



2026

Guía de inscripción

INSCRIPCIÓN ANUAL: DEL 17 AL 24 DE NOVIEMBRE DE 2025



NUESTRO PROGRAMA DE BENEFICIOS LE TIENE CUBIERTO

En la mayoría de los días, todos dependemos de nuestras rutinas cotidianas para avanzar. Llevar a los hijos a la escuela, lidiar con el tráfico en el viaje al trabajo y terminar la cena a tiempo para disfrutar de algún pasatiempo favorito. Pero a veces las cosas no siempre salen como las planeamos. Como cuando el resfrío común se convierte en gripe y tiene que faltar al trabajo. O cuando el partido de fútbol de su hijo termina con una pierna fracturada. O incluso cuando su cónyuge se entera que debe hacerse un tratamiento de endodoncia. Es entonces cuando los beneficios de Tempo, Inc. están ahí para ayudarlo.

Contenido

CONTACTOS IMPORTANTES2

POR DÓNDE EMPEZAR3

- Descripción general de los beneficios
- Elegibilidad
- Inscripción

CUERPO Y MENTE6

- Elección de un plan médico
- Comparación de planes médicos
- Cobertura de medicamentos con receta
- Asistencia en medicamentos con receta de alto costo de SHARx
- Bienestar
- Telesalud
- Plan dental
- Plan de visión

CUENTAS DE FINANCIACIÓN16

- Cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA)
- Cuentas de gastos flexibles (FSA)

PROTECCIÓN LEGAL18

- Seguro de vida y AD&D
- Cobertura por discapacidad
- Beneficios en el lugar de trabajo
 - Seguro contras accidentes, de indemnización hospitalaria y de enfermedades graves
- Programa de asistencia al empleado

SERVICIOS DE DEFENSA DE BENEFICIOS24

AVISOS OBLIGATORIOS25



Esta guía destaca las principales características de muchos de los planes de beneficios patrocinados por Tempo, Inc. Los detalles completos de estos planes se encuentran en los documentos legales que los rigen. Si existe alguna discrepancia entre los documentos del plan y la información que aquí se describe, prevalecerán los documentos del plan. En todos los casos, los documentos del plan son la fuente exclusiva para determinar los derechos y beneficios conforme a los planes. La participación en los planes no constituye un contrato de trabajo. Tempo, Inc. se reserva el derecho de modificar, enmendar o terminar cualquier plan o práctica de beneficios descritos en esta guía. Nada en esta guía garantiza que las nuevas disposiciones del plan seguirán en vigencia por cualquier período. Esta Guía sirve de resumen de las modificaciones más importantes como exige la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 (ERISA), con sus enmiendas.

Contactos importantes

RECURSO	TELÉFONO	SITIO WEB
Programa de asistencia para empleados	877.660.3806	www.liveandworkwell.com
Teladoc Atención médica y de salud mental virtual	800.835.2362	www.teladoc.com
Plan médico UMR (Grupo n.º 76415229)	800.826.9781	www.umar.com
Plan de farmacia True Rx (Grupo n.º TRUE1922)	866.921.4047	www.truerx.com/members
Acceso a medicamentos con receta de alto costo Opción 1 del programa SHARx	314.451.3555	Sharx@sharxplan.com
Servicio de asistencia personalizada de Alight Health Pro British Gordon	800.513.1667 x 6534	British.Gordon@alight.com myhealthpro@alight.com
Cuenta de ahorros para gastos médicos HSA Bank	866.357.5232	www.hsabank.com
Cuenta de gastos flexibles Employee Benefits Corporation (EBC)	800.346.2126	www.ebcflex.com
Plan dental MetLife	MetLife (Group #: 5780941) 800.638.5433	www.metlife.com
Plan de visión MetLife		
Seguro de vida y AD&D Mutual of Omaha (Póliza n.º G000CM51)	800.877.5176	www.mutualofomaha.com
Seguro por discapacidad a corto y largo plazo Mutual of Omaha (Póliza n.º G000CM51)		
Beneficios voluntarios en el lugar de trabajo (seguro de indemnización hospitalaria, contra accidentes y de enfermedades graves) UnitedHealthcare (Póliza n.º 305603)	UnitedHealthcare (Póliza n.º 305603) 888.299.2070	www.myuhc.com
Figo Pet Insurance	844.738.3446	https://uqr.to/25alc
Analista de beneficios de Holmes Murphy Nancy Fuentes	214.265.2298	NFuentes@holmesmurphy.com
Recursos Humanos	972.579.2015	Benefits@tempopartners.com

Consulte esta lista cuando necesite comunicarse con uno de sus proveedores de beneficios. Para obtener información general, póngase en contacto con su Departamento de Recursos Humanos o con su Analista de Beneficios de Holmes Murphy & Associates.

POR DÓNDE EMPEZAR

Descripción general de los beneficios

A continuación, verá una reseña de nuestro programa de beneficios, que le brinda la cobertura que necesita para todo los tipos de cosas que la vida le presenta día a día. Los planes de beneficios de Tempo, Inc. le permiten elegir las opciones que mejor se adapten a sus necesidades y a su bolsillo. La clave para aprovechar al máximo nuestro programa de beneficios está en conocer y usar los planes lo más posible para así hacer rendir al máximo el dinero que gasta. Consulta tus beneficios en nuestro nuevo micrositio en <https://mytempobenefits.com>.

Beneficios disponibles para usted

Beneficios médicos y de medicamentos con receta	Programa de medicamentos con receta de alto costo
Plan dental	Seguro por discapacidad a corto plazo
Plan de visión	Seguro por discapacidad a largo plazo
Seguro básico de vida y AD&D (pagado por el empleador) y seguro voluntario de vida y AD&D (pagado por el empleado)	Beneficios voluntarios en el lugar de trabajo (seguro de indemnización hospitalaria, contra accidentes y de enfermedades graves)
Asistencia personalizada de Alight Health	Programa de asistencia al empleado (EAP)
Seguro para mascotas	

Elegibilidad de los empleados

Usted es elegible para inscribirse en el plan de beneficios de Tempo, Inc si es un **SOCIO REGULAR A TIEMPO COMPLETO** programado para trabajar **AL MENOS 30 HORAS POR SEMANA**. Como socio regular a tiempo completo, usted es elegible para recibir beneficios el primer día del mes siguiente tras 30 días de servicio continuo. Por ejemplo, si es contratado el 3 de junio de 2026, sus beneficios entrarán en vigencia el 1 de agosto de 2026.

Elegibilidad de dependientes

También puede cubrir a sus dependientes elegibles, entre ellos:

- Su cónyuge legal o pareja de hecho admitida.
- Sus hijos solteros elegibles de hasta 26 años de edad para cobertura médica, dental y de vida voluntaria.
- Se entiende por "hijos" a sus hijos naturales, hijastros, hijos legalmente adoptados e hijos de los que usted es el tutor legal designado por el tribunal.
- Hijos de cualquier edad con discapacidad física o mental que son incapaces de mantenerse por sí mismos. Podría solicitarse una constancia de discapacidad.

Si su hijo deja de ser elegible para la cobertura (por ejemplo, al cumplir 26 años según el plan médico), debe notificarlo a Recursos Humanos en Benefits@tempopartners.com



Inscripción abierta para 2026

INSCRIPCIÓN INICIAL

Cuando se una a Tempo, Inc. por primera vez, tiene 30 días para inscribirse usted y a sus dependientes para recibir beneficios. Si se inscribe a tiempo, la cobertura comienza el primer día del mes siguiente a los 30 días de servicio continuo. Si no se inscribe dentro de los 30 días posteriores a ser elegible, se le inscribirá automáticamente en los beneficios patrocinados por la compañía, como el seguro básico de vida y el seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D), y el Programa de asistencia al empleado (EAP), pero tendrá que esperar hasta la siguiente inscripción abierta anual para inscribirse en otros beneficios y realizar cambios en la cobertura.

INSCRIPCIÓN ABIERTA ANUAL

La inscripción abierta para el año del plan del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026 tendrá lugar del 17 al 24 de noviembre de 2025. **Debe registrarse en línea en Paycom iniciando sesión en www.paycomonline.net/v4/ee/web.php/app/login.** Necesitará su nombre de usuario, contraseña y los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social. Una vez que haya iniciado sesión, seleccione la opción "Inscribirse ahora" en "Mis beneficios" y luego seleccione "Iniciar inscripción". Se le orientará paso a paso para efectuar la selección de sus beneficios. Asegúrese de revisar y verificar su información personal. Una vez que haya completado los pasos para la inscripción, asegúrese de finalizar el proceso haciendo clic en "Firmar y enviar" e imprimiendo su comprobante de confirmación. Comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos en Benefits@tempopartners.com si tiene alguna pregunta sobre el sistema Paycom.

INSCRIPCIÓN DE NUEVOS CONTRATADOS

Si es un nuevo socio de Tempo, Inc., podrá inscribirse en los beneficios a través del autoservicio para empleados de Paycom después de su fecha de contratación. Los beneficios entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente a los 30 días de empleo. Para inscribirse, diríjase a www.paycomonline.net/v4/ee/web.php/app/login e ingrese su nombre de usuario, contraseña y los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social. Seleccione "Inscribirse ahora" en "Mis beneficios" y luego seleccione "Iniciar inscripción". Se le orientará paso a paso para efectuar la selección de sus beneficios. Asegúrese de revisar y verificar su información personal. Una vez que haya completado los pasos para la inscripción, asegúrese de finalizar el proceso haciendo clic en "Firmar y enviar" e imprimiendo su comprobante de confirmación. Póngase en contacto con RR. HH. en Benefits@tempopartners.com si tiene alguna pregunta sobre el sistema Paycom.



REALIZAR CAMBIOS EN LA COBERTURA

Una vez que realice sus elecciones de beneficios, estas opciones permanecen vigentes hasta el próximo período anual de inscripción abierta, a menos que experimente un cambio de estado admitido o que usted o sus dependientes elegibles se vuelvan elegibles para la cobertura a través de reglas de inscripción especiales.

