



2026

Guía de beneficios

Bienvenido a su guía de beneficios para 2026

Utilice esta guía de beneficios para conocer las novedades y obtener más información sobre el plan de beneficios.

Contenido

CÓMO EMPEZAR..... 2

- Contactos importantes
- ¡Bienvenido a sus beneficios!
- Elegibilidad

CUERPO Y MENTE 6

- Plan médico
- Telemedicina
- Plan médico complementario
- Plan dental
- Plan de visión

CUENTAS DE FINANCIAMIENTO13

- Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)
- Cuenta de gastos flexibles (FSA)
- Plan de jubilación 401(k)

PROTECCIÓN DE LOS INGRESOS15

- Seguro de vida y AD&D
- Seguro por discapacidad
- Tiempo libre remunerado

BENEFICIOS ADICIONALES 20

- Blue365, herramientas de costo de atención, gestión de la salud, gestión de la maternidad, dejar de fumar, asistencia en viajes

APORTES DE LOS EMPLEADOS.....21



Cómo empezar

Contactos importantes

COBERTURA	CONTACTO	TELÉFONO	SITIO WEB/CORREO ELECTRÓNICO
Plan médico	BlueCross BlueShield MN	866-543-5966	bluecrossmnonline.com
Cuentas de gastos	HealthEquity	866-346-5800	learn.healthequity.com/ bluecrossmn
Plan dental	Delta Dental FL	800-521-2651	deltadentalins.com
Plan de visión	EyeMed	866-800-5457	eyemed.com
Seguro de Vida/AD&D	Prudential	877-842-1718; Grupo# 71254	prudential.com/mybenefits
Cobertura por discapacidad	Prudential	800-842-1718; Grupo# 71254	prudential.com/mybenefits
Plan de jubilación 401(k)	Fidelity	800-835-5097	netbenefits.com
Preguntas generales	Centro de llamadas Avant	866-993-7778	
Atención virtual	Doctor on Demand	800-997-6196	doctorondemand.com
Planes complementarios (contra accidentes, hospitalario, de enfermedades graves)	Prudential	800-920-4778; Grupo# 71254	prudential.com/mybenefits



¡Bienvenido a sus beneficios!

Nos complace proporcionarle beneficios competitivos que son una parte vital de su compensación total. Tiene la flexibilidad de elegir entre una gama completa de beneficios para mantener su salud y la de su familia, proporcionar protección financiera en caso de circunstancias imprevistas y ayudarlo a crear seguridad a largo plazo para la jubilación. Este folleto ha sido diseñado para responder a algunas de las preguntas básicas que puede tener sobre sus beneficios. Por favor, tómese el tiempo para revisar este folleto para asegurarse de conocer los beneficios que están disponibles para usted y su familia, y de actuar antes de la fecha límite para la inscripción.

Este folleto destaca las características principales de nuestro programa de beneficios para empleados. No incluye todas las reglas, detalles, limitaciones y exclusiones de los planes. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por documentos legales, incluidos los contratos de seguro. En caso de inconsistencia entre este folleto y los documentos legales del plan, la autoridad final recae en los documentos. Centrum se reserva el derecho de modificar o interrumpir sus planes de beneficios para empleados en cualquier momento.

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

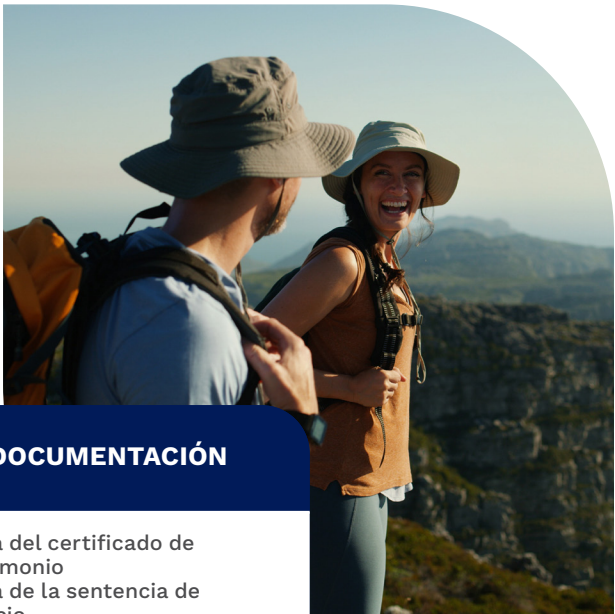
Elegibilidad

Como empleado de Centrum, es elegible para recibir beneficios si trabaja al menos 30 horas por semana. Tiene 30 días desde su fecha de contratación para inscribirse en los beneficios. También tiene la opción de cambiar sus elecciones de beneficios durante nuestro período anual de inscripción abierta. La mayoría de sus beneficios son válidos a partir del primer día del mes siguiente a su fecha de contratación. También puede inscribir a sus dependientes elegibles para cobertura. Los dependientes elegibles pueden ser:

- Su cónyuge legal o pareja de hecho admitida
- Hijos menores de 26 años, independientemente de su condición de estudiante, dependencia o estado civil
- Hijos mayores de 26 años que dependan completamente de usted para su manutención debido a una discapacidad mental o física, y que figuren como tal en su declaración de impuestos federal

CAMBIO DE BENEFICIOS DESPUÉS DE LA INSCRIPCIÓN

Durante el año, no se pueden realizar cambios en sus beneficios a menos que tenga un Evento de vida habilitante. Si no realiza cambios en sus beneficios dentro de los 30 días posteriores al Evento de vida habilitante, tendrá que esperar hasta el próximo período anual de Inscripción abierta para realizarlos (a menos que experimente otro Evento de vida habilitante).



