta de ahorros especial disponible para todos los participantes del plan HDHP.

Los gastos médicos de bolsillo pueden acumularse rápidamente. Con el tiempo, es probable que la atención de salud sea su mayor gasto doméstico. Una Cuenta de ahorros para la salud le permite construir una protección financiera para los futuros gastos de atención de salud.

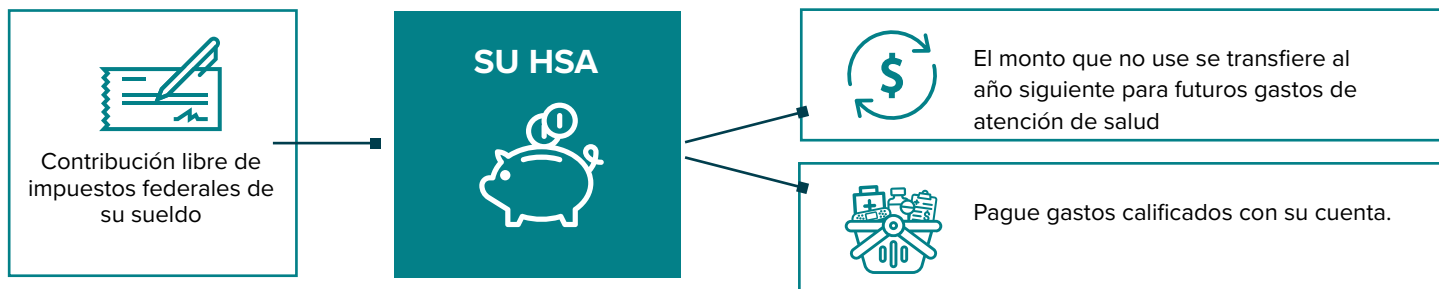
Cómo funciona:

- Cuando se inscribe en los planes HDHP con HSA o Bronze HDHP con HSA, es elegible para realizar contribuciones antes de impuestos a su HSA y utilizar el dinero en cualquier momento para gastos de atención de salud calificados. Los asociados deben estar inscritos activamente en uno de los planes HDHP y tener un empleo activo.
- Recibirá una tarjeta de débito de **Optum Bank** (UnitedHealthcare), el administrador de la cuenta, que podrá utilizar para cubrir los gastos elegibles, o podrá presentar una reclamación para obtener un reembolso.
- Lo que no utilice se transfiere a los años futuros y, en algunas circunstancias, se puede invertir. Mejor aún, las HSA ofrecen ventajas impositivas.

Claves para aumentar su HSA:

- Trate de no utilizar su HSA para gastos rutinarios. Si puede pagar gastos de bolsillo, no toque los fondos de su HSA porque pueden crecer para cuando los necesite en el futuro.
- Considere la posibilidad de elegir beneficios médicos complementarios para cubrir los gastos importantes de enfermedades o lesiones graves inesperadas y asegúrese de que no se lleven el dinero de su HSA.
- Supervise el crecimiento de su fondo. Al igual que un 401(k), los fondos de su HSA se pueden invertir en determinadas circunstancias. Asegúrese de que su dinero crezca a un ritmo aceptable y seguro.

Para obtener más información sobre la HSA, comuníquese con Optum Bank llamando al **1-800-791-9361** o visite **www.OptumBank.com**.



No será elegible para participar ni inscribirse en una Cuenta de ahorros para la salud si cumple con alguna de estas condiciones:

- No está inscrito en un plan HDHP calificado.
- Está inscrito en Medicare.
- Está declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- Está inscrito en TRICARE.
- Recibe beneficios médicos para veteranos.

Consulte la publicación 969 del IRS para conocer los gastos médicos cubiertos elegibles en www.IRS.gov.

Con las HSA, ahorra el triple en impuestos

1. No paga impuesto sobre la renta federal por el dinero que aporta.
2. No paga impuestos por el interés que se genera en la cuenta.
3. No paga impuestos cuando utiliza el dinero para pagar servicios médicos calificados.

¿CUÁNTO SE PUEDE APORTAR?

Límite de contribución anual del IRS

Cobertura individual	\$4,300*
Cobertura familiar	\$8,550*

**Las personas de 55 años o más pueden hacer una contribución anual adicional de \$1,000 a su HSA para "ponerse al día".*

NOTA: Los montos cambian todos los años conforme a los lineamientos del IRS.

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Reduzca su impuesto federal a las ganancias mientras ahorra dinero para cubrir necesidades médicas y de atención de dependientes.

Las cuentas de gastos flexibles le permiten separar dinero para gastos importantes y le ayudan a disminuir las declaraciones de impuestos al mismo tiempo. Troon ofrece dos tipos de cuentas: una FSA para atención de salud y una FSA para atención de dependientes. UnitedHealthcare administra estos planes. Los asociados inscritos en los planes Choice Plus con deducible bajo y Surest son elegibles para inscribirse en la FSA para atención médica. Todos los asociados a tiempo completo son elegibles para inscribirse en la FSA para atención de dependientes.

Cómo funcionan las cuentas de gastos flexibles

1. Cada año, durante la inscripción abierta, usted decide cuánto dinero destinar a los gastos de la FSA. El monto total de su contribución estará disponible para utilizarse en la fecha de entrada en vigor de sus beneficios. **Debe volver a inscribirse de manera activa cada año. Su reinscripción no es automática.**
2. Luego, sus contribuciones se deducen de su salario antes de los impuestos, en cuotas iguales a lo largo del año calendario para utilizarlas en gastos cualificados.
3. Puede usar su tarjeta de débito de la FSA para pagar los gastos elegibles en el punto de venta o puede pagar por su cuenta y luego enviar un formulario de reclamación para solicitar un reembolso.

CONTRIBUCIÓN ANUAL MÁXIMA*	
Cuenta de gastos flexibles para atención médica	\$3,200
Cuenta de gastos flexibles para la atención de dependientes	\$5,000 (\$2,500 si está casado y presentan declaraciones impositivas por separado)

Considere que estas cuentas son separadas. No puede utilizar el dinero de la FSA para atención médica para cubrir gastos elegibles de la FSA para atención de dependientes o viceversa.
NOTA: Los límites pueden variar para los empleados con una compensación más alta.



