



ARTISAN LANE

FURNITURE COLLECTIVE

BENEFICIOS PARA EMPLEADOS 2026



AMERICAN
LEATHER



BENCHMARK
MODERN

BROOKLINE
FURNITURE



QUÉ

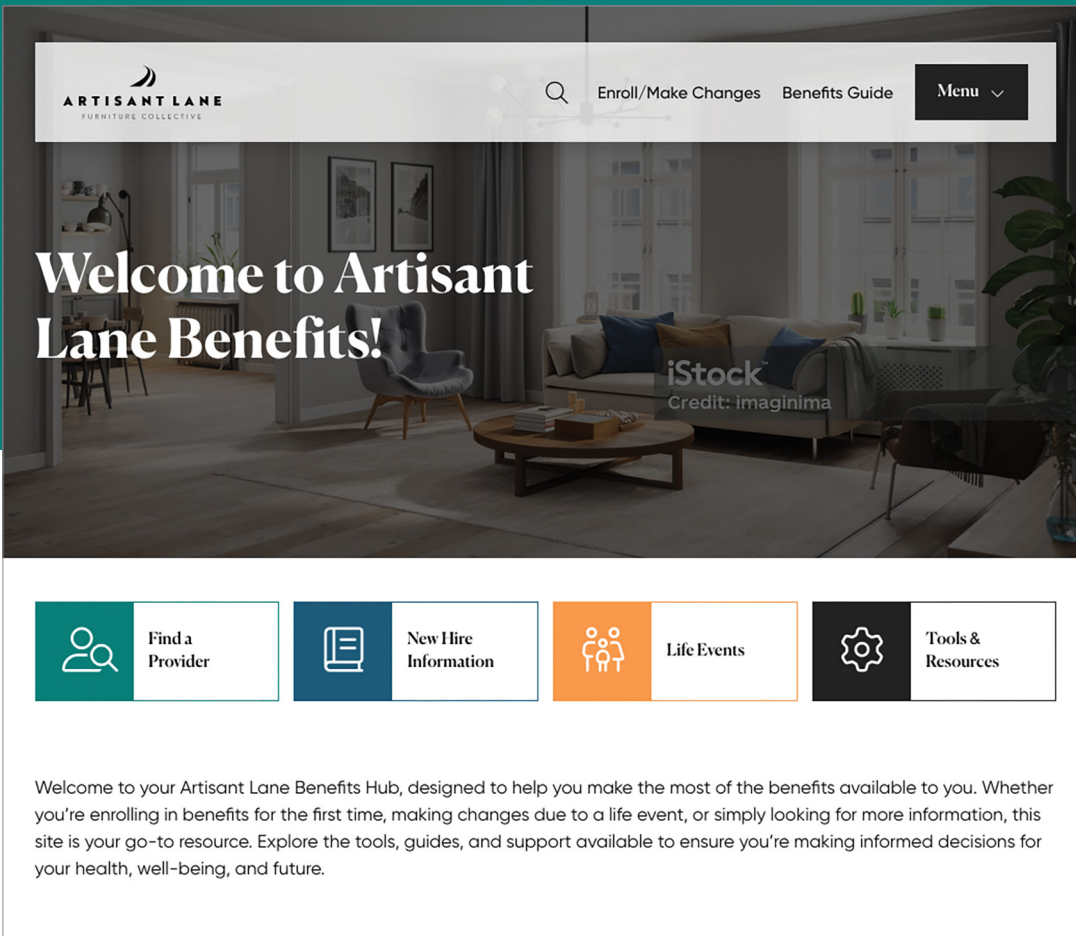


BIENVENIDO A SUS BENEFICIOS

En American Leather, Benchmade, Brookline Furniture y Lee Industries, estamos orgullosos de ofrecerle una amplia gama de beneficios competitivos que son una parte fundamental de su compensación total. Tiene la flexibilidad de seleccionar entre una variedad de beneficios para mantener su salud y la de su familia y brindar protección financiera en caso de circunstancias imprevistas.

Este folleto ha sido diseñado para responder a algunas de las preguntas básicas que pueda tener sobre sus beneficios y servir como resumen de las modificaciones materiales para el próximo año del plan. Si tiene alguna pregunta, por favor, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos.

Explore su micrositio de beneficios	1
Elegibilidad	2
Cómo inscribirse	3
Plan médico	4
Telemedicina con MD Live	8
Programa de bienestar 2026	10
Plan dental	11
Plan de visión	12
Cuentas de gastos flexibles	13
Seguro de vida y discapacidad	14
Programa de Asistencia al Empleado	16
Beneficios adicionales	18
Apoyo de Medicare	19
Seguro de accidentes y enfermedades graves	20
Atención a largo plazo e indemnización hospitalaria	21
Escanee y descargue estas aplicaciones de beneficios	22
Contactos	23
Avisos de cobertura médica	24



EXPLORE SUS BENEFICIOS EN CUALQUIER MOMENTO Y LUGAR



Nos complace presentar artisanlanebenefits.com su recurso de referencia rediseñado para conocer sus beneficios. Desde planes médicos hasta jubilación, encontrará información fácil de entender, herramientas útiles y actualizaciones, todo en un mismo lugar.



Los empleados a tiempo completo que trabajen 30 horas o más por semana son elegibles para recibir beneficios a partir del primer día del mes siguiente a los 30 días de empleo. También puede inscribir a sus

Generalmente, para los fines del programa de beneficios, los dependientes elegibles se definen como:

- Su cónyuge legal.
- Un "hijo" dependiente de hasta 26 años de edad, independientemente de su condición de estudiante o estado civil, puede inscribirse en el plan médico, plan dental, plan de visión y los beneficios voluntarios.
 - ("Hijo" incluye al hijo natural del empleado, hijo legalmente adoptado, hijastro, un hijo de su hijo que es su dependiente a los fines del impuesto federal sobre la renta en el momento de la solicitud de cobertura del hijo, o un hijo para el que un participante haya recibido una orden judicial que le exige que asuma la responsabilidad financiera de ofrecer seguro médico).
 - Hijo discapacitado: un hijo discapacitado certificado médicamente puede estar cubierto por el plan médico independientemente de su edad (sin límite de edad).



ENROLL THROUGH YOUR ADP LOGIN

1. Visit workforcenow.adp.com or access your ADP app between November 10 and November 19.
 - o If you are already registered, use your user ID and password to get started.
 - o If you are not registered, go to the ADP website workforcenow.adp.com or download the ADP app and click on "Create Account". The registration code is **ALHOLDINGS-newhire**.
2. Start Enrollment by clicking **Enroll Now**, which will bring you to the **Myself>Benefits>Enrollments** screen where you can click **Start Enrollment**.
3. Once you have made your selections, you will need to click **Submit Enrollment**. Note that your benefit elections will not be processed until you click **Submit Enrollment**. If you click **Save for later**, your changes will not be submitted to the HR team.
4. Your new benefits will take effect on January 1, 2026.



SPEAK WITH A BENEFIT COUNSELOR TO ENROLL

If you are a benefit-eligible employee, you can speak with a professional benefit counselor onsite to learn more about your benefit options and complete your enrollment in 2026 benefits.

During your individual appointment, the benefit counselor will review your 2026 benefit options, answer your questions, and enroll you and your dependent(s) in the coverage that best fits your needs.

Speak with your manager for more information about your appointment with a benefit counselor!

In preparation for your meeting, please be ready to provide the following information:

- Date of Birth
- Social Security Number (if applicable)
- Address & Phone Number
- Beneficiary Information: name, phone number, DOB, address, and SSN (if applicable)
- Dependent Information: name, phone number, DOB, address, and SSN (if applicable)
- Proof of dependent eligibility: If you are enrolling dependents, please bring documentation such as a marriage certificate, birth certificate, adoption paperwork, or other legal guardianship documents. You may also be asked to provide your most recent tax return or other official document showing the dependent relationship.



PLAN MÉDICO



**BlueCross
BlueShield**



American Leather, Benchmade, Brookline Furniture y Lee Industries ofrecen planes médicos a través de **BlueCross BlueShield of Texas (BCBSTX)** para brindarle flexibilidad en la gestión de la atención para usted y su familia. Puede inscribirse en una de dos opciones de planes médicos (Gold o Silver). Cada plan incluye acceso a la red de BlueChoice PPO.

Novedades para 2026: nuestros beneficios de farmacia serán gestionados a través de Welldyne.

Puede visitar a cualquier médico o especialista de su elección sin necesidad de una derivación. Al utilizar un proveedor dentro de la red, usted recibirá beneficios a un nivel superior, lo que resultará en menores gastos de bolsillo. La tabla de la página 7 proporciona un resumen general de sus beneficios médicos y muestra el monto que usted paga; consulte su Descripción resumida del plan (SPD) para



CÓMO ENCONTRAR UN PROVEEDOR DE LA RED

Encontrar un médico de la red es más fácil que nunca. Lo más importante es que usted tiene el control al buscar en www.bcbstx.com. Luego de iniciar sesión en **Blue Access for Members**, los resultados de su búsqueda se personalizan según su plan médico, de modo que obtenga la información que necesita para tomar las decisiones correctas para usted y su familia.

Puede localizar proveedores de la red BlueChoice PPO llamando a Servicios para miembros al 800-521-2227 o visitando bcbstx.com/find-care y buscando *BlueChoice PPO*.