EVENTO DE VIDA HABILITANTE		DOCUMENTACIÓN
Cambio en el estado civil	– Matrimonio – Divorcio/Separación legal – Fallecimiento	– Copia del certificado de matrimonio – Copia de la sentencia de divorcio – Copia del certificado de defunción
Cambio en el número de dependientes	– Nacimiento o adopción – Hijastro – Fallecimiento	– Copia del certificado de nacimiento o copia de los documentos legales de la adopción – Copia del certificado de nacimiento y copia del certificado de matrimonio entre el empleado y el cónyuge – Copia del certificado de defunción
Cambio en el empleo	– Cambio en su estado de elegibilidad (por ejemplo, de tiempo completo a tiempo parcial) – Cambio en los beneficios o la situación laboral del cónyuge	– Notificación de aumento o reducción de horas que modifica el estado de cobertura – Documentación de la fecha de finalización de la cobertura

Cuerpo y mente



Plan médico

El seguro médico es esencial para su bienestar y nuestra cobertura médica le proporciona a usted y a su familia la protección que necesita para los problemas de salud cotidianos o cuando sucede lo inesperado.

PARTES DE SU PLAN MÉDICO

- **Atención preventiva:** siempre se cubre al 100% cuando utiliza proveedores dentro de la red, e incluye servicios como exámenes físicos, vacunas contra la gripe y pruebas de detección.
- **Monto deducible anual:** el monto que paga cada año por los cargos elegibles dentro y fuera de la red antes de que el plan comience a pagar.
- **Máximo anual de gastos de bolsillo:** el monto máximo que pagará cada año por servicios elegibles dentro y fuera de la red, incluyendo medicamentos con receta. Una vez alcanzado el máximo de gastos de bolsillo, el plan se hace cargo del costo total de la atención médica cubierta durante el resto del año.
- **Copago:** un copago es un monto fijo que usted paga por un servicio de atención médica. Los copagos no cuentan para el deducible, pero sí para el máximo anual de gastos de bolsillo.
- **Coseguro:** una vez que haya cubierto su deducible, usted y el plan compartirán el costo de la atención médica, lo que se denomina coseguro.

Comparación de planes médicos

Puede consultar a cualquier proveedor médico que elija, pero los proveedores dentro de la red ofrecen el nivel más alto de beneficios y los gastos de bolsillo más bajos. Los proveedores dentro la red cobran a los miembros tarifas reducidas y contratadas en lugar de sus tarifas habituales. Los proveedores fuera de la red del plan establecen sus propias tarifas, de modo que usted podría tener que pagar la diferencia si los honorarios de un proveedor están por encima de los límites razonables y habituales (R&C).

Plan HDHP C/ HSA		Plan PPO \$2K		Plan PPO \$1K	
DENTRO DE LA RED		DENTRO DE LA RED		DENTRO DE LA RED	
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO					
Individual	\$3400	\$2000	\$1000		
Familia	\$6800	\$6000	\$3000		
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO POR AÑO CALENDARIO (INCLUYE DEDUCIBLE)					
Individual	\$6000	\$6000	\$5000		
Familia	\$12 000	\$12 000	\$10 000		
COSEGURO/COPAGOS					
Atención preventiva	100% de cobertura	100% de cobertura	100% de cobertura		
Médico de atención primaria	20% después del deducible	\$30 de copago	\$30 de copago		
Especialista	20% después del deducible	\$50 de copago	\$50 de copago		
Atención de urgencia	20% después del deducible	\$75 de copago	\$75 de copago		
Sala de emergencias	20% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible		
Visitas virtuales	100% de cobertura	100% de cobertura	100% de cobertura		
MEDICAMENTOS CON RECETA AL POR MENOR (SUMINISTRO PARA HASTA 30 Y 90 DÍAS)					
Genérico preferido	20% después del deducible	\$10	\$10		
Marca preferida	20% después del deducible	\$50	\$50		
Genérico/Marca no preferida	20% después del deducible	\$100	\$100		
De especialidad	Consulte la repartición de costos aplicable para medicamentos con receta	\$250	\$250		
MEDICAMENTOS CON RECETA DE PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO PARA HASTA 90 DÍAS)					
Genérico preferido	Sujeto al deducible/coseguro	\$30	\$30		
Marca preferida	Sujeto al deducible/coseguro	\$150	\$150		
Genérico/Marca no preferida	Sujeto al deducible/coseguro	\$300	\$300		

Los servicios de medicamentos con receta al por menor para 90 días de proveedores fuera de la red pueden requerir autorización previa. Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en bluecrossmn.com.