Si tuviera un cambio de estado admitido o algún otro evento admisible, podrá realizar ciertos cambios durante el año de plan. Sin embargo, debe realizar el cambio de inscripción dentro de los 31 días posteriores al evento, o dentro de los 60 días posteriores al nacimiento o colocación para adopción de su hijo dependiente, comunicándose con Recursos Humanos. Si no se inscribe antes de esta fecha límite, tendrá que esperar hasta la siguiente inscripción abierta para realizar nuevas elecciones.

Los cambios de estado admitidos incluyen, entre otros:

- Cambio en el número de dependientes elegibles debido a nacimiento, adopción, colocación para adopción o muerte
- Adquisición o pérdida del estado de dependiente (por ejemplo, su hijo alcanza la edad límite para ser elegible)
- Cambio en el estado civil legal, incluyendo matrimonio, divorcio o fallecimiento del cónyuge
- Cambio de residencia o lugar de trabajo que modifique su elegibilidad o la de sus dependientes para la cobertura
- Cambio en la situación laboral, como el inicio o la finalización de un empleo, ya sea suyo, de su cónyuge o de sus hijos
- Fin del período máximo de cobertura COBRA

Para conocer una lista más completa de los cambios de estado admitidos, consulte la Descripción resumida del plan.

REGLAS DE INSCRIPCIÓN ESPECIALES

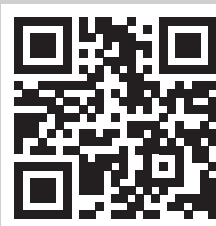
Si decide no inscribirse usted ni a sus dependientes (incluido su cónyuge) porque ya cuenta con otra cobertura, es posible que pueda inscribirse usted y a sus dependientes en una fecha posterior si:

- Usted o sus dependientes pierden la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños ("CHIP") como resultado de una pérdida de elegibilidad para dicha cobertura, o
- Si usted o sus dependientes se vuelven elegibles para recibir un subsidio de asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o CHIP.-

Debe inscribirse en un plazo de 60 días a partir de los eventos admitidos que se muestran en las "Reglas de Inscripción Especiales" anteriores.

Si su dependiente también tuviera otra cobertura médica y la perdiera en las situaciones indicadas anteriormente, podrá agregarlo a su cobertura. Sin embargo, usted no podrá agregarse a esta cobertura ni agregar a sus dependientes, si la otra cobertura fue terminada "con causa" (incluyendo por falta de pago puntual de las primas correspondientes).

Si experimenta un evento de inscripción especial y desea inscribirse en una cobertura médica, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos en Benefits@tempopartners.com.



Escanee este código para comenzar y registrarse y/o iniciar sesión en su cuenta en www.paycomonline.net/v4/ee/web.php/app/login.



Elección de un plan médico

Todas las opciones médicas de Tempo, Inc. ofrecen cobertura para los mismos tipos de gastos, como visitas al consultorio médico, atención preventiva, medicamentos con receta y hospitalización. Usted escoge la opción que sea la más apropiada para usted y su familia en base a sus necesidades y a lo que quiera pagar por la cobertura.

Respecto a la cobertura médica, Tempo, Inc. le ofrece estas opciones a través de **UMR**:

- **Plan 1** – Plan compatible con HSA
- **Plan 2** – Plan PPO de copago

ORGANIZACIONES DE PROVEEDORES EXCLUSIVOS (EPO)

El plan EPO solo ofrece beneficios dentro de la red a través de la red Choice Plus de UnitedHealthcare. Cuando necesite atención médica, solo los proveedores dentro de la red estarán cubiertos por su plan médico. Si elige recibir atención de un proveedor fuera de la red, usted será responsable del 100% del costo.

Todos los proveedores de la red Plus Choice de United Healthcare cambian con frecuencia. Para saber si su médico participa en la red, vaya a www.umar.com y haga clic en Buscar médico, laboratorio o centro.

Comparación de seguros médicos

	Plan compatible con HSA		Plan PPO de copago	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible individual	\$3500	Beneficios fuera de la red ofrecidos en ciertos estados	\$2000	Beneficios fuera de la red ofrecidos en ciertos estados
Deducible familiar	\$7000		\$4000	
OOPM individual	\$4500		\$7150	
OOPM familiar	\$9000		\$14300	
Máximo de por vida	Ilimitado		Ilimitado	
USTED PAGA			USTED PAGA	
Atención preventiva	\$0	Beneficios fuera de la red ofrecidos en ciertos estados	\$0	Beneficios fuera de la red ofrecidos en ciertos estados
Médico de atención primaria	0% después del deducible		\$15 de copago \$0 < 19 años	
Especialista (Proveedor designado/no designado)	0% después del deducible		\$50 / \$100 de copago	
Servicios de diagnóstico, radiografía y laboratorio	\$0		20% después del deducible	
Atención de urgencia	0% después del deducible		\$25 de copago	
Sala de emergencias	0% después del deducible		\$300 de copago + 20% después del deducible	
Atención hospitalaria	0% después del deducible		20% después del deducible	
Cirugía ambulatoria	0% después del deducible		20% después del deducible	

Cobertura de medicamentos con receta

Si se inscribe en uno de los planes médicos de Tempo, Inc., recibirá automáticamente cobertura de medicamentos con receta a través de **TrueRx**. Cuando necesite medicamentos con receta, puede comprarlos a través de una farmacia minorista local o, para medicamentos que toma de manera continua, a través del programa de pedidos por correo.

PROGRAMA DE MEDICAMENTOS CON RECETA EN FARMACIA MINORISTA

El programa de medicamentos con receta en farmacia minorista utiliza una red de farmacias participantes. Para recibir el máximo de beneficios, debe acudir a una farmacia participante. Las recetas que se surten en farmacias no participantes no están cubiertas. Puede encontrar una lista de farmacias participantes en www.truerx.com.

PROGRAMA DE PEDIDOS POR CORREO

El programa de pedidos por correo ofrece una forma cómoda y económica de surtir las recetas de medicamentos que toma regularmente (medicamentos de mantenimiento). Cuando utiliza el programa de pedidos por correo, recibe un suministro de medicamentos para tres meses al costo de un suministro para dos meses y medio. Sus medicamentos se envían directamente a su casa. Para solicitar medicamentos con receta a través del programa de pedidos por correo, puede dirigirse al sitio web www.truerx.com/member y gestionar sus pedidos desde allí o pídale a su médico que llame al 866.921.4047.

PROGRAMA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE ESPECIALIDAD

Los medicamentos de especialidad son costosos y pueden utilizarse para tratar afecciones raras o complejas. Si toma un medicamento de especialidad, le recomendamos que utilice la asistencia personalizada, diseñada para ayudarlo a aprovechar al máximo su plan de tratamiento. Una vez inscrito, accederá a asistencia personalizada e individualizada por parte de farmacéuticos y enfermeros especialmente capacitados en su afección, como parte de los Programas de Manejo Clínico para ciertas afecciones especializadas. Ellos realizarán un seguimiento de su progreso, le ayudarán a mantener su tratamiento y responderán a sus preguntas. Visite www.truerx.com para obtener más información.

Nivel de medicamento	Plan compatible con HSA	Plan PPO de copago
Solo dentro de la red		
Medicamentos con receta en farmacia minorista (suministro de hasta 31 días)		
Deducible	Servicios médicos y farmacéuticos combinados	N/C
Nivel 1 (\$) genéricos y algunas marcas; el costo más bajo	*\$10 de copago	\$20 de copago
Nivel 2 (\$\$) medicamentos de marca preferida; costo de gama media	*\$35 de copago	\$40 de copago
Nivel 3 (\$\$\$) principalmente medicamentos de marca; el costo más alto	*\$60 de copago	\$75 de copago
Medicamentos con receta de pedidos por correo (suministro para hasta 90 días)		
Nivel 1 (\$) genéricos y algunas marcas; el costo más bajo	*\$25 de copago	\$50 de copago
Nivel 2 (\$\$) medicamentos de marca preferida; costo de gama media	*\$87.50 de copago	\$100 de copago
Nivel 3 (\$\$\$) principalmente medicamentos de marca; el costo más alto	*\$150 de copago	\$187.50 de copago

* Plan HSA: los copagos de medicamentos con receta se aplicarán una vez alcanzado el deducible.

SHARx: asistencia en medicamentos con receta de alto costo

QUÉ ES:

SHARx ayuda a los empleados inscritos en el plan médico a acceder a medicamentos de alto costo, a menudo a un costo mínimo o nulo. Tempo, Inc. cubre el costo total del programa SHARx para usted y su familia.

QUIÉN ES ELEGIBLE:

Empleados y dependientes inscritos en un plan médico de Tempo, Inc. que toman medicamentos que cuestan \$350 o más al mes (por ejemplo: insulina, Humira, Eliquis o Xarelto).

PLAZOS:

La configuración tarda entre 2 y 4 semanas, dependiendo de la rapidez con que responda su proveedor. Responda con prontitud a cualquier solicitud de información para evitar retrasos.

¿QUÉ PASA SI NO ME INSCRIBO?

Los medicamentos de alto costo que se pueden obtener a través de SHARx no estarán cubiertos por el beneficio farmacéutico regular.

CÓMO FUNCIONA



Si le recetan un medicamento de alto costo, recibirá un correo electrónico de bienvenida de SHARx con instrucciones.



Haga clic en el enlace del correo electrónico para configurar su cuenta SHARx y completar su solicitud de defensa.



Un coordinador de atención al paciente de SHARx trabajará directamente con usted y su médico para ayudarle a solicitar programas de asistencia al paciente y asegurar sus medicamentos.



La mayoría de las recetas son gratuitas a través de SHARx; algunas pueden requerir un pequeño copago.

¿NECESITA AYUDA?

Llame a SHARx al 314-451-3555, opción 1
Correo electrónico sharx@sharxplan.com
Portal para miembros de SHARx: app.
sharxplan.com

Visite www.sharxplan.com para obtener más detalles y una lista de los medicamentos elegibles.