PLANES PPO Y RECLAMOS FUERA DE LA RED

Usted paga menos si recurre a proveedores de la red. Los reclamos fuera de la red se reembolsan al monto permitido por BCBSTX y usted es responsable por el pago de cualquier diferencia entre el monto permitido y el monto cobrado por el proveedor.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN DE PLANES MÉDICOS

Todos los inscritos recibirán nuevas tarjetas de identificación por correo en sus domicilios. Inicie sesión en ADP para asegurarse de que su dirección actual esté registrada.

ACUMULADORES DEL AÑO DEL PLAN



BLUE ACCESS FOR MEMBERS (BAM)SM

BCBSTX lo ayuda a aprovechar al máximo sus beneficios de atención médica con **Blue Access for Members (BAM)SM**. Usted y todos sus dependientes cubiertos de 18 años o más pueden crear una cuenta BAM.

Con BAM, puede:

- Utilice nuestra herramienta Provider Finder[®] (Buscador de proveedores) para buscar un proveedor de atención médica, hospital o farmacia
- Solicite o imprima su tarjeta de identificación
- Consultar el estado o historial de un reclamo
- Ver o imprimir declaraciones de Explicación de beneficios
- Usar nuestra herramienta Cost Estimator (Estimador de costos) para buscar el precio de cientos de exámenes, tratamientos y procedimientos
- Descargar nuestra aplicación
- Registrarse para recibir alertas por mensaje de texto o correo electrónico

¡Comenzar es fácil!

1. Visite bcbstx.com/member
2. Haga clic en Log Into My Account (Iniciar sesión en mi cuenta)
3. Use la información que figura en su tarjeta de identificación de BCBSTX para registrarse



DESCARGUE LA APLICACIÓN BCBSTX

Manténgase conectado con BCBSTX y acceda a información importante sobre beneficios de salud donde quiera que esté.

- Encuentre un médico, hospital o centro de atención de urgencia dentro de la red
- Acceda a su información sobre reclamos, cobertura y deducibles
- Vea y envíe por correo electrónico su tarjeta de identificación de miembro
- Inicie sesión de manera segura con su huella digital
- Acceso a cuentas para la atención médica y cuentas de ahorro para gastos médicos
- Descargue y comparta su Explicación de beneficios
- Reciba notificaciones Push y acceda al Centro de Mensajes

Envíe un mensaje de texto con la palabra BCBSTXAPP al 33633 para obtener la aplicación o descárguela desde la tienda de aplicaciones

• Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Términos y condiciones, y política de privacidad en



COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS

A continuación se incluye una comparación de sus opciones de planes médicos.



	PLAN PPO GOLD		PLAN PPO SILVER	
Beneficio	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
DEDUCIBLES Y MÁXIMOS				
DEDUCIBLE DEL AÑO DEL PLAN				
Individual	\$2000	\$6000	\$3000	\$6000
Familiar	\$4,000	\$12,000	\$6000	\$12,000
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO DEL PLAN MÉDICO POR AÑO DEL PLAN				
Individual	\$4500	\$15,000	\$7000	\$20,000
Familiar	\$9000	\$30,000	\$14,000	\$40,000
SERVICIOS CUBIERTOS				
Preventivo	Sin cargo	40% de coseguro	Sin cargo	50% de coseguro
Médico (presencial o por telemedicina)	\$20 de copago	Deducible y coseguro del 40%	\$25 de copago	Deducible y 50% de coseguro
Especialista (presencial o por telemedicina)	\$80 de copago	Deducible y coseguro del 40%	\$100 de copago	Deducible y 50% de coseguro
Radiografías/laboratorio	Sin cargo	Deducible y coseguro del 40%	Sin cargo	Deducible y 50% de coseguro
Centro de sala de emergencias	\$500 de copago y 20% de coseguro	\$250 de copago y 20% de coseguro	\$500 de copago y 20% de coseguro	\$250 de copago y 20% de coseguro
Copago de atención de urgencia	\$100 de copago	Deducible y coseguro del 40%	\$100 de copago	Deducible y 50% de coseguro
Internación hospitalaria	Deducible y coseguro del 20 %	Deducible y 40% de coseguro	Deducible y coseguro del 20%	Deducible y 50% de coseguro
Cirugía ambulatoria	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y coseguro del 40%	Deducible y 20% de coseguro	Deducible y 50% de coseguro
BENEFICIO DE MEDICAMENTOS CON RECETA	PLAN PPO GOLD		PLAN PPO SILVER	
SUMINISTRO MINORISTA PARA 30 DÍAS				
Nivel 1 - Genéricos	\$10 de copago		\$10 de copago	
Nivel 2 - Marca preferida	\$30 de copago		\$35 de copago	
Nivel 3 - Marca no preferida	\$50 de copago		\$70 de copago	
Nivel 4: especialidad	\$100 de copago		\$120 de copago	
SUMINISTRO DE PEDIDO POR CORREO PARA 90 DÍAS				
Nivel 1 - Genéricos	\$25 de copago		\$25 de copago	
Nivel 2 - Marca preferida	\$75 de copago		\$87 .50 de copago	
Nivel 3 - Marca no preferida	\$125 de copago		\$175 de copago	



TELEMEDICINA CON MD LIVE



Cuando necesite atención, en cualquier momento, de día o de noche, o cuando su proveedor de atención primaria no está disponible, la telemedicina puede ser una opción conveniente. Con la telemedicina, no tiene que conducir hasta el consultorio médico o la clínica, aparcar, entrar o sentarse en una sala de espera cuando está enfermo; puede consultar a su

LOGOTERAPIA

Para obtener ayuda hable con un asesor, terapeuta o psiquiatra matriculado mediante visitas virtuales, disponibles mediante cita. Puede elegir con quién desea trabajar para tratar problemas como ansiedad, depresión, trauma y pérdida, o problemas de pareja.

MDLIVE[®]



**BlueCross.
BlueShield.**

INSCRÍBASE HOY ASÍ ESTÁ LISTO CUANDO NECESITE ATENCIÓN



Evite los gérmenes en la sala de emergencias, sala de urgencias, clínica de atención de urgencia o consultorio médico.



Consulte a un médico certificado, autorizado y capacitado en telesalud según su horario con consultas virtuales a petición 24/7, incluidas las noches, los fines de semana y los feriados.



Reciba tratamiento para más de 80 afecciones comunes, incluyendo resfriados, gripe, alergias y más.



Pídale que envíe una receta o reposición de cualquier medicamento con receta actual a una farmacia cercana, lo cual le llevará menos tiempo que su visita habitual al médico.



Evite los copagos y deducibles costosos de la sala de emergencias y clínica de atención de urgencia.



UTILIZAR LA TELEMEDICINA ES TAN FÁCIL COMO CONTAR, HASTA TRES

PASO 1. INSCRÍBASE AHORA

Configurar su cuenta segura solo le llevará unos minutos.
Visite www.mdlive.com o llame al **888-726-3171**. También puede descargar la aplicación MDLIVE para una forma más sencilla de consultar con un médico.



PASO 2. SOLICITE UNA VISITA

Puede realizar una visita al médico de inmediato o programar una cita, todo por teléfono, computadora o a través de nuestra aplicación.

PASO 3. SIÉNTASE MEJOR

Reciba tratamiento de uno de nuestros médicos, que podrá recetarle medicamentos si es necesario.

PROGRAMA DE BIENESTAR 2026

HEMOS RECIBIDO SUS COMENTARIOS Y ESTAMOS REALIZANDO CAMBIOS.

A partir de 2026, las compañías de Artisan Lane presentarán un **Programa de bienestar nuevo y mejorado** para mejorar su bienestar general. Nos asociamos con un nuevo proveedor de bienestar para ofrecerle una experiencia más fluida y atractiva, con un seguimiento más sencillo, herramientas más personalizadas y un mejor acceso a los recursos que más le importan.

Mientras ultimamos los detalles del programa, esto es lo que puede esperar:

- **Habr**á un programa de bienestar en 2026.
- Todos los empleados y cónyuges inscritos en el plan médico seguirán teniendo la oportunidad de obtener un incentivo mensual adicional por completar actividades sencillas de bienestar.
- Los requisitos exactos y el nombre del nuevo proveedor se anunciarán antes del lanzamiento del programa a principios de 2026.