Deducibles, copagos, medicamento con receta, equipo médico, etc.**



Niñeras, guardería, campamento de día, atención de enfermería domiciliaria, etc.

*Sujeto a cambios según las decisiones del IRS. Consulte www.irs.gov para confirmar los límites anuales.
**Si está inscripto en un plan médico que ofrece una HSA, no es elegible para una FSA para atención de salud.

Artículos que podría no saber que son elegibles para las FSA de atención médica:

- Protector solar
- Almohadillas de calor y frío
- Kits de primeros auxilios
- Plantillas ortopédicas
- Almohadas para viajar
- Brazaletes antimareo

Escanee aquí para acceder a la lista de gastos cubiertos por la FSA.

¡Úselo o piérdalo!

Asegúrese de calcular sus aportes a la FSA con cuidado. Troon permite trasladar hasta \$610 de la FSA de atención de salud a 2026. Todo el dinero que supere los \$610 al final del año del plan se perderá. La FSA para la atención de dependientes se sigue tratando como una cuenta de “úsela o piérdala”: si no incurre en gastos elegibles al final del año del plan, perderá los fondos para la atención de dependientes que queden en su cuenta.

Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento

Esté siempre ahí para ayudar financieramente a sus seres queridos.

El seguro de vida garantiza que el futuro de su familia sea financieramente seguro, en caso de que usted ya no esté para ayudarlos. Troon proporciona un seguro de vida básico a término y ofrece opciones adicionales para darle la posibilidad de adquirir una cobertura adicional para usted, su cónyuge o sus hijos. Actualice la información de sus beneficiarios. Es importante que Troon cuente con la información más actualizada.

La inscripción abierta es un buen momento para evaluar los beneficiarios de su seguro de vida para asegurarse de que reflejen sus intenciones. Puede ver o elegir a sus beneficiarios en el autoservicio de UKG en <https://n35.ultipro.com/Login.aspx>.

Seguro de vida básico a término y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Troon ofrece a los asociados a tiempo completo elegibles cobertura de seguro de vida básico a término y por AD&D a través de New York Life sin gasto para usted y la inscripción es automática.

SEGURO DE VIDA BÁSICO A TÉRMINO	El equivalente a 1 salario anual hasta un máximo de \$100,000
MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO	Si sufre una lesión grave o pierde la vida en un accidente, será elegible para un beneficio igual a su cobertura de seguro de vida básico a término.

Seguro de vida y por AD&D complementario

También puede optar por adquirir la cobertura del seguro de vida complementario, además del beneficio pagado por la empresa. Usted paga el gasto total de este beneficio mediante convenientes deducciones de nómina. Los beneficios comienzan a reducirse a los 65 años y de nuevo a los 70.

ASOCIADO	Elija hasta \$300,000 en incrementos de \$10,000. Durante la inscripción inicial, existe una emisión garantizada de hasta \$300,000 y hasta los 65 años.
CÓNYUGE	Elija hasta \$75,000 en incrementos de \$5,000, sin exceder el 50% de la cantidad elegida por el asociado. Durante la inscripción inicial, existe una emisión garantizada de hasta \$300,000 y hasta los 60 años.
HIJOS	Elija \$2,500, \$5,000 o \$10,000
EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD (EOI)	Puede ser necesario presentar una EOI al elegir o aumentar la cobertura. Durante la inscripción abierta, los asociados pueden aumentar su seguro de vida hasta \$20,000 cada año. Más de \$20,000 requiere una EOI. También es necesario para todos los asociados mayores de 65 años y sus cónyuges mayores de 60 años. No se requiere EOI en el caso de niños.

¿Cuánto seguro de vida necesita?

Las necesidades de seguro de vida de cada persona son únicas. Incluso cuando los expertos financieros recomiendan tener entre cinco y ocho veces los ingresos anuales de su hogar en un seguro de vida, esto puede no tener en cuenta las necesidades que pueda tener durante la jubilación. El seguro de vida complementario es una forma asequible de ayudar a mantener el nivel de vida de su familia si usted falleciera durante sus años laborales, mientras que el seguro de vida completo dura los años laborales. Y jubilación y está más orientado a cubrir los gastos finales que a la sustitución de ingresos. Debería considerar ambas opciones cuando evalúe los gastos actuales y las necesidades futuras.

Gastos actuales

- Alquiler/préstamo hipotecario
- Pagos del auto
- Matrícula universitaria
- Cuidado de hijos

Necesidades futuras

- Pagar deuda
- Gastos funerarios
- Jubilación del cónyuge
- Gastos de rutina del hogar

Una vez que haya agregado sus obligaciones financieras, ¿en qué se diferencia la suma con su cobertura actual?

Seguro de vida completo con atención médica a largo plazo (LTC)

En algún momento, muchos necesitaremos atención médica a largo plazo, lo que incluye tanto apoyo médico como no médico para las actividades diarias como comer, vestirse y bañarse.

El seguro de vida completo con atención médica a largo plazo (LTC) es un beneficio voluntario, que se ofrece a través de Allstate y combina el seguro de vida con beneficios de LTC. Ayuda a cubrir las actividades diarias, como comer y bañarse, cuando necesite apoyo. Este es un desglose simplificado:



Escanee aquí o visite allstatevoluntary.com/troon para obtener más información e inscribirse en el seguro de vida LTC.

- **Una póliza, dos beneficios:** Cobertura del seguro de vida para su familia y beneficios LTC si los necesita.
- **Flexibilidad financiera:** Puede usar los beneficios para LTC o dejarlos para sus beneficiarios.
- **Consideraciones:** Entienda su póliza para saber si cumple con sus necesidades; revise las especificaciones como primas, beneficios e implicaciones fiscales.
- **Toma de decisiones:** Evalúe sus necesidades de LTC y su situación financiera para decidir si esta es la opción correcta para usted.

Seguro por discapacidad

La posibilidad de llevar un salario a casa es su activo más valioso. Le ayudamos a protegerlo.

Si una lesión o enfermedad lo dejara sin trabajo y le impidiera ganar un salario, ¿cómo cubriría sus facturas y otros gastos domésticos? El seguro por discapacidad le brinda protección de ingresos, al pagar una parte de su salario que puede usar para compensar los gastos de bolsillo y los salarios perdidos.