Bienestar

En Tempo, Inc., nos tomamos muy en serio la gestión de la salud y el bienestar. Por eso, este año continuaremos ofreciendo un Programa de Bienestar a nuestros socios. El programa de bienestar está diseñado para ayudar a cada socio de Tempo, Inc., si está inscrito en el plan médico, a identificar cualquier riesgo personal a la salud a través de una evaluación biométrica gratuita. Una buena salud es beneficiosa para cada uno de nosotros en lo personal, y también es buena para nuestro negocio. ¡Con la participación de ustedes y sus familias, creemos que lograremos mejorar la vida de nuestros socios!

Asegúrese de completar su examen biométrico o chequeo anual y la prueba de detección de cáncer apropiada para su edad en 2026. Su participación ayudará a reducir lo que paga por el seguro médico en 2027. Además de ser lo mejor para su salud, también es lo mejor para la salud de su bolsillo.

¡ACTÚE! Para obtener el descuento de prima por bienestar para el año del plan 2027, todos los empleados elegibles del plan médico deben completar su examen biométrico o chequeo anual y la prueba de detección de cáncer apropiada para su edad en 2026.

A partir del primer periodo de pago en enero de 2026, los socios que no hayan cumplido todos los requisitos de bienestar en 2025 pagarán primas más altas que aquellos que sí lo hayan hecho.

DEDUCCIONES SEMANALES DEL EMPLEADO PARA EL PLAN MÉDICO 2026

Primas médicas semanales	Plan compatible con HSA (tarifas de bienestar)	Plan compatible con HSA (tarifas sin descuento por bienestar)
Solo empleado	\$23.43	\$46.50
Empleado + cónyuge	\$70.87	\$93.94
Empleado + hijos	\$64.47	\$87.55
Empleado + familia	\$99.06	\$122.14

Primas médicas semanales	Plan PPO de copago (tarifas de bienestar)	Plan PPO de copago (tarifas sin descuento por bienestar)
Solo empleado	\$49.00	\$72.08
Empleado + cónyuge	\$125.86	\$148.94
Empleado + hijos	\$115.63	\$138.70
Empleado + familia	\$174.52	\$197.59

¡Comience hoy su camino hacia el bienestar!

¿Busca mantener un estilo de vida saludable? Gestione su salud y bienestar con confianza. Participe en nuestro programa gratuito e integral de bienestar para empleados y genere un impacto duradero. Alinee sus objetivos, manténgase motivado, celebre sus éxitos y redefina lo que significan para usted la salud y el bienestar.



- Inicie sesión en marqueewell.com o escanee el código QR para descargar la aplicación MyWellPortal.
- Seleccione "Registrarse para obtener una nueva cuenta", e ingrese el código de la compañía "Tempo, Inc." para crear un perfil personal.

PROGRAMA DE BIENESTAR

¿Busca mantener un estilo de vida saludable? Gestione su salud y bienestar con confianza. Participe en nuestro programa gratuito e integral de bienestar para empleados y genere un impacto duradero. Alinee sus objetivos, manténgase motivado, celebre sus logros y redefina lo que la salud y el bienestar significan para usted.

¡Recursos a su alcance para equilibrar el trabajo y el bienestar!



Portal de bienestar y aplicación móvil: tecnología al alcance de la mano



Acceso ilimitado a asesores de salud: expertos que responden a sus preguntas y le ayudan a alcanzar sus objetivos



Blog de Wellbeing Place: publicaciones semanales centradas en temas actuales de salud y bienestar



Videos de bienestar a pedido: aprenda a cocinar, meditar o hacer ejercicio cuando le resulte más conveniente



Evaluaciones personales de salud: cuestionarios para ayudar a identificar áreas de riesgo para la salud



Retos de bienestar: oportunidades para competir con sus compañeros de trabajo en objetivos de bienestar



Seminarios web mensuales: infórmese sobre cómo tomar las mejores decisiones para su bienestar

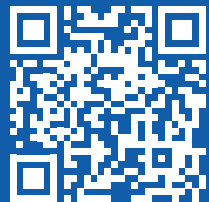


Descuentos en membresías del gimnasio: acceso a descuentos en gimnasios de todo el país



¿Cómo empiezo?

1. Inicie sesión en marqueewell.com o escanee el código QR para descargar la aplicación MyWellPortal.
2. Seleccione “Registrarse para obtener una nueva cuenta” e ingrese el código de la compañía “tempo” para crear un perfil personal.



RECURSOS HEALTH PRO - ALIGHT

Con Health Pro Connection y Health Pro, tiene las herramientas para satisfacer sus necesidades de atención médica, mientras maximiza sus beneficios.

Inicie sesión en su cuenta personalizada de Health Pro Connection para:

- Ver información sobre la cobertura de su plan médico
- Elegir profesionales médicos, dentales y de visión de primer nivel dentro de la red
- Comparar costos y tomar decisiones informadas sobre su atención médica
- Comunicarse con su Health Pro y ver el estado de sus solicitudes actuales

Conéctese con su Health Pro para:

- Averiguar qué medicamentos de menor costo están disponibles
- Programar citas médicas que se ajusten a su horario
- Confirmar que la cobertura de beneficios se aplicó correctamente y obtener ayuda para resolver problemas de facturación
- Conectarse con otros beneficios que ofrece su empleador



Escanee este código para comenzar y registrarse y/o iniciar sesión en su cuenta en alight.com.

O

Llame al: 800.513.1667

TRATAMIENTO ORTOPÉDICO NO QUIRÚRGICO - REGENEXX

Tempo se asocia con Regenexx para ofrecer una alternativa a la cirugía para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas. Cubiertos como beneficio dentro de la red en ambos planes médicos de Tempo, los procedimientos Regenexx utilizan las propias células madre y plaquetas del cuerpo para tratar lesiones en huesos, cartílagos, músculos, tendones y ligamentos, eliminando la necesidad de hasta el 70% de las cirugías ortopédicas electivas.

Se trata de procedimientos ambulatorios que se realizan el mismo día, son mínimamente invasivos, requieren menos tiempo de recuperación y reducen la necesidad de cuidados posteriores y analgésicos. En caso de lesión o dolor crónico, un médico de Regenexx realizará una evaluación completa y un plan de tratamiento personalizado.



Telesalud

Si algo le preocupa, sea importante o no, hablar con un experto puede ayudarle. Nuestros terapeutas con licencia están disponibles los siete días de la semana. Elija a su terapeuta, escoja un horario que le resulte conveniente y luego hable con él desde la privacidad de su hogar o desde cualquier lugar donde se sienta cómodo.

A través de teladoc.com o la aplicación Teladoc, puede optar por conectarse de forma remota con un médico de atención primaria (PCP) virtual. Programe una cita 24/7. Consulte a un PCP virtual para recibir atención preventiva, visitas de seguimiento y chequeos de afecciones crónicas (como asma y diabetes).

Los médicos pueden diagnosticar y tratar una amplia gama de afecciones que no son de emergencia, entre ellas:

	BIENESTAR FÍSICO	BIENESTAR MENTAL
Síntomas tratados	• Alergias • Resfriado o gripe • Fiebre • Afecciones menores de la piel • Náusea • Infecciones sinusales • Dolor de estómago • Infección urinaria • Y más	• Ansiedad • Depresión • Preocupaciones de la crianza de los hijos • Problemas de relación • Abuso de sustancias • Trauma y TEPT
Elegibilidad	• Empleados y dependientes inscritos en un plan médico	• Empleados y dependientes mayores de 10 años inscritos en un plan médico
Costo: plan PPO de copago	• PPO: \$0	• Psiquiatra: \$0 • Terapeuta: \$0
Costo: plan compatible con HSA	• HDHP 3500: \$0 • PPO 1500: \$0	La tarifa variará en función del servicio prestado

Cómo funciona:

- Descargue la aplicación, conéctese en línea o llámenos para configurar su cuenta o iniciar sesión
- Complete o actualice un breve historial médico
- Solicite una visita y hable con un médico en minutos

Para obtener más información, visite: www.teladoc.com.

Dental – Plan PPO

Los planes dentales de Tempo, Inc. son administrados a través de MetLife y le brindan a usted y a su familia cobertura para gastos dentales típicos, como limpiezas, radiografías, empastes y ortodoncia para hijos de hasta 19 años.

No necesitará una tarjeta de identificación dental para recibir servicios dentales. Cuando visite al dentista, proporcione su número de Seguro Social y el número de grupo de MetLife.

BENEFICIOS DEL PLAN PPO

El plan dental PPO le da la libertad de visitar a cualquier dentista, sin necesidad de derivaciones, para todas sus necesidades de atención dental. Si recibe atención de uno de los dentistas preferidos de MetLife, pagará menos por su atención.

Si elige un dentista no preferido, su parte de los costos generalmente será mayor y es posible que deba presentar sus propias solicitudes de reembolso. Visita www.metlife.com y selecciona tu red “PDP Plus” para encontrar un dentista.

PDP Plus Característica del plan	Plan Premium (PPO)
Individual/Familia	\$50/\$150
Máximo de beneficio anual (por persona por año calendario, servicios no ortodóncicos)	\$2250
Beneficio anual de ortodoncia (por hijo de por vida)	\$1000
Servicios preventivos (exámenes, limpiezas rutinarias, tratamientos con flúor, selladores, mantenedores de espacio)	Sin cargo Deducible exento
¡Recuerde aprovechar sus limpiezas GRATUITAS dos veces al año! (solo proveedores dentro de la red)	
Servicios básicos (radiografías, extracciones, empastes, periodoncia)	Usted paga el 20% después del deducible
Servicios mayores (coronas, incrustaciones, recubrimientos, puentes, prótesis dentales)	Usted paga el 50% después del deducible
Fuera de la red	Cargo máximo permitido (MAC)

DEDUCCIONES SEMANALES DEL EMPLEADO	
Solo empleado	\$2.68
Empleado + cónyuge	\$5.70
Empleado + hijos	\$6.56
Empleado + familia	\$10.31

Dental - Plan HMO

El plan dental HMO le permite recibir tratamiento conforme a una lista de tarifas establecidas. El plan dental HMO no ofrece beneficios fuera de la red, sin embargo, pagará una prima más baja. Vaya a www.metlife.com e ingrese el código de su plan DHMO: MET290.