PLAN DENTAL



Nuestra cobertura dental es proporcionada por Cigna. Todos los empleados tienen la opción de inscribirse en el plan Dental PPO. Como miembro del plan Dental PPO, puede usar odontólogos fuera de la red del plan PPO odonto. Los empleados de American Leather, Benchmade y Brookline también pueden inscribirse en el plan DHMO. Si está inscrito en el plan DHMO, debe utilizar solo proveedores dentro de la red para que se le paguen los beneficios. DHMO ofrece montos de copagos fijos por

PLAN DENTAL DE CIGNA: PPO	
BENEFICIO	DENTRO DE LA RED
Deducible (Individual/Familiar)	\$50/\$150
Máximo anual	\$2000
Atención preventiva	Cubierto al 100 %, sin deducible
Servicios básicos (sellador, empastes, etc.)	Deducible, 80%
Servicios mayores (endodoncia, corona, etc.)	Deducible, 50%
Ortodoncia (Hijos hasta los 19 años)	Deducible, 50%
Máximo de ortodoncia	\$1500
Costo semanal	
Empleado	\$7.90
Empleado + Cónyuge	\$15.91
Empleado + Hijo(s)	\$21.07
Empleado + Familia	\$29.07

PLAN DENTAL DE CIGNA: DHMO (DISPONIBILIDAD LIMITADA)	
BENEFICIO*	DENTRO DE LA RED
Deducible (Individual/Familiar)	\$0
Máximo anual	N/C
Atención preventiva	Sin cargo
Servicios básicos (sellador, empastes, etc.)	De \$0 a \$12
Servicios mayores (endodoncia, corona, etc.)	De \$210 a \$490
Ortodoncia (hijos de hasta 19 años)	De \$480 a \$515
Máximo de ortodoncia	N/C
Costo semanal	
Empleado	\$3.18
Empleado + Cónyuge	\$5.04
Empleado + Hijo(s)	\$6.90
Empleado + Familia	\$8.20

* Consulte la lista de tarifas de Cigna para obtener una lista completa de los procedimientos cubiertos y las tarifas. La lista de tarifas se puede encontrar en [ArtisanLaneBenefits.com](https://www.ArtisanLaneBenefits.com).



Nuestra cobertura de visión se proporciona a través de **EyeMed**, con dos opciones de planes disponibles. Si bien puede consultar a cualquier proveedor, recibirá el nivel más alto de beneficios y los menores costos de bolsillo cuando utilice un proveedor dentro de la red. Para encontrar un

PLAN DE VISIÓN EYEMED	PLAN BASE		PLAN PREMIUM	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen cada 12 meses	\$10 de copago	\$40	\$10 de copago	\$50
Monturas Cada 24 meses	\$0 de copago; \$130 de asignación, 20% de descuento del saldo por encima de \$130	\$91	\$0 de copago; \$180 de asignación, 20% de descuento del saldo por encima de \$180	\$91
Lentes monofocales/bifocales/trifocales Cada 12 meses	\$20 de copago	De \$30 a \$70	\$25 de copago	De \$30 a \$70
Lentes de contacto convencionales Cada 12 meses	\$0 de copago; \$130 de asignación, 15% de descuento del saldo por encima de \$130	\$130	\$0 de copago; \$180 de asignación, 15% de descuento del saldo por encima de \$180	\$144
Costo semanal				
Empleado	\$1 .52		\$3 .32	
Empleado + Cónyuge	\$2 .90		\$5 .31	
Empleado + Hijo(s)	\$3 .05		\$5 .42	
Empleado + Familia	\$4 .48		\$8 .74	

PLAN DE VISIÓN

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES



Las Cuentas de gastos flexibles (FSA), a través de Navia, le permiten pagar los gastos elegibles de atención médica y atención de dependientes utilizando dólares libres de impuestos. **Existen dos tipos de FSAs: la FSA para Atención**



FSA PARA ATENCIÓN MÉDICA

Aporte hasta \$3400 al año, antes de impuestos, para pagar los servicios no cubiertos por su plan médico, dental o de visión, como copagos, coseguros, deducibles, gastos de medicamentos con receta, exámenes y pruebas de laboratorio, lentes de contacto y anteojos.

- Reciba una tarjeta de débito para pagar gastos médicos elegibles (los fondos deben estar disponibles en su cuenta).
- Los gastos elegibles incluyen copagos médicos, coseguros, deducibles, anteojos y medicamentos de venta libre recetados por su médico.



FSA PARA ATENCIÓN DE DEPENDIENTES

Aporte hasta \$7500 al año, antes de impuestos, o \$3750 si está casado y presenta declaraciones de impuestos por separado, para pagar los gastos de guardería relacionados con el cuidado para personas mayores o hijos dependientes que sean necesarios para que usted o su cónyuge puedan trabajar o ir a la escuela a tiempo completo. Usted no puede usar su FSA para atención médica para pagar los gastos de atención de dependientes.

- Si se inscribe en esta FSA, debe presentar reclamos y recibir reembolsos; no se proporcionan tarjetas de débito.
- Esta FSA solo se puede utilizar para pagar gastos elegibles



ÚSELO O PIÉRDALO

Presente reclamos hasta el **31 de marzo** del siguiente año, para los gastos del 1 de enero al 31 de diciembre. Si no gasta todo el dinero de esta FSA antes del **31 de marzo**, según las regulaciones del IRS, el dinero no utilizado se perderá

Por favor, tenga en cuenta que puede trasladar hasta \$680 de su dinero FSA no utilizado de 2026 al año del plan 2027.



SEGURO DE VIDA DISCAPACIDAD



El seguro de discapacidad puede mantener su estabilidad financiera en el caso de sufrir una discapacidad y no poder trabajar. Puede ayudar a proporcionar una sensación de seguridad, sabiendo que, si ocurre lo inesperado, seguirá recibiendo un ingreso mensual. Estos beneficios se ofrecen sin costo alguno

SEGURO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

American Leather, Benchmade, Brookline Furniture y Lee Industries le ofrecen cobertura de Discapacidad a Corto Plazo a través de Lincoln Financial Group. El monto del beneficio se basa en el 60% de sus ingresos, hasta \$500 por semana. Este monto puede compensarse por otros beneficios de ingresos, incluso por discapacidad en virtud de las leyes locales o estatales. Los beneficios comienzan al momento de la discapacidad por accidentes y después de siete días por enfermedades. Esta cobertura puede ofrecer beneficios durante hasta un máximo de 13 semanas en caso de una discapacidad continua.

SEGURO DE DISCAPACIDAD DE LARGO PLAZO

Como protección adicional para garantizar su estabilidad financiera, American Leather, Benchmade, Brookline Furniture y Lee Industries también le ofrecen cobertura de Discapacidad a Largo Plazo a través de Lincoln Financial Group. Si su discapacidad se extiende más de 90 días, esta cobertura puede reemplazar el 60% de sus ingresos, hasta un máximo de \$6000 por mes. Los beneficios pueden continuar pagándose hasta que usted alcance la edad normal de jubilación, siempre y cuando cumpla con la definición de discapacidad.

BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO DE UN VISTAZO

Cobertura	60% de sus ingresos semanales hasta un máximo de \$500 durante 13 semanas
Cuándo empiezan los beneficios	Los beneficios comienzan de inmediato en el caso de un accidente y después de 7 días en el caso de una enfermedad

BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO DE UN VISTAZO

Cobertura	El 60% de sus ingresos previos a la discapacidad, hasta un beneficio máximo de \$6,000 por mes hasta que se recupere o alcance su edad de jubilación normal para el Seguro Social, lo que llegue antes
Cuándo empiezan los beneficios	El beneficio comienza después de 90 días de discapacidad

Una discapacidad calificada es una enfermedad o lesión que le impide realizar cualquier otro trabajo para el que esté, o pudiera estar, calificado por su educación, formación o experiencia.

SEGURO DE VIDA, MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D) BÁSICO

El seguro de vida paga una suma global a su(s) beneficiario(s) para ayudar a cubrir los gastos en caso de su muerte. El seguro AD&D paga un beneficio en el caso de su muerte o si sufre determinadas lesiones graves como consecuencia de un accidente cubierto. En el caso de una lesión accidental cubierta (por ejemplo, pérdida de la vista, pérdida de una extremidad), el beneficio que usted recibe es un porcentaje de la cobertura total de AD&D que usted eligió en función de la gravedad de la lesión accidental.

El Seguro de Vida y AD&D Básico a través de Lincoln Financial Group está disponible sin costo para usted y lo paga su empleador. Los empleados elegibles están cubiertos por un monto de \$30,000 o una vez y media sus ingresos anuales básicos, hasta un máximo de \$150,000.

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA Y AD&D

El Seguro voluntario de vida y AD&D está disponible para su compra a través de Lincoln Financial Group, además de su cobertura básica proporcionada por el empleador. Usted paga el costo total de esta cobertura a través de deducciones salariales. La prima se basa en su edad, además del monto de cobertura seleccionado.



LOS RECURSOS QUE NECESITA PARA AFRONTAR LOS RETOS DE LA VIDA

EmployeeConnectSM ofrece servicios profesionales y confidenciales para ayudarle a



ASESORAMIENTO EN PERSONA

Algunos asuntos se resuelven mejor reuniéndose con un profesional en persona. Con EmployeeConnectSM, usted y su familia obtienen:

- Ayuda en persona para asuntos de corto plazo (hasta cinco sesiones con un consejero por persona, por asunto, por año)
- Consultas en persona con abogados de la red, incluyendo una consulta gratuita de 30 minutos en persona por asunto legal, y un 25% de descuento en las reuniones posteriores



ASISTENCIA ILIMITADA 24/7

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

- Información y referencias sobre asuntos familiares, como el cuidado de niños y personas mayores, el cuidado de mascotas, la planificación de vacaciones, mudanzas, compra de automóviles, planificación para la universidad y mucho más
- Información legal y derivaciones para derecho de familia, planificación patrimonial y para derecho del consumidor y civil
- Asesoramiento financiero en presupuesto familiar y planificación de corto y largo plazo



RECURSOS EN LÍNEA

EmployeeConnectSM ofrece una amplia gama de información y recursos que puede investigar y acceder por su cuenta. El asesoramiento experto y las herramientas de apoyo están a solo un clic de distancia cuando visite [GuidanceResources.com](https://www.guidanceresources.com) o descargue la aplicación móvil GuidanceNowSM. Usted encontrará:

- Artículos y tutoriales



PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

LOS ASESORES DE EMPLOYEECONNECTSM TIENEN EXPERIENCIA Y ESTÁN ACREDITADOS.

