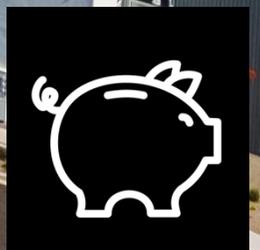
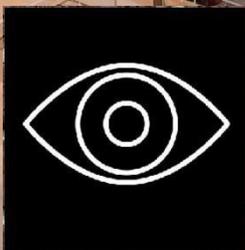


# GORMAN & COMPANY

*Integrity. Innovation. Community.*

## GUÍA DE PRESTACIONES 2024



Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con

[HR@gormanusa.com](mailto:HR@gormanusa.com)

Elegibilidad y elecciones.....	2
Contribuciones de los empleados .....	3
Opciones de diseño del plan médico - UHC .....	5
Opciones de diseño del plan médico - Quartz .....	7
Cuenta de ahorro sanitario (HSA). .....	11
Cuentas de gastos flexibles (FSA).....	12
Plan dental.....	13
Plan Visión .....	14
Seguro de vida e invalidez .....	15
Programa de Asistencia al Empleado.....	16
Seguro de accidentes .....	17
Seguro de enfermedad crítica.....	18
Asistencia en viaje .....	19
Protección frente al robo de identidad.....	20
Seguro de animales de compañía .....	21
Plan de jubilación.....	22
Tiempo ganado/Vacaciones.....	23
Información de contacto .....	24
Menciones legales.....	25



Este documento es un esbozo de la cobertura propuesta por la(s) compañía(s), basada en la información facilitada por su empresa. No incluye todos los términos, coberturas, exclusiones, limitaciones y condiciones del lenguaje contractual real. Para conocer esos detalles, deben leerse las pólizas y contratos propiamente dichos. Si lo solicita, le facilitaremos formularios de póliza para su consulta.

El objetivo de este documento es proporcionarle información general sobre la situación y/o los posibles problemas relacionados con su entorno actual de prestaciones para empleados. No aborda necesariamente todas sus cuestiones específicas. No debe interpretarse como un asesoramiento jurídico, ni pretende serlo. Las preguntas relativas a cuestiones específicas deben ser abordadas por su asesor general o un abogado especializado en esta área de práctica.

## Elegibilidad y elecciones

Gorman & Company se enorgullece de ofrecer un amplio paquete de prestaciones a los miembros del equipo que reúnan los requisitos y trabajen 30 horas o más a la semana. El paquete de prestaciones se resume brevemente en este folleto. Usted comparte el coste de algunas prestaciones (médicas y dentales), la empresa le proporciona otras prestaciones sin coste alguno (seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento, incapacidad a corto plazo e incapacidad a largo plazo), y tiene la opción de adquirir otras prestaciones voluntarias (seguro de visión, accidentes, enfermedades críticas y mascotas). Las prestaciones están sujetas a cambios en cualquier momento.

### Elecciones y cambios de prestaciones

Usted y las personas a su cargo tienen derecho a las prestaciones de la empresa el primer día del mes siguiente a los 30 días de contratación.

\*\* Podrá participar en el Plan Gorman 401K el primer día del mes siguiente a los 60 días de contratación. Los dependientes elegibles son su cónyuge, pareja de hecho (DP), hijos menores de 26 años o dependientes discapacitados de cualquier edad.

Las elecciones realizadas ahora permanecerán vigentes hasta el próximo periodo de afiliación abierta, a menos que usted o los miembros de su familia sufran un evento calificador. Si se produce un hecho causante, debe ponerse en contacto con Recursos Humanos en un plazo de 30 días.

### Los acontecimientos vitales que cumplen los requisitos son los siguientes

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento, adopción o entrega en adopción
- Fallecimiento de su cónyuge, pareja de hecho o persona a su cargo
- Cambio significativo en la cobertura de su cónyuge o pareja de hecho

Si se produce un acontecimiento vital, debe modificar sus prestaciones en los 30 días siguientes al acontecimiento. La modificación de sus prestaciones debe ser coherente con el acontecimiento vital.

Si tiene preguntas, póngase en contacto con Recursos Humanos. [HR@gormanusa.com](mailto:HR@gormanusa.com)



### 2024 Cotizaciones de los empleados (bisemanales)

#### MÉDICO - UHC

	*UHC 1000	*UHC 3000	*UHC HDHP
Empleado	\$60.42	\$53.18	\$42.06
Empleado + Cónyuge/DP	\$265.85	\$234.00	\$185.08
Empleado +Hijo(s)	\$217.52	\$191.45	\$151.43
Familia	\$388.27	\$341.74	\$270.30

#### MÉDICO - CUARZO

	HMO 1000	TPV 1000	HMO 3000	TPV 3000	HMO-HDHP	POS-HDHP
Empleado	\$66.78	\$70.44	\$56.56	\$61.78	\$46.94	\$49.30
Empleado + Cónyuge/DP	\$244.85	\$258.29	\$207.39	\$226.52	\$172.11	\$180.78
Empleado + Hijo(s)	\$200.33	\$211.33	\$169.68	\$185.33	\$140.82	\$147.90
Familia	\$357.59	\$377.22	\$302.88	\$330.82	\$251.36	\$264.01

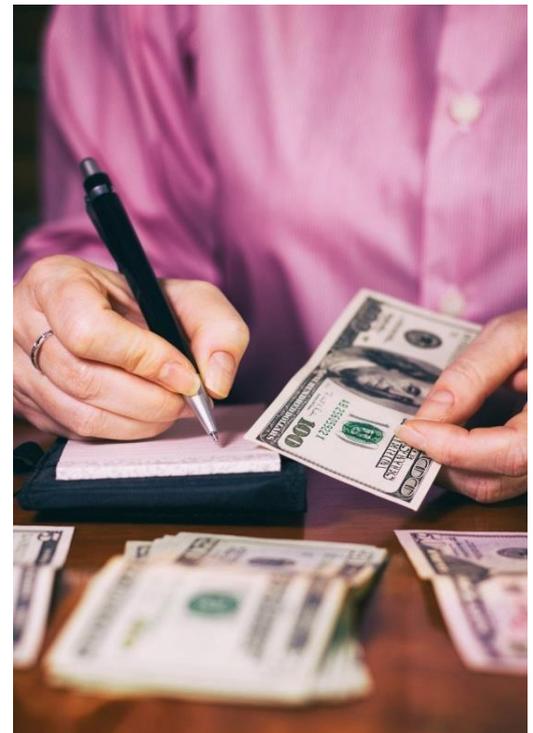
\*La cobertura de UnitedHealthcare está disponible para los miembros del equipo que se encuentren fuera del área de servicio de Quartz. Quartz HMO es para miembros del equipo dentro del área de servicio de Quartz. Quartz POS está disponible para los miembros del equipo dentro del área de servicio de Quartz, y también ofrece opciones de proveedores fuera de la red y una cuenta de reembolso sanitario (HRA).

#### DENTAL

Empleado	\$3.00
Empleado + Cónyuge/DP	\$12.02
Empleado + Hijo(s)	\$14.40
Familia	\$22.61

#### VISION

Empleado	\$4.32
Empleado + Cónyuge/DP	\$8.64
Empleado + Hijo(s)	\$8.82
Familia	\$13.14



## Primas de los trabajadores

### 2024 Contribuciones de los empleados (mensuales)

Seguro de vida voluntario		
Tarifa mensual por 1.000 \$ de cobertura		
Edad	Empleado	Cónyuge/DP
<20	\$0.060	\$0.060
20-24	\$0.060	\$0.060
25-29	\$0.060	\$0.060
30-34	\$0.070	\$0.070
35-39	\$0.099	\$0.099
40-44	\$0.170	\$0.170
45-49	\$0.260	\$0.260
50-54	\$0.399	\$0.399
55-59	\$0.699	\$0.699
60-64	\$0.992	\$0.992
65-69	\$1.840	\$1.840
70+	\$2.850	\$2.850
AD&D	\$0.026	\$0.026
Hijo a cargo	\$0.221	



Administrado por UnitedHealthcare [www.uhc.com](http://www.uhc.com)

La cobertura de atención médica integral y preventiva es importante para protegerlo a usted y a su familia de los riesgos [financieros](#) de enfermedades y lesiones inesperadas. Un poco de prevención suele ser de gran ayuda, especialmente en el ámbito de la atención sanitaria. Los exámenes de rutina y la atención preventiva periódica brindan una revisión económica de su salud. Los pequeños problemas pueden potencialmente convertirse en grandes gastos. Al identificar los problemas tempranamente, a menudo pueden tratarse a bajo costo.

El Resumen de beneficios y cobertura se puede encontrar en el [Centro de recursos humanos de Gorman](#).

La atención sanitaria integral también proporciona tranquilidad. En caso de enfermedad o lesión, usted y su familia están cubiertos con la opción de elegir entre tres excelentes planes médicos.

Estos planes utilizan el **Red UnitedHealthcare Choice Plus**. Para encontrar un médico, configure su cuenta de miembro en [myuhc.com](http://myuhc.com).

	UHC 1000		UHC 3000	
	En red	Fuera de la red	En red	Fuera de la red
<b>Deducible por año calendario (integrado)**</b>				
Individual	\$1,000	\$2,000	\$3,000	\$6,000
Familia	\$2,000	\$4,000	\$6,000	\$12,000
<b>Desembolso máximo por año del plan (integrado)** - Incluye deducible</b>				
Individual	\$4,000	\$8,000	\$6,000	\$8,000
Familia	\$8,000	\$16,000	\$10,000	\$16,000
<b>Sus costos por la atención cubierta</b>				
Servicios Preventivos	\$0	40% después del deducible	\$0	40% después del deducible
Visita Virtual	\$0 con un proveedor de red virtual designado	40% después del deducible	\$0 con un proveedor de red virtual designado	40% después del deducible
Visitas al consultorio primaria	Copago de \$20, sin deducible (\$0 >19 años)	40% después del deducible	Copago de \$20, sin deducible (\$0 >19 años)	40% después del deducible
Especialidad en visitas al consultorio	Copago de \$60, sin deducible	40% después del deducible	Copago de \$60, sin deducible	40% después del deducible
Sala de emergencias	Copago de \$350, sin deducible	Copago de \$350, sin deducible	Copago de \$350, sin deducible	Copago de \$350, sin deducible
Atención de urgencias	Copago de \$80, sin deducible	40% después del deducible	Copago de \$80, sin deducible	40% después del deducible
Hospitalario y Quirúrgico	20% después del deducible	40% después del deducible	20% después del deducible	40% después del deducible
Pruebas de laboratorio Red designada / Red <sup>1</sup>	\$0 / 50% después del deducible	40% después del deducible	20% después del deducible/ 50% después del deducible	40% después del deducible
Rayos X/Diagnóstico	\$0	40% después del deducible	20% después del deducible	40% después del deducible
Imágenes(CT/PET Scans, MRI) Red designada / Red <sup>1</sup>	20% después del deducible / \$500 POD, 50% después del deducible	40% después del deducible	20% después del deducible / \$500 POD, 50% después del deducible	40% después del deducible
<b>Medicamentos con receta</b>				
Nivel 1: venta minorista / pedido por correo	\$10 / \$25	\$10 / No cubierto	\$10 / \$25	\$10 / No cubierto
Nivel 2: venta minorista / pedido por correo	\$35 / \$87,50	\$35 / No cubierto	\$35 / \$87,50	\$35 / No cubierto
Nivel 3: venta minorista / pedido por correo	\$70 / \$175	\$70 / No cubierto	\$70 / \$175	\$70 / No cubierto

<sup>1</sup>Ahorre en su copago buscando atención en un médico "Designado Premium" y ahorre en servicios buscando atención en un "Proveedor de diagnóstico designado". Cualquiera puede estar ubicado en [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com).

