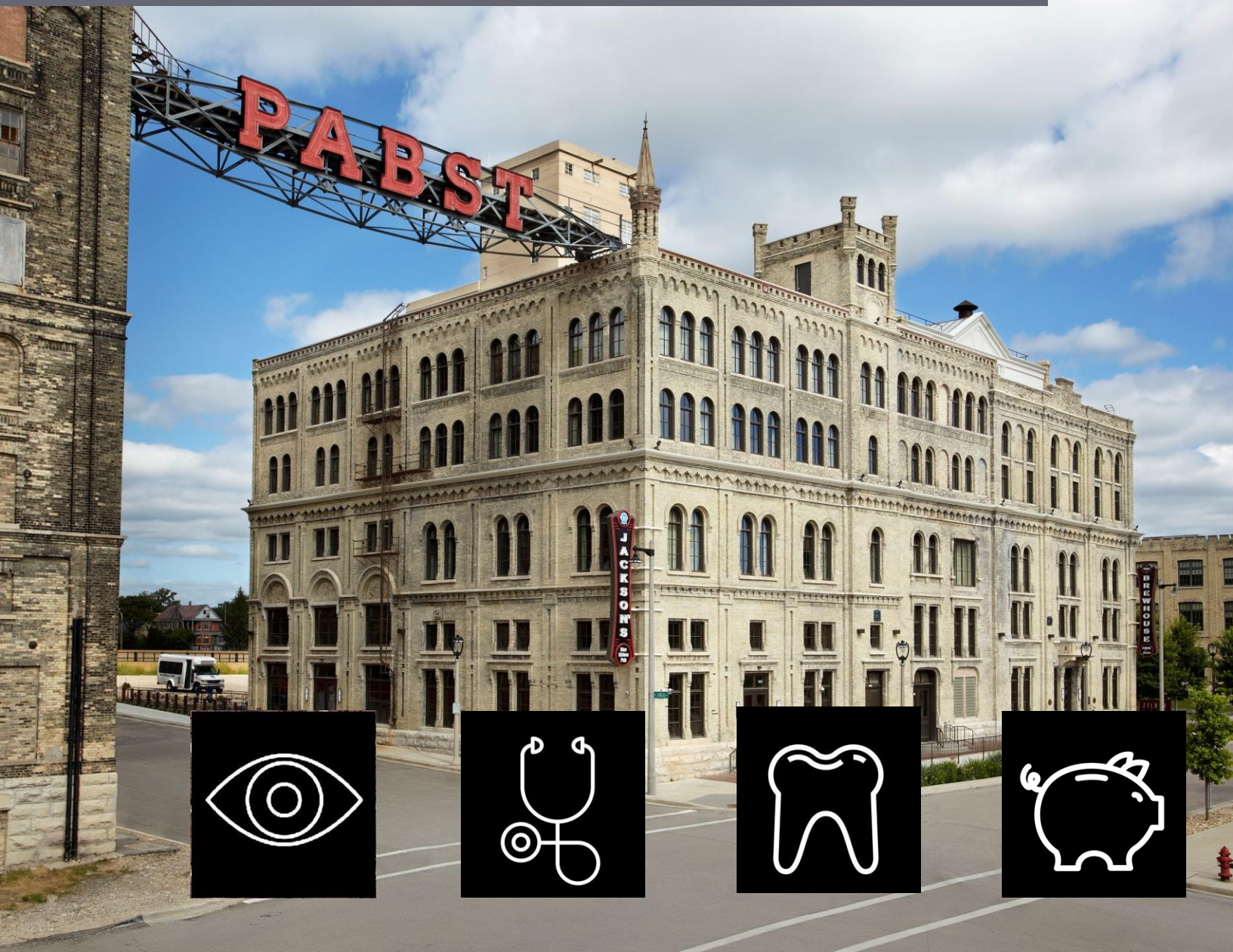


GORMAN & COMPANY

Integrity. Innovation. Community.