Cuando llame a la línea gratuita, hablará con un profesional experimentado que le brindará asesoramiento, recomendaciones sobre la vida laboral y personal y derivaciones. Todos los consejeros cuentan con maestrías, una amplia especialización clínica y al menos tres años de experiencia en consejería en una variedad de temas. En las sesiones presenciales, se reunirá con un consejero acreditado y con licencia estatal.

Recibirá información personalizada para cada servicio de conciliación laboral y personal que utilice.

AYUDA CONFIDENCIAL LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS SIETE DÍAS DE LA SEMANA PARA EMPLEADOS Y SUS FAMILIARES. OBTENGA AYUDA CON:



Familiar



Problemas
emocionales



Relaciones



Paternidad



Servicios Legales



Estrés



Adicciones



Finanzas

Para aprovechar el programa *EmployeeConnect*SM o para obtener más información, visite [GuidanceResources.com](https://www.GuidanceResources.com) (nombre de usuario: LFGSupport, contraseña: LFGSupport1), descargue la aplicación móvil *GuidanceNow*SM o





ADICIONAL LOS



LIFEKEYS®

Independientemente de lo buenos que sean sus planes, surgirán desafíos imprevistos.

Cuando sucedan, la ayuda y el apoyo están cerca, gracias a los servicios de LifeKeys® de Lincoln Financial Group. Los servicios de LifeKeys® incluyen:

- Acceso a GuidanceResources® en línea, con:
 - Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a la red de descuentos de Working Advantage, a través de la cual puede ahorrar hasta un 60% en una variedad de productos y servicios
 - Herramientas de apoyo y asesoramiento en una amplia variedad de temas que incluyen legal, financiero, familiar y profesional
- Recursos en línea para la protección contra el robo de identidad
- Preparación de testamentos en línea a través de EstateGuidance®
- Orientación y apoyo para sus beneficiarios, incluidos:
 - Asesoramiento por duelo: consejos, información y referencias
 - Servicios de apoyo legal, que incluyen derecho sucesorio y testamentario, transacciones inmobiliarias o beneficios para sobrevivientes
 - Servicios financieros como planificación patrimonial, presupuestos, bancarrota o inversiones
 - Servicios de apoyo general, como planificación de un funeral, búsqueda de cuidado infantil o para personas

mayores, o financiación de su vivienda

- Para acceder a LifeKeys, visite [GuidanceResources.com](https://www.guidanceresources.com)





WELLNESSPATH®

Ya sea que desee ahorrar más o necesite pagar deudas, poner en orden sus finanzas puede mejorar su bienestar general. WellnessPATH® de Lincoln proporciona herramientas y pasos personalizados para ayudarle a gestionar su vida financiera.

Desde crear un presupuesto hasta crear un fondo de emergencia y pagar deudas, nuestra herramienta en línea fácil de usar le ayuda a convertir la información en acción para que pueda concentrarse en objetivos a corto y largo plazo, como brindar protección a sus seres queridos. Regístrese o inicie sesión en [LincolnFinancial.com](https://www.lincolnfinancial.com) para comenzar a utilizar WellnessPATH® hoy mismo.



SEGURO DE ACCIDENTES

Puesto que los accidentes pueden suceder en cualquier momento, es importante estar preparado.

Es por esto que estamos contentos de ofrecer un Seguro de Accidentes Voluntario de Chubb. Tiene la opción de personalizar su cobertura al elegir entre dos planes de 24 horas que se adapten mejor a usted y a su familia.

Esta póliza puede ayudar a cubrir los costos de bolsillo asociados a un accidente pagándole un beneficio dependiendo de las lesiones que sufra y el tratamiento que reciba. Puedes utilizar el dinero como mejor le parezca, ya sea para pagar los gastos relacionados con su accidente, como el copago de una visita a urgencias, o para pagar el cuidado de los hijos para que pueda consultar al médico para una consulta de seguimiento. Esta póliza no coordina con ninguna otra cobertura, de modo que todavía puede recibir beneficios por encima de lo que ofrece su plan médico. Además, la póliza le pagará un beneficio de bienestar de hasta \$75 cuando complete una evaluación de salud calificada.



SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

La cobertura voluntaria de enfermedades graves de Chubb le proporciona un beneficio en efectivo de suma global en caso de que usted o un ser querido sea diagnosticado con una afección cubierta, como cáncer, ataque cardíaco o apoplejía. Puede ayudar a proporcionar protección financiera para que pueda centrarse en lo que es realmente importante: mejorar su salud.

Usted elige el nivel de cobertura que proporciona la protección adecuada para su familia. Durante este período de inscripción, tendrá la oportunidad de seleccionar hasta \$30,000 en

cobertura para usted, hasta \$15,000 en cobertura para su cónyuge y hasta el 25% de su cobertura para su(s) hijo(s) sin responder preguntas médicas. Además, la póliza le pagará un beneficio de bienestar de \$50 cuando complete una evaluación de salud calificada.

AFECCIONES CUBIERTAS POR EL SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)	Obstrucción de la arteria coronaria
Enfermedad de Alzheimer	Insuficiencia renal en etapa terminal
Tumor cerebral benigno	Ataque cardíaco
Cáncer	Insuficiencia de un órgano mayor
Carcinoma in situ	Cáncer de piel
Coma	Apoplejía

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

- Tom sufrió una apoplejía relativamente pequeña.
- Estuvo hospitalizado durante cinco días.
- Comenzó la rehabilitación para regresar a donde estaba físicamente antes de la apoplejía.
- Tom presentó su reclamo y recibió un pago único de \$10,000.

MONTO DEL BENEFICIO

Empleado

De \$5000 a \$30,000 en incrementos de \$5000

SEGURO DE ACCIDENTES Y



ATENCIÓN A LARGO PLAZO E INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA



SEGURO DE VIDA A TÉRMINO CON BENEFICIO DE POR VIDA CON ATENCIÓN A LARGO PLAZO

El Seguro de vida a término con beneficio de por vida con atención a largo plazo de Chubb ofrece primas garantizadas de por vida y cobertura para gastos calificados de atención a largo plazo, como residencias de ancianos, vida asistida o atención domiciliaria.

Como seguro de vida: El seguro de vida a término con beneficio de por vida protege a su familia con dinero que puede usarse de la forma que usted elija. Con mayor frecuencia, se usa para pagar hipotecas o alquiler, educación para hijos y nietos, jubilación, deudas familiares y gastos finales.

Para Atención a Largo Plazo: Si desarrolla una enfermedad crónica, el seguro de vida a término con beneficio de por vida le pagará el 4% del beneficio por fallecimiento cada mes que reciba Atención a Largo Plazo. Puede usar este dinero de la forma en que usted elija, y estará exento de pagar sus primas del seguro de vida. Su beneficio por fallecimiento se reducirá proporcionalmente cada mes que reciba los pagos de beneficios por Atención a Largo Plazo. Su seguro de vida continuará ayudándolo a proteger sus activos durante 25 meses. Después de 25 meses de recibir los beneficios de atención a largo plazo, su beneficio por fallecimiento se reducirá a cero.

Para enfermedades terminales: Después de que su cobertura haya estado activa durante dos años, puede recibir el 50% de su beneficio por fallecimiento, hasta \$100,000, si recibe un diagnóstico de enfermedad terminal.

Durante este período de inscripción solamente, tendrá la oportunidad de elegir hasta \$75,000 de cobertura para usted y hasta \$25,000 para su(s) hijo(s) sin responder preguntas médicas. Puede elegir hasta \$75,000 para su cónyuge después de responder algunas preguntas médicas.



SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

El Seguro de indemnización hospitalaria de Chubb está diseñado para ayudar a proporcionar protección financiera a las personas cubiertas mediante el pago de un beneficio por