\* \*integrado significa que si se selecciona la cobertura familiar, un individuo dentro de esa familia no es responsable de más que el monto individual incorporado.

## Beneficios médicos - UHC

### Plan de salud con deducible alto (HDHP)

Este plan utiliza el **Red UnitedHealthcare Choice Plus**. Para encontrar un médico, configure su cuenta de miembro en [myuhc.com](http://myuhc.com).

#### ¿Qué es un HDHP (plan de salud con deducible alto)?

Un plan HDHP presenta primas más bajas y costos de bolsillo más altos con deducibles antes de que el plan comience a cubrir los costos. Un plan HDHP se ofrece junto con una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA).

El plan incluye cobertura del 100 por ciento sin deducible para ciertos servicios de atención preventiva según lo especificado por la Ley de Asistencia Asequible cuando ve a un proveedor de la red. Es posible que también estén cubiertos exámenes y servicios preventivos adicionales, según factores como su edad, sexo y ciertas afecciones crónicas.

CUS—HDHP	En red	Fuera de la red
<b>Deducible por año calendario (integrado)</b>		
Individual	\$5,000	\$10,000
Familia	\$10,000	\$20,000
<b>Desembolso máximo por año del plan (integrado): incluye deducible</b>		
Individual	\$5,000	\$20,000
Familia	\$10,000	\$40,000
<b>Sus costos por la atención cubierta</b>		
Servicios Preventivos	\$0	30% después del deducible
Visita Virtual	0% después del deducible	30% después del deducible
Visitas al consultorio primaria	0% después del deducible	30% después del deducible
Especialidad en visitas al consultorio	0% después del deducible	30% después del deducible
Sala de emergencias	0%, sin deducible	0% después del deducible de la red
Atención de urgencias	0% después del deducible	30% después del deducible
Hospitalario y Quirúrgico	0% después del deducible	30% después del deducible
Pruebas de laboratorio Red designada / Red1	0% después del deducible / 50% después del deducible	30% después del deducible
Rayos X/Diagnóstico	0% después del deducible	30% después del deducible
Imágenes (CT/PET Scans, MRI) Red designada / Red1	0% después del deducible / \$500 POD, luego Ded, 50%	30% después del deducible
<b>Medicamentos con receta</b>		
Nivel 1: venta minorista/pedido por correo	\$0 / \$0	\$0 / No cubierto
Nivel 2: venta minorista/pedido por correo	\$0 / \$0	\$0 / No cubierto
Nivel 3: venta minorista/pedido por correo	\$0 / \$0	\$0 / No cubierto

### Pagas de tu bolsillo hasta alcanzar el deducible.

Cuando tenga un gasto elegible, como una visita al médico cuando esté enfermo, pagará el costo total de sus gastos de salud hasta que alcance su deducible. Puede optar por pagar desde su HSA o pagar en efectivo o con tarjeta de crédito.

### Su plan cubre el costo de los servicios cubiertos.

Una vez pagado el deducible, tu plan médico tiene 0% de coseguro. Esto significa que una vez que haya alcanzado su deducible, el plan comenzará a pagar el 100% y también se habrá satisfecho su desembolso máximo.

### Estás protegido de gastos mayores.

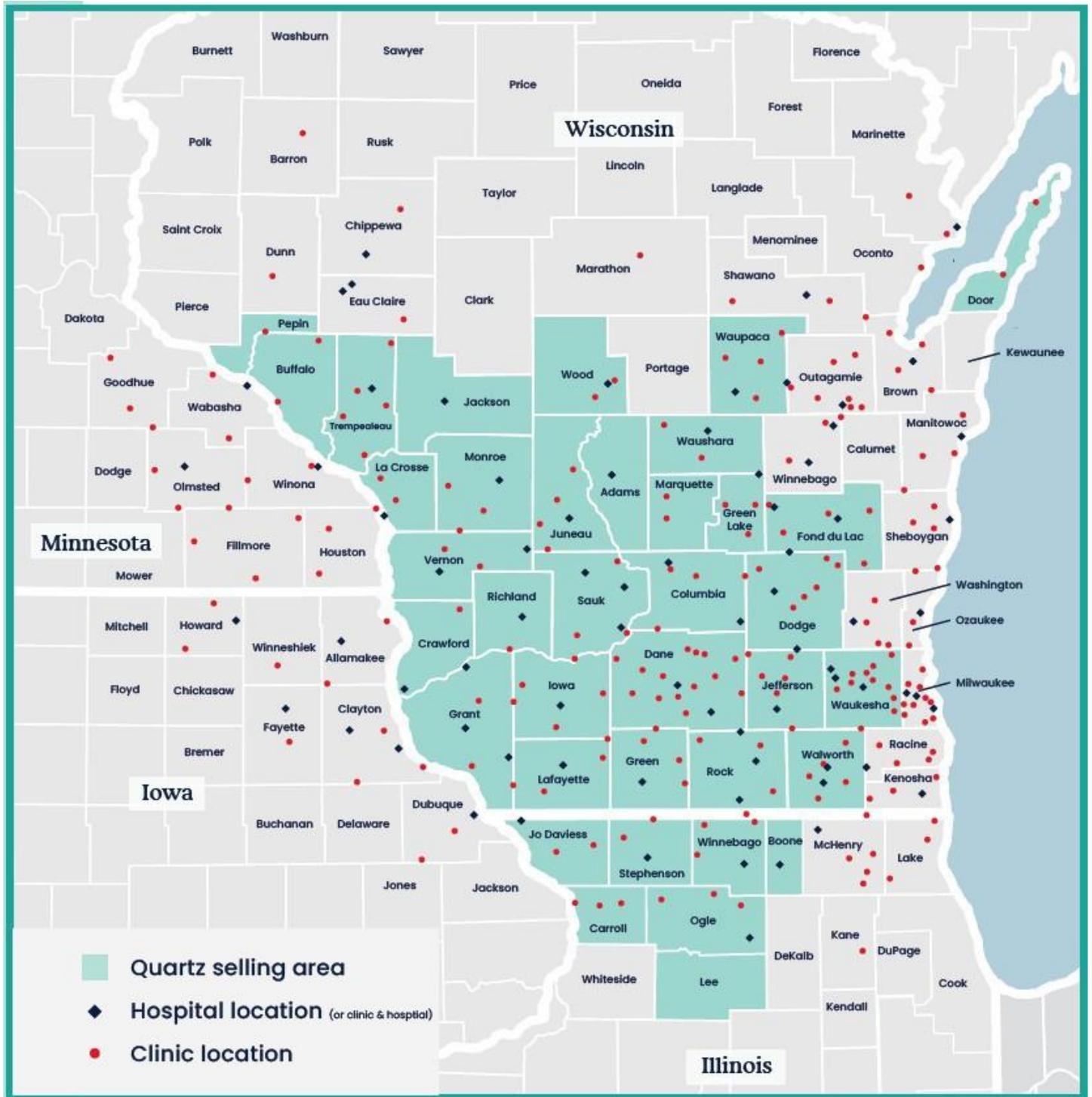
Un desembolso máximo lo protege de gastos importantes. El desembolso máximo es lo máximo que tendrá que pagar durante el año del plan por la atención médica cubierta. Su deducible, coseguro, servicios médicos y los medicamentos recetados se aplican al desembolso máximo.

<sup>1</sup>Ahorre en su copago buscando atención en un médico "Designado Premium" y ahorre en servicios buscando atención en un "Proveedor de diagnóstico designado". Cualquiera puede estar ubicado en [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com).

### Zona de servicio de Quartz

Quartz HMO es para los miembros del equipo dentro del área de servicio de Quartz.

Quartz POS está disponible para los miembros del equipo dentro del área de servicio de Quartz, y también ofrece opciones de proveedores fuera de la red y una cuenta de reembolso sanitario (HRA).



## Prestaciones médicas - Quartz

Administrado por Quartz [www.quartzbenefits.com](http://www.quartzbenefits.com)

Una cobertura sanitaria completa y preventiva es importante para protegerle a usted y a su familia de los riesgos económicos de enfermedades y lesiones inesperadas. Un poco de prevención suele ser de gran ayuda, especialmente en la asistencia sanitaria. Los exámenes rutinarios y la atención preventiva periódica proporcionan una revisión económica de su salud. Los pequeños problemas pueden convertirse en grandes gastos. Si se detectan a tiempo, a menudo pueden tratarse a bajo coste. El Resumen de Beneficios y Cobertura se puede encontrar en el [Gorman HR Hub](#).

	POS—Red Quartz 1000		HMO—Red Quartz 1000	
	*Acuerdo de reembolso sanitario disponible		Afiliado a UW Health	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible por año civil (incluido)</b>				
Individual	\$1,000	\$2,000/\$1,000*	\$1,000	N/A
Familia	\$2,000	\$4,000/\$2,000*	\$2,000	N/A
<b>Máximo de desembolso del año del plan (incluido)- Incluye la franquicia</b>				
Individual	\$2,000	\$4,000	\$2,000	N/A
Familia	\$4,000	\$8,000	\$4,000	N/A
<b>Costes de la asistencia sanitaria cubierta</b>				
Servicios preventivos	\$0	40% después del deducible	\$0	N/A
Visitas a consultorio Primario	Copago de \$30	40% después del deducible	Copago de \$30	N/A
Consultas Especialidad	Copago de \$60	40% después del deducible	Copago de \$60	N/A
Urgencias	\$100 de copago por visita		\$100 de copago por visita	
Atención urgente	Copago de \$60 por visita	40% después del deducible	Copago de \$60 por visita	
Hospitalario/quirúrgico	20% después del deducible	40% después del deducible	20% después del deducible	N/A
Laboratorio de diagnóstico y rayos X	20% después del deducible	40% después del deducible	20% después del deducible	N/A
<b>Medicamentos con receta</b>				
Máximo de gastos de bolsillo para medicamentos recetados	\$2,350 soltero \$4,700 familia	N/A	\$2,350 soltero \$4,700 familia	N/A
Primer nivel	Copago de \$10	N/A	Copago de \$10	N/A
Segundo nivel	Copago de \$35	N/A	Copago de \$35	N/A
Nivel tres	Copago de \$60	N/A	Copago de \$60	N/A
Nivel cuatro	Copago de \$200	N/A	Copago de \$200	N/A
Nivel de valor	\$5 Rx Resultados	N/A	\$5 Rx Resultados	N/A

\* Reembolso de Gastos de Salud en el plan Quartz POS reembolsa gastos de hasta \$1,000 individuales/\$2,000 familiares, manteniendo los deducibles en \$1,000 individuales/\$2,000 familiares. (Gorman paga los últimos \$1,000 del deducible para cobertura individual y los últimos \$2,000 del deducible para cobertura familiar).

## Prestaciones médicas—Quartz

Administrado por Quartz [www.quartzbenefits.com](http://www.quartzbenefits.com)

Una cobertura sanitaria completa y preventiva es importante para protegerle a usted y a su familia de los riesgos económicos de enfermedades y lesiones inesperadas. Un poco de prevención suele ser de gran ayuda, especialmente en la asistencia sanitaria. Los exámenes rutinarios y la atención preventiva periódica proporcionan una revisión económica de su salud. Los pequeños problemas pueden convertirse en grandes gastos. Si se detectan a tiempo, a menudo pueden tratarse a bajo coste. El Resumen de Beneficios y Cobertura se puede encontrar en el [Gorman HR Hub](#).