GUÍA DE BENEFICIOS 2025



Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con

HR@gormanusa.com

Elegibilidad y Elecciones	4
Aportes a las Cuotas De Los Empleados	5
Opciones de Diseño del Plan Médico – UHC	7
Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)	9
Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)	10
Plan Dental	11
Plan De Visión	12
Seguro de Vida e Incapacidad	13
Programa de Asistencia al Empleado	14
Seguro de Accidentes	15
Seguro de Enfermedad Crítica	16
Seguro de Mascotas	18
Plan de Jubilación	19
Tiempo Ganado/Vacaciones	20
Beneficios Adicionales	21
Información de Contacto	22
Avisos Legales	23



Si usted (y/o las personas a su cargo) tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley Federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Para más detalles, consulte las páginas 30-31 donde comienza el Aviso de Cobertura Acreditable.

Este documento es un esbozo de la cobertura propuesta por la(s) compañía(s) aseguradora(s), basado en la información facilitada por su empresa. No incluye todos los términos, coberturas, exclusiones, limitaciones y condiciones del lenguaje contractual real. Debe leer las pólizas y los contratos en sí para conocer esos detalles. Los formularios de las pólizas para su consulta estarán disponibles previa solicitud.

La intención de este documento es proporcionarle información general sobre el estado de su actual entorno de beneficios para empleados y/o las posibles preocupaciones relacionadas con el mismo. No aborda necesariamente en su totalidad todas sus cuestiones específicas. No debe interpretarse como asesoramiento jurídico, ni pretende proporcionarlo. Las preguntas relativas a cuestiones específicas deben ser abordadas por su asesor general o por un abogado especializado en esta área de práctica.

Elegibilidad y Elecciones

Gorman & Company se enorgullece de ofrecer un completo paquete de beneficios a los miembros del equipo elegibles que trabajen 30 horas o más a la semana. El paquete de beneficios 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 para usted (vida, muerte accidental y desmembramiento, incapacidad a corto plazo e incapacidad a largo plazo). Tiene la opción de adquirir otros beneficios voluntarios para usted, su cónyuge y/o su(s) hijo(s) (seguro voluntario de vida, muerte accidental y desmembramiento, visión, accidente, enfermedad crítica y seguro de mascotas). Los beneficios están sujetos a cambios en cualquier momento.

Elecciones y Cambios de Beneficios

Usted y las personas a su cargo son elegibles para los beneficios de la empresa el primer día del mes siguiente a los 30 días de trabajo.

** Usted es elegible para participar en el Plan 401K de Gorman el primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo.

Son elegibles su cónyuge, pareja de hecho (DP, por sus siglas en inglés), hijos menores de 26 años o dependientes incapacitados de cualquier edad.

Las elecciones realizadas ahora permanecerán en vigor hasta el siguiente periodo de inscripción abierta, a menos que usted o sus familiares experimenten un evento calificador. Si experimenta un evento calificador, debe ponerse en contacto con Recursos Humanos en un plazo de 30 días.

Los eventos de vida calificados incluyen:

- 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 tienes un evento en tu vida, debes realizar cambios en tus beneficios dentro de los 30 días posteriores al evento. El cambio en tus beneficios debe ser consistente con el evento.