Seguro voluntario por discapacidad a corto plazo (STD)

El seguro por discapacidad a corto plazo reemplaza una parte de sus ingresos en caso de que deba dejar de trabajar por un período extendido debido a una enfermedad o lesión. Los asociados de campo a tiempo completo pueden elegir entre el STD primario o el STD mejorado. A continuación, se encuentra la información destacada de los beneficios.

La exclusión por afección preexistente se aplicará en su caso si su discapacidad se debe a una enfermedad preexistente y queda discapacitado dentro de los primeros 12 meses de estar cubierto por el plan.

Si no puede trabajar debido a una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo en California, Hawái, Nueva Jersey, Nueva York o Rhode Island, el seguro de discapacidad a corto plazo exigido por el estado le proporcionará un beneficio.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO		
	Primario	Mejorado
Porcentaje de sustitución del salario	60%	70%
Máximo semanal	\$1,500	\$2,500
Inicio de los beneficios	Inmediatamente por un accidente Luego de 7 días por una enfermedad	Inmediatamente por un accidente Luego de 7 días por una enfermedad
Duración de los beneficios	Hasta 13 semanas por un accidente Hasta 12 semanas por una enfermedad	Hasta 13 semanas por un accidente Hasta 12 semanas por una enfermedad

Seguro voluntario por discapacidad a largo plazo (LTD)

El seguro por discapacidad a largo plazo está diseñado para proteger sus ingresos ante una discapacidad extendida. Durante una discapacidad cubierta, este valioso beneficio le ayuda a cumplir con sus compromisos financieros en momentos de necesidad. Los asociados de campo a tiempo completo pueden elegir entre el LTD primario o el LTD mejorado. Usted es elegible para recibir estos beneficios después de un año de servicio. A continuación, se encuentra la información destacada de los beneficios.

SEGURO VOLUNTARIO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO		
	Primario	Mejorado
Porcentaje de sustitución del salario	60%	70%
Máximo por mes	\$10,000	\$15,000
Máximo por mes	Después de 90 días	Después de 90 días

Planificar su jubilación

Plan de ahorros para la jubilación 401(k)

Construir un futuro financiero saludable es tan importante como cuidar sus necesidades de salud en la actualidad. Separar dinero para su futuro es fácil con el Plan 401(k). Cuando se calculan las contribuciones deducidas antes de impuestos federales, existe un impacto menor en el sueldo neto de lo que se podría imaginar. Los asociados que tengan 19 años o más son elegibles después de 90 días de empleo.

Características del plan

- Ahorre de 1% a 60% de su sueldo de acuerdo con una base antes de impuestos o Roth mediante convenientes deducciones de nómina.
- Los empleados nuevos se inscriben automáticamente al 5%, a menos que opte por retirarse del plan o por diferir otro monto.
- Elija cómo invertir sus contribuciones entre las diversas opciones de inversión del plan.
- Troon iguala el 25% de las contribuciones regulares (no de recuperación) de los asociados (hasta el primer 5% de su elección de aplazamiento). Se aplican los derechos adquiridos a tres años.
- Los límites de las contribuciones del 401(k) son determinados por el IRS anualmente. Consulte **www.IRS.gov** para confirmar los límites anuales (los límites de las contribuciones para 2024 son \$23,000 y las personas de 50 años o más pueden contribuir \$30,500).*

Importante: No olvide designar sus beneficiarios del plan 401(k) en el sistema de Empower. Este es un paso separado de sus otros planes de seguro.

Para obtener más información, comuníquese con Empower al **844-465-4455** o visite **www.empowermyretirement.com**.

**Sujeto a cambios según las decisiones del IRS.*

Beneficios de bienestar

El equilibrio entre las demandas del trabajo, la familia y las necesidades personales puede ser difícil, sobre todo en tiempos de incertidumbre. Troon sabe lo importante que es tener acceso a la ayuda cuando más se necesita.

Programa de asistencia para empleados y apoyo para el bienestar

El Programa de asistencia para empleados y apoyo para el bienestar está disponible sin gasto para usted y los miembros de su familia a través de los Recursos Orientativos de NYLife (en asociación con ComPsych) y proporciona orientación confidencial y recursos para ayudarlo con una variedad de inquietudes.

Los recursos están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ofrecer apoyo y orientación confidenciales, así como ayuda para derivar a otros servicios.

Llame en cualquier momento: la ayuda está a una llamada de distancia siempre que la necesite y es sin costo para usted. Un asesor puede ayudarlo a evaluar sus necesidades y desarrollar una solución, así como dirigirlo a recursos de la comunidad y herramientas en línea. **Todas las conversaciones son estrictamente confidenciales.**

Visite a un especialista: usted y los miembros de su hogar son elegibles para recibir hasta tres sesiones presenciales con un asesor por cada tema o inquietud. Llame para solicitar un referido.

Para comunicarse con el Programa de asistencia para empleados y apoyo para el bienestar, llame al **800-344-9752**. Encontrará otros recursos disponibles en **www.guidanceresources.com**

Beneficios de estilo de vida

Asistencia legal

El plan legal de MetLife le proporciona consultas telefónicas y en el consultorio para una cantidad ilimitada de asuntos legales personales con un abogado de la red que usted elija. Durante la consulta, el abogado evaluará la ley, hablará sobre sus derechos y responsabilidades, explorará sus opciones y recomendará un plan de acción. Los servicios legales suelen pagarse en su totalidad si selecciona un proveedor de la red, con algunos beneficios del plan para los proveedores fuera de la red.

Si decide participar, deberá hacerlo durante todo el año cuando se inscriba. Usted paga el gasto de este beneficio mediante deducciones de nómina.

Representación completa para estos servicios:

- Documentos de planificación patrimonial
- Protección frente a demandas civiles
- Asuntos inmobiliarios
- Infracciones de tránsito menores
- Derecho de familia, divorcio, custodia
- Ayuda para inmigración
- Preparación y evaluación de documentos
- Asuntos financieros
- Asuntos de la Ley de la tercera edad

Para obtener más información, visite www.metlife.com/insurance/legal-plans/.

NUEVOS beneficios de transporte

Los beneficios de transporte son electivos y antes de impuestos. Se ofrecen para ayudarle a compensar el gasto de viajar hacia y desde el trabajo. ¡Incluye los gastos de transporte público y estacionamiento! Si trabaja más de 35 horas semanales a tiempo completo, es elegible para inscribirse en este beneficio. Se aplican los límites del IRS.