CHUBB®

BCBSTX



CIGNA DENTAL



EYEMED



WELLDYNE



LINCOLN FINANCIAL



NAVIA BENEFITS



PROACTIVE MD

Solo asociados de Lee



ESCANEE Y DESCARGUE ESTAS APLICACIONES

CONTACTOS

American Leather y Benchmade: hrgroup@americanleather.com

Brookline: Tammy Pérez a tammy.perez@brooklinefurniture.com

LEE: Mary Kathryn Woods a mkwoods@leeindustries.com

BENEFICIO	PROVEEDOR		TELÉFONO	SITIO WEB
Cobertura médica	BlueCross BlueShield of Texas	BlueCross BlueShield of Texas Número de póliza de grupo: 302786	800-521-2227	bcbstx.com
Cobertura de farmacia	Welldyne	Welldyne (en vigencia a partir del 1/1/2026) Número de grupo Rx: TX302786 BIN: 008878 PCN: WDRX	1-833-318-6989	http://wellview.welldyne.com/
Plan dental	Cigna	Número de póliza de grupo de Cigna: 3341906	800-244-6224	mycigna.com
Plan de visión	EyeMed	EyeMed Número de póliza de grupo: VC-19	866-804-0982	eyemed.com
para Atención Médica	Navia Benefit Solutions	Navia Benefit Solutions	425-452-3500	www.naviabenefits.com/contact/ Correo electrónico: customerservice@naviabenefits.com
Seguro de vida a término con beneficio de por vida, indemnización hospitalaria, de accidentes y de enfermedades graves	Chubb	Chubb	855-241-9891	Para preguntas: csmail@gotoservice.chubb.com Para presentar una reclamación: claims@gotoservice.chubb.com
Discapacidad	Lincoln Financial Group	Lincoln Financial Group Número de póliza de grupo de STD: 860056327 Número de póliza de grupo de LTD: 860056326	800-423-2765	lfg.com
Seguro de vida	Lincoln Financial Group	Lincoln Financial Group Número de póliza de grupo del seguro básico de vida: 010129984 Número de póliza de grupo del seguro voluntario de vida: 400130285	800-423-2765	lfg.com
Programa de Asistencia al Empleado	Lincoln Financial Group	EmployeeConnect SM de Lincoln Financial Group	888-628-4824	GuidanceResources.com Nombre de usuario: LFGSupport Contraseña: LFGSupport1
	Lincoln Financial Group	LifeKeys®	855-891-3684	GuidanceResources.com Usuario nuevo: ingrese el ID web de LifeKeys
Educación sobre Medicare	Medicare Choice Group	Medicare Choice Group	855-970-4437	visit.medicarechoicegroup.com/artisan-lane

AVISOS OBLIGATORIOS

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

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS EN VIRTUD DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura de salud de su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de las primas, pero es posible que puedan adquirir 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 usted vive en un Estado que se menciona a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia para el pago de primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente

Si usted vive en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para recibir asistencia para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su Estado para obtener más información sobre elegibilidad:

ESTADO	SITIO WEB/CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
Alabama Medicaid	myalhipp.com	855-692-5447
Alaska Medicaid	Programa de pago de primas: myakhipp.com Elegibilidad para Medicaid: health.alaska.gov/dpa Correo electrónico: customerservice@myakhipp.com	866-251-4861
Arkansas Medicaid	http://myarhipp.com/	855-MyARHIPP (855-692-7447)
California Medicaid	dhcs.ca.gov/hipp Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov	916-445-8322 916-440-5676 (fax)
Colorado Medicaid y CHIP	Medicaid: healthfirstcolorado.com CHIP: hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus HIBI: mycohibi.com	800-221-3943 Retransmisión 711 800-359-1991 Retransmisión 711 855-692-6442

en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para saber cómo presentar la solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte en su estado si dispone de un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir la asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP, y también son elegibles en el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan si usted todavía no lo estuviera. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial", y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a que se determine elegible para recibir asistencia con las primas.**

Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse 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)**.

Florida Medicaid	flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html	877-357-3268
Georgia Medicaid	HIPP: medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp CHIPRA: medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra	678-564-1162 , presione 1 678-564-1162 , presione 2
Indiana Medicaid	HIPP: https://www.in.gov/fssa/dfr/ Todos los demás planes Medicaid: in.gov/medicaid	800-403-0864 800-457-4584
Iowa Medicaid y CHIP	Medicaid: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid CHIP: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki HIPP: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp	800-338-8366 800-257-8563 888-346-9562
Kansas Medicaid	kancare.ks.gov	800-792-4884 HIPP: 800-967-4660
Kentucky Medicaid y CHIP	KI-HIPP: chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Correo electrónico de KI-HIPP: KIHIPPPROGRAM@ky.gov KCHIP: kynect.ky.gov Medicaid: chfs.ky.gov/agencies/dms	KI-HIPP: 855-459-6328 KCHIP: 877-524-4718
Luisiana Medicaid	ldh.la.gov/healthy-louisiana o www.ldh.la.gov/lahipp	Medicaid: 888-342-6207 LaHIPP: 855-618-5488
Maine Medicaid	Inscripción: mymaineconnection.gov/benefits Prima del seguro médico privado: maine.gov/dhhs/ofr/applications-forms	Inscripción: 800-442-6003 HIP privado: 800-977-6740 TTY/Retransmisión: 711
Massachusetts Medicaid y CHIP	mass.gov/masshealth/pa Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com	800-862-4840 TTY/Retransmisión: 711
Minnesota Medicaid	mn.gov/dhs/health-care-coverage	800-657-3672
Misuri Medicaid	dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm	573-751-2005
Montana Medicaid	HIPP: dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Correo electrónico de HIPP: HSHSHIPPProgram@mt.gov	800-694-3084
Nebraska Medicaid	ACCESSNebraska.ne.gov	855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
Nevada Medicaid	Medicaid: dhcfnv.gov	800-992-0900
Nuevo Hampshire Medicaid	dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov	603-271-5218 o 800-852-3345 , ext. 15218
Nueva Jersey Medicaid y CHIP	Medicaid: state.nj.gov/humanservices/dmahs/clients/medicaid CHIP: njfamilycare.org/index.html	Medicaid: 800-356-1561 Asistencia para el pago de primas de CHIP: 609-631-2392 CHIP: 800-701-0710 TTY/Retransmisión: 711
Nueva York Medicaid	health.ny.gov/health_care/medicaid	800-541-2831
Carolina del Norte Medicaid	medicaid.ncdhhs.gov	919-855-4100

Dakota del Norte Medicaid	hhs.nd.gov/healthcare	844-854-4825
Oklahoma Medicaid y CHIP	insureoklahoma.org	888-365-3742
Oregón Medicaid	healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx	800-699-9075
Pensilvania Medicaid y CHIP	Medicaid: pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html CHIP: dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx	Medicaid: 800-692-7462 CHIP: 800-986-KIDS (5437)
Rhode Island Medicaid y CHIP	eohhs.ri.gov	855-697-4347 o 401-462-0311 (Línea directa de RIte)
Carolina del Sur Medicaid	scdhhs.gov	888-549-0820
Dakota del Sur Medicaid	dss.sd.gov	888-828-0059
Texas Medicaid	hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program	800-440-0493
Utah Medicaid y CHIP	UPP: medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico de UPP: upp@utah.gov Adult Expansion: medicaid.utah.gov/expansion/ Programa de compra de Medicaid de Utah: medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP: chip.utah.gov	UPP: 877-222-2542
Vermont Medicaid	dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program	800-250-8427
Virginia Medicaid y CHIP	coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs	Medicaid/CHIP: 800-432-5924
Washington Medicaid	hca.wa.gov	800-562-3022
Virginia Occidental Medicaid y CHIP	dhr.wv.gov/bms/mywvhipp.com/	Medicaid: 304-558-1700 CHIP: 855-699-8447
Wisconsin Medicaid y CHIP	dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm	800-362-3002
Wyoming Medicaid	health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility	800-251-1269

Para consultar si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado
Departamento de Trabajo de los EE. UU.
dol.gov/agencies/ebsa
866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid
cms.hhs.gov
877-267-2323, Opción de menú 4, ext. 61565

PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL

Aunque le ofrezcan cobertura médica a través de su empleo, es posible que cuente con otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud (el "Mercado"). Para que pueda evaluar mejor sus opciones y las de su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros de Salud y la cobertura médica ofrecida por su empleador.

¿QUÉ ES EL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar el seguro médico que satisfaga sus necesidades y se adapte a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar las opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿PUEDO AHORRAR DINERO EN MIS PRIMAS DE SEGURO DE SALUD EN EL MERCADO?

Es posible que usted califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertos estándares de valor mínimo (que se mencionan a continuación). Los ahorros para los que usted es elegible dependen de los ingresos de su hogar. Es posible que también sea elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿LA COBERTURA MÉDICA DEL EMPLEADOR AFECTA LA ELEGIBILIDAD PARA LOS AHORROS EN PRIMAS A TRAVÉS DEL MERCADO?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal, para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan médico de su empleador. Sin embargo, es posible que sea elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito que reduzca su prima mensual o para una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no le ofrece una cobertura que se considere asequible para usted o que cumpla con los estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es superior al 9.96%¹ de sus ingresos anuales familiares o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, puede ser elegible para un crédito fiscal y un pago anticipado del crédito si no se inscribe en la cobertura médica de su empleador. Para los familiares del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los familiares no supera el 9.96% de los ingresos familiares del empleado.^{1,2}

Nota: si usted adquiere un plan médico a través del Mercado de Seguros de Salud en lugar de aceptar la cobertura médica ofrecida por su empleador, podría perder el acceso al aporte que este realiza a la cobertura laboral. Además, este aporte del empleador, así como el aporte del empleado a la cobertura

del empleador, por lo general, es excluido de los ingresos a efectos del impuesto a la renta estatal y federal. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se efectúan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que, si la cobertura médica ofrecida a través de su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero usted acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores para determinar si contrata un plan médico a través del Mercado.