¡Póngase en contacto con Recursos Humanos si tiene preguntas! HR@gormanusa.com



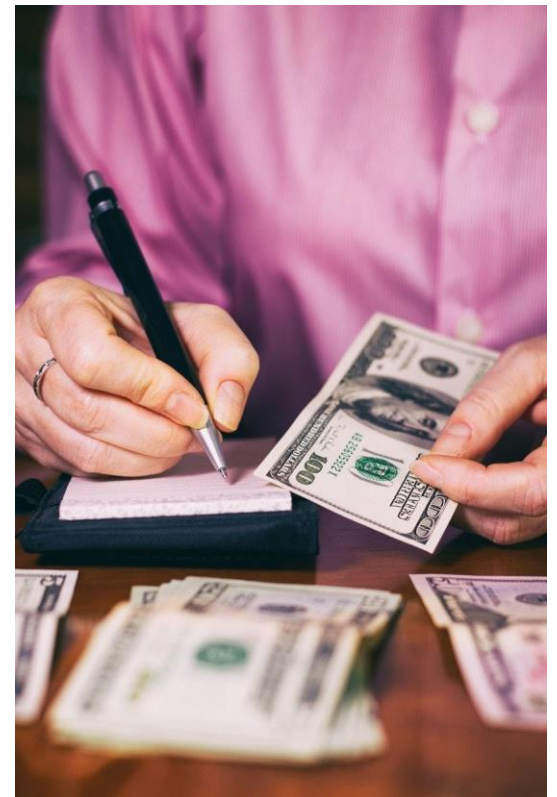
2025 Aportes de los Empleados (Bisemanal)

MÉDICO - UHC			
	*UHC 1000	*UHC 3000	*UHC HDHP
Empleado	\$60.42	\$53.18	\$42.06
Empleado + Cónyuge/DP	\$248.13	\$218.40	\$172.74
Empleado + Hijo(s)	\$203.02	\$178.69	\$141.33
Familia	\$362.38	\$318.96	\$252.28

*La cobertura de UnitedHealthcare está disponible para los miembros del equipo que se encuentren fuera del área de Madison, Wisconsin.

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

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



Cuotas de los Empleados

2025 Aportes de los Empleados (Mensual)

Seguro Voluntario De Vida y AD&D			
Edad	Empleado Por cada \$10,000 de cobertura	Cónyuge/DP Por cada \$5,000 de cobertura	Hijo Por cada \$2,000 de cobertura
15-29	\$0.60	\$0.30	<p>Obtenga hasta \$10,000 de cobertura en incrementos de \$2,000.</p> <p>Una sola póliza cubre a todos sus hijos a cargo elegibles hasta que cumplan 19 años - o hasta que cumplan 26 si son estudiantes a tiempo completo.</p> <p>El beneficio máximo para los niños nacidos vivos hasta los 6 meses es de \$1,000</p> <p>Tarifa: \$.442 por \$2,000 de cobertura</p>
30-34	\$0.70	\$0.35	
35-39	\$0.99	\$0.495	
40-44	\$1.70	\$0.85	
45-49	\$2.60	\$1.30	
50-54	\$3.99	\$1.995	
55-59	\$6.99	\$3.495	
60-64	\$9.92	\$4.96	
65-69	\$18.40	\$9.20	
70+	\$28.50	\$14.25	
AD&D	\$0.26	\$0.13	\$0.52



Administrado por UnitedHealthcare www.uhc.com

Una cobertura médica completa y preventiva es importante para protegerle a usted y a su familia de los riesgos financieros de enfermedades y lesiones inesperadas. Un poco de prevención suele hacer mucho, especialmente en la asistencia médica. Los exámenes rutinarios y la atención preventiva periódica proporcionan una revisión económica de su salud. Los pequeños problemas pueden convertirse en grandes gastos. Identificando los problemas a tiempo, a menudo pueden tratarse a bajo costo.

El Resumen de Beneficios y Cobertura se puede encontrar en el [Gorman HR Hub](#).

La asistencia médica 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 **la Red Choice Plus de UnitedHealthcare**. Para encontrar un médico, configure su cuenta de miembro en www.uhc.com.