Usted determina el monto que contribuye a su beneficio de transporte cuando se inscribe. ¡Recuerde que estos fondos se contribuyen antes de impuestos! Los fondos se deducirán en cada período de pago. Este programa es administrado por WEX.



Seguro para mascotas

Obtenga cobertura para todos los miembros de la familia. Con MetLife Pet Insurance, tendrá la tranquilidad de saber que puede obtener ayuda con algunas de las facturas médicas de su mascota, incluidos tratamientos, cirugías, tarifas de laboratorio, radiografías, recetas y más.

Algunas características del plan:

- Opciones de coberturas flexibles
- Libertad para visitar cualquier veterinario con licencia de los EE. UU.
- Opción de cobertura de diversos gatos y perros
- Servicios de asistencia personal para telesalud las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Descuentos y ofertas adicionales en cuidado de mascotas
- Aplicación móvil MetLife Pet

Para solicitar un presupuesto o inscribirse en cualquier momento, visite www.metlife.com/getpetquote o llame al **800-GET-MET8**.



“Cuando Heidi, mi Schnauzer miniatura, corrió para seguir a un puercoespín debajo del porche, me alegré de tener seguro de mascotas”.

Tener mascotas es una inversión. Como toda inversión, debe protegerse. El seguro de mascotas pagó los exámenes, las radiografías y los antibióticos de Heidi. Al fin y al cabo, al haber puercoespines, es un asunto espinoso si no tienes protección.

Beneficios adicionales

Troon ofrece beneficios adicionales sin gasto alguno para los asociados a tiempo completo. La participación en estos valiosos programas puede significar protección a largo plazo para usted y su familia.

Seguro contra robo de identidad

Los ladrones digitales constantemente descubren nuevas formas de extraer su información personal, abrir cuentas de crédito a su nombre, vender su información confidencial en la web oscura y secuestrar sus cuentas financieras.

Ofrecemos un seguro integral contra robo de identidad mediante New York Life, que supervisa varias puertas de acceso a su identidad y crédito, y le envía alertas de actividades fraudulentas. Los asociados inscritos en el programa tendrán acceso a gestores de casos personales que ofrecen asistencia y orientación paso a paso a las personas a las que se les ha robado la identidad.

Los servicios de protección incluyen:

- Asistencia en tiempo real en todo el mundo
- Ayuda en caso de fraude con tarjetas de crédito
- Ayuda en la organización de viajes de emergencia

Comuníquese con New York Life al **800-344-9752** para obtener más información o visite **www.guidanceresources.com**.

Seguro de viajes de NYL GBS

El seguro de viajes de New York Life está disponible para los asociados cubiertos por el plan por muerte accidental y desmembramiento de New York Life. El seguro de viajes de New York Life ofrece una asistencia especial para casos de emergencia médica, financiera, legal y de comunicación cuando usted viaja. Este programa permite a las personas cubiertas acceder a un centro de atención al cliente de asistencia al viajero desde cualquier parte del mundo cuando viajan a una distancia mínima de 100 millas de su hogar. Para acceder a los beneficios del programa desde Estados Unidos y Canadá, llame al **888-226-4567**. Desde

todas las demás ubicaciones, llame con cobro revertido al **202-331-7635**. Indique que es miembro del Programa de Seguro de Viajes de NYL GBS y el N.º de grupo 57.

Redacción de testamentos

El Programa de Redacción de Testamentos de New York Life lo ayuda a usted y a su familia a crear y ejecutar en línea testamentos, poderes notariales y otros documentos legales importantes específicos para el estado, así como a utilizar sus beneficios de consulta legal para obtener una revisión de un abogado calificado. Comuníquese con New York Life al **800-344-9752** para obtener más información o visite **www.guidanceresources.com**.

Programa de seguro para sobrevivientes

Si sucede lo inesperado, el programa de seguro para sobrevivientes puede ayudar. Este programa proporciona apoyo financiero, de duelo y legal para sus beneficiarios durante su tiempo de necesidad. Visite **www.nylgbssurvivorassurance.com** para obtener más información.

Seguro para viajes de negocios

Troon ofrece una cobertura de seguro para viajes de negocios a través de The Hartford sin gasto alguno para usted. Este beneficio lo cubre cuando viaja por negocios de la compañía. El plan incluye un componente de seguro de vida y por AD&D. Para obtener más información, llame al **800-523-2233** o envíe un correo electrónico a **GBDCustomerService@hartfordlife.com**.



Avisos importantes

Acerca de esta guía

Esta guía destaca sus beneficios. Los documentos oficiales del plan y el seguro rigen los derechos y beneficios de cada plan. Para obtener más detalles acerca de sus beneficios incluso los gastos cubiertos, exclusiones y limitaciones, consulte las Descripciones resumidas de cada plan (SPD), el documento del plan o el certificado de cobertura de cada plan. Si existe alguna discrepancia entre esta guía y los documentos oficiales, prevalecerán los documentos oficiales. Newport Healthcare se reserva el derecho a realizar cambios en los beneficios, costos y otras disposiciones respecto de los beneficios.

Recordatorio de disponibilidad del Aviso de privacidad

Este aviso tiene como fin recordarles a los participantes y beneficiarios del Newport Healthcare Health and Welfare Plan (el "Plan") que el plan ha emitido un Aviso de privacidad del plan de salud que describe cómo usa y divulga la información de salud protegida (PHI). Usted puede obtener una copia del Aviso de privacidad del Newport Healthcare Health and Welfare Plan solicitándolo por escrito al Departamento de Recursos Humanos en la siguiente dirección:

Newport Healthcare, Human Resources 3990
Hillsboro Road
Suite 330

Nashville, TN 37215

Si tiene preguntas, comuníquese con la Oficina de Recursos Humanos de Newport Healthcare.

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres

Si se realizó o se realizará una mastectomía, puede tener derecho a recibir ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer ("WHCRA") de 1998. En el caso de las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se brindará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente para lo siguiente:

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

Estos beneficios se ofrecerán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos en virtud de este plan. Por lo tanto, se aplican los deducibles y coseguros que son coherentes con aquellos que se aplican a otros beneficios proporcionados por este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA), comuníquese con el administrador del plan de Newport Healthcare.