¿CUÁNDO PUEDO INSCRIBIRME EN LA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO A TRAVÉS DEL MERCADO?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período anual de inscripción abierta del Mercado. La Inscripción abierta varía según el estado, pero suele comenzar el 1 de noviembre al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del período anual de inscripción abierta, puede inscribirse en un seguro médico si califica para el período de inscripción especial. En general, usted califica para un Período de inscripción especial si ha tenido ciertos eventos de vida habilitantes, como casarse, tener un bebé, adoptar un hijo o perder la elegibilidad para otra cobertura médica. Dependiendo de su tipo de Período de inscripción especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida habilitante para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de inscripción especial del Mercado para las personas y sus familias que pierdan la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública a nivel nacional por COVID-19, las agencias estatales de Medicaid y CHIP, por lo general, no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP inscrito entre el 18 de marzo de 2020 y el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanudan sus prácticas habituales en cuanto a elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas dejen de ser elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP, tan pronto como a partir del 31 de marzo de 2023. Oficina de Derechos Civiles del El Departamento de Salud y Servicios Humanos **ofrece un período de inscripción especial temporal en el Mercado de Seguros de Salud para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.** Además, si usted o sus familiares están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante que se asegure de que su información de contacto está actualizada para garantizar que reciba cualquier información sobre cambios en su elegibilidad.

Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿CUÁLES SON LAS ALTERNATIVAS A LA COBERTURA DEL

MERCADO DE SEGUROS DE SALUD?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan médico del empleador (como un plan médico patrocinado por el empleador), es posible que usted o su familia también sean elegibles para un Período de inscripción especial para inscribirse en ese plan médico en ciertas circunstancias, incluyendo si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, usted tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan médico del empleador, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan médico del empleador hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con el plan médico de su empleador.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento si completa una solicitud a través del Mercado o la solicita directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip for more details.

¿CÓMO PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

Para obtener más información sobre la cobertura que le ofrece su empleo, por favor, consulte la descripción resumida del plan médico o comuníquese con Recursos Humanos. El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para la cobertura de seguro médico y la información de contacto de un Mercado de Seguros de Salud en su área.

1. Indexado anualmente; consulte en irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf para 2023.
2. Un plan médico patrocinado por el empleador o del empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan que corresponde a los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60% de dichos costos. Para fines de elegibilidad para el crédito fiscal de la prima, para cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan médico también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de servicios hospitalarios como de los servicios del médico.

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Se proporciona este aviso para garantizar que usted comprenda su derecho a solicitar una cobertura médica grupal. Debe leer este aviso incluso si planea renunciar a la cobertura médica en este momento.

PÉRDIDA DE OTRA COBERTURA

Si rechaza la cobertura para usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan médico grupal, es posible que pueda inscribirse

usted y a sus dependientes en este Plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes (o posteriores a la fecha en que el empleador deje de aportar a la otra cobertura).

Ejemplo: usted renunció a la cobertura de este Plan porque estaba cubierto por un plan ofrecido por el empleador de su cónyuge. Su cónyuge deja de trabajar. Si notifica a su empleador dentro de los 30 días posteriores a la fecha de finalización de la cobertura, es posible que usted y sus dependientes elegibles soliciten cobertura en virtud de este Plan.

MATRIMONIO, NACIMIENTO O ADOPCIÓN

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

Ejemplo: cuando le contrataron, estaba soltero y optó por no seleccionar los beneficios del seguro médico. Un año después, se casa. Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en este Plan. Sin embargo, debe solicitarlo dentro de los 30 días a partir de la fecha de su matrimonio.

MEDICAID O CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura en virtud de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o son elegibles para un subsidio de asistencia para el pago de primas en virtud de Medicaid o CHIP, es posible que usted y sus dependientes se inscriban. Para ello deberá solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de cobertura de Medicaid o CHIP o posteriores a la determinación de elegibilidad para recibir un subsidio de asistencia para el pago de primas.

Ejemplo: cuando le contrataron, sus hijos recibieron cobertura médica a través del CHIP y usted no los inscribió en este Plan. Debido a los cambios en sus ingresos, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura de CHIP. Es posible que pueda inscribirlos en este Plan si presenta la solicitud dentro de los 60 días posteriores a la fecha de pérdida de la cobertura de CHIP.

PARA MÁS INFORMACIÓN O ASISTENCIA

Para solicitar la inscripción especial o para obtener más información, comuníquese con Recursos Humanos.

SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor, revíselo cuidadosamente.**

SUS DERECHOS

Tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos
- Corregir sus registros médicos y de reclamos
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe por usted
- Presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados

SUS OPCIONES

Usted tiene algunas opciones con respecto a la forma en que utilizamos y compartimos la información a medida que:

- Respondemos preguntas sobre la cobertura de su familia y amigos
- Proporcionamos ayuda en caso de desastre
- Comercialicemos nuestros servicios y vendamos su información

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Es posible que utilicemos y compartamos su información para:

- Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Pagar por sus servicios médicos
- Gestionar su plan médico
- Colaborar con asuntos de salud pública y seguridad
- Investigar
- Cumplir con la ley
- Respondemos las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director de funeraria
- Atender solicitudes relacionadas con la compensación laboral, cumplimiento de la ley y otros requerimientos gubernamentales
- Responder a demandas o acciones legales

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia de los registros médicos y de reclamos

- Usted puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos, y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos, por lo general, dentro de los 30 días de su solicitud. Es posible que se le cobre una tarifa razonable con base en los costos.

Solicitar correcciones a sus registros médicos y de reclamos

- Nos puede solicitar que corrijamos sus registros médicos y de reclamos si cree que no son correctos o que están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que rechacemos su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (p. ej. al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos un correo postal a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos aceptar si nos informa que estaría en peligro si no lo hacemos.

Solicitar limitaciones sobre lo que utilizamos o compartimos

- Es posible que nos pida que no utilizemos o compartamos cierta información médica relacionada con tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y es posible que la rechacemos si esto afecta su tratamiento.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido la información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya solicitado hacer). Proporcionaremos un informe gratuito por año, pero le cobraremos un cargo razonable basado en el costo si usted solicita otro informe dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha accedido a recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe por usted

- Si usted ha otorgado a alguien un poder notarial para asuntos médicos o

si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.

- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de que nosotros intervengamos.

Presentar una queja si considera que sus derechos han sido violados

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos, comunicándose con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS OPCIONES

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones respecto a lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre la manera en que debemos compartir su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la elección de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos o otras personas involucradas en el pago de su cuidado
- Compartir información en una situación de ayuda a la catástrofe

Si usted no puede informarnos sobre sus preferencias porque, por ejemplo, usted no está consciente, nosotros compartiremos su información si creemos que es para su beneficio. También podremos compartir su información cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que usted nos brinde permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de información

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo solemos utilizar o compartir su información médica?

Solemos utilizar o compartir su información médica de las siguientes maneras.

Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos utilizar su información médica y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: un médico nos envía información sobre su plan de tratamiento y diagnóstico para que podamos organizar servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No tenemos permitido utilizar información genética para decidir si le brindaremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: utilizamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar por sus servicios médicos

Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando pagamos sus servicios médicos.

Ejemplo: compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.

Gestionar su plan

Es posible que divulguemos su información médica al patrocinador de su plan médico para gestionar el plan.

Ejemplo: su compañía nos contrata para proporcionar un plan médico y nosotros le proporcionamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿DE QUÉ OTRA MANERA UTILIZAMOS O COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, por lo general de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir ciertas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines.

Para más información, consulte en:

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>

Ayudamos con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir información de salud sobre usted en ciertas situaciones como:

- Prevención de una enfermedad
- Apoyo en la retirada de productos
- Reporte de reacciones adversas a los medicamentos
- Informar supuestos abusos, negligencias o violencia doméstica
- Prevención o reducción de una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona

Investigar

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones médicas.

Para cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea comprobar si estamos cumpliendo con la Ley de Privacidad Federal.

Respondemos las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director de funeraria

- Podemos compartir su información médica con organizaciones de búsqueda de órganos.
- Podremos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o director funerario cuando una persona fallece.

Atender solicitudes relacionadas con la compensación laboral, cumplimiento de la ley y otros requerimientos gubernamentales

Podremos utilizar o compartir su información médica:

- Para los reclamos de compensación laboral
- Para cumplimientos de la ley o con funcionarios de la ley
- Con agencias de supervisión médica para las actividades autorizadas por ley
- Para funciones especiales del gobierno, como militar, seguridad nacional y protección presidencial

Responder a demandas o acciones legales

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una filtración que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información.

- Debemos seguir las tareas y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le brindaremos una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos información de forma diferente a la descrita aquí a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. En caso de autorizarnos a hacerlo, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulten: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos acerca de usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestro sitio web y le enviaremos una copia por correo.

En vigencia a partir del 1 de octubre de 2025
 Julio Wong
 Responsable de la privacidad
hrgroup@americanleather.com
 214-972-9599

AVISO IMPORTANTE DE ARTISANT LANE SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA Y MEDICARE

Por favor, lea este aviso con mucha atención y guárdelo en un lugar seguro. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Artisant Lane y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no adherirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en adherirse, debería comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare dentro de su zona. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

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

1. **La cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible desde 2006 para todos los que tengan Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se adhiere a un Plan de medicamentos con receta de Medicare o a un Plan Advantage de Medicare (como 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 por una prima mensual más alta.**
2. **Artisant Lane ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que ofrece el Plan de Artisant Lane, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditada. Dado que su cobertura actual es Cobertura Acreditada, usted puede mantener esta cobertura sin pagar una prima superior (un recargo) si luego decide adherirse a un plan de medicamentos de Medicare.**

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

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

Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable de medicamentos con receta actual, sin mediar culpa de su parte, también será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para adherirse a un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Artisant Lane no se verá afectada.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Artisant Lane, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar dicha cobertura.