Telemedicina

Cuando necesita atención (en cualquier momento, de día o de noche) o cuando su proveedor de atención primaria no está disponible, la telemedicina puede ser una opción conveniente. Con la telemedicina, no tiene que conducir hasta el consultorio o la clínica del médico ni permanecer sentado en una sala de espera cuando está enfermo; puede consultar a un médico desde la comodidad de su propia cama o sofá. Registrarse por adelantado le asegura que su cuenta estará activa y lista cuando necesite atención.



Utilizar la telemedicina es fácil:

1. Regístrese ahora

Descargue la aplicación Doctor On Demand desde la App Store o Google Play. También puede acceder a la atención en doctorondemand.com.

2. Solicite una consulta

Puede consultar a un médico de inmediato o programar una cita por teléfono, computadora o a través de la aplicación Doctor on Demand.

3. Siéntase mejor

Reciba tratamiento de un médico certificado y con licencia que pueda prescribirle medicamentos si fuese necesario.

- Evite los gérmenes de las salas de emergencias, clínicas de atención de urgencia o consultorios médicos.
- Consulte con un médico con licencia, certificado, y con formación en telemedicina dentro de su horario disponible con consultas virtuales a pedido 24/7, incluyendo las noches, los fines de semana y días festivos.
- Reciba tratamiento para más de 80 afecciones comunes, incluidos resfriados, gripe, alergias y más.
- Obtenga una receta o un resurtido a corto plazo de cualquier medicamento con receta a una farmacia cercana en menos tiempo que su consulta habitual al médico.
- Evite los costosos copagos y deducibles de las salas de emergencias y los centros de atención de urgencia.

Nota: Las consultas de atención primaria a través de Doctor on Demand están sujetas al deducible y al copago según el plan que haya elegido. Las consultas de salud mental y atención de urgencia a través de Doctor on Demand están cubiertas al 100%.



Plan médico complementario

Los planes médicos complementarios pueden ayudarle a pagar los costos en los que podría incurrir tras una lesión accidental, enfermedad u hospitalización. Estos planes son 100% voluntarios, y si adquiere cobertura para usted, podrá agregar cobertura para su cónyuge, pareja de hecho e hijo(s).

Seguro contra accidentes

El seguro contra accidentes paga una suma global si se lesiona a causa de un accidente. Le permite reclamar beneficios, incluso si las lesiones sufridas no le impiden trabajar. El seguro contra accidentes también puede complementar al seguro médico si un accidente le ocasiona gastos médicos que su seguro médico no cubre. El seguro contra accidentes cubre lesiones admitidas, que pueden incluir la fractura de una extremidad, la pérdida de un miembro, quemaduras, laceraciones o parálisis. En caso de su muerte accidental, el seguro contra accidentes le paga a su beneficiario designado. Mientras que las compañías de seguros médicos pagan a su proveedor o centro, el seguro contra accidentes le paga a usted directamente.

CÓMO FUNCIONA EL SEGURO CONTRA ACCIDENTES

Las pólizas de seguro contra accidentes pueden proporcionarle una suma global que se le pagará directamente y que le ayudará a pagar una amplia gama de situaciones, incluyendo la atención inicial, la cirugía, el transporte y el alojamiento, y la atención de seguimiento. Así es como funciona:

- Se abonará un monto fijo en función de la lesión sufrida y del tratamiento recibido.
- Los beneficios se le pagarán directamente a usted (a menos que especifique lo contrario) y podrá utilizarlos como considere conveniente.
- La cobertura está disponible para usted, su cónyuge y sus hijos dependientes elegibles.
- No necesita responder preguntas médicas ni someterse a un examen físico para obtener la cobertura básica.
- El seguro contra accidentes cubre las lesiones que ocurren tanto dentro como fuera del trabajo, a diferencia de la compensación laboral, que solo cubre las lesiones ocurridas en el trabajo.
- Los pagos de los beneficios no se reducen por ningún otro seguro que pueda tener con otras compañías.

Seguro de enfermedades graves

Si llegara a tener una enfermedad grave como cáncer, accidente cerebrovascular o ataque cardíaco, el seguro médico quizás no le proporcione toda la cobertura que necesite. El seguro de enfermedades graves aliviará la tensión financiera de modo que pueda concentrarse en su recuperación.

¿CÓMO SE PAGA UN RECLAMO POR ENFERMEDAD GRAVE?

Si padece alguna de las enfermedades graves cubiertas por su póliza, recibirá una suma global. El pago irá directamente a usted en lugar de a un proveedor médico. El pago que reciba puede ser utilizado para muchas cosas, incluyendo:

- Costos de cuidado de niños
- Gastos médicos
- Gastos de viaje para usted y su familia
- Pérdida del salario por ausencias en el trabajo
- Gastos de manutención
- Y más

Seguro de indemnización hospitalaria

El seguro de indemnización hospitalaria es un plan de seguro complementario diseñado para pagar los costos de una admisión hospitalaria que quizás no estén cubiertos por otro seguro.

¿CÓMO FUNCIONA EL SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA?

Si usted es admitido en el hospital por una lesión o enfermedad, su plan de indemnización hospitalaria le realiza pagos en efectivo para cubrir costos no cubiertos por su seguro médico, incluidos deducibles, copagos y coseguros del seguro médico, gastos de cuidado de niños mientras esté en el hospital o gastos de manutención durante su recuperación.