Divulgación de la Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres

Los emisores de planes de salud grupales y seguros de salud, en general y de acuerdo con las leyes federales, no están autorizados a limitar los beneficios para cualquier período de hospitalización

en relación con el nacimiento de un hijo para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas luego de un parto vaginal, o a menos de 96 horas luego de un parto por cesárea. Sin embargo, la ley federal en general no prohíbe al proveedor asistente de la madre o el recién nacido, luego de consultar con la madre, darle el alta a ella o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según corresponda). En todo caso, los planes y los emisores no están autorizados, conforme a la ley federal, a exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para prescribir una duración de estadía en el hospital mayor de 48 horas (o 96 horas).

USERRA

Su derecho a continuar participando en el Plan durante períodos de licencia por deber militar activo está protegido por la Ley de los Derechos del Empleo y Recontratación de los Servicios Uniformados (USERRA). De este modo, si se ausenta del trabajo debido a un período de deber militar activo durante menos de 31 días, su participación en el Plan no se interrumpirá y seguirá pagando el mismo monto que si no estuviera ausente. Si la ausencia dura más de 31 días, pero menos de 24 meses, puede seguir manteniendo la cobertura del Plan al pagar hasta 102% del total de las primas. Usted y sus dependientes también pueden elegir la cobertura de COBRA. Póngase en contacto con Newport Healthcare para obtener más información.

Además, si decide abandonar la cobertura de su plan de salud durante su servicio militar, tiene derecho a volver a inscribirse en el Plan cuando regrese al trabajo, en general, sin períodos de espera ni exclusiones por afección preexistente, excepto por enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio militar, según corresponda.

Aviso de cobertura acreditable de Medicare Parte D

Lea este aviso con atención y consérvelo a mano. Este aviso contiene información sobre su cobertura de medicamentos con receta actual con Newport Healthcare y sobre sus opciones con la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones acerca de la cobertura de sus medicamentos con receta.

Debe saber dos aspectos importantes sobre su cobertura actual y la de medicamentos con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare comenzó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare o un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura con una prima mensual más alta.
2. Newport Healthcare determinó que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por el Newport Healthcare Medical Plan a través de Blue Cross Blue Shield y Kaiser Permanente debe, en promedio y para todos los participantes del plan, pagar tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare y, por lo tanto, se la considera como cobertura acreditable.

Como su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantenerla sin tener que pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando se convierte en elegible para Medicare y todos los años desde el 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde (o perderá) la cobertura acreditable de medicamentos con receta que tiene actualmente, sin tener responsabilidad alguna, también será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide formar parte de un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura de Newport Healthcare actual no se modificará. Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y abandonar su cobertura de Newport Healthcare actual, tenga en cuenta que usted y sus dependientes quizás no puedan recuperar esta cobertura.

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

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con Newport Healthcare y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de 63 días de corrido luego de que haya finalizado su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima mayor (una multa) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si permanece 63 días consecutivos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta, la prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima básica para beneficiarios de Medicare al mes y por cada mes que no haya recibido esa cobertura. Por ejemplo, si permanece 19 meses sin cobertura acreditable, la prima puede ser siempre 19% más costosa que la prima básica para beneficiarios de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) mientras tenga la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Si desea obtener más información sobre este aviso o su cobertura de medicamentos con receta actual:

Contacte a la persona indicada a continuación para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura de Newport Healthcare cambia. Además, puede solicitar una copia de este aviso cuando lo desee.

Para obtener más información sobre sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta en el manual "Medicare y usted". Recibirá por correo una copia del manual por parte de Medicare todos los años. También es posible que se comuniquen directamente con usted desde los planes de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite **www.medicare.gov**
- Llame a su Programa de asistencia sobre seguros de salud estatal para obtener ayuda personalizada. Consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted" para ver su número de teléfono.
- Llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si sus ingresos y recursos son limitados, dispone de una ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional:

- Visite el Seguro Social en la web o en **www.ssa.gov** o
- Llame al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.

Recuerde lo siguiente: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare es posible que se le solicite presentar una copia de este aviso cuando se inscriba para mostrar si mantuvo o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si deberá o no pagar una prima más elevada (multa).

Fecha: 11/24

Nombre de la entidad/remitente: Newport Healthcare

Contacto: RR.HH. de Newport Healthcare

Dirección: Newport Healthcare 3990

Hillsboro Road

Suite 300

Nashville, TN 37215

Sus derechos ERISA

Como participante del plan de beneficios de salud de Newport Healthcare, le corresponden ciertos derechos y protecciones según la Ley de Seguridad de los Ingresos para los Empleados Jubilados de 1974 (ERISA) y sus enmiendas. ERISA establece que todos los participantes de planes deberán recibir información sobre su plan y sus beneficios, continuar su cobertura del plan de salud grupal y hacer valer sus derechos. ERISA también exige que los fiduciarios del plan actúen en forma prudente.

Recibir información sobre el plan y los beneficios

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Examinar, sin costo alguno, en la oficina del administrador del plan, todos los documentos del plan, incluidos los contratos de seguro pertinentes, los acuerdos de fideicomiso y una copia del último informe anual (Formulario de la serie 5500) presentado por el plan ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU. y disponible en la Sala de Información Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados.
- Obtener, mediante un pedido por escrito al administrador del plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del plan, incluidos los contratos de seguro, copias del último informe anual (Formulario de la serie 5500), y una descripción resumida y actualizada del plan. El administrador puede cobrar un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del plan. La ley exige que el administrador del plan proporcione a cada participante una copia de este Informe anual resumido.

Continuación de la cobertura del plan de salud grupal

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- La continuidad de la cobertura de atención de salud para usted, su cónyuge o dependientes si hubiera una pérdida de cobertura en virtud del plan como resultado de un evento calificado. Es posible que usted o sus dependientes deban pagar dicha cobertura. Consulte la Descripción resumida del plan que rige el plan respecto de las reglas que regulan sus derechos a la continuidad de cobertura de COBRA.

Acciones prudentes por parte de los fiduciarios del plan

Además de crear derechos para los participantes del plan, ERISA impone obligaciones para las personas que sean responsables del funcionamiento de los planes. Las personas que se encargan de sus planes se denominan “fiduciarios” y tienen la obligación de actuar con prudencia y respeto de los intereses que manifiesten tanto usted como otros participantes y beneficiarios del plan. Nadie, incluido su empleador o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo en forma alguna para evitar que obtenga un beneficio o ejerza sus derechos de acuerdo con ERISA.