	POS—Red Quartz 3000		HMO—Red Quartz 3000	
	*Acuerdo de reembolso sanitario disponible		Afiliado a UW Health	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible por año civil (incluido)</b>				
Individual	\$3,000	\$6,000	\$3,000	N/A
Familia	\$6,000	\$12,000	\$6,000	N/A
<b>Máximo de desembolso del año del plan (incluido)- Incluye la franquicia</b>				
Individual	\$5,550	\$11,100	\$5,550	N/A
Familia	\$11,100	\$22,200	\$11,100	N/A
<b>Costes de la asistencia sanitaria cubierta</b>				
Servicios preventivos	\$0	40% después del deducible	\$0	N/A
Visitas a consultorio Primario	Copago de \$30	40% después del deducible	Copago de \$30	N/A
Consultas Especialidad	Copago de \$60	40% después del deducible	Copago de \$60	N/A
Urgencias	\$100 de copago por visita		\$100 de copago por visita	
Atención urgente	Copago de \$60 por visita	40% después del deducible	Copago de \$60 por visita	
Hospitalario/quirúrgico	20% después del deducible	40% después del deducible	20% después del deducible	N/A
Laboratorio de diagnóstico y rayos X	20% después del deducible	40% después del deducible	20% después del deducible	N/A
<b>Prescription Drugs</b>				
Máximo de gastos de bolsillo para medicamentos recetados	\$2,350 soltero \$4,700 familia	N/A	\$2,350 soltero \$4,700 familia	N/A
Primer nivel	Copago de \$10	N/A	Copago de \$10	N/A
Segundo nivel	Copago de \$35	N/A	Copago de \$35	N/A
Nivel tres	Copago de \$60	N/A	Copago de \$60	N/A
Nivel cuatro	Copago de \$200	N/A	Copago de \$200	N/A
Nivel de valor	\$5 Rx Resultados	N/A	\$5 Rx Resultados	N/A

\* Reembolso de Gastos de Salud en el plan Quartz POS reembolsa gastos de hasta \$1,000 individuales/\$2,000 familiares, manteniendo los deducibles en \$1,000 individuales/\$2,000 familiares. (Gorman paga los últimos \$1,000 del deducible para cobertura individual y los últimos \$2,000 del deducible para cobertura familiar).

### Plan de salud con franquicia elevada (HDHP)

Administrado por Quartz [www.quartzbenefits.com](http://www.quartzbenefits.com)

#### ¿Qué es un HDHP (plan de salud con franquicia elevada)?

Un plan HDHP se caracteriza por primas más bajas y gastos de bolsillo más elevados con franquicias antes de que el plan empiece a cubrir los costes. Un plan HDHP se ofrece junto con una Cuenta de Ahorros Sanitarios (HSA).

El plan incluye una cobertura del 100 % sin franquicia para determinados servicios de atención preventiva especificados por la Ley de Asistencia Asequible cuando acude a un proveedor de la red. También pueden estar cubiertos otros exámenes y servicios preventivos, en función de factores como la edad, el sexo y determinadas enfermedades crónicas.

	POS—Red Quartz HDHP		HMO—Red Quartz HDHP Afiliado a UW Health	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible por año civil (incluido)</b>				
Individual	\$5,000	\$10,000	\$5,000	N/A
Familia	\$10,000	\$20,000	\$10,000	N/A
<b>Máximo de desembolso del año del plan (incluido)- Incluye la franquicia</b>				
Individual	\$5,000	\$20,000	\$5,000	N/A
Familia	\$10,000	\$40,000	\$10,000	N/A
<b>Costes de la asistencia sanitaria cubierta</b>				
Servicios preventivos	\$0	20% después del deducible	\$0	N/A
Visitas a consultorio Primario	0% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible	N/A
Consultas Especialidad	0% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible	N/A
Urgencias	0% después del deducible		0% después del deducible	
Atención urgente	0% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible	
Hospitalario/quirúrgico	0% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible	N/A
Laboratorio de diagnóstico y rayos X	0% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible	N/A
<b>Prescription Drugs</b>				
	0% después del deducible	N/A	0% después del deducible	N/A

#### Usted paga de su bolsillo hasta que alcanzar el deducible.

Cuando tenga un gasto subvencionable, como una visita al médico cuando esté enfermo, pagará el coste total de sus gastos sanitarios hasta que alcance su deducible. Puede elegir pagar con su HSA o pagar en efectivo o tarjeta de crédito.

#### Su plan cubre el coste de los servicios.

Una vez abonado el deducible, su plan médico tiene un conaseguro del 0%. Esto significa que una vez abonado el deducible, el plan empieza a pagar el 100% y que el desembolso máximo también se ha pagado satisfecho.

#### Usted está protegido de gastos importantes.

El desembolso máximo le protegé de gastos importantes. El Desembolso máximo es lo máximo que tendrá.

## Cuenta de ahorro sanitario

Una Cuenta de Ahorros Sanitarios (HSA) es como una cuenta bancaria que se utiliza para pagar los gastos sanitarios que reúnan los requisitos, como visitas a la consulta, medicamentos con receta y análisis de laboratorio. El dinero que ingrese en su HSA reducirá su renta imponible del año. Los fondos no utilizados se transfieren al final del año y puede llevarse el dinero si cambia de seguro médico, de empresa o se jubila.



**Gorman & Company realizará una aportación anual de la empresa en su nombre: 500\$ para solteros/1.000\$ para familias. El importe total se dividirá entre 26 y se ingresará cada periodo de pago.**

Algunas ventajas clave de una HSA:

- **Ahorro de impuestos:** Sus aportaciones a la HSA se realizan con dólares antes de impuestos, por lo que pagará menos en impuestos sobre la renta. El dinero de su cuenta puede devengar intereses libres de impuestos y cualquier dinero retirado de su HSA para gastos cualificados puede utilizarse libre de impuestos. Las HSA ofrecen una triple ventaja fiscal.
- **Control:** Puede utilizar la HSA para pagar cualquier gasto médico cualificado, según la definición del IRS. Los gastos más comunes incluyen deducibles, copagos, medicamentos recetados, necesidades dentales y oftalmológicas. Consulte la lista completa en [www.irs.gov](http://www.irs.gov).
- **Ahorros e inversiones:** Los fondos de la HSA no utilizados se transfieren de un año a otro. A los 65 años, podrá utilizar los fondos de su HSA para cualquier fin sobre unabase imponible.
- **Portabilidad:** La cuenta es suya; puede llevarse su HSA si cambia de empleo.
- **Aportaciones y rendimientos de las inversiones:** Están libres de impuestos, al igual que los desembolsos de la cuenta para pagar gastos cualificados.

### Contribución anual de la empresa

Sólo para empleados	\$500
EE +1	\$1,000
Familia	\$1,000

Para que un dependiente menor de 26 años pueda utilizar el dinero de la HSA, debe reunir los requisitos de IRS para ser considerado dependiente suyo. Se aplican normas adicionales si su cónyuge o dependiente con derecho a impuestos también tiene una HSA.

### ¿Tiene derecho a una HSA?

- Si se inscribe en un HDHP, tiene derecho a abrir una cuenta HSA.
- No puede estar cubierto por ningún otro plan de salud no compatible con la HSA, incluidas las Partes A o B de Medicare.
- No puede estar inscrito en una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de asistencia sanitaria para fines generales.

### Límites anuales de cotización IRS 2024

Sólo para empleados	\$4,150
EE +1 y Familia	\$8,300
Póngase al día	\$1,000



Administrado por Employee Benefits Corporation - [www.ebcflex.com](http://www.ebcflex.com)

Puede ahorrar dinero en sus gastos sanitarios y/o de guardería de dependientes con una Cuenta de Gastos Flexible (FSA). La FSA le permite apartar fondos cada periodo de pago antes de impuestos y utilizarlos libres de impuestos para gastos cualificados. Sus aportaciones a la FSA se deducen de su nómina antes de que se le retengan impuestos, por lo que ahorrará en el impuesto sobre la renta y dispondrá de más ingresos.

Su contribución a la FSA se deduce de 26 nóminas en cantidades iguales a lo largo del año del plan de prestaciones. Si se inscribe después del inicio del año del plan debido a su periodo de inscripción inicial o a un acontecimiento vital, su elección de la FSA se deducirá a partes iguales de las restantes nóminas del año del plan.



### Gestionar su FSA

EBC ofrece una experiencia online completa. El Asistente Mi Cuenta de EBC le permite presentar reclamaciones, hacer un seguimiento de los saldos, revisar los detalles del plan y descargar formularios. EBC también ofrece una aplicación móvil que le permite acceder a las mejores funciones del sitio web desde su dispositivo móvil.

### FSA de asistencia sanitaria

Utilice su FSA de asistencia sanitaria para pagar los gastos médicos, dentales y oftalmológicos elegibles, como copagos, coseguros y deducibles para usted y sus dependientes. Los nuevos participantes recibirán una tarjeta de débito MasterCard de EBC Benefits para utilizarla en servicios sanitarios. Se pueden traspasar hasta 640 \$ de los fondos de la FSA de asistencia sanitaria de un año del plan de beneficios al siguiente.

[Consulte en <https://fsastore.com/FSA-Eligibility-List.aspx> la lista de gastos subvencionables con cargo a la cuenta de gastos médicos.](https://fsastore.com/FSA-Eligibility-List.aspx)

Tenga en cuenta lo siguiente: Al inscribirse en la FSA de asistencia sanitaria, usted y/o las personas a su cargo que reúnan los requisitos fiscales no podrán aportar ni aceptar aportaciones a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA).

### FSA para el cuidado de personas dependientes

Puede reembolsar sus fondos personales con dinero de la FSA para el cuidado de dependientes para gastos subvencionables, como el cuidado en una guardería autorizada, un campamento de día y programas antes y después de la escuela para dependientes subvencionables. Las personas dependientes que reúnen los requisitos son los menores de 13 años y las personas dependientes con discapacidad física o mental incapaces de cuidar de sí mismas. Usted (y su cónyuge, si está casado o es pareja de hecho con derecho a desgravación fiscal) debe estar trabajando, buscando trabajo o ser estudiante a tiempo completo para poder utilizar esta cuenta.

Característica	FSA de asistencia sanitaria	FSA para el cuidado de personas dependientes
Contribución máxima anual	\$3,200	\$5,000
Puede utilizarse para...	Gastos médicos, dentales y oftalmológicos para usted y las personas a su cargo	Gastos de guardería para las personas a cargo que reúnan los requisitos
Plazo de ejecución	Hasta 640 \$ de fondos no utilizados pueden ser trasladado al siguiente año del plan de prestaciones	Podrá seguir incurriendo y presentando gastos por el cuidado de personas dependientes durante 90 días más una vez finalizado el año del plan



## Dental

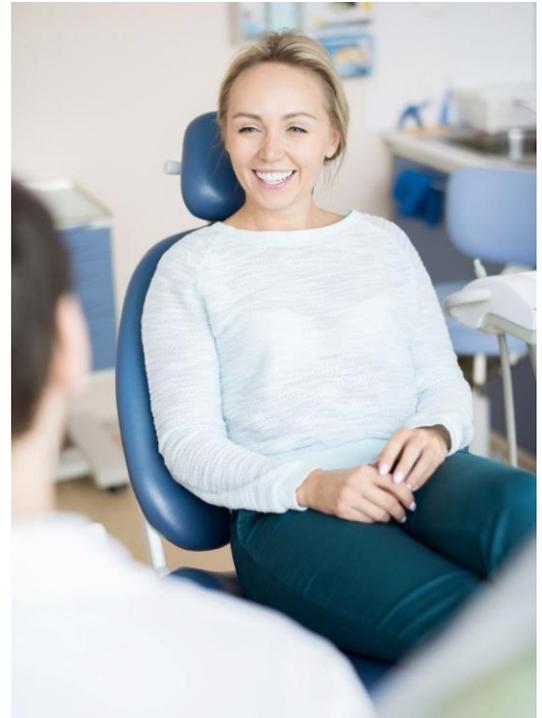
Administrado por Delta Dental of Wisconsin - [www.deltadentalwi.com](http://www.deltadentalwi.com)

### Resumen de Delta Dental

<b>Franquicia anual</b>	25 \$ individual, 75 \$ familia
<b>Prestación máxima anual</b>	\$1,500
<b>Servicios de diagnóstico y preventivos (sin franquicia)</b>	
<b>Exámenes</b>	100%
<b>Limpiezas</b>	100%
<b>Rayos X</b>	100%
<b>Tratamientos de flúor y sellantes</b>	100%
<b>EBICP</b>	Los afiliados con determinados problemas de salud pueden optar a servicios adicionales de atención
<b>Servicios básicos (se aplica la franquicia)</b>	
<b>Tratamiento de urgencia</b>	Deducible, luego 20% después
<b>Rellenos</b>	Deducible, luego 20% después
<b>Endodoncia y periodoncia</b>	Deducible, luego 20% después
<b>Extracciones</b>	Deducible, luego 20% después
<b>Servicios principales (se aplica la franquicia)</b>	
<b>Coronas, inlays, onlays</b>	Deducible, luego 50% después
<b>Puentes y prótesis</b>	Deducible, luego 50% después
<b>Implantes</b>	Deducible, luego 50% después
<b>Servicios de ortodoncia (sin franquicia)</b>	
<b>Dependientes</b>	50% a 1.000 \$ máximo de por vida
<b>Ortodoncia para adultos</b>	50% a 1.000 \$ máximo de por vida



**Consejo útil:** Minimice su gastos de su bolsillo en tratamientos dentales pidiendo a su dentista un presupuesto previo al tratamiento de Delta Dental antes de aceptar recibir cualquier tratamiento importante prescrito.