Cuidar su salud bucal no es un lujo; es una necesidad para gozar de una salud óptima a largo plazo. Con un enfoque en la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento, el seguro dental puede reducir enormemente sus costos cuando se trata de procedimientos de restauración y de emergencia. Los servicios preventivos están cubiertos sin costo alguno para usted e incluyen exámenes y limpiezas de rutina. Solo pagará un pequeño deducible y un coseguro por servicios básicos y mayores.

Cuando acuda a un dentista dentro de la red, maximizará sus ahorros. Estos dentistas han acordado honorarios reducidos, lo que significa que no se le cobrará más de la parte de la factura que le corresponde.

RESUMEN DEL PLAN DENTAL	RED PPO	RED PREMIER	NO PERTENECIENTE A DELTA DENTAL
Diagnóstico y prevención	100%	100%	100%
Radiografías	100%	100%	100%
SERVICIOS BÁSICOS			
Servicios de restauración menores Selladores Compuestos posteriores Tratamiento paliativo de emergencia Otros servicios básicos	80%	80%	80%
Endodoncia Periodoncia	50%	50%	50%
Cirugía oral (simple/compleja)	80% / 50%	80% / 50%	80% / 50%
SERVICIOS MAYORES			
Restauración mayor Reparación/Ajuste de prótesis	50%	50%	50%
SERVICIOS DE ORTODONCIA			
Ortodoncia (Por cada hijo dependiente cubierto hasta los 18 años)	50%	50%	50%
LÍMITE DE EDAD PARA ORTODONCIA	DE 8 A 18		
Deducible anual/individual	\$50	\$50	\$50
Deducible anual/familiar	\$150	\$150	\$150
Máximo anual	\$1500	\$1500	\$1500
Máximo de ortodoncia de por vida	\$1500	\$1500	\$1500
Deducible exento para:	Servicios de diagnóstico, prevención y ortodoncia	Servicios de diagnóstico, prevención y ortodoncia	Servicios de diagnóstico, prevención y ortodoncia
Implantes estándar	Cubierto bajo prótesis	Cubierto bajo prótesis	Cubierto bajo prótesis
Períodos de espera	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Producto	Mejorado integral	Mejorado integral	Mejorado integral
Tipo de plan	Con aporte	Con aporte	Con aporte
Redes	Delta Dental PPO Plus Premier™	Delta Dental PPO Plus Premier™	Delta Dental PPO Plus Premier™
Nivel de reembolso fuera de la red	50%	50%	50%

Plan dental (continuación)

Aproveche al máximo sus beneficios

El seguro dental está diseñado para pagar una parte de los costos de su atención dental. Tener un seguro dental es esencial para mantener su boca saludable pues proporciona acceso a la atención preventiva, como limpiezas y radiografías, y ayuda a cubrir procedimientos dentales extensos como coronas y empastes.

Recursos disponibles para los miembros en:

deltadentalins.com

Ahorre dinero al acudir a proveedores dentro de la red:

Busque un dentista o especialista, clínica o sede participantes. Al buscar atención con un dentista dentro de la red de Delta Dental, ahorrará lo máximo porque el dentista no tiene permitido cobrarle más que nuestro cargo asignado.

Introducción al seguro dental:

Herramientas sólidas para los miembros, que incluyen definiciones de términos de seguros comúnmente utilizadas, videos y preguntas frecuentes.

Recursos para la salud bucal:

Acceda a información dental y médica, incluyendo una sección dedicada a la salud bucal de los niños.

Estimador de costos:

Utilice nuestro estimador de costos para averiguar cuánto costará un procedimiento dental o solicite un estimado previo al tratamiento a su dentista.

¿Prefiere hablar con alguien?

Línea gratuita: 800-422-4234
Teléfono local: 651-406-5901
De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora central

Herramientas disponibles en el portal seguro para miembros

Resumen de la cobertura:

Revise la información de su plan dental, incluyendo la elegibilidad, períodos de espera, máximos del plan y limitaciones de frecuencia.

Consultas sobre reclamos:

Vea el estado del reclamo, los detalles de procedimientos, fechas de servicios y deducibles aplicados. Vea su Explicación de beneficios (EOB) en línea. Solicite no recibir su EOB en papel.

Imprima sus tarjetas de identificación:

Imprima una tarjeta de identificación digital o sustituta.

Registro en el Portal seguro para miembros

1. En deltadentalins.com, seleccione "Iniciar sesión" en la esquina superior derecha.
2. Seleccione "Crear una cuenta" y, en la página siguiente, seleccione Inscrito/Dependiente adulto.
3. Recuerde su nombre de usuario y contraseña porque los necesitará cada vez que inicie sesión.

Obtenga más información sobre cómo se conecta su salud bucal con su salud general en:
deltadentalins.com

Unos ojos sanos y una visión clara son una parte importante de su salud general y de su calidad de vida. Puede inscribirse usted y a sus dependientes elegibles o puede renunciar a la cobertura de visión. Para elegir cobertura de visión, no es necesario estar inscrito en una cobertura médica ni tampoco es necesario cubrir a los mismos dependientes en el plan médico y de visión.