¿Cuándo pagará una prima más alta (recargo) por unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Artisant Lane y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días consecutivos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (un

recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, es posible que su prima mensual aumente en al menos un 1% de la prima básica mensual de beneficiario de Medicare por cada mes en que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podría llegar a ser al menos un 19% más alta que la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima superior (un recargo) mientras tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, también podría tener que esperar hasta el siguiente mes de octubre para adherirse.

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

Comuníquese con la persona que se indica a continuación para conocer más detalles. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Artisan Lane cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

Usted encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta en el manual "Medicare y Usted". Todos los años Medicare le enviará por correo una copia del manual. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

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

- Visite www.medicare.gov
- Para obtener ayuda personalizada, llame a su Programa Estatal para Asistencia en Seguro Médico (en el interior de la contraportada de su manual "Medicare y Usted" encontrará el número de teléfono)
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Recuerde: conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide adherirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba presentar una copia de este aviso al momento de hacerlo para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no

pagar una prima más alta (un recargo).

Fecha: 01/01/2023

Nombre de la entidad/remitente: Artisan Lane

Contacto--Cargo/Oficina: Departamento de Recursos Humanos

Dirección: 4501 Mountain Creek Pkwy, Dallas, TX 75236

Número de teléfono: 214-972-9599

DERECHOS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA

INTRODUCCIÓN

Está recibiendo este aviso porque recientemente obtuvo cobertura en virtud de un plan médico grupal (el Plan). El presente aviso incluye información importante acerca de su derecho a la cobertura de continuación de COBRA, que es una ampliación provisoria de la cobertura en virtud del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo podría estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando usted pasa a ser elegible para COBRA, también podría ser elegible para otras opciones de cobertura que podrían costar menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA se creó a partir de una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985. La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros familiares cuando finalice de cualquier otra forma la cobertura médica grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la legislación federal, deberá revisar la Descripción resumida del plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierde la cobertura médica grupal. Por ejemplo, podría resultar elegible para adquirir un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirse en una cobertura a través del Mercado, podría calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, podría calificar para un período de inscripción especial de 30 días en otro plan médico grupal para el cual fuera elegible (como un plan de cónyuge), incluso si ese plan no aceptase generalmente inscripciones fuera de término.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura de un Plan que de otro modo finalizaría debido a un evento de vida. Esto también se denomina "evento habilitante". Más adelante, en el presente aviso, se enumeran los eventos habilitantes específicos. Después de un evento habilitante, se debe ofrecer una cobertura de continuación de COBRA a cada

persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios calificados si se pierde la cobertura en virtud del Plan a partir de un evento habilitante. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por ella.

Si usted es empleado, será un beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- Se reducen sus horas de trabajo, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta grave.

Si usted es cónyuge de un empleado, será un beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- Fallecimiento del cónyuge;
- Reducción de las horas de trabajo de su cónyuge;
- Terminación del empleo de su cónyuge por cualquier motivo que no sea por mala conducta grave;
- A su cónyuge le corresponden derechos a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas); o
- Divorcio o separación legal de su usted y su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios calificados cuando pierdan la cobertura en virtud del Plan debido a cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- Fallecimiento del empleado progenitor;
- Se reducen las horas de trabajo del empleado que es padre-madre de ese dependiente;
- Terminación del empleo del empleado progenitor por cualquier motivo que no sea mala conducta grave;
- El empleado progenitor se vuelve elegible para recibir beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura en virtud del Plan como "hijo dependiente".

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

El Plan ofrecerá cobertura de continuación de COBRA a beneficiarios admitidos solamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de algún evento habilitante. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos habilitantes:

- Terminación del empleo o reducción de horas de trabajo;

- Fallecimiento del empleado;
- El empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos habilitantes (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al administrador del plan dentro de los 60 días en que se produce el evento habilitante. Debe proporcionar este aviso a: Recursos Humanos.

estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA si el empleado o el ex empleado falleciera; le correspondieran derechos a beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas); se divorciara o se separara legalmente; o si el hijo dependiente dejara de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta ampliación solo está disponible si el segundo evento habilitante hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura en virtud del Plan si no hubiera ocurrido el primer evento habilitante.

¿CÓMO SE PROPORCIONA LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Luego de ser notificado del evento habilitante, el Administrador del Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a cada uno de los beneficiarios admitidos. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos podrán elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres podrán elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

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

También hay maneras en las que se puede ampliar este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA:

Ampliación por discapacidad del período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o cualquier integrante de su familia cubierto por el Plan sufre una discapacidad y usted notifica al Administrador del Plan de forma oportuna, usted y toda su familia podrían tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, durante un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber empezado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar por lo menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

Ampliación del período de cobertura de continuación de 18 meses por segundo evento calificado

Si su familia experimenta otro evento habilitante durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden tener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si el segundo evento habilitante es correctamente notificado al Plan. Esta ampliación podría

¿EXISTEN OTRAS OPCIONES DE COBERTURA ADEMÁS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, [Programa de Seguro Médico Infantil \(CHIP\)](#), u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones podrían ser menos costosas que la cobertura de continuación de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿PUEDO INSCRIBIRME EN MEDICARE EN LUGAR DE EN LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA DESPUÉS DE QUE TERMINE LA COBERTURA DE MI PLAN MÉDICO GRUPAL?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare 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 la Parte A o B de Medicare, a partir de la primera de las siguientes fechas

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan médico grupal basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y en su lugar elige la cobertura de continuación de COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y que tenga una interrupción en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la cobertura de continuación de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la cobertura de continuación de COBRA, el Plan podrá cancelar su cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, es posible que la cobertura de COBRA no pueda suspenderse a causa del derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA.

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

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

SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas relacionadas con su plan o sus derechos de cobertura de continuación de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para

obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), incluidos COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible y otras leyes que afectan a los planes médicos grupales, comuníquese con la Oficina regional o de distrito más cercana de los EE. UU. Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE.UU. de su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas regionales y de distrito de la EBSA están disponibles a través del sitio web de la EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

MANTENGA SU PLAN INFORMADO DE LOS CAMBIOS DE DIRECCIÓN

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

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

Si tiene preguntas sobre la información de este aviso, sus derechos de cobertura o si desea una copia de la descripción resumida de su plan, comuníquese con Navia Benefit Solutions, Apartado postal 3961, Seattle WA 98214. También puede comunicarse con Navia por correo electrónico a cobra.support@naviabenefits.com o por teléfono al (800) 328-4337.

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

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER

ESPECIAL DE LA HIPAA

Si le han realizado una mastectomía, o están por realizársela, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de acuerdo con lo determinado en consultas con el médico tratante y la paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- La cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido la linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles, copagos y coseguros correspondientes a otros

beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con el departamento de Recursos Humanos o con el administrador de su plan médico.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO

La Ley de Protección de la Salud de la Madre y el Recién Nacido (la Ley de Recién Nacidos) proporciona protecciones para las madres y sus hijos recién nacidos en cuanto a la duración de sus hospitalizaciones tras el nacimiento. Según la Ley de Recién Nacidos, los planes médicos grupales no pueden restringir los beneficios para las madres o los recién nacidos por una hospitalización relacionada con el parto a menos de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea. El período de 48 horas (o 96 horas) comienza al momento del parto, a menos que la mujer dé a luz fuera del hospital. En este caso, el plazo comienza a contar desde el momento de la admisión hospitalaria.

El proveedor interviniente podrá decidir, después de consultar con la madre, dar de alta a la madre y/o a su hijo recién nacido antes de ese plazo. El proveedor interviniente no puede recibir incentivos o desincentivos para dar el alta a la madre o a su hijo antes de 48 horas (o 96 horas).

Incluso si un plan ofrece beneficios por hospitalización relacionadas con el parto, la Ley de Recién Nacidos solo se aplica a ciertas coberturas. Específicamente, depende de si la cobertura está "asegurada" por una compañía de seguros o una HMO o está "autoasegurada" por un plan del empleador. (Consulte la Descripción resumida del plan, el documento que describe los beneficios y derechos en virtud del plan, o comuníquese con el administrador del plan para averiguar si la cobertura relacionada con el parto está "asegurada" o "autoasegurada").

Las disposiciones de la Ley de Recién Nacidos siempre se aplican a la cobertura que está autoasegurada. Si el plan proporciona beneficios por hospitalización relacionada con el parto y está asegurado, la aplicación de la ley dependerá de la legislación estatal. Muchos estados han sancionado sus propias versiones de la Ley de Recién Nacidos para la cobertura asegurada. Si su estado tiene una ley que regula la cobertura para madres y recién nacidos que cumple con ciertos criterios y la cobertura es proporcionada por una compañía de seguros o una HMO, entonces se aplicará la legislación estatal.

Todos los planes médicos grupales que proporcionan cobertura de maternidad o atención a recién nacidos deben incluir en su Descripción resumida del plan una declaración que describa los requisitos las legislaciones federales o estatales aplicables al plan (o a cualquier cobertura de seguro médico ofrecida en virtud del plan) en relación con la duración

de la hospitalización por parto de la madre o del recién nacido.