MET 290 Característica del plan	DHMO de MetLife
Visita a consultorio	\$5 de copago
Exámenes	\$0 de copago
Limpiezas	\$0 de copago
Tratamientos con flúor	\$0 de copago
Radiografías de mordida	\$0 de copago
Radiografías panorámicas	\$0 de copago
Selladores - No molares - Por diente	\$0 de copago
Empastes - Amalgama - Una superficie - Primario	\$12 de copago
Coronas - Porcelana con metal	\$290 de copago
Prótesis dentales - Completo (Maxilar o Mandibular)	\$440 de copago
Tratamiento de ortodoncia integral - hijo y adulto	\$2095 de copago

DEDUCCIONES SEMANALES DEL EMPLEADO	
Solo empleado	\$1.40
Empleado + cónyuge	\$2.44
Empleado + hijos	\$3.51
Empleado + familia	\$4.92



Plan de visión

El plan de visión de Tempo, Inc. promueve la atención preventiva a través de exámenes oculares regulares y brinda cobertura para materiales correctivos, como anteojos y lentes de contacto. El plan de visión se administra a través de MetLife.

Si se inscribe en cobertura de visión, puede acudir a cualquier proveedor de atención de visión que elija para recibir atención. Sin embargo, si elige proveedores que forman parte de la red MetLife, recibirá un descuento en los servicios. Para encontrar un proveedor de la red (Superior Vision Network), vaya a www.metlife.com. No necesitará una tarjeta de identificación de visión para recibir servicios para la visión. Cuando visite al optometrista, proporcione su número de Seguro Social y el número de grupo de MetLife.

El plan de visión está diseñado para cubrir las necesidades de atención ocular visualmente necesarias. Si elige determinados accesorios cosméticos o electivos deberá pagar más, por ello, asegúrese de consultarle a su médico de visión qué artículos están cubiertos por el plan antes de comprar materiales.

Característica del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen (una vez cada 12 meses)	\$10 de copago	Hasta \$45
Examen de lentes de contacto (ajuste y evaluación)	\$25 de copago	Ver a continuación
Materiales (una vez cada 12 meses) - Monofocales - Bifocales - con línea divisoria - Trifocales - con línea divisoria - Lenticular	\$25 de copago	Hasta \$30 Hasta \$50 Hasta \$65 Hasta \$100
Monturas (una vez cada 24 meses)	\$130 de asignación del plan, luego 20% de descuento sobre el saldo restante	Hasta \$70
Lentes de contacto (electivos – en lugar de anteojos) (una vez cada 12 meses)	Hasta \$130 de asignación	Hasta \$130

DEDUCCIONES SEMANALES DEL EMPLEADO

Solo empleado	\$1.40
Empleado + cónyuge	\$2.81
Empleado + hijos	\$3.35
Empleado + familia	\$5,12

CUENTAS DE FINANCIACIÓN

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)

Una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) es una cuenta en la que usted y Tempo, Inc. pueden depositar dinero para ahorrar para futuros gastos médicos. Depositar dinero en esta cuenta ofrece ciertas ventajas, entre ellas un tratamiento fiscal favorable. Inicie sesión en www.hsabank.com para registrarse y configurar su cuenta HSA Bank en línea.

Cualquier adulto puede aportar a una HSA si:

- Cuenta con cobertura bajo un plan médico con deducible alto admitido
- No tiene otra cobertura médica de primer dólar (se permiten otros tipos de seguros como seguros específicos contra lesiones o accidentes, de discapacidad, atención dental, atención de visión o cuidados a largo plazo)
- No está inscrito en Medicare
- No puede figurar como dependiente en la declaración jurada de impuestos de otra persona

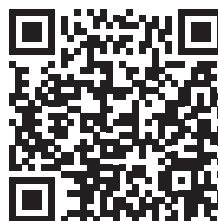
Puede utilizar el dinero de la cuenta para pagar cualquier "gasto médico admitido" permitido por la ley tributaria federal. Esto incluye la mayoría de los servicios y atención médica, así como la atención dental y de visión. Puede utilizar el dinero de la cuenta para pagar los gastos médicos suyos, de su cónyuge y/o de sus hijos dependientes.

Tempo, Inc. adelantará su aporte anual a la HSA. Los empleados verán el aporte anual total de Tempo, Inc. a la HSA en el primer pago de nómina de 2026. Si es un empleado nuevo, el aporte de Tempo, Inc. se prorrateará en función de la fecha de su inscripción al plan.

Solo empleado: \$60.00/mes = \$720 anuales

Empleado + cónyuge/hijo(s): \$70.00/mes = \$840 anuales

Empleado + familia: \$80.00/mes = \$960 anuales



HSA BANK MÓVIL

Visite hsabank.com o escanee este código para maximizar su dinero para atención médica con HSA Bank.

Cualquier monto utilizado para fines distintos al pago de "gastos médicos admitidos" está sujeto a impuestos como ingreso y sujeto a un recargo adicional del 20%. Algunos ejemplos:

- "Gastos médicos no admitidos" según la legislación fiscal federal (por ejemplo, cirugía estética)
- Otros tipos de seguro médico, a menos que se especifiquen anteriormente
- Primas de seguro complementario de Medicare
- Gastos que no están relacionados con la salud

Después de cumplir 65 años, el recargo del 20% ya no se aplica. Si queda discapacitado y/o se inscribe en Medicare, la cuenta podrá utilizarse para otros fines sin pagar el recargo adicional del 20%. **Puede aportar el monto máximo anual determinado por el IRS, independientemente del deducible de su plan. El máximo para 2026 es de \$4400 para cobertura individual y \$8750 para familias. Si tiene más de 55 años, puede aportar \$1000 adicionales a su HSA.**

- Cualquier persona puede aportar a su HSA
- La Compañía determina cada año un aporte discrecional antes de impuestos a su HSA
- Todas las deducciones de nómina realizadas a través de la Sección 125 para su HSA se calculan antes de impuestos

Cuenta de gastos flexibles (FSA)

ATENCIÓN MÉDICA

Si se inscribe en la cobertura del Plan médico PPO de copago de Tempo, Inc., tiene la oportunidad de pagar gastos de bolsillo médicos, dentales y de visión con dinero antes de impuestos a través de una Cuenta de gastos flexibles para atención médica (FSA). Debe inscribirse en el plan durante el período de inscripción anual para poder participar en el año del plan comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2026. Este plan es administrado por Employee Benefits Corporation (EBC).

Una FSA para atención médica se utiliza para reembolsar los gastos médicos de bolsillo incurridos por usted y/o sus dependientes. Los aportes a su FSA se deducen de su nómina antes de calcular los impuestos, lo que significa que no pagará impuestos federales, estatales o locales sobre la renta, ni impuestos del Seguro Social sobre la parte de su sueldo que aporte a su FSA. Debe planificar cuidadosamente y aportar únicamente la cantidad de dinero que espera pagar de su bolsillo por gastos de atención médica elegibles durante el año del plan. Si no utiliza todo el dinero aportado a su FSA antes del 31 de diciembre del año del plan, perderá esos aportes excedentes.

Lo máximo que puede aportar a la FSA para atención médica en 2026 es \$3400.

ATENCIÓN DE DEPENDIENTES

Como empleado de Tempo, Inc., tiene la oportunidad de reservar dinero de su salario antes de impuestos para pagar gastos de guardería de sus hijos dependientes u otros dependientes elegibles sin pagar impuestos. Usted (y su cónyuge, si está casado) debe estar trabajando o ser estudiantes a tiempo completo para poder optar a este tipo de FSA.

Debe inscribirse en el plan durante el período de inscripción anual para poder participar en el año del plan comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2026. Este plan es administrado por Employee Benefits Corporation (EBC).

Lo máximo que puede aportar a la FSA para atención de dependientes en 2026 es \$7500 por familia.

Al igual que con la FSA para atención médica, debe planificar cuidadosamente y solo aportar la cantidad de dinero que espera pagar por gastos elegibles para atención de dependientes durante el año del plan. Si no utiliza todo el dinero aportado a FSA para atención de dependientes antes del 31 de diciembre, perderá esos aportes excedentes. Los gastos elegibles para el uso del dinero ahorrado en una FSA para atención de dependientes son:

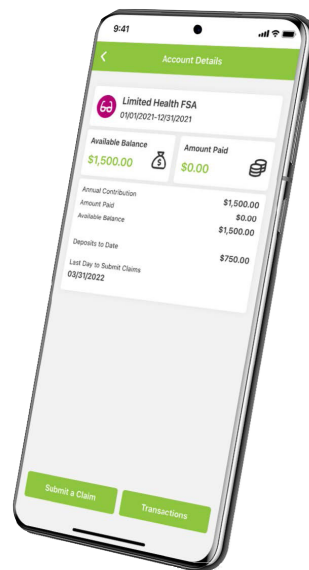
- Cuidado para un hijo dependiente menor de 13 años
- Gastos de guardería, jardín de infancia y preescolar
- Cuidado antes y después de la escuela
- Gastos de niñeras
- Campamento de verano
- Cuidado de una persona dependiente de 13 años o más, física o mentalmente incapaz de cuidarse por sí mismo y que viva en su hogar.

APLICACIÓN MÓVIL DE EMPLOYEE BENEFITS CORPORATION (EBC)

Descargue la aplicación móvil de EBC desde la App Store o Google Play para gestionar fácilmente su cuenta de gastos flexibles y otros beneficios administrados por EBC. Con acceso 24/7, usted puede:

- Consultar saldos e historial de transacciones
- Presentar reclamos y realizar seguimiento de reembolsos
- Gestionar su tarjeta de beneficios
- Obtener actualizaciones y soporte en tiempo real

Visite www.ebcflex.com o llame al 800.346.2126 para obtener más información.