En el siguiente cuadro se resumen las principales características del plan de visión. Consulte los documentos oficiales del plan para obtener información adicional sobre la cobertura y las exclusiones.

DENTRO DE LA RED		FUERA DE LA RED
	USTED PAGA	REEMBOLSO
Examen	\$10 de copago	Hasta \$40
Lentes monofocales	\$10 de copago	Hasta \$30
Lentes bifocales	\$10 de copago	Hasta \$50
Lentes trifocales	\$10 de copago	Hasta \$70
Monturas	\$0 de copago; 20% de descuento sobre el saldo por encima de \$130 de asignación	Hasta \$91
Lentes de contacto en lugar de monturas/lentes	\$0 de copago; 15% de descuento sobre el saldo por encima de \$130 de asignación	Hasta \$130
FRECUENCIA DEL BENEFICIO		
Examen	Examen cada 12 meses	Una vez cada 12 meses
Monturas	Examen cada 24 meses	Una vez cada 24 meses
Lentes	Examen cada 12 meses	Una vez cada 12 meses
Lentes de contacto	Examen cada 12 meses	Una vez cada 12 meses



Cuentas de financiamiento



Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)

Una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) es una cuenta de ahorros personal que puede utilizar para pagar gastos de bolsillo médicos admitidos con dinero antes de impuestos, ahora o en el futuro. Una vez esté inscrito en la HSA, recibirá una tarjeta de débito que le ayudará a gestionar sus reembolsos de la HSA. También podrá utilizar su HSA para sus gastos y los de su cónyuge y dependientes, incluso si no están cubiertos por el plan médico HDHP, siempre y cuando no estén cubiertos por un plan PPO separado.

Cómo funciona una cuenta de ahorros gastos médicos:



ELEGIBILIDAD

Debe estar inscrito en el Plan médico con deducible alto (HDHP).



APORTES

Centrum aporta a su HSA para ayudar a reducir su deducible anual de HDHP. Nuestro aporte a su HSA es de \$20.00 por período de pago (\$480 anualmente).

Usted aporta antes de impuestos y puede cambiar el monto que aporta de cada cheque de pago hasta el máximo anual del IRS de \$4400 si se inscribe solo usted o \$8750 si se inscribe en la cobertura familiar. Si tiene 55 años o más, puede efectuar un aporte de nivelación adicional. Tenga en cuenta que el límite incluye tanto sus aportes como los realizados por Centrum.



GASTOS ELEGIBLES

Puede utilizar los fondos de su HSA para cubrir gastos médicos, dentales, de visión y de medicamentos con receta en los que incurran usted y sus familiares elegibles.



USO DE SU CUENTA

Utilice la tarjeta de débito vinculada a su HSA para cubrir los gastos elegibles, o pague los gastos de su propio bolsillo y ahorre el dinero de su HSA para futuros gastos de atención médica.



SU HSA SIEMPRE ES SUYA, PASE LO QUE PASE

Una de las mejores características de una HSA es que cualquier dinero que quede en su cuenta al final del año se traslada para que pueda utilizarlo el próximo año o en algún momento en el futuro. Y si deja Centrum o se jubila, su HSA se va con usted para que pueda seguir pagando o ahorrando para futuros gastos de atención médica elegibles.

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Las cuentas de gastos flexibles (FSA) le permiten pagar gastos elegibles de atención médica y para atención de dependientes utilizando dinero libre de impuestos. Hay tres tipos de FSA: la FSA para atención médica, la FSA de propósito limitado y la FSA para atención de dependientes. **Nota:** si usted participa en una HSA, no es elegible para la cuenta FSA para atención médica, pero puede aportar a la FSA de propósito limitado.

FSA PARA ATENCIÓN MÉDICA / FSA DE PROPÓSITO LIMITADO	FSA PARA ATENCIÓN DE DEPENDIENTES
Aporte hasta \$3400 por año, antes de impuestos, para pagar copagos, gastos de medicamentos con receta, exámenes y pruebas de laboratorio, lentes de contacto y anteojos. FSA de propósito limitado Las personas inscritas en el HDHP pueden aportar hasta \$3400 por año, antes de impuestos, para pagar gastos de visión y dentales elegibles.	Aporte hasta \$7500 por año, antes de impuestos, o \$3750 si está casado y presenta una declaración de impuestos por separado para pagar gastos de guardería asociado con el cuidado de ancianos o hijos dependientes que sean necesarios para que usted o su cónyuge trabajen o asistan a la escuela a tiempo completo. No puede utilizar su FSA para atención médica para pagar los gastos de cuidado de dependientes.
Reciba una tarjeta de débito para pagar gastos médicos elegibles (debe tener fondos disponibles en su cuenta).	Los gastos anuales pueden ser reembolsados automáticamente a su cuenta bancaria en cada período de pago.
Los gastos elegibles incluyen copagos médicos, coseguro, deducibles, anteojos y medicamentos de venta libre recetados por su médico.	Únicamente se puede utilizar para pagar gastos elegibles de cuidado de dependientes incluidos gastos de guardería, programas extra-curriculares y programas de cuidado de ancianos, recetados por un médico.
Presente reclamos hasta el 1 de marzo del año siguiente por gastos comprendidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre. Si no gasta todo el dinero de esta FSA antes del 1 de marzo, según las regulaciones del IRS, el dinero no utilizado se perderá en el caso de aportes antes de impuestos.	Presente reclamos hasta el 1 de marzo del año siguiente por gastos comprendidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre. Si no gasta todo el dinero de esta FSA antes del 1 de marzo, según las regulaciones del IRS, el dinero no utilizado se perderá en el caso de aportes antes de impuestos.