### Redes de proveedores dentales

Como afiliado a Delta Dental, tiene la flexibilidad de elegir cualquier dentista con su plan Delta Dental: PPO, Premier o fuera de la red. Sus gastos de bolsillo variarán en función del dentista que elija.

He aquí un ejemplo de los costes potenciales en función del proveedor que elija:

	Costes de bolsillo con un dentista Delta Dental PPO	Gastos de bolsillo con un dentista Delta Dental Premier
<b>Honorarios facturados por el dentista</b>	\$1074	
<b>Tasa permitida</b>	\$605	\$901
<b>Delta Dental paga el 50% de la tarifa permitida</b>	\$302.50	\$450.50
<b>Usted paga</b>	\$302.50	\$450.50

**Nota:** Los dentistas que no pertenecen a la red no aceptan los importes permitidos por PPO o Premier y pueden facturarle el saldo.



### Delta Vision con la red EyeMed Vision

[www.deltadentalwi.com](http://www.deltadentalwi.com)  
[www.eyemed.com](http://www.eyemed.com)

El seguro oftalmológico es una prestación que ayuda a sufragar los gastos de exámenes oculares, gafas y otros servicios oftalmológicos. Puede recibir atención de cualquier oftalmólogo autorizado, pero ahorrará dinero si acude a proveedores de la red.

## DeltaVision®

Servicio	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios/Frecuencia</b>		
<b>Examen: una vez cada 12 meses</b>	Cubierto en su totalidad	Hasta 35
<b>Marcos-Una vez cada 12 meses</b>	150 \$ de subsidio, luego 20% de descuento en el saldo	Hasta 75
<b>Lentes</b>	1 par cada 12 meses	
<b>Lentes monofocales</b>	Cubierto en su totalidad	Hasta 25
<b>Lentes bifocales forradas</b>	Cubierto en su totalidad	Hasta 40
<b>Lentes trifocales forradas</b>	Cubierto en su totalidad	Hasta 55
<b>Lentes de contacto**</b>	Una vez cada 12 meses	
<b>Lentes de contacto</b>	150 \$ de subsidio, luego 15% de descuento en el saldo	Hasta 120
<b>Desechable</b>	Subsidio de 150 dólares	Hasta 120
<b>Medicamento necesario</b>	Cubierto en su totalidad	Hasta 200

\*Los tintes y revestimientos adicionales pueden suponer gastos adicionales.

\*\*prestación para lentes de contacto en lugar de prestaciones para gafas



## Cobertura de vida e invalidez

Administrado por Reliance Standard

[www.reliancematrix.com](http://www.reliancematrix.com)



Gorman & Company proporciona seguro básico de vida y seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) a través de Reliance Standard sin costo alguno para los empleados elegibles. Se le inscribirá automáticamente en esta cobertura.

Si desea una cobertura adicional para usted, su cónyuge, pareja de hecho o sus hijos, puede adquirir una cobertura voluntaria a las tarifas de su grupo. Debe inscribirse para obtener cobertura adicional. Deberá presentar un formulario de Declaración de Salud para cualquier cantidad solicitada que supere el importe de la Emisión Garantizada: Haga clic aquí para iniciar su solicitud: [Formulario electrónico de declaración de salud \(EOI\) de Gorman & Co](#)

	Cómo funciona	Seguro de vida básico y seguro AD&D (prestaciones pagadas por la empresa)	Seguro de vida complementario y AD&D (prestación pagada por el empleado)
<b>Vida</b>	Sus beneficiarios reciben esta prestación si usted fallece	50.000 dólares sin coste alguno para usted	<p><b>A ti:</b> Incrementos de 10.000 \$ hasta 500.000 \$. 150.000 \$ Emisión de garantía</p> <p><b>Su cónyuge/DP:</b> Incrementos de 5.000 \$ hasta 250.000 \$ (sin superar el 50% del importe de su cobertura de vida opcional) 20.000 \$ Emisión garantizada</p> <p><b>Su(s) hijo(s):</b> de 1.000 a 10.000 \$, sin superar el 50% de la cuantía vitalicia opcional. 10.000 \$ Emisión de garantía</p>
<b>AD&amp;D</b>	Usted (o sus beneficiarios) recibe esta prestación si fallece o resulta gravemente herido en un accidente	50.000 dólares sin coste alguno para usted	<p><b>A ti:</b> Incrementos de 10.000 \$ hasta 500.000 \$.</p> <p><b>Su cónyuge/DP:</b> Incrementos de 5.000 \$ hasta 250.000 \$ (sin superar el 50% del importe de su cobertura de vida opcional)</p> <p><b>Su(s) hijo(s):</b> de 1.000 a 10.000 \$, sin superar el 50% de la cuantía vitalicia opcional.</p>

Gorman & Company también ofrece un seguro de invalidez a través de Reliance Standard. Esta prestación sustituye una parte de sus ingresos si queda incapacitado y no puede trabajar.

IMPORTANTE-Se le inscribirá automáticamente en la cobertura de incapacidad a corto plazo y de incapacidad a largo plazo.



	Cómo funciona	Quién paga la prestación
Incapacidad a corto plazo	Recibe el 60% de sus ingresos semanales hasta 2.000 \$ semanales. Las prestaciones comienzan tras 7 días naturales de ausencia.	Gorman & Compañía
Incapacidad de larga duración	Percibe el 60 % de sus ingresos mensuales hasta un máximo de 5.000 \$ al mes. Las prestaciones comienzan tras 90 días de incapacidad.	Gorman & Compañía



ACI's Employee Assistance Program (EAP) provides professional and confidential services to help employees and family members address a variety of personal, family, life, and work-related issues.

### Confidential and professional assessment and referral services for employees and their family members

#### EAP and Work-Life Benefits:

From the stress of everyday life to relationship issues or even work-related concerns, the EAP can help with any issue affecting overall health, well-being and life management.

- Unlimited Telephonic Clinical Assessment and Referral
- Up to 3 Sessions of Professional Assessment for Employees and Family Members
- Unlimited Child Care and Elder Care Referrals
- Legal Consultation for Unlimited Number of Issues per Year
- Financial Consultation for Unlimited Number of Issues per Year
- Unlimited Pet Care Consultation
- Unlimited Education Referrals and Resources
- Unlimited Referrals and Resources for any Personal Service
- Unlimited Community-based Resource Referrals
- Online Legal Resource Center
- Affinity™ Online Work-Life Website
- myACI App for Mobile Access
- Multicultural and Multilingual Providers Available Nationwide

EAP benefits are free of charge, 100% confidential, available to all family members regardless of location, and easily accessible through ACI's 24/7, live-answer, toll-free number.

EAP services are provided by ACI Specialty Benefits, under agreement with Reliance Standard Life Insurance Company.

Reliance Standard Life Insurance Company is licensed in all states (except New York), the District of Columbia, Puerto Rico, the U.S. Virgin Islands and Guam. In New York, insurance products and services are provided through First Reliance Standard Life Insurance Company, Home Office: New York, NY. Product availability and features may vary by state.

#### Additional Questions?

Contact Human Resources or contact ACI Specialty Benefits toll-free at

**855-RSL-HELP**

(855-775-4357)

[rsl@acieap.com](mailto:rsl@acieap.com)

<http://rsl.acieap.com>



Administrado por Reliance Standard

[www.reliancematrix.com](http://www.reliancematrix.com)

Gorman & Company ofrece un seguro de accidentes voluntario a través de Reliance Standard que es pagado al 100% por el empleado. El seguro voluntario de accidentes ofrece una serie de prestaciones fijas a tanto alzado por lesiones derivadas de un accidente cubierto, o por muerte accidental y desmembramiento (si está incluido). Estas prestaciones se pagan directamente al asegurado y pueden utilizarse por cualquier motivo, desde franquicias y recetas hasta transporte y cuidado de niños.

Benefits	Amount
Ambulance	\$200 Ground, \$1,000 Air
Blood, Plasma and Platelets	\$200
Burns	To \$800 for 2nd degree burns; To \$6,400 for 3rd degree burns; Skin Graft - 25% of benefit payable for Burns
Chiropractic Services (per Visit)	\$50 per session, 6 sessions maximum
Coma	\$10,000
Concussion	\$100
Dental Injury	\$150 for Crown; \$50 for Extraction
Diagnostic Exams	\$200 per CT/MRI scan
Dislocation	To \$1,880 for Non-surgical; To \$3,760 for Surgical; Partial - 25% of full dislocation; Multiple - 100% of highest dislocation benefit
Emergency Treatment	\$201
Epidural Anesthesia Injection (per Injection)	\$100, 2 maximum
Eye Injury	\$100 for removal of foreign object, \$200 for surgical repair
Fractures	To \$4,000 for Non-surgical; To \$8,000 for Surgical repair; Chip fracture: 25% of non-surgical benefit; Multiple fractures: 100% of highest sustained fracture
Initial Hospital Admission	\$500
Initial Intensive Care Unit (ICU) Hospital Admission	\$1,000
Hospital Confinement (per Day)	\$200, 365 days maximum
Intensive Care Unit (ICU) Confinement (per Day)	\$400, 30 days maximum
Lacerations	To \$400
Lodging (per Day)	\$100 per day up to 30 days if more than 100 miles from residence
Medical Appliances	\$100
Organized Youth Sports Benefit	25% of the benefit amount
Paralysis	\$10,000 quadriplegia; \$5,000 paraplegia/hemiplegia
Physical Therapy (per Session)	\$50, 6 sessions maximum
Physician Visit	\$50 Initial, \$50 Follow-up
Prosthesis	\$500 for one, \$1,000 for two or more
Rehabilitation Facility Confinement (per Day)	\$50, 30 days maximum
Surgery	\$100 for Exploratory; \$300 for Knee Cartilage; \$1,000 for Abdominal or Thoracic; \$500 for Ruptured Disc; to \$600 Tendon, Ligament, or Rotator cuff
Transportation	\$300, if more than 100 miles from residence
X-Rays	\$50
Accidental Death Benefits	Amount
Employee AD&D	\$25,000
Spouse AD&D	\$12,500
Child AD&D	\$5,000
Common Carrier	100%
Accidental Dismemberment Benefits	% of AD Benefit Amount
Single Loss	50%
Multiple Loss (Catastrophic)	100%
Thumb / Finger / Toe	1%
2+ Thumb / Finger / Toe	3%
Speech	100%
Wellness (Health Screening) Benefit	Amount
Wellness (Health Screening)	\$50

### Siniestralidad (bisemanal)

Empleado	\$4.15
Empleado + Cónyuge/DP	\$6.92
Empleado + Hijo(s)	\$8.77
Familia	\$11.54

## Seguro de enfermedad crítica

Administrado por Reliance Standard

[www.reliancematrix.com/](http://www.reliancematrix.com/)



El seguro voluntario de enfermedad crítica proporciona una prestación fija a tanto alzado tras el diagnóstico de una enfermedad crítica, que puede incluir infarto de miocardio, ictus, parálisis y otras. Estas prestaciones se abonan directamente al asegurado y pueden utilizarse por cualquier motivo, desde franquicias y recetas hasta transporte y cuidado de niños. Esta prestación es abonada al 100% por el empleado.