Seguro de vida y AD&D

Tempo, Inc. ofrece cobertura de seguro de vida para brindar protección financiera en caso de que usted o sus dependientes fallezcan mientras usted aún está trabajando. Tempo, Inc. también ofrece un seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) para usted y su familia para ayudar con los gastos en caso de que usted o un dependiente cubierto fallezca o resulte herido como resultado de un accidente. Estas coberturas se administran a través de **Mutual of Omaha**.

SEGURO BÁSICO DE VIDA Y AD&D

Tempo, Inc. proporciona automáticamente un seguro básico de vida para todos los empleados elegibles **sin costo alguno**. El seguro básico de vida equivale a un monto fijo de \$25,000. El beneficio se paga a sus beneficiarios en caso de su fallecimiento. El beneficio de AD&D se paga si su muerte es consecuencia de una lesión accidental.

SEGURO OPCIONAL DE VIDA Y AD&D

Además del seguro básico de vida y AD&D, también puede adquirir un seguro opcional de vida y AD&D para usted, su cónyuge y sus hijos dependientes **(solo si se inscribe en una cobertura para usted mismo)**. **Usted paga el costo** del seguro opcional de vida y AD&D a través de deducciones de nómina después de impuestos. **Tenga en cuenta que todos los aumentos futuros para cónyuges estarán sujetos a una Prueba de Asegurabilidad (EOI) y deberán ser aprobados por Mutual of Omaha antes de que la cobertura sea efectiva.**

Cobertura opcional de vida	Incremento	Máximo de cobertura disponible	Monto de emisión garantizada
Empleado	\$10,000	5 veces el salario hasta \$500,000	\$100,000
Cónyuge	\$5000	\$250,000 sin exceder el 100% del monto del empleado	\$25,000
Hijo(s)* 15 días de edad – 26 años de edad	\$2000	\$10,000	\$10,000



EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD

Los participantes tardíos deberán completar la Prueba de Asegurabilidad (EOI) y ser aprobados por Mutual of Omaha antes de que la cobertura sea efectiva. Se considera como participante tardío a cualquier persona que no se encuentre en su período de nueva contratación. Si actualmente se encuentra en su período de nueva contratación, también deberá proporcionar una prueba de asegurabilidad por montos que excedan los montos de emisión garantizada. Si usted o su cónyuge están actualmente inscritos en el plan opcional de vida y AD&D de Tempo, Inc., pueden aumentar su beneficio durante el período de inscripción abierta en un nivel de incremento hasta el monto de emisión garantizada sin necesidad de EOI.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Al inscribirse, deberá designar un beneficiario para los beneficios de seguro básico y opcional de vida y AD&D. Su "beneficiario" es la(s) persona(s) que recibirá(n) los beneficios de su cobertura de vida y AD&D en caso de que usted fallezca. Usted será siempre el beneficiario de cualquier seguro de vida y AD&D para dependiente que elija. **Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento del año a través de Paycom.**

LOS BENEFICIOS SE REDUCEN A LOS 65 AÑOS

Cuando usted o un dependiente cubierto cumpla 65 años, los beneficios del seguro básico y opcional de vida y AD&D se reducen. Para obtener más información, consulte el folleto del Seguro de vida grupal.

Edad	Los beneficios se reducen en
65 años	35%
70 años	50%

Tabla de tarifas del Seguro opcional de vida/AD&D
Las tarifas mensuales se calculan automáticamente en Paycom

Tarifas por cada \$1000	Seguro de vida para empleado	Seguro de vida para cónyuge
Menos de 25	\$0.11	\$0.10
25-29	\$0.11	\$0.10
30-34	\$0.11	\$0.10
35-39	\$0.13	\$0.11
40-44	\$0.18	\$0.16
45-49	\$0.27	\$0.23
50-54	\$0.44	\$0.37
55-59	\$0.71	\$0.60
60-64	\$1.11	\$1.03
65-69	\$2.10	\$1.95
70-74	\$4.29	\$3.97
75 a más	\$4.29	\$3.97
Tarifa del seguro AD&D	\$0.053	\$0.037
Tarifa de seguro de vida/AD&D para hijos	\$0.250/\$0.025	



Seguro por discapacidad

Tempo, Inc. le ofrece dos planes por discapacidad que funcionan conjuntamente para cubrir la totalidad o parte de su salario si no puede trabajar debido a una enfermedad, lesión o embarazo. Los beneficios por discapacidad se administran a través de **Mutual of Omaha**. La capacidad de obtener ingresos es algo que debe protegerse; las discapacidades ocurren, y con más frecuencia de lo que la mayoría piensa.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO PAGADA POR EL EMPLEADOR

Los beneficios por discapacidad a corto plazo (STD) son administrados a través de Mutual of Omaha y se proporcionan sin costo alguno para todos los socios elegibles de tiempo completo. Para presentar un reclamo por STD, llame a MOO al 800-877-5176.

Sus beneficios por STD comienzan el día 15 calendario de su discapacidad si no puede trabajar debido a una lesión o enfermedad.

- Su beneficio se paga al 60% de su salario base semanal hasta un pago máximo de \$1500 por semana
- Los beneficios podrán pagarse por un máximo de 11 semanas

DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO PAGADA POR EL EMPLEADOR

Tempo, Inc. ofrece y paga el 100% para que todos los socios elegibles tengan beneficios por discapacidad a largo plazo (LTD). Sus beneficios por LTD se abonarán mensualmente una vez que haya estado discapacitado por 90 días (cuando finalice su beneficio por STD).

- Su beneficio se paga al 60% de su salario base mensual hasta un pago máximo de \$6000/mes
- Los beneficios pueden continuar, en caso de discapacidad total, hasta la edad normal de jubilación del Seguro Social (SSNRA)
- El plan no cubrirá ninguna discapacidad causada por, o como resultado de una afección preexistente que existía 3 meses antes de la fecha de vigencia de su cobertura, si la discapacidad comienza dentro de los primeros 12 meses posteriores a la fecha de vigencia de la cobertura

Su beneficio mensual por LTD se reducirá por el Seguro Social y cualquier otro ingreso por discapacidad al que sea elegible para recibir (como la indemnización por accidente laboral).

Beneficios en el lugar de trabajo

Con los beneficios voluntarios en el lugar de trabajo, los beneficios se pagan directamente a usted, independientemente de cualquier otro seguro que pueda tener. El dinero puede utilizarse para ayudar a cubrir gastos médicos (copagos, deducibles, etc.), así como gastos no médicos. Estas pólizas de seguro son voluntarias y se financian al 100% mediante deducciones de nómina después de impuestos. Estas pólizas son renovables garantizadas y totalmente portátiles de por vida. Consulte sus resúmenes de beneficios para obtener más información sobre estos planes.

SEGURO CONTRA ACCIDENTES

El seguro contra accidentes de UnitedHealthcare cubre una amplia gama de lesiones y gastos relacionados con accidentes, como hospitalización, fisioterapia, cuidados intensivos hospitalarios, transporte y alojamiento, además de cobertura para lesiones, servicios y tratamientos médicos, muerte accidental y accidentes catastróficos que impliquen la pérdida de la vista, la audición, el habla, los brazos o las piernas. Estos beneficios están diseñados para ayudar a pagar costos de bolsillo que pueden no estar cubiertos por el seguro médico tradicional.

Algunos montos de los beneficios se detallan a continuación:

- Atención hospitalaria por accidente – Admisión: \$800
- Ambulancia aérea: \$1200
- Tratamiento en la sala de emergencias: \$100
- Conmoción cerebral: \$140
- Antebrazo cerrado: \$240
- Fractura cerrada del brazo: \$280
- Luxación cerrada de hombro: \$240

Consulte su contrato para conocer montos de beneficios adicionales.



INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

El plan de indemnización hospitalaria proporciona dinero en efectivo que puede utilizarse para ayudar a pagar los costos de una estadía hospitalaria y los relacionados con el tratamiento, el deducible de su plan médico y otros gastos de bolsillo. Cabe señalar que esto no incluye la observación.

- Admisión hospitalaria (1 día por año del plan): \$1000/día
- Hospitalización (hasta 364 días por año del plan): \$150/día
- Hospitalización en UCI (hasta 364 días por año calendario): \$150/día

ENFERMEDADES GRAVES

El seguro de enfermedades graves de UnitedHealthcare paga una suma global al diagnosticarse una enfermedad grave cubierta. Esto puede utilizarse para cubrir cualquier gasto necesario para proteger su calidad de vida mientras se encuentre en estado crítico.

Los beneficios estarán cubiertos al 100% o al 25%, dependiendo de la afección. Algunos ejemplos de afecciones cubiertas al 100% son un ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, fallo multiorgánico, cáncer invasivo, insuficiencia renal crónica, parálisis permanente, accidente cerebrovascular, coma, tumor cerebral benigno, ELA, Alzheimer avanzado, etc. Algunos ejemplos de afecciones cubiertas al 25% son el cáncer no invasivo y la enfermedad arterial coronaria. Las afecciones que afectan únicamente a los hijos están cubiertas al 25% del monto del empleado. Algunos ejemplos incluyen parálisis cerebral, labio/paladar hendido, fibrosis quística, síndrome de Down, etc. Consulte su contrato para conocer los montos de beneficios adicionales.

Se requiere evidencia de asegurabilidad si usted se incorpora tardíamente al plan de enfermedades graves, lo que significa que si se inscribe después de 31 días de ser elegible para los beneficios por primera vez, debe completar la EOI.