Protección de los ingresos



Seguro básico de vida y AD&D

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

SEGURO BÁSICO DE VIDA Y AD&D: PARA USTED

NIVEL DE COBERTURA	MONTO DE LA COBERTURA	CONSTANCIA DE ASEGURABILIDAD/ CERTIFICADO DE BUENA SALUD
Seguro de vida y AD&D	Una vez sus ingresos básicos anuales hasta un máximo de \$50 000.	Ninguno

Seguro de vida y AD&D voluntario

El seguro de vida y AD&D voluntario para usted y sus dependientes puede ayudar a proteger a su familia en los momentos difíciles.

SEGURO DE VIDA Y AD&D: PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES

NIVEL DE COBERTURA	MONTO DE LA COBERTURA	CONSTANCIA DE ASEGURABILIDAD/ CERTIFICADO DE BUENA SALUD
Solo empleado	Incrementos de \$10 000, sin exceder 8 veces su salario o \$500 000.	Obligatorio si se elige una cobertura igual o superior a 8 veces el pago básico anual o \$200 000, lo que sea menor.
Cónyuge	Incrementos de \$5000 hasta \$250 000; sin exceder el monto total de la cobertura del empleado elegida.	Requerido para montos iguales o superiores que \$50 000.
Hijo(s)	Incrementos de \$2000 hasta un máximo de \$10 000. Cobertura más baja para hijos entre 14 días y 6 meses de edad.	Ninguno

Emisión garantizada y Constancia de asegurabilidad

Los empleados y cónyuges que eligen el Seguro voluntario de vida y AD&D cuando son elegibles por primera vez pueden elegir hasta el monto de la Emisión Garantizada (GI) sin necesidad de presentar Constancia de asegurabilidad (EOI). Si el monto solicitado es superior a la GI, tendrá que presentar la EOI para que el monto por encima de la GI tenga efecto.

Seguro por discapacidad

El seguro por discapacidad puede mantenerle financieramente estable en caso de que sufra una discapacidad limitante y no pueda trabajar. Puede ayudar a proporcionar una sensación de seguridad, sabiendo que, si ocurre lo inesperado, seguirá recibiendo un ingreso mensual. Una discapacidad limitante es una enfermedad o lesión que causa que usted no pueda realizar ningún otro trabajo para el cual esté o pueda estar calificado por educación, capacitación o experiencia.

BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO DE UN VISTAZO

Cobertura	El 66.6% de sus ingresos semanales hasta un máximo de \$1500 por semana por hasta 90 días.
Cuándo comienzan los beneficios	El beneficio comienza después de 14 días de discapacidad.
Se requiere elección	No, los empleados elegibles son automáticamente inscritos sin costo alguno.

BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO DE UN VISTAZO

Cobertura	El 60% de sus ingresos previos a la discapacidad hasta un beneficio máximo de \$10 000 por mes hasta que se recupere o alcance la edad normal de jubilación del Seguro Social, lo que ocurra primero.
Cuándo comienzan los beneficios	El beneficio comienza después de 90 días de discapacidad.

CÓMO TRABAJAN JUNTOS EL STD Y LTD

Para los empleados que sean elegibles para el STD, Centrum pagará el 66.6% de sus ingresos durante el período de eliminación de 14 días.

Después de 14 días de enfermedad o lesión, el STD aprobado paga una parte de sus ingresos.

Después de 90 días, si se elige, podría comenzar el LTD.

Tiempo libre remunerado

Centrum ofrece nueve días festivos pagados:

- Año Nuevo
- Día del Trabajo
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día de Acción de Gracias
- Día de los Caídos
- Día después del Día de Acción de Gracias
- Juneteenth
- Navidad
- Día de la Independencia



El programa de Tiempo libre remunerado (PTO) de Centrum apoya su necesidad de tener tiempo fuera del trabajo, ya sea por vacaciones, por enfermedad o ausencias ocasionales de su día laboral programado.

GRADOS 10 a 15

AÑOS DE SERVICIO CUMPLIDOS	ACUMULACIÓN ANUAL DE PTO	ACUMULACIÓN MÁXIMA DE PTO (1 VEZ AL AÑO)
Menos de 3 años	96 horas (12 días)	96 horas (12 días)
De 3 a 4 años	104 horas (13 días)	104 horas (13 días)
De 4 a 5 años	112 horas (14 días)	112 horas (14 días)
De 5 a 10 años	120 horas (15 días)	120 horas (15 días)
10 años a más	160 horas (20 días)	160 horas (20 días)

GRADO 16 a más

AÑOS DE SERVICIO CUMPLIDOS	ACUMULACIÓN ANUAL DE PTO	ACUMULACIÓN MÁXIMA DE PTO (1 VEZ AL AÑO)
Menos de 5 años	136 horas (17 días)	136 horas (17 días)
De 5 a 10 años	160 horas (20 días)	160 horas (20 días)
10 años a más	200 horas (25 días)	200 horas (25 días)

La acumulación anual de PTO se prorratea para los empleados de tiempo parcial programados para trabajar un mínimo de 20 horas por semana, según su equivalencia de tiempo completo. Los nuevos empleados recibirán una acumulación anual de PTO prorrateada según su fecha de contratación.