Hacer valer sus derechos

Si se rechaza o ignora su solicitud para recibir un beneficio, total o parcialmente, tendrá derecho a lo siguiente:

- Saber por qué se hizo esto.
- Obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin gasto alguno.
- Apelar cualquier rechazo.

Todas estas acciones deben realizarse dentro de ciertos plazos.

De acuerdo con ERISA, hay una serie de pasos que podrá seguir para hacer valer sus derechos. Por ejemplo, puede presentar una demanda en un tribunal federal en las siguientes situaciones:

- Si pide copias de los documentos del plan o el último informe anual del plan y no las recibe dentro de 30 días. En tal caso, el tribunal puede exigir que el administrador del plan presente el material y le pague hasta \$110 por día hasta que lo reciba, a menos que dicho material no se haya enviado por motivos que exceden al administrador.
- Ha seguido todos los procedimientos para presentar y apelar una reclamación (como se describió anteriormente en este resumen) y se rechaza o ignora su reclamación de beneficios en su totalidad o en parte. También puede presentar una denuncia en un tribunal estatal.
- No está de acuerdo con la decisión del plan o la ausencia de decisión con respecto al estatus calificado de una orden de relaciones domésticas u orden de ayuda médica de un hijo.
- Los fiduciarios del plan no hacen un uso correcto del dinero del plan o se lo discrimina por hacer valer sus derechos. También puede solicitar ayuda del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos.

El tribunal decidirá quién deberá pagar los gastos judiciales y los honorarios legales. Si su solicitud obtiene una respuesta favorable, el tribunal puede exigir a la persona que usted haya demandado que pague estos gastos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y aranceles, por ejemplo, si el tribunal determina que su reclamo no tiene fundamento.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene preguntas sobre cómo funciona su plan, contacte al departamento de Recursos Humanos. Si tiene preguntas sobre este documento, sus derechos según ERISA o si necesita ayuda para obtener documentos del administrador del plan, deberá contactar a la oficina más cercana que aparece en el sitio web de EBSA:

<https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/about-us/regional-offices>.

O puede escribir a:

Division of Technical Assistance and Inquiries Employee Benefits Security Administration
U.S. Department of Labor 200
Constitution Avenue, NW
Washington, DC 20210

También puede obtener publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades según ERISA al llamar a la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados al:

1-866-444-3272. También puede visitar el sitio web de EBSA en Internet en: <https://www.dol.gov/agencies/ebsa>.

Aviso general sobre los derechos a la cobertura de continuación conforme a la ley COBRA

Introducción

Usted recibe este aviso porque recientemente adquirió cobertura con un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión de cobertura temporal del Plan. **En este aviso se explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo entra en vigor para usted y su familia, y qué necesita hacer para proteger su derecho a recibirla.**

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus de Conciliación Presupuestaria Consolidada de 1985 (COBRA). Usted puede acceder a la cobertura de continuación de COBRA cuando haya perdido de otro modo su cobertura de salud grupal.

Otros miembros de su familia que estén cubiertos por el Plan también podrán acceder a la cobertura cuando, de otra manera, perderían su cobertura de salud grupal. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, deberá evaluar la descripción resumida del Plan o contactar al administrador del Plan.

Si pierde su cobertura de salud grupal, puede acceder a otras opciones disponibles. Por ejemplo, podrá comprar un plan individual mediante el mercado de seguros de salud. Al inscribirse en la cobertura mediante el Mercado, es posible que califique para reducir los gastos de sus primas mensuales y sus costos de bolsillo. Además, puede calificar a fin de acceder a un período de inscripción especial de 30 días de otro plan de salud grupal para el cual reúna los requisitos (como un plan para su cónyuge) o si su plan en general no acepta inscriptos tardíos.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación COBRA es una continuación de la cobertura del plan en situaciones en las que esta debería finalizar debido a un evento de vida. También se denomina “evento calificado”. Los eventos calificados específicos se indican más adelante en este aviso. Luego de un evento calificado, la cobertura de continuación de COBRA se debe ofrecer a todas las personas que sean “beneficiarios calificados”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido al evento calificado. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar dicha cobertura.

Si usted es un empleado, pasará a ser un beneficiario calificado si pierde su cobertura con el Plan en caso de que ocurra alguno de los siguientes eventos calificados:

- Se reducen sus horas de empleo.
- Finaliza su empleo por cualquier motivo, excepto por una falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge de un empleado, pasará a ser un beneficiario calificado si pierde su cobertura con el Plan en caso de que ocurra alguno de los siguientes eventos calificados:

- Su cónyuge muere.
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge.
- Finaliza el empleo de su cónyuge por cualquier motivo, excepto por una falta grave de su parte.
- Su cónyuge adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).
- Se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden su cobertura con el Plan debido a alguno de los siguientes eventos calificados:

- Fallecimiento del padre empleado.
- Reducción de las horas de trabajo del padre empleado.
- Finaliza el empleo del padre empleado por cualquier motivo, excepto por una falta grave de su parte.
- Adquisición del derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas) por parte del padre empleado.
- Divorcio o separación legal de los padres.
- Elegibilidad del hijo para una cobertura según el Plan como un "hijo dependiente".

¿Cuándo se puede acceder a la cobertura de COBRA?

El Plan ofrecerá una cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios calificados únicamente luego de que se haya notificado al administrador del Plan que ocurrió un evento calificado. Cuando el evento calificado es la finalización del empleo o la reducción de sus horas, el fallecimiento de un empleado o si este pasa a ser elegible para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), el empleador debe notificar el siguiente evento calificado al administrador del Plan.

Deberá informar algunos eventos calificados

Para el resto de los eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o si un hijo dependiente pierde su elegibilidad para su cobertura como tal), deberá notificar al administrador del Plan dentro de los 60 días luego del evento calificado. Deberá informar a: Recursos Humanos de Newport Healthcare o al administrador de COBRA.

¿Cómo se brinda la cobertura de continuación conforme a la Ley COBRA?