- Monto de la emisión garantizada para empleados: \$10,000
- Monto de la emisión garantizada para cónyuges: \$5000
- Monto de la emisión garantizada para hijos: \$2500

Prima mensual para el seguro contra accidentes	
Solo empleado	\$3.30
Empleado + cónyuge	\$4.90
Empleado + hijos	\$4.45
Empleado + familia	\$6.05

Prima semanal para el seguro de indemnización hospitalaria	
Solo empleado	\$2.60
Empleado + cónyuge	\$7.86
Empleado + hijos	\$6.26
Empleado + familia	\$12.36

Tarifas mensuales para el seguro de enfermedades graves	Empleado		Empleado + cónyuge		Empleado + hijo(s)		Empleado + familia	
	No tabaco	Tabaco	No tabaco	Tabaco	No tabaco	Tabaco	No tabaco	Tabaco
Menos de 25	\$2.40	\$2.60	\$3.75	\$4.00	\$2.95	\$3.15	\$4.30	\$4.55
25-29	\$3.40	\$3.90	\$5.30	\$5.95	\$3.95	\$4.45	\$5.85	\$6.50
30-34	\$4.50	\$5.40	\$7.00	\$8.20	\$5.05	\$5.95	\$7.55	\$8.75
35-39	\$6.40	\$8.30	\$9.75	\$12.40	\$6.95	\$8.85	\$10.30	\$12.95
40-44	\$9.90	\$15.30	\$15.05	\$21.95	\$10.45	\$15.85	\$15.60	\$22.50
45-49	\$16.80	\$29.40	\$24.35	\$40.05	\$17.35	\$29.95	\$24.90	\$40.60
50-54	\$24.70	\$44.30	\$35.50	\$61.95	\$25.25	\$44.85	\$36.05	\$62.50
55-59	\$36.80	\$69.50	\$51.05	\$94.35	\$37.35	\$70.05	\$51.60	\$94.90
60-64	\$59.10	\$118.10	\$77.55	\$151.50	\$59.65	\$118.65	\$78.10	\$152.05
65-69	\$81.90	\$173.10	\$108.40	\$223.20	\$82.45	\$173.65	\$108.95	\$223.75
70-74	\$54.10	\$110.95	\$73.63	\$147.40	\$54.65	\$111.50	\$74.18	\$147.95
75 a más	\$72.45	\$138.05	\$97.78	\$179.50	\$73.00	\$138.60	\$98.33	\$180.05

Programa de asistencia al empleado (EAP)

Disponible para todos los empleados, nuestro socio EAP, Mutual of Omaha, le ayuda a usted y a su familia a afrontar los desafíos de la vida con sesiones de consejería presenciales, telefónicas y por video, todo ello sin costo alguno para usted. También puede obtener referencias a servicios domésticos relacionados con el cuidado de niños y personas mayores, ayuda financiera y legal, y mucho más.

BIENESTAR MENTAL

Podrá recibir hasta tres sesiones de consejería por tema por año. Las sesiones son un servicio gratuito y confidencial y están disponibles por teléfono.

Los consejeros autorizados pueden ayudar con problemas como:



Problemas de salud mental



Dificultades emocionales



Abuso doméstico



Abuso de sustancias



Preocupaciones financieras



Duelo y pérdida



Apoyo para relaciones



Autoestima y desarrollo personal



Manejo del estrés



Equilibrio entre la vida laboral/personal

Cuando necesite apoyo para su bienestar emocional en el momento, los consejeros están aquí para ayudarle 24/7. Puede llamar al 1-800-316-2796.

ASISTENCIA AL EQUILIBRIO ENTRE LA VIDA LABORAL/PERSONAL

Mutual of Omaha también ofrece una amplia variedad de servicios de apoyo para el equilibrio entre la vida laboral y personal, algunos de ellos gratuitos. Algunos de los servicios incluyen:



Asistencia en la vida diaria: Recursos para el cuidado de niños, adultos mayores o mascotas y servicios domésticos



Asistencia legal: testamentos y planificación patrimonial, derecho de familia, civil, penal e inmobiliario



Servicios financieros: presupuesto, hipotecas, financiación universitaria y otros asuntos



Servicios de robo de identidad: resolución de fraudes y asesoramiento para la restauración de crédito

Visite el sitio web del Programa de asistencia al empleado para consultar artículos y recursos actualizados sobre una variedad de temas financieros, de bienestar, de comportamiento y de salud mental.

mutualofomaha.com/eap
o llámenos al 1-800-316-2796

Servicios de defensa de los beneficios

Como socio de Tempo, Inc., usted tiene acceso a un analista de beneficios de Holmes Murphy dedicado. Nancy Fuentes está disponible para usted y sus dependientes para ayudarles con sus preguntas relacionadas con los beneficios. Simplemente llame o envíe un correo electrónico y Nancy estará disponible para ayudarle. Si no tiene una respuesta inmediata, investigará el asunto y se comunicará con usted de manera oportuna sin que tenga que esperar en la línea. ¿Qué tan fácil es eso?

Algunas de estas preguntas pueden ser:

- ¿Cómo puedo pedir una nueva tarjeta de identificación?
- ¿Mi médico/dentista está dentro de la red o fuera de la red?
- ¿Cuál es mi deducible y qué significa "coseguro"?
- Recibí una factura de mi médico. ¿Se pagó correctamente mi reclamo?
- ¿Qué es una "EOB" y cómo se lee?
- Solo necesito que me limpien los dientes. ¿Cuál es mi copago?
- ¿Con qué frecuencia puedo conseguir nuevas gafas/lentes de contacto?
- Pagué mi medicamento con receta de mi bolsillo. ¿Dónde puedo encontrar un formulario de reclamo?
- No encuentro mi guía de inscripción en beneficios. ¿Puedo conseguir una nueva?



Su analista de beneficios dedicado

NANCY FUENTES
SRA. ANALISTA DE BENEFICIOS

DIRECTO: (214) 265-2298
LLAMADA GRATUITA: (800) 882-5949

DISPONIBLE DE LUNES A VIERNES
DE 8 A. M. A 5 P. M. HORA CENTRAL

AVISOS OBLIGATORIOS

Opciones de cobertura en el Mercado de Seguros de Salud y su cobertura de salud

PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL

Aunque le ofrezcan cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud (“Mercado”). Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros de Salud y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una “ventanilla única” para encontrar y comparar las opciones de seguro de salud privado en su zona geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro de salud en el Mercado?

Usted puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros gastos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece una cobertura que no es asequible para usted ni cumple con ciertos estándares de valor mínimo (mencionados a continuación). Los ahorros a los que usted es elegible dependen de los ingresos de su hogar. Asimismo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para ahorros de primas a través del Mercado?

Sí. Si usted tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que es asequible para usted y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, usted no será elegible para un crédito fiscal, o pago anticipado del crédito fiscal, para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud basado en el empleo. No obstante, puede resultar elegible para obtener un crédito fiscal, y pagos anticipados del crédito que disminuyan su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece ninguna cobertura o no le ofrece una cobertura que sea asequible para usted o que cumpla con ciertos estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes ofrecidos a través de su empleo es más del 9.12 %¹ de los ingresos anuales de su hogar, 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, usted puede ser elegible para obtener un crédito fiscal y el pago anticipado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los familiares del empleado, se considera que la cobertura es asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.^{1 2}

Nota: Si obtiene un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, es posible que pierda el acceso a los aportes del empleador a la cobertura basada en el empleo. Además, este aporte del empleador, así como el aporte de su empleado a la cobertura basada en el empleo, por lo general se excluye de los ingresos para fines de impuestos federales y estatales. Sus pagos para la cobertura a través del Mercado se hacen después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero igualmente usted acepta esa cobertura, no será elegible para obtener un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores para determinar si desea obtener un plan de salud a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de seguro de salud a través del Mercado?

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

Fuera del período anual de Inscripción Abierta, puede inscribirse en un seguro de salud si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida habilitantes, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Según el tipo de Período de Inscripción Especial, podrá inscribirse en un plan del Mercado 60 días antes o después del evento de vida habilitante.

También hay un Período de Inscripción Especial del Mercado para las personas y sus familias que perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia nacional de salud pública por COVID-19, las agencias estatales de Medicaid y CHIP en general no terminaron las inscripciones de los beneficiarios de Medicaid o CHIP que se inscribieron entre el 18 de marzo de 2020, y el 31 de marzo de 2023. Cuando las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanudaron las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, muchas personas que se habían inscrito antes del 31 de marzo de 2023 ya no eran elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos está **ofreciendo un período temporal de Inscripción Especial del Mercado para que estas personas puedan inscribirse 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 esté actualizada para recibir información sobre los cambios en su elegibilidad.

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

¿Qué alternativas hay a la cobertura de seguro de salud del Mercado?

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

Como alternativa, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento. Para esto debe completar una solicitud a través del Mercado o hacer la solicitud directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información acerca de la cobertura ofrecida a través de su empleo, consulte la descripción resumida del plan de salud o comuníquese con Human Resources at HR@tempopartners.com. El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, como la solicitud en línea para cobertura de seguro de salud y la información de contacto de un Mercado de Seguros de Salud en su área.

1. Indexado anualmente; consulte [irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf](https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf) para conocer los porcentajes correspondientes a 2023.
2. Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con el “estándar de valor mínimo” si la parte del plan de los costos totales de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 % de dichos costos. Para la elegibilidad para el crédito fiscal por primas, para cumplir con el “estándar de valor mínimo”, el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos.

Aviso de inscripción especial

Este aviso es para asegurarnos de que usted entiende su derecho a solicitar la cobertura de salud grupal. Debe leer este aviso aunque en este momento tenga pensado renunciar a la cobertura médica.

PÉRDIDA DE OTRA COBERTURA

Si rechaza una cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, usted y sus dependientes podrán inscribirse 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 la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes a la finalización de su otra cobertura o de sus dependientes (o siguientes a la fecha en que el empleador deje de realizar aportes 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 renuncia al empleo. Si usted notifica a su empleador dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que la cobertura finaliza, usted y sus dependientes elegibles pueden solicitar la cobertura de este Plan.