	UHC		1000UHC 3000	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible por año natural (incorporado)**				
Individual	\$1,000	\$2,000	\$3,000	\$6,000
Familiar	\$2,000	\$4,000	\$6,000	\$12,000
Gastos de Bolsillo máximos por año del plan (incluidos)** - Incluye deducible				
Individual	\$4,000	\$8,000	\$6,000	\$8,000
Familiar	\$8,000	\$16,000	\$10,000	\$16,000
Sus costos por los cuidados cubiertos				
Servicios Preventivos	\$0	40% después del deducible	\$0	40% después del deducible
Visita Virtual	\$0 dólares con un Proveedor de Red Virtual Designado	40% después del deducible	\$0 dólares con un Proveedor de Red Virtual Designado	40% después del deducible
Visitas Al Consultorio Primario	\$20 copago, sin deducible (\$0 >edad 19)	40% después del deducible	\$20 copago, sin deducible (\$0 >edad 19)	40% después del deducible
Visitas Al Consultorio Especialidad	\$60 de copago, sin deducible	40% después del deducible	\$60 de copago, sin deducible	40% después del deducible
Emergencias	\$350 de copago, sin deducible	\$350 de copago, sin deducible	\$350 de copago, sin deducible	\$350 de copago, sin deducible
Atención Urgente	\$80 de copago, sin deducible	40% después del deducible	\$80 de copago, 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 / Red1	\$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
Diagnóstico por Imagen (TC/TEP, IRM) Red Designada / Red1	20% después del deducible / \$500 POD, 50% después de deducible	40% después del deducible	20% después del deducible / \$500 POD, 50% después de deducible	40% después del deducible
Medicamentos Recetados				
Nivel 1 - Al Por Menor / Por Correo	\$10 / \$25	\$10 / No cubierto	\$10 / \$25	\$10 / No cubierto
Nivel 2 - Al Por Menor / Por Correo	\$35 / \$87.50	\$35 / No cubierto	\$35 / \$87.50	\$35 / No cubierto
Nivel 3 - Al Por Menor / Por Correo	\$70 / \$175	\$70 / No cubierto	\$70 / \$175	\$70 / No cubierto

¹Ahorre en su copago acudiendo a un médico «Designado Premium» y ahorre en servicios acudiendo a un «Proveedor de Diagnóstico Designado». Cualquiera de ellos puede encontrarse en www.myuhc.com.

**Incrustado significa que si se selecciona la cobertura familiar, un individuo dentro de esa familia no es responsable de más del monto individual incrustado.

Beneficios Médicos - UHC

Este plan utiliza el programa **UnitedHealthcare Choice Red Plus**. Para encontrar un médico, cree su cuenta de afiliado en www.uhc.com.

Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP)

¿Qué es un HDHP (Plan de Salud con Deducible Alto)?

Un plan Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP, por sus siglas en inglés) se caracteriza por cuotas más bajas y gastos de bolsillo más elevados con deducibles antes de que el plan empiece a cubrir los costos. Un plan HDHP se ofrece junto con una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA, por sus siglas en inglés).

El plan incluye una cobertura del 100% sin deducible para determinados servicios de atención preventiva especificados por la Ley de Atención Médica Asequible cuando acuda a un proveedor de la Red. También pueden estar cubiertos exámenes y servicios preventivos adicionales, en función de factores como su edad, sexo y determinadas enfermedades crónicas.

UHC-HDHP	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible por año natural (incluido)		
Individual	\$5,000	\$10,000
Familiar	\$10,000	\$20,000
Gastos de Bolsillo máximos por año del plan (incluidos) - Incluye deducible		
Individual	\$5,000	\$20,000
Familiar	\$10,000	\$40,000
Sus costos por los cuidados cubiertos		
Servicios Preventivos	\$0	30% después del deducible
Visita Virtual	0% después del deducible	30% después del deducible
Visitas Al Consultorio Primario	0% después del deducible	30% después del deducible
Visitas Al Consultorio Especialidad	0% después del deducible	30% después del deducible
Emergencias	0%, sin deducible	0% después del deducible de la Red
Atención Urgente	0% después del deducible	30% después del deducible
Hospitalario y Quirúrgico	0% después del deducible	30% después del deducible
Pruebas de Laboratorio Red Designada / Red ¹	0% después de deducible / 50% después de deducible	30% después del deducible
Rayos X/Diagnóstico	0% después del deducible	30% después del deducible
Diagnóstico por Imagen (TC/TEP, IRM) Red Designada / Red ¹	0% después de deducible / \$500 POD, luego de Deducible, 50%	30% después del deducible
Medicamentos Recetados		
Nivel 1 - Al Por Menor / Por Correo	\$0 / \$0	\$0 / No cubierto
Nivel 2 - Al Por Menor / Por Correo	\$0 / \$0	\$0 / No cubierto
Nivel 3 - Al Por Menor / Por Correo	\$0 / \$0	\$0 / No cubierto