Cualquier PTO acumulado no utilizado se transfiere al final del año. La acumulación máxima de PTO es igual a 1 vez la tasa de acumulación anual. Si se alcanza la acumulación máxima, no se acumularán horas adicionales hasta que se utilice el tiempo y el total acumulado sea inferior al máximo. (Ejemplo: un empleado de grado 11 que ha estado en Centrum Health por 7 años y que tiene 15 días de PTO acumulados sin utilizar en diciembre, transferirá esos 15 días al nuevo año. No se recibirá la acumulación adicional de PTO en enero, porque se ha alcanzado el máximo de acumulación).

Los detalles de la póliza, como la elegibilidad y los días reconocidos, se pueden encontrar en Nucleus.

Plan de jubilación 401(k)

¿Cómo se ve la jubilación para usted? Tal vez tenga pensado viajar por el mundo. O tal vez quiera dedicarse a algún pasatiempo más cercano a su hogar. Sea cual sea su objetivo, es importante que se responsabilice de sus finanzas para tener los ingresos que necesitará en el futuro.

Una de las mejores maneras de asegurar una jubilación segura es empezar a ahorrar lo antes posible. Nuestro plan de jubilación 401(k) le permite ahorrar para la jubilación antes de impuestos. Puede comenzar a aportar al plan en cualquier momento una vez que es elegible y puede empezar a realizar aportes a su cuenta mediante convenientes deducciones de nómina.

Obtenga más información visitando netbenefits.com o llamando al 800-835-5097.

Requisitos de elegibilidad

Es elegible para inscribirse en el plan después de tres meses de servicio siempre y cuando tenga 18 años o más. Los nuevos empleados serán inscritos automáticamente en cuanto sean elegibles, con un aporte antes de impuestos del 4%. Para impulsar el ahorro, el plan aumentará automáticamente su aporte anual en 1% cada año en la fecha de elegibilidad para participar, hasta que alcance un aplazamiento del 6%. Puede modificar este monto o excluirse en cualquier momento.

Aportes

Se estima que el aporte máximo del IRS al plan de jubilación para 2026 será de \$24 500. Puede elegir aportar hasta el 100% de su compensación elegible y cambiar su aporte en cualquier momento durante el año.

Si tiene o tendrá 50 años o más para finales de 2026, podrá hacer un aporte adicional de nivelación de hasta \$8000. Si tiene o tendrá entre 60 y 63 años para finales de 2026, es elegible para realizar aportes de nivelación incrementados de hasta \$11 250.

Equiparación del empleador

Centrum equipará sus aportes al 100% del primer 2% que ahorre y al 50% del siguiente 4%. Es decir, si ahorra el 6% en su Plan 401(k), la compañía depositará un aporte de equiparación del 4% en su cuenta. El aporte de equiparación del empleador se hace en cada cheque de pago y comienza tan pronto como usted empieza a participar en el plan.

Todos los aportes de equiparación del empleador se adquirirán al 100% después de dos años de empleo en Centrum.

Servicios de asesoramiento

Para ayudarle a alcanzar sus objetivos financieros, Centrum se asocia con Christensen Group para proporcionarle acceso a asesores de inversión personales. He aquí cómo conectarse con ellos:

Spencer Rose
Asesor de inversiones
952-653-1047
srose@cgfinancial.com



Programa de asistencia al empleado (EAP)

Tiene acceso automáticamente al Programa de atención al empleado (EAP). Este programa proporciona servicios de consejería profesional, confidencial por teléfono o presenciales para usted y los miembros de su hogar sin ningún costo. El EAP puede ayudarle a resolver cuestiones y problemas personales antes de que estos afecten su salud, relaciones y desempeño laboral.

Este programa está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, para servicios confidenciales de asesoramiento, derivación y seguimiento para cuestiones 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 y personal

Es importante señalar que todas las conversaciones con el EAP son voluntarias y estrictamente confidenciales. Si usted y su consejero determinan que se necesita ayuda adicional, se le derivará al recurso más apropiado y asequible disponible. Aunque usted es responsable del costo de las derivaciones, estos costos suelen estar cubiertos por su plan médico.

OPCIONES PARA CONECTARSE CON EL EAP

Acceda al EAP 24/7 llamando al 800-311-4327 o visite guidanceresources.com (Identificación WEB: GEN311).