Para obtener más información, consulte las [Preguntas frecuentes \(FAQ\)](#) acerca de la Ley de Protección de la Salud de la Madre y el Recién Nacido.

SUS DERECHOS Y PROTECCIONES CONTRA LAS FACTURAS MÉDICAS SORPRESA

Cuando recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, está protegido de la facturación sorpresa o facturación de saldos.

¿A qué se llama "facturación de saldo" (algunas veces también "facturación sorpresa")?

Cuando consulte a un médico o a otro proveedor de atención médica, es posible que tenga que pagar costos de bolsillo como un copago, coseguro y/o deducible. Es posible que usted tenga otros costos o que deba pagar toda la factura si consulta a un proveedor o a un centro de atención médica que no está en la red de su plan médico.

"Fuera de la red" describe a proveedores y centros que no tienen un contrato firmado con su plan médico. Es posible que los proveedores fuera de la red tengan permitido facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto completo que le cobren por un servicio. Esto se llama "facturación de saldo". Es probable que este monto sea superior a los costos dentro de la red para el mismo servicio y podría no contar para su límite anual de gastos de bolsillo.

"Facturación sorpresa" significa la factura inesperada de un saldo. Esto puede ocurrir cuando no puede controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una consulta en un centro dentro de la red, pero es atendido inesperadamente por un proveedor fuera de la red.

USTED ESTÁ PROTEGIDO DE LA FACTURACIÓN DE SALDOS POR:

Servicios de emergencia

Si tiene una emergencia médica y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro pueden facturarle es el monto del reparto de costos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguros). No le pueden facturar ningún saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que podría recibir después de que está en una situación estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones de no facturación de saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

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

Cuando usted recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, algunos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que le podrán facturar esos proveedores es el monto de reparto de costos dentro de la red de su plan. Esto aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo.

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

Nunca se le exigirá que renuncie a su protección de no facturación de saldo. Tampoco se le exigirá que se atienda fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

En ciertos estados, también puede tener protecciones estatales relacionadas. Las leyes o requisitos estatales aplicables en materia de facturación de saldos para los estados indicados son los siguientes:

PROTECCIONES DISPONIBLES EN CALIFORNIA

- El estado exige que las aseguradoras eximan a los inscritos de toda responsabilidad por los montos que excedan el nivel de copago dentro de la red
- El estado prohíbe que los proveedores fuera de la red facturen a los inscritos cualquier monto que exceda el nivel de copago dentro de la red
- Las protecciones anteriores son aplicables:
 - o Para los inscritos en los planes HMO y PPO
 - o Para (1) servicios de emergencia prestados por profesionales y centros fuera de la red y (2) servicios que no sean de emergencia proporcionados por profesionales fuera de la red en centros dentro de la red
 - o Proporcionado por todas o la mayoría de las clases de profesionales de atención médica
- El Estado establece un estándar de pago
- Las protecciones no se aplican a:
 - o Servicios de ambulancia terrestre
 - o Los inscritos que consientan los servicios fuera de la red que no sean de emergencia
 - o Los inscritos en planes autofinanciados

PROTECCIONES DISPONIBLES EN FLORIDA

- El estado exige que las aseguradoras eximan a los inscritos de toda responsabilidad por los montos que excedan el nivel de copago dentro de la red

- El estado prohíbe que los proveedores fuera de la red facturen a los inscritos cualquier monto que exceda el nivel de copago dentro de la red
- Las protecciones anteriores son aplicables:
 - o Para los inscritos en los planes HMO y PPO
 - o Para (1) servicios de emergencia prestados por profesionales y centros fuera de la red y (2) servicios que no sean de emergencia proporcionados por profesionales fuera de la red en centros dentro de la red
 - o Proporcionado por todas o la mayoría de las clases de profesionales de atención médica
- Para los planes PPO, el estándar de pago estatal se aplica a (1) los servicios de emergencia y (2) los servicios que no son de emergencia proporcionados por profesionales fuera de la red en centros dentro de la red
- Para los planes HMO, el estándar de pago estatal solo se aplica a los servicios de emergencia, pero el estado también cuenta con un programa de resolución de disputas de reclamos
- Las protecciones no se aplican a:
 - o Servicios de ambulancia terrestre para inscritos en el plan PPO
 - o Los inscritos en el plan PPO que consientan los servicios fuera de la red que no sean de emergencia
 - o Los inscritos en planes autofinanciados

PROTECCIONES DISPONIBLES EN CAROLINA DEL NORTE

- El estado exige que las aseguradoras eximan a los inscritos de toda responsabilidad por los montos que excedan el nivel de copago dentro de la red
- Las protecciones anteriores son aplicables:
 - o Para los inscritos en los planes HMO y PPO
 - o Para servicios de emergencia prestados por profesionales fuera de la red
 - o Proporcionado por todas o la mayoría de las clases de profesionales de atención médica
- Las protecciones no se aplican a:
 - o Servicios de ambulancia terrestre
 - o Servicios de emergencia prestados por centros fuera de la red
 - o Servicios que no sean de emergencia
 - o Los inscritos en planes autofinanciados

PROTECCIONES DISPONIBLES EN PENNSYLVANIA

- El estado exige que las aseguradoras eximan a los inscritos de toda responsabilidad por los montos que excedan el nivel de copago dentro de la red
- La protección anterior es aplicable:
 - o Para los inscritos en los planes HMO y PPO
 - o Para servicios de emergencia

- o Proporcionado por todas o la mayoría de las clases de profesionales de atención médica
- Las protecciones no se aplican a:
 - o Servicios de ambulancia terrestre
 - o Tarifas por servicios de emergencia en centros fuera de la red, solo para inscritos en el plan PPO
 - o Servicios que no sean de emergencia
 - o Los inscritos en planes autofinanciados

PROTECCIONES DISPONIBLES EN TEXAS

- El estado exige que las aseguradoras eximan a los inscritos de toda responsabilidad por los montos que excedan el nivel de copago dentro de la red
- El estado prohíbe que los proveedores fuera de la red facturen a los inscritos cualquier monto que exceda el nivel de copago dentro de la red
- Las protecciones anteriores son aplicables:
 - o Para los inscritos en los planes HMO, PPO y EPO
 - o Para (1) servicios de emergencia prestados por profesionales y centros fuera de la red, y (2) servicios que no son de emergencia prestados por profesionales fuera de la red en centros dentro de la red
 - o Proporcionado por todas o la mayoría de las clases de profesionales de atención médica
- El Estado proporciona un proceso de resolución de disputas
- Las protecciones no se aplican a:
 - o Servicios de ambulancia terrestre
 - o Los inscritos que consientan los servicios que no son de emergencia fuera de la red
 - o Los inscritos en planes autofinanciados

CUANDO NO SE PERMITE LA FACTURACIÓN DE SALDOS, TAMBIÉN DISPONE DE LAS SIGUIENTES PROTECCIONES:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Su plan médico en general debe:
 - o Cubrir servicios de emergencia sin que usted tenga la necesidad de obtener aprobación antes de atenderse (autorización previa).
 - o Cubrir servicios de emergencia a cargo de prestadores no adheridos a la red.
 - o Base lo que debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro de la red y muestre esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - o Contabilizar cualquier monto que usted pague por los servicios de emergencia o por los servicios fuera de la

red como parte de su deducible y del límite de gastos de bolsillo.

Si cree que le han cobrado incorrectamente:

Visite <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/no-surprises-act> para obtener más información sobre sus derechos conforme a la ley federal.

Visite <https://www.commonwealthfund.org/publications/maps-and-interactive/2022/feb/map-no-surprises-act> para obtener más información sobre sus derechos según las leyes de su estado.

AVISOS DEL PROGRAMA DE BIENESTAR

Wellworks es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa se administra según las reglas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador, que buscan mejorar la salud de los empleados o evitar una enfermedad, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación Por Información Genética del 2008 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos, según corresponda, entre otras. Si decide participar en el programa de bienestar, se le pedirá que se someta a un examen físico anual con su médico de atención primaria.

Sin embargo, los empleados que opten por participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo de \$50 por empleado o cónyuge participante al mes por cumplir con los criterios. Aunque no es obligatorio someterse al examen físico, solo los empleados que lo hagan recibirán el incentivo.

PROTECCIÓN CONTRA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica personalmente identificable. Aunque el programa de bienestar y Artisan Lane pueden utilizar la información agregada que recopilan para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, Wellworks nunca divulgará su información personal ni públicamente ni al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud suya de una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo permita expresamente la ley. La información médica que lo identifica personalmente y que se proporciona en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y nunca podrá ser utilizada para tomar decisiones con respecto a su empleo.

Su información médica no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ninguna otra manera, excepto en la medida en que lo permita la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información médica como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier

persona que reciba su información con el fin de prestarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se conservará separadamente de sus registros de personal, la información almacenada electrónicamente se cifrará y ninguna información que usted suministre como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar decisiones de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier filtración de datos y, en caso de que se produzca una filtración de datos que incluya información que usted haya suministrado en conexión con el programa de bienestar, será notificado inmediatamente.

No se le puede discriminar en el empleo por la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar, ni tampoco puede ser objeto de represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes en relación con este aviso o con las protecciones contra discriminación y represalias, por favor comuníquese con Recursos Humanos.

EL APUNTE

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



ARTISAN LANE
FURNITURE COLLECTIVE