Usted paga de su bolsillo hasta alcanzar el importe deducible.

Cuando tenga un gasto elegible, como una visita al médico cuando esté enfermo, pagará el coste total de sus gastos médicos hasta que alcance su deducible. Puede elegir pagar con cargo a 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, su plan médico tiene un coseguro del 0%. Esto significa que una vez que ha satisfecho su deducible, el plan empieza a pagar el 100% y también se ha satisfecho su gasto máximo de bolsillo.

Estará protegido frente a gastos mayores.

El gasto máximo de bolsillo le protege de los gastos importantes. El desembolso máximo es lo máximo que tendrá que pagar en el año del plan por la asistencia médica cubierta. La franquicia, el coseguro, los servicios médicos y los medicamentos recetados se aplican al desembolso máximo.

Cuenta de Ahorros para la Salud

Una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA, por sus siglas en inglés) es como una cuenta bancaria que usted utiliza para pagar los gastos elegibles de atención médica - como visitas al Consultorio, medicamentos recetados y pruebas 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 usted se lleva el dinero consigo si cambia de plan de salud, cambia de empresa o se jubila.



Gorman & Company realizará un aporte anual de la empresa en su nombre: \$500 individual/\$1,000 familiar. El importe total se dividirá entre 26 y se depositará cada período de pago.

Algunas ventajas clave de una HSA:

- **Ahorro de Impuestos:** Sus aportes 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 Servicio de Impuestos Internos (IRS), por sus siglas en inglés). Entre los gastos más comunes se incluyen los deducibles, los copagos, los medicamentos recetados y las necesidades odontológicas y oftalmológicas. Consulte la lista completa en www.irs.gov.
- **Ahorros e Inversiones:** Los dólares de la HSA no utilizados pasan de un año a otro. A los 65 años, podrá utilizar los fondos de su HSA para cualquier fin sobre una base imponible.
- **Portabilidad:** La cuenta es suya; puede llevarse su HSA con usted si cambia de empleo.
- **Aportes y Ganancias de las Inversiones:** Están libres de impuestos, al igual que los desembolsos de la cuenta para pagar gastos cualificados.

Aporte Anual De La Empresa

Empleado	\$500
Empleado +1	\$1,000
Familiar	\$1,000

Para que un dependiente menor de 26 años pueda utilizar el dinero de la HSA, debe reunir los requisitos para ser considerado dependiente suyo a efectos fiscales. Se aplicarán normas adicionales si su cónyuge o dependiente elegible a efectos fiscales también tiene una HSA.

¿Es usted elegible para una HSA?

- Si se inscribe en un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP, por sus siglas en inglés), es elegible para 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 Flexible (FSA, por sus siglas en inglés) de Asistencia Médica para fines generales.

Límites Anuales de Aporte al IRS 2025

Empleado	\$4,300
Empleado +1 y Familia	\$8,550
Póngase Al Día	\$1,000

Si se inscribe en la opción de plan médico elegible para HSA, puede aportar a una HSA a través de EBC y WealthCare Saver



Administrado por la Corporación de Beneficios para Empleados - www.ebcflex.com

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

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



Gestión de su FSA

EBC ofrece una experiencia online completa. El Asistente Mi Cuenta de EBC le permite presentar solicitudes, 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 utilizando su dispositivo móvil.