Una vez que se haya notificado al administrador del Plan que ocurrió un evento calificado, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumpla con los requisitos de elegibilidad. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres pueden elegir la

cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos. Cualquier beneficiario calificado que no elija COBRA dentro del período de elección de 60 días especificado en el aviso de elección perderá su derecho a elegir COBRA.

La cobertura de continuación de COBRA es una cobertura temporaria de continuación que, en general, tiene una duración de 18 meses debido a la finalización del empleo o reducción de horas laborales. Los eventos calificados pueden ser: el fallecimiento del empleado, la elegibilidad del empleado para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), la separación legal o el divorcio, o la pérdida de elegibilidad del hijo dependiente como tal. En estos eventos, la cobertura de continuación de COBRA tiene una duración de hasta un total de 36 meses. Cuando el evento calificado es la finalización del empleo o la reducción de las horas laborales del empleado y este pasa a ser elegible para los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento calificado, la cobertura de continuación de COBRA para beneficiarios calificados que no sean el empleado tiene una duración de hasta 36 meses luego de la fecha en que comience a ser elegible para Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto pasa a ser elegible para recibir Medicare 8 meses antes de la fecha en la cual finaliza su empleo, la cobertura de continuación de COBRA para su cónyuge e hijos puede durar hasta 36 meses luego de la fecha en la que comience su elegibilidad para Medicare, lo cual equivale a 28 meses luego de la fecha del evento calificado (36 meses menos 8 meses). De lo contrario, cuando el evento calificado es el fin del empleo o la reducción de las horas laborales del empleado, la cobertura de continuación de COBRA en general tiene una duración de hasta 18 meses en total. Hay dos formas en las que puede extenderse este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

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

Si el Seguro Social determina que usted o alguien en su familia cubiertos por el Plan se encuentran discapacitados y usted lo notifica al administrador del Plan dentro de los plazos correspondientes, usted y toda su familia pueden recibir hasta 11 meses más de cobertura de continuación de COBRA, durante 29 meses como máximo. La discapacidad debe haber comenzado antes del día número 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta finalizar el período de 18 meses de la cobertura de continuación conforme a la Ley COBRA.

La extensión por discapacidad está disponible solo si notifica al administrador del Plan por escrito acerca de la determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social en un plazo de 60 días luego de lo último que ocurra entre estas opciones: la fecha de la determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social y la fecha en que el beneficiario elegible pierde (o perdería) la cobertura en virtud de los términos del Plan como resultado de la finalización o reducción de horas del empleado cubierto. También debe entregar esta notificación en un plazo de 18 meses luego de la finalización o reducción de horas del empleado cubierto para tener derecho a recibir esta extensión.

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

Si ocurre otro evento calificado en su familia durante los 18 meses de cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de la cobertura de continuación de COBRA por 36 meses como máximo, si se notifica correctamente al Plan sobre el segundo evento

calificado. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que recibe la cobertura de continuación de COBRA si el empleado o el antiguo empleado fallece, pasa a ser elegible para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible según el Plan como hijo dependiente, pero solo si el evento hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiesen la cobertura bajo el Plan de no haber ocurrido el primer evento calificado.

Otras opciones de cobertura

Si ocurre otro evento calificado en su familia mientras recibe los 18 meses de cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de la cobertura de continuación de COBRA, por 36 meses como máximo, si se notifica del segundo evento calificado al plan en forma adecuada. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación si el empleado o ex empleado fallece, pasa a ser elegible para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas) o se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible según el Plan como tal, pero solo si el evento hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiesen la cobertura en virtud del Plan de no haber ocurrido el primer evento calificado.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la cobertura de continuación de COBRA después de que termine la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si usted no se inscribe en Medicare Parte A o B cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en Medicare Parte A o B, a partir de los siguientes plazos, lo que ocurra primero

- El mes después de que termina su relación laboral.
- El mes después de que termina la cobertura del plan de salud grupal en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y, en cambio, elige la cobertura de continuación de COBRA, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y que se produzca una interrupción en su cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la cobertura de continuación de COBRA y luego se inscribe en Medicare Parte A o B antes de que termine la cobertura de continuación de COBRA, es posible que el Plan finalice su cobertura de continuación. Sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, es posible que la cobertura de COBRA no se suspenda debido a la elegibilidad para Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA.

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

Para obtener más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

NOTA: <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>

Si tiene preguntas

Las dudas sobre su plan o los derechos de continuidad de la cobertura de COBRA deben dirigirse a los contactos indicados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección del Paciente y la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o del Distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. en su región, o visite www.dol.gov/agencies/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas de EBSA regionales y de los distritos están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.healthcare.gov.

Informe a su Plan los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre todos los cambios en las direcciones de los miembros de la familia. También debe tener una copia para sus registros de los avisos que envíe al administrador del Plan.

Información de contacto del Plan

Para obtener más información sobre el plan y la continuación de COBRA, contacte a:

Newport Healthcare, Benefits Supervisor

3990 Hillsboro Road

Suite 330

Nashville, TN 37215

Resumen de beneficios y cobertura (SBC)

Aviso de disponibilidad

Como lo exige la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, los resúmenes de beneficios y cobertura (SBC) están disponibles en el sitio web de Newport Healthcare en Benefit Express. Si desea obtener una copia impresa de los SBC (sin costo), también puede llamar al Departamento de Beneficios de Newport Healthcare y a Newport Healthcare.

Newport Healthcare debe poner a disposición los SBC que resuman la información importante sobre las opciones de los planes de beneficios de salud en un formato estándar que permita comparar los planes y tomar una decisión fundamentada. Los beneficios de salud a los que puede acceder les brindan una protección importante a usted y su familia, y elegir una opción de beneficios de salud es una decisión importante.