MATRIMONIO, NACIMIENTO O ADOPCIÓN

Si tiene un nuevo dependiente debido a un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una entrega en adopción, tal vez puedan inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes al matrimonio, nacimiento o entrega en adopción.

Ejemplo: Cuando lo contrataron, usted era soltero y optó por no elegir beneficios del seguro de salud. Un año después, se casa. Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en este Plan. Sin embargo, debe solicitarlo dentro de 30 días a partir de la fecha en que contrajo matrimonio.

MEDICAID O CHIP

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

Ejemplo: Cuando lo contrataron, sus hijos recibieron la cobertura de salud de CHIP y usted no los inscribió en este Plan. Como sus ingresos cambiaron, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura de CHIP. Usted puede inscribirlos en este Plan si lo solicita dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que perdió la cobertura de CHIP.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O SOLICITAR ASISTENCIA

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con: Human Resources at HR@tempopartners.com

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo la información médica acerca de usted puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede acceder a esta información. **Revíselo detenidamente.**

SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos:

- Obtener una copia de sus registros de salud y reclamos.
- Corregir sus registros de salud y reclamos.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

SUS PREFERENCIAS

Usted tiene algunas opciones en la manera en que usamos y compartimos la información cuando:

- Respondemos preguntas de su familia y amigos relacionadas con la cobertura.
- Asistimos en casos de desastres o catástrofes.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Podemos usar y compartir su información cuando:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe.
- Dirigimos nuestra organización.
- Pagamos por sus servicios de salud.
- Administramos su plan de salud.
- Ayudamos con cuestiones de salud pública y seguridad.
- Investigamos.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o el director de una funeraria.
- Abordamos la compensación laboral, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno.
- Respondemos a demandas y 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.

Obtener una copia de los registros de salud y reclamos

- Usted puede pedir ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos, así como otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le daremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pedirnos que corrijamos los registros de salud y reclamos

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y reclamos si cree que son incorrectos o incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir que “no” a su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de la casa o la oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos decir que “sí” si nos dice que está en peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos la información que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no utilicemos ni compartamos cierta información médica para los tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, por lo que podemos decir que “no” si aceptar su pedido afecta su atención.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información médica en los seis años anteriores a la fecha en que preguntó con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que nos haya pedido que hagamos). Le entregaremos un recuento al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad.

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque haya aceptado recibir el aviso en formato electrónico. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre.

- Si usted ha designado a una persona para actuar en su nombre y representación mediante un poder notarial para fines médicos o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta facultad y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos alguna medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos. Para esto, utilice la información de contacto que está en la página 1.
- Para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame al 1-877-696-6775, o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS PREFERENCIAS

Con respecto a cierta información médica, puede comunicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

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

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas relacionadas con el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de desastre o catástrofe.

Si no puede comunicarnos su preferencia, por ejemplo, porque está inconsciente, podremos seguir adelante y compartir su información si consideramos que es en su beneficio. También podremos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

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

- Fines comerciales
- Venta de su información

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo usamos o compartimos su información médica?

Normalmente, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe.

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

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

Dirigimos nuestra organización.

- Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No estamos autorizados a usar la información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidado a largo plazo.

Ejemplo: Usamos su información médica para mejorar los servicios que le ofrecemos.

Pagamos por sus servicios de salud.

Podemos usar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago de su intervención dental.

Administramos su plan

Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos contrata para ofrecer un plan de salud, y le proporcionamos ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Podemos o debemos compartir su información de otras maneras, por lo general de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas disposiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, consulte: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>

Ayudamos con cuestiones de salud pública y seguridad.

Podemos compartir su información médica en ciertas situaciones, como las siguientes:

- Para prevenir enfermedades.
- Para ayudar con retiros de productos.
- Para informar reacciones adversas a los medicamentos.
- Para denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Para prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona.

Investigamos.

Podemos usar o compartir su información para realizar investigaciones de salud.

Cumplimos con la ley.

Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando quiera controlar si estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

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

- Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información médica con médicos forenses o directores de funerarias cuando una persona fallece.

Abordamos la compensación laboral, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno.

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para los reclamos de compensación laboral.
- Para exigir el cumplimiento de la ley o con un funcionario del orden público.
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley.

- Para funciones gubernamentales específicas, como militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

Respondemos a demandas y acciones legales.

Podemos compartir su información médica en caso de orden judicial o administrativa, o en caso de 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 vulneración que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia de él.
- No usaremos ni compartiremos su información de maneras diferentes a las que se describen aquí, a menos que usted nos autorice por escrito a hacerlo. Si nos da su autorización, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para más información, consulte: 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 sobre usted. El nuevo aviso estará disponible cuando se solicite, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

- Jan 1, 2026
- Venture Metal + Contact/Office: Melissa Pierre-Louis
- 10848 Luna Road, Dallas, TX 75220
- 214-556-8846

Aviso importante de Tempo, Inc 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 tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Tempo Inc y sobre sus opciones dentro de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debería comparar su cobertura actual, incluyendo 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 puntos importantes que debe saber acerca de su cobertura actual y de 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 inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o en un Plan de Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura para 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. Tempo, Inc ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por el Tempo Group Health Plan es, en promedio para todos los participantes del plan, la que se espera que pague el mismo monto de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare estándar, y por lo tanto se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (un recargo) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare?

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para afiliarse a Medicare y todos los años desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos con receta sin mediar culpa de su parte, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (Special Enrollment Period, SEP) de dos (2) meses para inscribirse a un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Tempo, Inc will not se verá afectada.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Tempo Group Health Plan, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo tendrá que pagar una prima más alta (recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe tener en cuenta que si renuncia o pierde su cobertura actual con Tempo, Inc y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días posteriores al fin de su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (un recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare en otro momento.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar por lo menos en un 1 % de la prima básica mensual del beneficiario de Medicare por cada mes en que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19 % más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (un recargo) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, puede que tenga que esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse.

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

Comuníquese con la persona siguiente para obtener más información . **NOTA:** Recibirá este aviso todos los años. Además, lo recibirá antes del próximo período de inscripción en un plan de medicamentos de Medicare; también lo recibirá si se cambia esta cobertura a través de Tempo, Inc. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

En el manual “Medicare y Usted” encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Cada año, Medicare le enviará por correo una copia del manual. También podría ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

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

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

Si tiene ingresos y recursos limitados, se encuentra disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página web del Seguro Social www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba suministrar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditable o no y, por lo tanto, si se le exige o no que pague una prima más alta (un recargo).

Fecha: 1/1/2026

Nombre de la entidad/remitente: Tempo, Inc.

Contacto: puesto/oficina: Human Resources

Dirección: 911 Maryland Dr., Irving, TX 75061

Número de teléfono: 972-579-2015

Derechos de la cobertura de continuación de COBRA

INTRODUCCIÓN

Está recibiendo este aviso porque hace poco obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). El presente aviso incluye información importante acerca de su derecho a la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión provisoria de la cobertura en virtud del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando usted es 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 fue creado por una ley federal: la Ley de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros

miembros de su familia si la cobertura de salud del grupo se diera por terminada. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, debe revisar el Resumen de la Descripción del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que disponga de otras opciones al perder la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para contratar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al contratar una cobertura a través del Mercado, usted podría calificar para costos más bajos por sus primas mensuales y costos de gastos de bolsillo más bajos. Además, usted podría calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan de cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿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. A esto también se le denomina "evento habilitante". Más adelante en este aviso encontrará una lista de eventos habilitantes específicos. Después de un evento habilitante, se debe ofrecer la cobertura de continuación de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se hubiera perdido la cobertura del Plan debido a un evento habilitante. De acuerdo con el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación de COBRA must pay por la cobertura de continuación de COBRA.

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

- Sus horas de trabajo son reducidas; o
- Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave

Si usted es el cónyuge de un empleado, pasará a ser beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- su cónyuge fallece;
- si se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- termina la relación laboral de su cónyuge por cualquier motivo, excepto falta grave de su parte;
- su cónyuge pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- el empleado progenitor fallece;
- se reducen las horas de trabajo del empleado progenitor;
- el empleo del empleado progenitor termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte;
- el empleado progenitor pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

El Plan ofrecerá cobertura de continuación de COBRA a beneficiarios calificados 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:

- la desvinculación laboral o la reducción del horario de trabajo;
- el fallecimiento del empleado;
- Inicio de un proceso de bancarrota relacionado con el empleador; o
- El empleado pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (en la Parte A, en la Parte B o en ambas).

Para todos los demás eventos habilitantes (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o de un hijo dependiente que pierda la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento habilitante. Deberá notificar a: Tempo, Inc

¿CÓMO SE PROPORCIONA LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan recibe el aviso de que ocurrió un evento habilitante, se ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la

cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos podrán elegir cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres podrán elegir cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que, por lo general, se prolonga durante 18 meses a causa de la desvinculación laboral o reducción del horario 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:

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

Si el Seguro Social determina que usted o algún integrante de su familia cubierto por el Plan sufren una discapacidad y usted notifica puntualmente al Administrador del Plan, usted y toda su familia podrían tener derecho a recibir hasta un total de 11 meses más de cobertura de continuación de COBRA, durante un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado 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 18 meses de la cobertura de continuación por segundo evento habilitante

Si su familia sufre 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 se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento habilitante. Esta ampliación podría conferirse al cónyuge y los hijos dependientes que estén recibiendo la cobertura de continuación de COBRA cuando el empleado o ex empleado fallezca; adquiera el derecho a los beneficios de Medicare (de acuerdo con la Parte A, Parte B o ambas), se divorcia o se separa legalmente o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta ampliación solo está disponible si el segundo evento habilitante hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si no hubiera ocurrido el primer evento habilitante.

¿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 grupal (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un “período de inscripción especial”. Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Para obtener más información sobre muchas de estas opciones, visite www.healthcare.gov.