FSA para la Salud

Utilice su FSA para la Salud para pagar los gastos médicos, dentales y de visión 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 los servicios sanitarios. Se pueden traspasar hasta \$660 de los fondos de la FSA de asistencia médica de un año del plan de beneficios al siguiente.

[Consulte en https://fsastore.com/FSA-Eligibility-List.aspx](https://fsastore.com/FSA-Eligibility-List.aspx) la lista de gastos elegibles para la FSA de asistencia médica

Tenga en cuenta lo siguiente: La inscripción en la FSA de asistencia médica hará que usted y/o sus dependientes elegibles a efectos fiscales no puedan aportar o aceptar aportaciones a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA).

FSA para el Cuidado de Dependientes

Puede reembolsar sus fondos personales con dinero de la FSA para el Cuidado de Dependientes para gastos elegibles como el cuidado en una guardería autorizada, un campamento de día y programas antes y después de la escuela para dependientes elegibles. Entre las personas a cargo elegibles se incluyen los hijos menores de 13 años y las personas a cargo física o mentalmente incapacitadas e incapaces de cuidar de sí mismas. Usted (y su cónyuge, si está casado o es pareja de hecho elegible a efectos fiscales) debe estar trabajando, buscando trabajo o ser estudiante a tiempo completo para poder utilizar esta cuenta.

Característica	FSA para la Salud	FSA para el Cuidado de Dependientes
Aporte máximo anual	\$3,300	\$5,000
Puede utilizarse para los elegibles...	Gastos médicos, dentales y de visión para usted y las personas a su cargo	Gastos de guardería para dependientes elegibles
Período de arrastre o de agotamiento	Hasta \$660 de fondos no utilizados pueden ser trasladado al siguiente año del plan de beneficios	Puede seguir incurriendo y presentando gastos por el cuidado de personas dependientes durante 90 días adicionales después de que finalice el año del plan



Dental

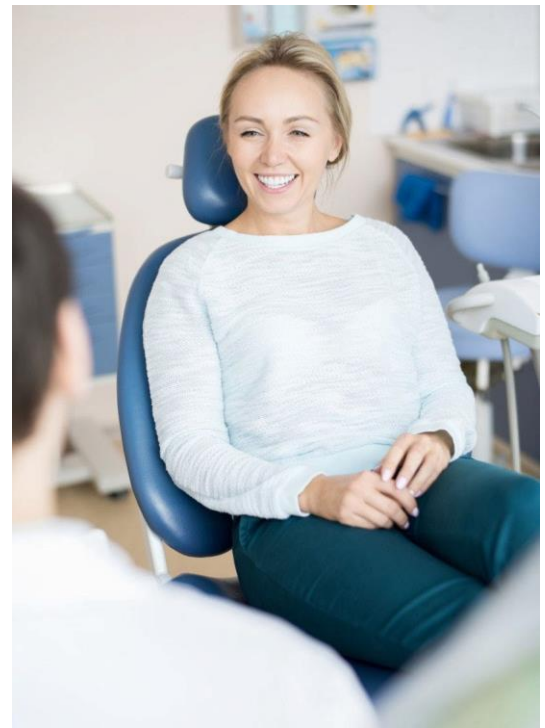
Administrado por Delta Dental of Wisconsin - www.deltadentalwi.com

Resumen de Delta Dental

Deducible Anual	\$25 individual, \$75 familiar
Máximo Beneficio Anual	\$1,500
Servicios de Diagnóstico y Preventivos (sin deducible)	
Exámenes	100%
Limpiezas	100%
Rayos X	100%
Tratamientos de flúor y sellantes	100%
EBICP	Los afiliados con determinados problemas de salud pueden ser elegibles para recibir servicios adicionales de atención preventiva.
Servicios Básicos (se aplica el deducible)	
Tratamiento de Urgencia	Deducible, luego 20% después
Rellenos	Deducible, luego 20% después
Endodoncia y periodoncia	Deducible, luego 20% después
Extracciones	Deducible, luego 20% después
Servicios Principales (se aplica el deducible)	
Coronas, inlays, onlays	Deducible, luego 50% después
Puentes y prótesis	Deducible, luego 50% después
Implantes	Deducible, luego 50% después
Servicios de Ortodoncia (sin deducible)	
Dependientes	50% a \$1,000 máximo de por vida
Ortodoncia para Adultos	50% a \$1,000 máximo de por vida