Asistencia para primas de Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP, y califican para recibir la cobertura de salud de su empleador, es posible que el estado en el que viven cuente con un programa de asistencia para primas que puede ayudar a pagar la cobertura mediante los fondos de los programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que puedan comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

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

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

Si usted o sus dependientes son elegibles a fin de obtener la asistencia para primas de Medicaid o CHIP, además de ser elegibles para el plan del empleador, este último debe permitirle inscribirse en su plan si aún no lo está. Esto se conoce como oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de la elegibilidad a fin de recibir la asistencia para el pago de las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia en el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

- 1. ALABAMA** – Sitio web de Medicaid: <http://myalhipp.com/>
Teléfono: 1-855-692-5447
- 2. ALASKA** – Sitio web del Programa para el Pago de Primas del Seguro de Salud de Alaska (AK) de Medicaid: <http://myakhipp.com/>
Teléfono: 1-866-251-4861
Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad para Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>
- 3. ARKANSAS** – Sitio web de Medicaid: <http://myarhipp.com/>
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
- 4. CALIFORNIA** – Sitio web del programa para el pago de primas de seguros de salud (HIPP) de Medicaid: <http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
- 5. COLORADO** – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Plan Child Health Plus (CHP+) Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/>
Centro de contacto para miembros del programa Health First Colorado: 1-800-221-3943/Servicio estatal de retransmisión 711 CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
Servicio de Atención al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio estatal de transmisión 711 Programa de Compra de Seguros de Salud (HIBI): <https://www.mycohibi.com/>
Servicio de Atención al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442
- 6. FLORIDA** – Sitio web de Medicaid: <https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html>
Teléfono: 1-877-357-3268
- 7. GEORGIA** – Sitio web de HIPP de GA de Medicaid: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>
Teléfono: 678-564-1162, presione 1
Sitio web de CHIPRA de GA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>
Teléfono: 678-564-1162, presione 2
- 8. INDIANA** – Programa de pago de primas del seguro de salud de Medicaid
Todos los otros de Medicaid
Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>
<http://www.in.gov/fssa/dfr>
Teléfono de la Administración de servicios familiares y sociales: 1-800-403-0864
Teléfono de Servicios para miembros: 1-800-457-4584
- 9. IOWA** – Medicaid y CHIP (Hawki) Sitio web de Medicaid: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid>
Teléfono: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki>
Teléfono: 1-800-257-8563
Sitio web de HIPP: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp>
Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562
- 10. KANSAS** – Sitio web de Medicaid: <https://www.kancare.ks.gov/>
- 11. KENTUCKY** – Medicaid
Teléfono: 1-800-792-4884
Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
Sitio web del Programa de pago de primas del seguro de salud integrado de Kentucky (KI-HIPP): <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
Teléfono: 1-855-459-6328
Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov>
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>
- 12. LOUISIANA** – Sitio web de Medicaid: www.medicicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
- 13. MAINE** – Sitio web de inscripción en Medicaid: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: servicio de retransmisión de Maine 711
Página web de Primas de seguros de salud privados: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: servicio de retransmisión de Maine 711
- 14. MASSACHUSETTS** – Sitio web de Medicaid y CHIP: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>
Teléfono: 1-800-862-4840
TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

Información de contacto

	CONTACTO	TELÉFONO	PÁGINA DE INTERNET
Médico	UnitedHealthcare	866-547-0849	Pre-miembro: www.whyuhc.com/troon Miembros: www.myuhc.com
Médico	Surest	866-683-6440	https://britehr.app/Troon-Surest-2025
Farmacia	CVS Pharmacy	866-425-0050	www.caremark.com
Cuenta de ahorros para la salud (HSA)	Optum Bank (UHC)	800-791-9361	www.OptumBank.com
Cuentas de gastos flexibles (FSA)	UnitedHealthcare	866-547-0849	www.myuhc.com
Dental	Delta Dental of AZ	800-352-6132	www.deltadentalaz.com
Visión	VSP	800-877-7195	www.vsp.com
Tratamiento quirúrgico y oncológico	Carrum Health	888-855-7806	www.carrum.me/troon
Seguro por enfermedad crítica, seguro por lesión accidental y de atención hospitalaria	Cigna	800-754-3207	www.cigna.com
Seguro de vida básico y AD&D	New York Life	800-362-4462	www.newyorklife.com
Seguro de vida complementario	New York Life	800-362-4462	www.newyorklife.com
Seguro de vida completo con LTC	Allstate	888-282-2550	www.allstate.com
Discapacidad a corto plazo	New York Life	800-238-2125	www.newyorklife.com
Discapacidad a largo plazo	New York Life	800-238-2125	www.newyorklife.com
Asistencia para empleados y apoyo para el bienestar	Recursos Orientativos de NYLife (ComPsych)	800-344-9752	www.guidanceresources.com
Seguro para viajes de negocios	The Hartford	800-523-2233	gbdcustomerservice@hartfordlife.com
Plan de jubilación 401(k)	Empower	844-465-4455	www.empowermyretirement.com
Seguro para mascotas	MetLife	800-GET-MET8	www.metlife.com/getpetquote
Plan legal	MetLife Legal	800-821-6400	www.legalplans.com
Reforma de intercambio de atención médica	Intercambio en el mercado	800-318-2596	www.healthcare.gov
Asistencia gratuita de Medicare	Strategic Growth Insurance Associates	888-284-3314	www.sgiamedicare.com
Beneficios de transporte	Beneficios de transporte de WEX	844-561-1337	www.benefitslogin.wexhealth.com
COBRA	Cobra de WEX	866-451-3399	wexinc.com/contact/health

NOTA: Las disposiciones reales del plan para los beneficios de Troon ("la Compañía") se incluyen en los documentos correspondientes del plan, incluida la Descripción Resumida del Plan (SPD) y los folletos incorporados de beneficios/aseguradoras. La Guía de inscripción en beneficios es solo un resumen y no describe todas las opciones de beneficios. Esta Guía de inscripción de beneficios proporciona actualizaciones de su SPD existente a partir del primer día del año del plan, que describe sus beneficios de salud y bienestar con mayor detalle. Hasta que la Compañía le proporcione una SPD actualizada, esta guía es un Resumen de modificaciones materiales (SMM) y debe conservarse con sus registros, junto con su SPD. Como siempre, los documentos oficiales del plan determinan los beneficios que tiene disponibles. Si existe alguna discrepancia entre esta guía y los documentos oficiales, prevalecerán los documentos oficiales. La Compañía se reserva el derecho de enmendar o cancelar cualquiera de sus planes o políticas, realizar cambios a los beneficios, costos y otras disposiciones relacionadas con los beneficios en cualquier momento, con o sin previo aviso, sujeto a la ley de aplicación.



¿Tiene preguntas?

Visite www.BenefitsGo.com/Troon o escanee el código QR para obtener más información sobre la inscripción abierta, incluso instrucciones para inscribirse y documentación del plan, entre otros temas.