### Enfermedad crítica voluntaria (prestación a

**A Ti:** Incrementos de \$5000 hasta \$20,000 Emisión de garantía  
**Su cónyuge/DP:** Incrementos de 5,000\$ hasta 20,000 \$ (sin superar el 100% del importe de su cobertura) 20.000 \$ Emisión de garantía  
**Su(s) hijo(s):** 25% del importe aprobado por el empleado hasta un máximo de 5.000 \$. 5.000 \$ Emisión de garantía

### FEATURES

DIAGNOSIS ADULT	BENEFIT
Alzheimer's Disease	100%
Carcinoma In Situ	50%
Coma	100%
Coronary Disease	50%
Heart Attack	100%
Life Threatening Cancer	100%
Major Organ Failure	100%
Motor Neuron Disease (ALS)	100%
Multiple Sclerosis	100%
Parkinson's Disease	100%
Ruptured Cerebral, Carotid or Aortic Aneurysm	100%
Skin Cancer	5%
Stroke	100%
DIAGNOSIS CHILD	BENEFIT
Cerebral Palsy	100%
Cleft Lip or Palate	100%
Cystic Fibrosis	100%
Downs' Syndrome	100%
Muscular Dystrophy	100%
Spina Bifida	100%
Type 1 Diabetes	100%

### Employee and Spouse Bi-Weekly Premiums

Benefit Amount	Age 0-29	Age 30-39	Age 40-49	Age 50-59	Age 60-69	Age 70+
\$5,000	\$0.60	\$1.20	\$2.58	\$5.45	\$11.08	\$30.00
\$10,000	\$1.20	\$2.40	\$5.17	\$10.89	\$22.15	\$60.00
\$15,000	\$1.80	\$3.60	\$7.75	\$16.34	\$33.23	\$90.00
\$20,000	\$2.40	\$4.80	\$10.34	\$21.78	\$44.31	\$132.00

#### Dependent Child(ren):

Your dependent child(ren) is eligible for a benefit amount of 25% of your Critical Illness benefit election, limited to a maximum of \$5,000

#### To calculate Dependent Child(ren) Benefit:

Employee Benefit Amount x 25% = Dependent Child(ren) Benefit. No rounding needed.

#### To calculate Monthly Dependent Child(ren) Premium:

Dependent Child(ren) Benefit/1000 x 0.50

Please Note: One rate and benefit amount for all eligible children in family, regardless of number.

Seguro que todos esperamos que nuestros viajes transcurran sin contratiempos, y la mayoría de las veces es así. Sin embargo, si se produce una emergencia durante el viaje -por grande o pequeña que sea-, tiene a su disposición los siguientes recursos **acceso las 24 horas del día** a los servicios gratuitos de asistencia en viaje de On Call International. Tanto si necesita ayuda en caso de enfermedad o lesión, pérdida de pasaporte, equipaje extraviado o incluso para reponer una receta, puede estar seguro de que usted (y las personas a su cargo cubiertas) tendrán acceso a un compañero personal de viaje en caso de emergencia siempre que se encuentren a más de 160 km de casa.

### Cómo funcionan sus servicios de asistencia en viaje

Utilizar los servicios de emergencia para viajes es muy fácil. Sólo tiene que ponerse en contacto directamente con On Call International llamando al (603) 328-1966 en cualquier momento que necesite asistencia mientras viaja. El Centro de Respuesta Global de On Call está abierto **24 horas al día, 365 días al año** y puede proporcionarle los siguientes servicios a través de su cobertura de grupo con Reliance Standard.

A continuación encontrará un resumen del programa de servicios de asistencia de emergencia en viaje On Call. Para obtener una descripción completa de todos los servicios y las condiciones y limitaciones del programa, solicite a su empresa una Descripción de los Servicios Cubiertos.

### Servicios cubiertos

Cuando viaje a más de 100 millas de su domicilio o en un país extranjero, On Call le ofrece a usted y a las personas a su cargo los siguientes servicios:

#### Asistencia previa al viaje

- ▶ Información sobre requisitos de vacunación
- ▶ Requisitos de pasaporte/visado
- ▶ Tipos de cambio
- ▶ Remisión consulado/embaajada
- ▶ Aviso sobre riesgos para salud
- ▶ Información meteorológica

#### Emergencias médicas Transporte

- ▶ Evacuación de emergencia
- ▶ Repatriación médicamente necesaria
- ▶ Visita de un familiar o amigo
- ▶ Regreso del compañero de viaje
- ▶ Retorno de los hijos a cargo
- ▶ Devolución del vehículo
- ▶ Devolución de restos mortales

#### Emergencia Personal Servicios de asistencia

- ▶ Retransmisión de mensajes urgentes
- ▶ Servicios de interpretación/traducción
- ▶ Organización de viajes de emergencia
- ▶ Recuperación de equipajes o efectos personales perdidos o robados
- ▶ Asistencia jurídica y/o fianza

#### Los servicios incluyen

- ▶ Seguimiento de casos médicos
- ▶ Remisiones médicas para médicos/dentistas
- ▶ Asistencia para la prescripción y sustitución de gafas
- ▶ Disposiciones para la convalecencia

\* Los servicios arriba indicados están sujetos a un límite único combinado máximo de 250.000 \$. La devolución del vehículo está sujeta a un máximo de 2.500 \$.

Proporcionado con su cobertura de prestaciones a través de

**RELiance STANDARD**  
A MEMBER OF THE TOKIO MARINE GROUP

Administrado por



### Asistencia en viaje 24 horas

On Call Internacional a través de Reliance Standard

En EE.UU., llamada gratuita

**(800) 456-3893**

En todo el mundo, por cobrar

**(603) 328-1966**

# your digital life is unique. so is your identity theft benefit.

## Get the only comprehensive monitoring of its kind to help you protect yourself from digital fraud

Identity theft and fraud impacted 1 in 6 people last year.<sup>1</sup> When fraud occurs, unraveling it can be overwhelming and costly. That's why Reliance Standard Life and your employer are providing you with InfoArmor Identity Protection. Should you experience fraud, InfoArmor's comprehensive recovery services will go the extra mile to help you resolve your case and restore your identity, saving you time, money, and stress. Plus you can rely on up to \$25K in identity fraud expense reimbursement to cover related out-of-pocket costs.<sup>2</sup>

Nobody thinks identity theft will happen to them until it does. That's when you need a trusted expert by your side to help pick up the pieces. InfoArmor's unique combination of proprietary technology and remediation expertise provides peace of mind every step of the way — so you can live confidently online.

## Powerful monitoring and security tools, plus full-service remediation and reimbursement



### Dark web monitoring

In-depth monitoring goes beyond just looking out for a participant's Social Security number. Bots and human intelligence scour closed hacker forums for compromised credentials and other personal information. Then we alert you if your information is compromised.



### Lost wallet assistance

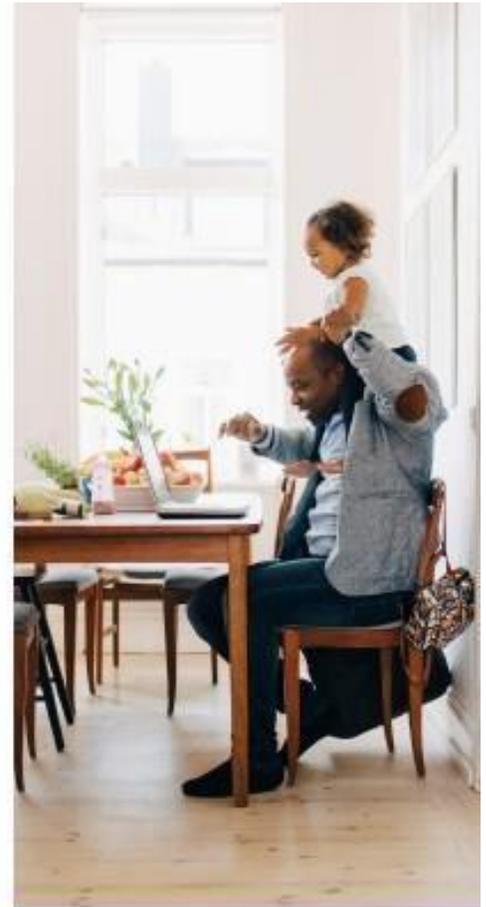
Losing your wallet isn't fun. This security feature allows you to easily access and replace wallet contents. InfoArmor's encrypted vault stores:

- User IDs & passwords
- Driver's licenses
- ATM/credit cards
- Health insurance cards
- Checking accounts



### \$25K fraud-related loss reimbursement

Should fraud occur, we have your back. You'll receive full-service remediation and up to \$25K in identity fraud expense reimbursement for out-of-pocket costs.<sup>1</sup>



## What members are saying:

**99%**  
are satisfied with their customer care experience<sup>2</sup>

**98%**  
are satisfied with how their problem was resolved on their first call<sup>2</sup>

**99%**  
are satisfied with their recovery in cases of identity theft<sup>2</sup>

### Nationwide® pet insurance

#### My Pet Protection® plan summary



Nationwide pet insurance helps you cover veterinary expenses so you can provide your pets with the best care possible **without worrying about the cost.**



#### My Pet Protection coverage highlights

We offer a choice of reimbursement options so you can find coverage that fits your budget. All plans have a \$250 annual deductible and \$7,500 maximum annual benefit. Coverage includes\*:

- Accidents
- Illnesses
- Hereditary and congenital conditions
- Cancer
- Dental diseases
- Behavioral treatments
- Rx therapeutic diets and supplements
- And more

Plus, every My Pet Protection policy includes these additional benefits to maximize your value:

- Lost pet advertising and reward expense
- Emergency boarding
- Loss due to theft
- Mortality benefit



#### Included with every policy

##### **vet**helpline®

- 24/7 access to veterinary experts (\$110 value)
- Available via phone, chat and email
- Unlimited help for everything from general pet questions to identifying urgent care needs

##### **PetRx**Express<sup>SM</sup>

- Save time and money by filling pet prescriptions at participating in-store retail pharmacies across the U.S.
- Rx claims submitted directly to Nationwide
- More than 4,700 pharmacy locations



#### Additional highlights

- Exclusive product for employer groups only
- Preferred pricing for employees
- Multiple-pet discounts
- Guaranteed issuance

Get a fast, no-obligation quote today.