Beneficios adicionales



Como parte de nuestro compromiso con la salud preventiva y el bienestar, Centrum ofrece los siguientes servicios adicionales a usted y a sus dependientes inscritos en nuestros planes médicos sin costo alguno para usted:

Blue365

Utilice Blue365 para ahorrar en productos de bienestar locales y nacionales. Algunos ejemplos incluyen ropa deportiva, membresías de gimnasio, alimentos saludables y más. Visite blue365deals.com/bcbsmn o inicie sesión en el sitio web de BlueCross BlueShield en bluecrossmnonline.com para obtener más información.

Herramientas de costo de atención

A veces podría resultar difícil tomar decisiones de salud para usted y su familia. Descargue la aplicación móvil de BlueCross BlueShield o visite bluecrossmnonline.com para averiguar y comparar los costos de los procedimientos comunes y los servicios que no son de emergencia.

Gestión de la salud

Reciba apoyo profesional para ayudarle a manejar afecciones de salud crónicas o graves llamando al 800-961-4758. Este servicio incluye educación, apoyo en el plan de tratamiento e información sobre recursos comunitarios.

Gestión de la maternidad

La gestión de la maternidad proporciona apoyo prenatal para ayudarle a prepararse para la llegada de su bebé, responder a cualquier pregunta que pueda tener y ofrecer consejos para mantenerse saludable durante todo su embarazo. Para conectarse, llame al 866-489-6948.

Dejar de fumar

Ofrecemos diversos recursos y herramientas para ayudarle a dejar de fumar y llevar una vida más saludable. Regístrese con un entrenador de bienestar visitando bluecrossmnonline.com o llamando al 888-662-2583.

Asistencia en viajes

Obtenga ayuda para hacer frente a emergencias mientras viaja. Los especialistas en viajes están disponibles para ayudar a manejar necesidades complejas y remotas de transporte médico y proporcionar apoyo con preocupaciones relacionadas con los viajes a medida que surjan. Como empleado de Centrum, se le inscribe automáticamente en el programa de asistencia en viajes de Prudential. La asistencia en viajes está disponible las 24 horas del día, todos los días. Para más información, llame al 855-847-2194 si está viajando dentro de los Estados Unidos o al +1 317-927-6881 en cualquier parte del mundo.

Aportes mensuales del empleado

PLAN MÉDICO	HDHP C/HSA	Plan PPO \$2K	Plan PPO \$1K
Solo empleado	\$109.33	\$127.89	\$139.24
Empleado + cónyuge	\$389.75	\$450.54	\$485.58
Empleado + hijo(s)	\$326.89	\$377.87	\$407.26
Empleado + familia	\$511.65	\$589.48	\$644.83

PLAN DENTAL	
Solo empleado	\$20.67
Empleado + cónyuge	\$42.68
Empleado + hijo(s)	\$55.03
Empleado + familia	\$75.16

PLAN DE VISIÓN	
Solo empleado	\$6.33
Empleado + cónyuge	\$12.03
Empleado + hijo(s)	\$12.66
Empleado + familia	\$18.62

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA CON AD&D			
EDAD	TARIFAS MENSUALES POR CADA \$1000	EDAD	TARIFAS MENSUALES POR CADA \$1000
Tarifa para hijos	\$0.151	45-49	\$0.163
Menos de 25	\$0.053	50-54	\$0.242
25-29	\$0.053	55-59	\$0.442
30-34	\$0.068	60-64	\$0.602
35-39	\$0.093	65-69	\$1.09
40-44	\$0.113	70-74	\$1.769

Aportes mensuales del empleado (continuación)

SEGURO CONTRA ACCIDENTES

Solo empleado	\$6.75
Empleado + cónyuge	\$10.84
Empleado + hijo(s)	\$12.82
Empleado + familia	\$18.27

INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Solo empleado	\$12.22
Empleado + cónyuge	\$22.93
Empleado + hijo(s)	\$29.51
Empleado + familia	\$40.22

TARIFAS DEL SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES: NO FUMADORES

EDAD	TARIFAS MENSUALES DEL EMPLEADO POR CADA \$1000	TARIFAS MENSUALES DEL CÓNYUGE POR CADA \$1000	EDAD	TARIFAS MENSUALES POR CADA \$1000	TARIFAS MENSUALES DEL CÓNYUGE POR CADA \$1000
Menos de 25 años	0.320	0.320	50-54	1.220	1.280
25-29	0.380	0.380	55-59	1.720	1.880
30-34	0.470	0.450	60-64	2.320	2.600
35-39	0.530	0.510	65-69	3.440	3.900
40-44	0.610	0.580	70 o más	4.530	5.080
45-49	0.880	0.890			

TARIFAS DEL SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES: FUMADORES

EDAD	TARIFAS MENSUALES DEL EMPLEADO POR CADA \$1000	TARIFAS MENSUALES DEL CÓNYUGE POR CADA \$1000	EDAD	TARIFAS MENSUALES POR CADA \$1000	TARIFAS MENSUALES DEL CÓNYUGE POR CADA \$1000
Menos de 25 años	0.350	0.340	50-54	2.050	2.160
25-29	0.430	0.430	55-59	2.920	3.220
30-34	0.570	0.550	60-64	3.960	4.460
35-39	0.710	0.680	65-69	5.850	6.650
40-44	0.880	0.850	70 o más	7.440	8.360
45-49	1.410	1.410			