¿PUEDO INSCRIBIRME EN MEDICARE EN LUGAR DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA CUANDO TERMINE MI COBERTURA DEL PLAN DE SALUD GRUPAL?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque sigue trabajando, después del período de inscripción inicial de Medicare, dispone de un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza el día anterior de

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud 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 un recargo 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 puede 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, la cobertura de COBRA no podrá interrumpirse 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 relativas a los derechos de su Plan o a la cobertura de continuación de COBRA deberán dirigirse al contacto o los contactos que se identifican a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos, conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), lo que incluye a COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o del distrito más cercana en su zona de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de los

Estados Unidos o visite www.dol.gov/ebsa. (Los domicilios y números de teléfono de las oficinas regionales y del distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

MANTENGA A SU PLAN INFORMADO SOBRE LOS CAMBIOS DE DOMICILIO

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio de domicilio de los miembros de la familia. Asimismo, debe guardar una copia, para su registro, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

1. Name of Entity: Tempo, Inc.
2. Address: 911 Maryland Drive, Irving, TX 75061
3. Phone Number: 972-579-2015
4. <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>.

Cobertura ampliada de Atención Preventiva para Mujeres

en virtud de la Ley de Atención Médica Asequible, Tempo, inc. ofrece a las mujeres participantes en el plan un mayor acceso a los servicios preventivos recomendados dentro de la red, incluidos los anticonceptivos, sin compartir los costos.

Los servicios preventivos adicionales para mujeres que se cubrirán sin compartir costo incluyen:

- Consultas ginecológicas
- Detección de diabetes gestacional
- Prueba de ADN del VPH
- Asesoramiento sobre ITS y pruebas y asesoramiento sobre VIH
- anticoncepción y asesoramiento anticonceptivo, apoyo
- Suministros y asesoramiento para la lactancia materna

Detección de violencia doméstica

Para obtener una descripción de lo que incluyen estos servicios, visite <https://www.healthcare.gov/preventive-care-women/>.

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer

AVISO DE INSCRIPCIÓN

Si le han realizado una mastectomía, o están por realizársela, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios conforme a 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 suministrará de la manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente para:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán de acuerdo con los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados conforme a este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al administrador de su plan al 972-579-2015.

AVISO ANUAL

¿Sabe que su plan, conforme lo exige la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998, ofrece beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre las mamas, prótesis y complicaciones de una mastectomía, incluido el linfedema? Comuníquese con el administrador de su plan al 972-579-2015 para obtener más información.

Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

La Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos (Ley de Recién Nacidos) establece protecciones para las madres y sus hijos recién nacidos en relación con la duración de su estadía en el hospital después del parto.

Conforme a la Ley de Recién Nacidos, los planes de salud grupales no pueden restringir los beneficios para las madres o los recién nacidos, durante una estadía hospitalaria relacionada con el parto, a menos de 48 horas después de un parto vaginal ni a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. El período de 48 horas (o 96 horas) comienza en el momento del parto, a menos que la mujer dé a luz fuera del hospital. En ese caso, el período comienza en el momento de la admisión hospitalaria.

Después de consultar con la madre, el proveedor tratante decide si dará de alta a la madre o a su hijo recién nacido antes. El proveedor tratante no puede recibir incentivos ni ser disuadido para dar de alta a la madre o a su hijo antes de las 48 horas (o las 96 horas).

Aunque un plan ofrezca beneficios para estadias en el hospital relacionadas con el parto, la Ley de Recién Nacidos solo se aplica a cierta cobertura. En particular, esto depende de si la cobertura está “asegurada” por una compañía de seguros o una HMO o si está “autoasegurada” por un plan basado en el empleo. (Consulte la Descripción Resumida del Plan, el documento que describe los beneficios y derechos 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 ofrece beneficios para estadias hospitalarias relacionadas con el parto y está asegurado, la ley estatal será la que determine si el plan está sujeto a la Ley de Recién Nacidos. Muchos estados han promulgado su propia versión de la Ley de Recién Nacidos con respecto a la cobertura asegurada. Si su estado tiene una ley que regula la cobertura para recién nacidos y madres que cumple con los criterios específicos y la cobertura es proporcionada por una compañía de seguros o una HMO, se aplicará la ley estatal.

Todos los planes de salud grupales que brindan cobertura por maternidad o para bebés recién nacidos deben incluir en las Descripciones Resumidas del Plan una declaración que describa los requisitos de la ley federal o estatal correspondientes al plan (o cualquier cobertura de seguro de salud ofrecida por el plan) en relación con la duración de la estadía hospitalaria de la madre o el recién nacido relacionada con el parto.

Para obtener más información, consulte las [Preguntas Frecuentes \(FAQ\)](#) sobre la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos.

Asistencia para primas de Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para primas que puede ayudarlo a pagar la cobertura con los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia para primas, pero tal vez pueda 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 viven en un estado que se indica a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia para primas disponible.

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

Si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia para primas de Medicaid o CHIP, así como del plan de su empleador, este debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de la determinación de su elegibilidad para la asistencia para primas.**

Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo a través del sitio web www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

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

Alabama Medicaid	myalhipp.com	855-692-5447
Alaska Medicaid	Programa de pago de primas: myalhipp.com Elegibilidad de Medicaid: health.alaska.gov/dpa Correo electrónico: customerservice@myalhipp.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 Relé 711 800-359-1991 Relé 711 855-692-6442
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 de 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: KIHIP.PPROGRAM@ky.gov KCHIP: kynect.ky.gov Medicaid: chfs.ky.gov/agencies/dms	KI-HIPP: 855-459-6328 KCHIP: 877-524-4718
Louisiana Medicaid	ldh.la.gov/healthy-louisiana o www.ldh.la.gov/lahipp	Medicaid: 888-342-6207 La HIPP: 855-618-5488
Maine Medicaid	Inscripción: mymaineconnection.gov/benefits Prima de seguro de salud privado: maine.gov/dhhs/ofc/applications-forms	Inscripción: 800-442-6003 HIP privado: 800-977-6740 T*TY/Relé: 711
Massachusetts Medicaid y CHIP	mass.gov/masshealth/pa Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com	800-862-4840 T*TY/Relé: 711
Minnesota Medicaid	mn.gov/dhs/health-care-coverage	800-657-3672
Missouri Medicaid	dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm	573-751-2005
Montana Medicaid	HIPP: dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Correo electrónico de HIPP: HHSHIPPProgram@mt.gov	800-694-3084
Nebraska Medicaid	ACCESSNebraska.ne.gov	855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
Nevada Medicaid	Medicaid: dhcnp.nv.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 primas de CHIP: 609-631-2392 CHIP: 800-701-0710 T*TY/Relé: 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
Oregon 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 (Teléfono directo de RI)
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 Expansión para adultos: medicaid.utah.gov/expansion/ Programa de adquisición de Medicaid en 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	dhhr.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 saber si otros estados han añadido un programa de asistencia para primas desde el 31 de julio de 2025 o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

La Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
dol.gov/agencies/ebsa
866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
cms.hhs.gov
877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565

Avisos sobre el programa de bienestar

Tempo Wellness Program 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 de 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 complete una evaluación voluntaria de riesgos de salud o HRA en la que se le hacen una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y sobre si padece o ha padecido determinadas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas). También se le pedirá que complete un examen biométrico, que incluirá un análisis de sangre para triglycerides, glucose level, cholesterol, and blood pressure. No está obligado a completar la HRA ni a participar en el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que decidan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo de a premium differential for meeting all wellness requirements. Aunque no está obligado a completar la HRA ni a participar en el examen biométrico, solo los empleados que lo hagan recibirán a premium differential.

Puede haber incentivos adicionales de hasta a premium differential disponibles para los empleados que participen en determinadas actividades relacionadas con la salud biometric screening and complete any other required wellness activities o que logren ciertos resultados de salud. Si no puede participar en alguna de las actividades relacionadas con la salud ni lograr ninguno de los resultados de salud necesarios para obtener un incentivo, puede tener derecho a una adaptación razonable o a un estándar alternativo. Puede solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo comunicándose con Human Resources al HR@tempopartners.com.

La información de su HRA y los resultados de su evaluación biométrica se utilizarán para proporcionarle información que le ayude a comprender su salud actual y sus posibles riesgos, y también pueden utilizarse para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar, como. También se le sugiere que comparta sus resultados o dudas con su médico.

PROTECCIONES 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 Tempo, Inc pueden utilizar la información agregada que recopila para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, The Tempo Wellness Program nunca divulgará ninguno de sus datos personales 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 fines de prestarle servicios como parte del programa de bienestar deberá respetar los mismos requisitos de confidencialidad. Las únicas personas que recibirán su información médica personal identificable son a health coach con el fin de proporcionarle servicios en el marco del programa de bienestar.

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 encriptará y la información que usted proporcione como parte del programa de bienestar no será usada para tomar ninguna decisión 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 proporcionado en relación con el programa de bienestar, será notificado inmediatamente.

No podrá ser discriminado en el empleo por la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar, ni podrá ser objeto de represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con Human Resources al HR@tempopartners.com.

ADAPTACIONES

Su plan médico tiene el compromiso de ayudarle a alcanzar su mejor estado de salud. Todos los empleados tienen acceso a recompensas por participar en un programa de bienestar. Si cree que no puede cumplir una norma para obtener una recompensa en el marco de este programa de bienestar, podría tener la oportunidad de obtener la misma recompensa por otros medios. Comuníquese con nosotros al HR@tempopartners.com y trabajaremos con usted (y si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted teniendo en cuenta su estado de salud.

Aviso de protección de pacientes

Tempo, Inc generalmente allows la designación de un proveedor de atención primaria. Tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria que participan, comuníquese con Human Resources al HR@tempopartners.com.

En el caso de niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de Tempo, Inc ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para acceder a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud en nuestra red que esté especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, incluida la obtención de una autorización previa para ciertos servicios, después de una plan de tratamiento con aprobación previa, o procedimientos para hacer derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de la salud que participan y que están especializados en obstetricia o ginecología, comuníquese con Human Resources al HR@tempopartners.com.