[PetsNationwide.com](http://PetsNationwide.com) • 877-738-7874



Nationwide®

Administrado por Empower Retirement

[www.empower.com/](http://www.empower.com/)



Gorman & Company tiene un plan 401K en el que puede participar a través de deducciones en nómina antes de impuestos, o deducciones en nómina después de impuestos para contribuciones Roth. Se le permite transferir a este plan las contribuciones existentes a un plan cualificado. La fecha de entrada para participar en la aportación de la empresa es el primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo. Debe tener 21 años de edad para participar en el plan Gorman 401K. La aportación discrecional actual del empleador es del 100% (dólar por dólar) de hasta el 6% de su salario anual. Las aportaciones del empleador se depositan por período de pago. El plan 401K tiene un calendario de adquisición de derechos de 6 años.

El plan 401K de Gorman & Company está configurado para la inscripción automática. Esto significa que cuando usted sea elegible para participar en el plan, se le **inscribirá automáticamente** en el plan al 6%. Usted recibirá un aviso de Empower Retirement un mes antes de su fecha de elegibilidad explicando esto y dándole la oportunidad de ir en línea y "optar por no participar" o editar su porcentaje de contribución.

## DEVENGO DEL TIEMPO GANADO

El tiempo ganado es tiempo libre remunerado que puede utilizarse para vacaciones, enfermedad y/o días personales. El tiempo ganado está disponible para los miembros del equipo a tiempo completo y a tiempo completo 75 regulares y temporales. Estos miembros del equipo acumularán Tiempo Ganado de acuerdo con los calendarios que se indican a continuación. Los miembros del equipo a tiempo parcial que trabajen 29 horas o menos a la semana no acumulan Tiempo Ganado (a menos que la ley exija lo contrario). La acumulación de tiempo ganado comienza en la fecha de inicio y se acumula por período de pago. Los miembros del equipo no pueden utilizar más Tiempo Ganado del acumulado en la fecha del día o días libres solicitados.

## CALENDARIO DE DEVENGO A TIEMPO COMPLETO

Duración del empleo	Devengo por periodo retributivo	Días máximos acumulados por año	Número de días de prórroga permitidos
0 - 5 años	5,5385 horas	18 días/144 horas	15 días/120 horas
Más de 5 años	7,0769 horas	23 días/184 horas	35 días/280 horas

## DEVENGO A TIEMPO COMPLETO 75

Duración del empleo	Devengo por periodo retributivo	Días máximos acumulados por año	Número de días de prórroga permitidos
0 - 5 años	4.1538 horas	14,5 días/116 horas	11,25 días/90 horas
Más de 5 años	5.308 horas	17,25 días/138 horas	26,25 días/210 horas

## VACACIONES PAGADAS

Los miembros del equipo que trabajen más de 20 horas semanales podrán disfrutar de las siguientes vacaciones pagadas. \* Los miembros de los equipos de propiedades y empresas no pueden disfrutar de las vacaciones de Semana Santa. \*\* Los miembros del equipo del hotel no tienen derecho a las vacaciones del día después de Acción de Gracias ni a las del Viernes Santo. Para más información, consulte la política de retribución de vacaciones del hotel.

- Año Nuevo
- Día de MLK Jr.
- Viernes Santo (1/2 día) \*\*
- Pascua \*
- Día de los Caídos
- Juneteenth
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día después de Acción de Gracias \*\*
- Día de Nochebuena (1/2 día)
- Día de Navidad
- Día de Nochevieja (1/2 día)

**Pago de vacaciones en hoteles:** Debido a la naturaleza de la industria hotelera que opera 365 días al año, los días festivos pagados se manejan de manera diferente para los miembros del equipo del hotel en la Compañía. Los miembros del equipo de hotel que trabajen por horas cobrarán una vez y media su salario normal por las horas trabajadas en un día festivo. Para los días festivos de Nochebuena y Navidad, y los días festivos de Nochevieja y Año Nuevo, los miembros del equipo del hotel que trabajen por horas tendrán derecho a la paga de vacaciones del hotel cuando trabajen entre las horas de 3:00 p.m. de la víspera del día festivo hasta las 11:00 p.m. del día festivo. Los miembros del equipo asalariado del hotel que estén programados para trabajar en un día festivo elegible podrán tomar el día festivo en un día diferente dentro del mismo período de pago. La Compañía se reserva el derecho de cambiar las fechas de los días festivos pagados dependiendo de cómo caiga el día festivo dentro de la semana del año natural.

## Información de contacto

Beneficio	Vendedor	Teléfono	Sitio web o correo electrónico
Recursos Humanos	Gorman & Compañía	608-835-5534	<a href="mailto:HR@gormanusa.com">HR@gormanusa.com</a>
Médico	UnitedHealthcare o Cuarzo	Llame al número que figura en su tarjeta de identidad	<a href="http://www.myuhc.com">www.myuhc.com</a> <a href="http://www.quartzbenefits.com">www.quartzbenefits.com</a>
Dental	Delta Dental de Wisconsin	800-236-3712	<a href="http://www.deltadentalwi.com">www.deltadentalwi.com</a>
Visión	Ojo Med	844-848-7090	<a href="http://www.eyemed.com">www.eyemed.com</a>
Cuenta de ahorro sanitario (HSA)	EBC	800-346-2126	<a href="http://www.ebcflex.com">www.ebcflex.com</a>
Cuenta de Gasto Flexible (FSA)	EBC	800-346-2126	<a href="http://www.ebcflex.com">www.ebcflex.com</a>
Vida y AD&D	Estándar Reliance	800-351-7500	<a href="http://www.reliancematrix.com">www.reliancematrix.com</a>
Discapacidad	Estándar Reliance	800-351-7500	<a href="http://www.reliancematrix.com">www.reliancematrix.com</a>
Programa de Asistencia al Empleado	Estándar Reliance	800-351-7500	<a href="http://rsli.mylifeexpert.com/">rsli.mylifeexpert.com/</a>
Accidente	Estándar Reliance	800-351-7500	<a href="http://www.reliancematrix.com">www.reliancematrix.com</a>
Enfermedad crítica	Estándar Reliance	800-351-7500	<a href="http://www.reliancematrix.com">www.reliancematrix.com</a>
Indemnización hospitalaria	Estándar Reliance	800-351-7500	<a href="http://www.reliancematrix.com">www.reliancematrix.com</a>
Seguro de animales de compañía	En todo el país	877-738-7874	<a href="http://www.petinsurance.com/gormanusa">www.petinsurance.com/gormanusa</a>
Plan Gorman 401K	Potenciar la jubilación	800-338-4015	<a href="http://www.empower-retirement.com/participante">www.empower-retirement.com/participante</a>
Consejero de prestaciones ALEX	<a href="https://start.myalex.com/gorman">https://start.myalex.com/gorman</a>		
Connect2MyBenefits - Centro de RRHH de Gorman	<a href="https://c2mb.ajg.com/gorman/home/">https://c2mb.ajg.com/gorman/home/</a>		



## Información sobre la protección del paciente

Por lo general, el Plan de Salud de Gorman & Company exige la designación de un proveedor de atención primaria. Usted 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. Hasta que usted haga esta designación, UnitedHealthcare y Quartz designarán uno por usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con UnitedHealthcare y Quartz al 866-314-0335 y 800-362-3310 o [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com) y [www.quartzbenefits.com](http://www.quartzbenefits.com).

En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como médico de cabecera.

Usted no necesita autorización previa de UnitedHealthcare y Quartz ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. No obstante, es posible que el profesional sanitario deba cumplir determinados procedimientos, como obtener autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con UnitedHealthcare y Quartz al 866-314-0335 y 800-362-3310 o [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com) y [www.quartzbenefits.com](http://www.quartzbenefits.com).

## LEY DE DERECHOS DE LA MUJER EN MATERIA DE SALUD Y CÁNCER

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a determinadas prestaciones en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 ("WHCRA"). Para las personas que reciban prestaciones relacionadas con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico que le atiende y la paciente, para:

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

Estas prestaciones estarán sujetas a las mismas franquicias y coseguros aplicables a las demás prestaciones médicas y quirúrgicas del plan. Por lo tanto, se aplicarán las siguientes franquicias y coseguros:

UnitedHealthcare:

Plan 1: UHC 1000 (Individual: 20% de coseguro y \$1.000 de deducible; Familiar: 20% de coseguro y \$2.000 de deducible)

Plan 2: UHC 3000 (Individual: 20% de coseguro y \$3.000 de deducible; Familiar: 20% de coseguro y \$6.000 de deducible)

Plan 3: UHC HDHP (Individual: 0% de coseguro y \$5.000 de deducible; Familiar: 0% de coseguro y \$10.000 de deducible)

Cuarzo:

Plan 1: POS-Quartz Network (Individual: 20% de coseguro y 1.000 \$ de deducible; Familiar: 20% de coseguro y 2.000 \$ de deducible)

Plan 2: HMO-Quartz Network (Individual: 20% de coseguro y 1.000 \$ de franquicia; Familiar: 20% de coseguro y 2.000 \$ de franquicia)

Plan 3: POS-Quartz Network (Individual: 20% de coseguro y 3.000 \$ de deducible; Familiar: 20% de coseguro y 6.000 \$ de deducible)

Plan 4: HMO-Quartz Network (Individual: 20% de coseguro y 3.000 \$ de franquicia; Familiar: 20% de coseguro y 6.000 \$ de franquicia)

Plan 5: POS-Quartz HDHP Network (Individual: 0% de coseguro y \$5.000 de deducible; Familiar: 0% de coseguro y \$10.000 de deducible)

Plan 6: HMO-Quartz HDHP Network (Individual: 0% de coseguro y 5.000 \$ de deducible; Familiar: 0% de coseguro y 10.000 \$ de deducible)

Si desea más información sobre las prestaciones de la WHCRA, llame al administrador de su plan al 608- 835-7004 o [lhalzel@gormanusa.com](mailto:lhalzel@gormanusa.com).

## LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNA Y NEONATAL

En general, los planes de salud colectivos y los emisores de seguros de enfermedad no pueden, en virtud de la legislación federal, restringir las prestaciones para cualquier duración de estancia hospitalaria en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal o menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, la legislación federal no prohíbe en general que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, en virtud de la legislación federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o emisor de seguros para prescribir una duración de la estancia no superior a 48 horas (o 96 horas).

## Menciones legales

### **Asistencia para las primas de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños ( por sus siglas en inglés)**

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para las primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que puedan comprar cobertura de seguro individual a

través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)

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

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o llame al 1 877 KIDS NOW o [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo presentar una solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

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

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2023. Póngase en contacto con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 18556925447	Sitio web del programa de pago de primas del seguro médico de AK: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> Teléfono: 18662514861 Correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad para Medicaid: <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a>
ARKANSAS - Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1855MyARHIPP (8556927447)	Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Sitio web: <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 9164458322 Fax: 9164405676 Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>
COLORADO – Health First Colorado (Medicaid de Colorado Programa) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a> Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 18002213943/retransmisión estatal 711 CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/childhealthplanplus">https://hcpf.colorado.gov/childhealthplanplus</a> CHP+ Servicio al cliente: 18003591991/Programa de compra de seguro médico State Relay 711 (HIBI): <a href="https://www.mychihibi.com/">https://www.mychihibi.com/</a> Servicio al cliente HIBI: 18556926442	Sitio web: <a href="https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html</a> Teléfono: 18773573268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: <a href="https://medicaid.georgia.gov/healthinsurancepremiumpaidprogramhipp">https://medicaid.georgia.gov/healthinsurancepremiumpaidprogramhipp</a> Teléfono: 6785641162, presione 1 GA Sitio web de CHIPRA: <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/thirdpartyliability/childrens-healthinsuranceprogramreauthorizationact2009chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/thirdpartyliability/childrens-healthinsuranceprogramreauthorizationact2009chipra</a> Teléfono: 6785641162, presione 2	Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años Sitio web: <a href="http://www.in.gov/fssa/hip/">http://www.in.gov/fssa/hip/</a> Teléfono: 18774384479 Todos los demás Medicaid Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a> Teléfono: 18004574584

IOWA - Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS - Medicaid
<p>Página web de Medicaid:  <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members">https://dhs.iowa.gov/ime/members</a>            Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366            Hawki Sitio web: <a href="http://dhs.iowa.gov/Hawki">http://dhs.iowa.gov/Hawki</a>            Hawki Teléfono: 1-800-257-8563            Página web del HIPP:  <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp">https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp</a>            Teléfono del HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Página web:  <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a>            Teléfono: 1-800-792-4884            Teléfono HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA - Medicaid
<p>Programa Integrado de Pago de Primas del Seguro Médico de Kentucky (KI-HIPP) Página web:  <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a>            Teléfono: 1-855-459-6328            Correo electrónico <a href="mailto:KIHIP.PROGRAM@ky.gov">KIHIP.PROGRAM@ky.gov</a>            Página web de KCHIP:  <a href="https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx">https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</a> Teléfono: 1-877-524-4718            Página web de Medicaid de Kentucky:  <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms">https://chfs.ky.gov/agencies/dms</a></p>	<p>Página web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o  <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a> Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o            1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE - Medicaid	MASSACHUSETTS - Medicaid y CHIP
<p>Inscripción Página web:  <a href="https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US">https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</a>            Teléfono: 1-800-442-6003            TTY: Maine relay 711            Prima del seguro médico privado Página web:  <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a>            Teléfono: 1-800-977-6740            TTY: Maine relay 711</p>	<p>Página web:  <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a>            Teléfono: 1-800-862-4840            TTY: 711            Correo electrónico: <a href="mailto:masspremassistance@accenture.com">masspremassistance@accenture.com</a></p>
MINNESOTA - Medicaid	MISSOURI - Medicaid
<p>Página web:  <a href="https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp">https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</a>            Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p>Página web:  <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a>            Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA - Medicaid	NEBRASKA - Medicaid
<p>Página web:  <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a>            Teléfono: 1-800-694-3084            Correo electrónico <a href="mailto:HSHIPPProgram@mt.gov">HSHIPPProgram@mt.gov</a></p>	<p>Página web:  <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a>            Teléfono: 1-855-632-7633            Lincoln: 402-473-7000            Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA - Medicaid	NEW HAMPSHIRE - Medicaid
<p>Página web de Medicaid:  <a href="http://dhcftp.nv.gov">http://dhcftp.nv.gov</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Página web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a>            Teléfono: 603-271-5218            Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>
NUEVA JERSEY - Medicaid y CHIP	NUEVA YORK - Medicaid
<p>Página web de Medicaid:  <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a>            Teléfono de Medicaid 609-631-2392            Página web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a>            Teléfono CHIP: 1-800-701-0710</p>	<p>Página web:  <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>            Teléfono: 1-800-541-2831</p>
CAROLINA DEL NORTE - Medicaid	DAKOTA DEL NORTE - Medicaid
<p>Página web:  <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a>            Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Página web:  <a href="https://www.hhs.nd.gov/healthcare">https://www.hhs.nd.gov/healthcare</a>            Teléfono: 1-844-854-4825</p>

## Menciones legales

<b>OKLAHOMA - Medicaid y CHIP</b>	<b>OREGON - Medicaid</b>
Página web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a> Teléfono: 1-888-365-3742	Página web: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a> Teléfono: 1-800-699-9075
<b>PENNSYLVANIA - Medicaid y CHIP</b>	<b>RHODE ISLAND - Medicaid y CHIP</b>
Página web: <a href="https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx">https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx</a> Teléfono: 1-800-692-7462 Página web de CHIP: <a href="#">Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)(pa.gov)</a> Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Página web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a> Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa RItte Share)
<b>CAROLINA DEL SUR - Medicaid</b>	<b>DAKOTA DEL SUR - Medicaid</b>
Página web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a> Teléfono: 1-888-549-0820	Página web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a> Teléfono: 1-888-828-0059
<b>TEXAS - Medicaid</b>	<b>UTAH - Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="#">Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP)   Salud y Servicios Humanos de Texas</a> Teléfono: 1-800-440-0493	Página web de Medicaid: <a href="https://medicaid.utah.gov/">https://medicaid.utah.gov/</a> Página web de CHIP: <a href="http://health.utah.gov/chip">http://health.utah.gov/chip</a> Teléfono: 1-877-543-7669
<b>VERMONT- Medicaid</b>	<b>VIRGINIA - Medicaid y CHIP</b>
Página web: <a href="#">Programa de Pago de Primas del Seguro de Enfermedad (HIPP)   Departamento de Acceso a la Salud de Vermont</a> Teléfono: 1-800-250-8427	Página web: <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select</a> <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs</a> Medicaid/CHIP Teléfono: 1-800-432-5924
<b>WASHINGTON - Medicaid</b>	<b>VIRGINIA OCCIDENTAL - Medicaid y CHIP</b>
Página web: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a> Teléfono: 1-800-562-3022	Página web: <a href="https://dhhr.wv.gov/bms">https://dhhr.wv.gov/bms</a> <a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a> Teléfono de Medicaid 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
<b>WISCONSIN - Medicaid y CHIP</b>	<b>WYOMING - Medicaid</b>
Página web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a> Teléfono: 1-800-362-3002	Página web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a> Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para primas desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, póngase en contacto con cualquiera de los dos:

Department of Labor  
Employee Benefits Security Administration  
Services [www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
1-866-444-EBSA (3272)

.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Medicare & Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

### Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que un organismo federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3507. Asimismo, no obstante cualquier otra disposición legal, ninguna persona podrá ser sancionada por incumplir una recogida de información si ésta no muestra un número de control OMB válido en la actualidad. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se calcula que la carga que supone para el público esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por respuesta. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a [a\\_ebsa.opr@dol.gov](mailto:a_ebsa.opr@dol.gov) y haga referencia al número de control OMB 1210-0137.

### Aviso de prácticas de confidencialidad

#### Protección de los derechos de privacidad de su información sanitaria

Gorman & Company está comprometida con la privacidad de su información médica. Los administradores del Plan de Salud de Gorman & Company (el "Plan") utilizan estrictas normas de privacidad para proteger su información médica del uso o divulgación no autorizados.

Las políticas del Plan que protegen sus derechos de privacidad y sus derechos conforme a la ley se describen en el Aviso de Prácticas Privadas del Plan. Puede recibir una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad poniéndose en contacto con Laurie Halzel - Directora de Recursos Humanos en el 608-835-7004 o [lhalzel@gormanusa.com](mailto:lhalzel@gormanusa.com).

### Derechos de inscripción especial HIPAA

#### Aviso del Plan de Salud de Gorman & Company sobre sus derechos de inscripción especial HIPAA

En nuestros registros consta que reúne los requisitos para participar en el plan de salud de Gorman & Company (para participar realmente, debe cumplimentar un formulario de inscripción y pagar parte de la prima mediante deducción en nómina).

Una ley federal denominada HIPAA exige que le informemos sobre una disposición importante del plan: su derecho a inscribirse en el plan conforme a su "disposición de inscripción especial" si adquiere un nuevo dependiente, o si rechaza la cobertura de este plan para usted o un dependiente que reúna los requisitos mientras esté vigente otra cobertura y posteriormente pierde esa otra cobertura por determinados motivos que reúnen los requisitos.

**Pérdida de otra cobertura (excepto Medicaid o un programa estatal de seguro médico infantil).** Si rechaza la afiliación para usted o para una persona dependiente que cumpla los requisitos (incluido su cónyuge) mientras esté vigente la cobertura de otro seguro médico o plan de salud colectivo, es posible que pueda afiliarse a este plan junto con las personas a su cargo si usted o las personas a su cargo dejan de cumplir los requisitos para esa otra cobertura (o si la empresa deja de contribuir a su otra cobertura o a la de las personas a su cargo). No obstante, debe solicitar la afiliación en los 30 días siguientes a la finalización de su otra cobertura o la de las personas a su cargo (o después de que la empresa deje de contribuir a la otra cobertura).

**Pérdida de cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico infantil.** Si rechaza la afiliación para usted o para una persona dependiente que cumpla los requisitos (incluido su cónyuge) mientras esté vigente la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal de seguro médico infantil, es posible que pueda afiliarse usted y las personas a su cargo a este plan si usted o las personas a su cargo pierden los requisitos para esa otra cobertura. No obstante, debe solicitar la inscripción en los 60 días siguientes a la finalización de su cobertura o la de las personas a su cargo en virtud de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico infantil.

**Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.** Si tiene una nueva persona a su cargo como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse a sí mismo y a las nuevas personas a su cargo. No obstante, debe solicitar la afiliación en los 30 días siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Si usted o las personas a su cargo (incluido su cónyuge) reúnen los requisitos para recibir una subvención estatal de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico para niños en relación con la cobertura de este plan, es posible que usted y las personas a su cargo puedan inscribirse en este plan.

No obstante, debe solicitar la afiliación en los 60 días siguientes a la determinación de su derecho o el de sus derechohabientes a dicha ayuda.

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información sobre las disposiciones de inscripción especial del plan, póngase en contacto con Laurie Halzel - Directora de Recursos Humanos en el 608-835-7004 o [lhalzel@gormanusa.com](mailto:lhalzel@gormanusa.com).

#### Advertencia importante

Si rechaza la afiliación para sí mismo o para un dependiente con derecho a cobertura, debe cumplimentar nuestro formulario de rechazo de la cobertura. En el formulario, debe indicar que la razón por la que rechaza la afiliación es la cobertura de otro plan de salud colectivo u otra cobertura de seguro médico (incluido Medicaid o un programa estatal de seguro médico infantil), y se le pide que identifique dicha cobertura. Si no cumplimenta el formulario, ni usted ni las personas a su cargo tendrán derecho a la inscripción especial en caso de pérdida de otra cobertura, tal y como se ha descrito anteriormente, pero seguirá teniendo derecho a la inscripción especial cuando tenga un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, o en virtud de la obtención del derecho a una subvención estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico infantil con respecto a la cobertura de este plan, tal y como se ha descrito anteriormente. Si no obtiene derechos de inscripción especiales por la pérdida de otra cobertura, no podrá inscribirse ni inscribir a las personas a su cargo en el plan en ningún momento que no sea el periodo de inscripción abierta anual del plan, a menos que se apliquen derechos de inscripción especiales debido a un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, o en virtud del cumplimiento de los requisitos para obtener un subsidio estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico infantil con respecto a la cobertura de este plan.

## Aviso de cobertura admisible

### Aviso importante de Gorman & Company sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Gorman & Company y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si usted es

Si está pensando en afiliarse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y su coste, con la cobertura y los costes de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su zona. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de Medicare para medicamentos recetados:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare empezó a estar disponible en 2006 para todos los beneficiarios de Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados o en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen, como mínimo, un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más elevada.
2. Gorman & Company ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan médico es, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Dado que su cobertura actual es una Cobertura Acreditable, puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más elevada (una penalización) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando reúna los requisitos para recibir Medicare por primera vez y cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura válida de medicamentos recetados, por causas ajenas a su voluntad, también tendrá derecho a un Periodo de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Gorman & Company puede verse afectada. Puede consultar la Descripción abreviada del plan de Quartz Health Plan & UnitedHealthcare para conocer los beneficios vigentes en ese momento. O puede solicitar una copia del Resumen de la Descripción del Plan a Recursos Humanos o a Quartz Health Plan & UnitedHealthcare si necesita revisar o aclarar el nivel de prestaciones que se está administrando actualmente.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura actual de Gorman & Company, tenga en cuenta que es posible que ni usted ni las personas a su cargo puedan recuperar esta cobertura.

#### ¿Cuándo pagará una prima más alta (penalización) por inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados?

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

Si pasa 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima básica de beneficiario de Medicare al mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19% superior a la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el mes de octubre siguiente para afiliarse.

#### Si desea más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados...

Para más información, póngase en contacto con la persona indicada a continuación. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo periodo en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si cambia esta cobertura a través de Gorman & Company. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

### Para más información sobre sus opciones de cobertura de los medicamentos recetados de Medicare...

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y Usted". Medicare le enviará una copia del manual por correo cada año. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se pongan directamente en contacto con usted.

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

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el número de teléfono en la contraportada de su ejemplar del manual "Medicare y Usted") 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 sus ingresos y recursos son limitados, dispone de una ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página web de la Seguridad Social [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov), o llámeles al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**Recuerde: Conserve este Aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado o no a pagar una prima más alta (una multa).**

**Fecha:** 01 de enero de 2024  
**Nombre de la entidad/remite:** Gorman & Company  
**Contacto- Puesto/Oficina:** Laurie Halzel - Directora de Recursos Humanos  
**Dirección de la oficina:** 200 N Main St  
Oregón, Wisconsin 53575-1447  
Estados Unidos  
**Número de teléfono:** 608-835-7004

## Aviso del Mercado

### Nuevas opciones de cobertura del mercado de seguros médicos y su cobertura

#### médica PARTE A: Información general

Cuando en 2014 entren en vigor partes fundamentales de la ley de asistencia sanitaria, habrá una nueva forma de contratar un seguro médico: el Seguro de Enfermedad.

Mercado. Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo ofrecida por su empleador.

#### ¿Qué es el mercado de seguros médicos?

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

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

Puede optar a ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero sólo si su empresa no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumple determinadas normas. El ahorro en la prima al que puede optar depende de los ingresos de su unidad familiar.

#### ¿Afecta la cobertura sanitaria del empleador a la posibilidad de ahorrar en las primas a través del mercado?

Sí. Si su empresa le ofrece un seguro médico que cumple determinadas normas, no podrá optar a una desgravación fiscal a través del mercado y puede inscribirse en el plan médico de su empresa. No obstante, si su empresa no le ofrece ningún tipo de cobertura o no le ofrece una cobertura que cumpla determinados requisitos, puede optar a una desgravación fiscal que reduzca su prima mensual o a una reducción de determinados gastos compartidos. Si el coste de un plan de su empresa que le cubra a usted (y no a otros miembros de su familia) es superior al 9,5% de los ingresos de su unidad familiar durante el año, o si la cobertura que ofrece su empresa no cumple la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible, puede optar a un crédito fiscal.<sup>1</sup>

**Nota:** Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura sanitaria ofrecida por su empleador, es posible que pierda la contribución del empleador (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador -así como la contribución del empleado a la cobertura ofrecida por el empleador- suele excluirse de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

#### ¿Cómo puedo obtener más información?

Si desea más información sobre la cobertura que le ofrece su empresa, consulte la descripción resumida de su plan o póngase en contacto con Laurie Halzel.

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su coste. Visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su zona.

<sup>1</sup>Un plan de salud patrocinado por la empresa cumple la "norma de valor mínimo" si la parte de los costes totales de las prestaciones permitidas cubiertas por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costes.

## **Ley de Michelle**

Los estudiantes dependientes que se ausenten de una institución de educación postsecundaria (colegio, universidad o escuela de formación profesional) por motivos médicos debido a una enfermedad o lesión grave, tendrán derecho a seguir disfrutando de la cobertura del plan de salud hasta que transcurra un (1) año desde el primer día de dicha excedencia o hasta la fecha en que, de lo contrario, finalizaría la cobertura, lo que ocurra primero.



Gorman and Company  
Policy Number: 922902  
Renewal Date: 1/1/2024

### REQUIRED UNIFORM MODIFICATION NOTICE FOR LARGE GROUP EMPLOYERS

#### **Important:** Legal Notice Regarding Changes to Your Group Health Plan to Take Effect at Your Next Renewal

Your group health insurance coverage is coming up for renewal. The following changes, which may also include language clarifications, are required and will be implemented at your next renewal:

- Your plan includes UnitedHealthcare Rewards. With UnitedHealthcare Rewards eligible members can earn dollars for taking small steps towards creating a healthier lifestyle. Members can choose from a variety of reward activities including: track sleep, fitness, completing biometrics and/or a health survey, going paperless and more. UHC Rewards is accessible through the UnitedHealthcare® app and myuhc.com. If a member was eligible for UnitedHealthcare Motion® or SimplyEngaged, these programs will no longer be available.
- All mental health care and substance-related and addictive disorders services must be provided by or under the direction of a behavioral health provider who is properly licensed and qualified by law and acting within the scope of their licensure.
- Provider-based case management services are no longer included under Mental Health Care and Substance-Related and Addictive Disorders Services.
- Elective fertility preservation is not a covered benefit.
- If infertility services are covered, eligibility for benefits no longer requires the member be a female under age 44.
- Benefits are provided for certain over-the-counter hearing aids for covered persons age 18 and older who have mild to moderate hearing loss.
- Specialized enteral formulas administered either orally or by tube feeding are covered for certain conditions under the direction of a physician.
- External catheters are covered health care services.
- Individual and group nutritional counseling exclusion does not apply to behavioral/mental health-related nutritional education services that are provided as part of treatment.
- The following exclusions are removed under gender dysphoria: breast enlargement, including augmentation mammoplasty and breast implants; thyroid cartilage reduction; reduction thyroid chondroplasty; trachea shave; voice modification surgery; voice lessons and voice therapy.

- The routine foot care exclusion does not apply to preventive foot care due to conditions associated with metabolic, neurologic, or peripheral vascular disease.
- Reconstructive jaw surgery is covered when there is a facial skeletal abnormality and associated functional medical impairment.
- Adding pyromania and kleptomania to the list of services not covered under the plan unless they are tied to a conduct or impulse control disorder diagnosis.
- The requirement to maintain a written, specific and detailed treatment program requiring your full-time residence and participation in the residential treatment definition was replaced with the requirement to offer organized treatment services that feature a planned and structured regimen of care in a 24-hour setting.
- When a covered person is eligible for Medicare on a primary basis but chooses not to enroll in Medicare, the policy will pay as secondary and benefits will be calculated using Medicare's approved amount or Medicare's limiting charge.
- Some travel expenses related to covered health care services received from a network provider may be paid back as determined by us.
- The allowed amount (which includes mileage) for emergency ground ambulance transportation provided by an out-of-network provider is a rate agreed upon by the provider or determined based upon the median amount negotiated with network providers for the same or similar service, unless a different amount is required by applicable law.
- The prior authorization requirement for extended outpatient treatment visits, with or without medication management, is removed.
- For all inpatient benefits, the out-of-network prior authorization requirement has been removed for emergency admissions.
- When covered health care services are received from an out-of-network provider as arranged by us, including when there is no network provider who is reasonably accessible or available to provide covered health care services, allowed amounts are an amount negotiated by us or an amount permitted by law.
- The rehabilitation cost share will apply to all visits, including the first 3 visits, for any combination of manipulative treatment and physical therapy for new low back pain.
- The policy charge is based on the enrollment records as provided by you at the time the invoice for the policy charge is issued. You must notify us of enrollments, terminations or other changes in writing or through our electronic system or by other methods as determined by us.
- Under the definition of "Experimental or Investigational Service(s)", the following sources were removed as criteria to identify appropriate use: the American Hospital Formulary Service; the United States Pharmacopoeia Dispensing Information. And the following sources were added: AHFS Drug Information (AHFS DI) under therapeutic uses section; Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology under the indications section; DRUGDEX System by Micromedex under the therapeutic uses section and has a strength recommendation rating of class I, class IIa, or class IIb; National Comprehensive Cancer Network (NCCN) drugs and biologics compendium category of evidence 1, 2A, or 2B. Experimental or investigational service(s) are only obtainable, with regard to outcomes for the given indication, within research settings.
- When biosimilars become available, pharmacy tiers may change for reference products or the reference products may be excluded.
- Durable Medical Equipment, including certain insulin pumps and related supplies, is excluded.
- Convenience care medications are excluded.
- The reference to the smart fill program has been removed.

## Notificación uniforme de modificación

- Certain prescription drug products for tobacco cessation are excluded.
- Any cost-sharing changes are described in your renewal package.

Refer to the benefit documents for specific coverage details. Rates and/or benefits may be subject to regulatory approval. If the rates or products offered are changed as a result of the regulatory review process, we will advise you as soon as possible.

If you have any questions or would like to discuss, please contact me.

We're looking forward to another year of serving you and your employees.



**Changes to Group Certificates for 2024 Renewal**

<p>Improved transparency in Summary of Benefits and Coverage (SBC) by:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adding “deductible does not apply” in various locations to clearly indicate when the deductible does not apply based on plan selected; and,</li> <li>• Clarifying under limitations for diagnostic tests and imaging that prior authorization may be required.</li> </ul>
<p>Added coverage for over-the-counter hearing aids. Dollar and frequency limits may apply.</p>
<p>Revised panniculectomy exclusion. May be covered following weight loss if medically necessary.</p>
<p>Modified language to support covering services provided via care management programs.</p>
<p>Added general exclusions for “wart removal” and “services not rendered.”</p>
<p>Updated hair removal exclusion to cover if authorized by Quartz for covered gender-affirming care.</p>
<p>Updated coverage at \$0 for the following preventive services:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Removed requirement to cover aspirin to prevent cardiovascular risk;</li> <li>• Added screening for anxiety for individuals aged 8-18;</li> <li>• Allowed repeat screening for type 2 diabetes six months post-partum for individuals with positive screening test in early post-partum period;</li> <li>• Added COVID-19 vaccinations; and,</li> <li>• Changed upper age limit for HIV screening from 18 to 21.</li> </ul>
<p>Clarified that:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sublingual allergy treatment is covered if FDA-approved and on the formulary;</li> <li>• Medical benefit drugs are no longer listed in the formulary;</li> <li>• Glucometers and continuous glucose monitors may be covered under the pharmacy, rather than medical, benefit; and,</li> <li>• Quartz plans cover one initial contact lens per eye for specific reasons when medically necessary.</li> </ul>
<p>Removed age limits for initiating treatment of autism spectrum disorder.</p>
<p>Revised to support using Cigna for the PPO network and wrap network for HMO and POS plans.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allowed Cigna to perform medical necessity determinations &amp; process appeals in certain situations.</li> <li>• Removed requirement that member go in-network for certain services under a PPO or POS plan.</li> <li>• Updated prior authorization lists for PPO and out-of-area services under HMO and POS, and instructions for how a member can locate the correct list.</li> <li>• For HMO and POS plans, allowed that out-of-network referrals and prior authorization requests come to Quartz first but may be redirected to Cigna if provider is outside Quartz service area.</li> </ul>
<p>Added a new special enrollment period for individuals voluntarily losing other group coverage during the annual open enrollment period of another employer group health plan.</p>
<p>Clarified that “Extension of Coverage Due to Total Disability” applies only when group policy terminates (not certificate).</p>
<p>Clarified that legal wards of covered spouses are eligible for coverage.</p>
<p>For small group plans, removed language stating Quartz will coordinate benefits with Medicare when a member is eligible for Medicare, even if they did not enroll.</p>
<p>Updated Continuity of Care language to more clearly comply with requirements of the No Surprises Act.</p>
<p>Revised Group Master Policy Agreements to assume responsibility for groups’ compliance with Air Ambulance reporting requirements and submitting the annual Gag Clause Prohibition Compliance Attestation for fully insured groups; updated language to clearly state that group is responsible for providing employer vs. member-paid premium information to Quartz for prescription drug reporting.</p>

*Este resumen de prestaciones ha sido elaborado por*



Insurance | Risk Management | Consulting

**GORMAN**  
& COMPANY

*Integrity. Innovation. Community.*