Consejo útil: Minimice su gastos de su bolsillo por cuidados dentales pidiendo a su dentista un presupuesto previo al tratamiento de Delta Dental antes de aceptar recibir cualquier tratamiento mayor prescrito.



Redes de Proveedores Dentales

Como miembro de 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:

	Gastos de Bolsillo con un Dentista Delta Dental PPO	Gastos de Bolsillo con un Dentista Delta Dental Premier
Cargo facturado por el dentista	\$1074	
Cargo permitido	\$605	\$901
Delta Dental paga el 50% de la cuota permitida	\$302.50	\$450.50
Usted paga	\$302.50	\$450.50

Nota: Los dentistas que no pertenecen a la Red no han acordado aceptar los importes permitidos de la PPO o Premier y pueden facturarle el saldo.

Delta Vision con la Red EyeMed Vision

www.deltadentalwi.com
www.eyemed.com



El seguro de visión es un beneficio que le ayuda a sufragar los costes de los exámenes oculares, las gafas y otros servicios de visión. Puede recibir atención de cualquier profesional de la visión autorizado, pero ahorrará dinero si acude a los proveedores de la Red.

DeltaVision®

Servicio	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios/Frecuencia		
Examen – Una vez cada 12 meses	Cubierto en su totalidad	Hasta \$35
Marcos – Una vez cada 12 meses	\$150 de subsidio, luego 20% de descuento sobre el saldo	Hasta \$75
Lentes	1 par cada 12 meses	
Lentes Monofocales	Cubierto en su totalidad	Hasta \$25
Lentes Bifocales Recubiertos	Cubierto en su totalidad	Hasta \$40
Lentes Trifocales Recubiertos	Cubierto en su totalidad	Hasta \$55
Lentes de Contacto**	Una vez cada 12 meses	
Lentes de Contacto	\$150 de subsidio, luego 15% de descuento sobre el saldo	Hasta \$120
Desechable	\$150 de subsidio	Hasta \$120
Medicamento Necesario	Cubierto en su totalidad	Hasta \$200

*Los tintes y recubrimientos adicionales pueden suponer costes adicionales de su bolsillo.

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



Cobertura de Vida e Incapacidad

Administrado por UNUM - www.unum.com



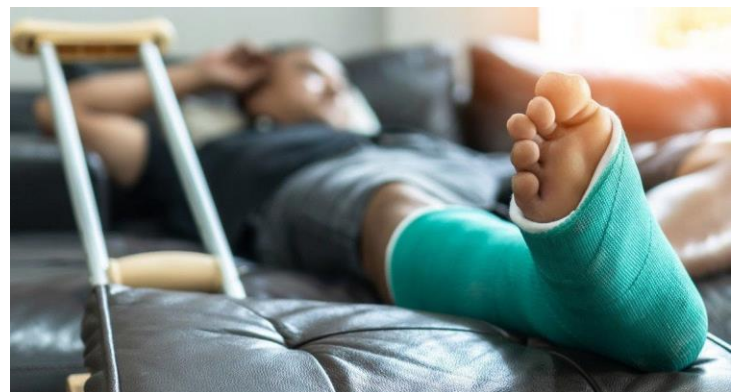
Gorman & Company proporciona un Seguro Básico de Vida y de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) a través de UNUM sin costo alguno para los empleados elegibles. Se le inscribirá automáticamente para esta cobertura.

Si desea una cobertura adicional para usted, su cónyuge, pareja de hecho o sus hijos, puede adquirir una cobertura voluntaria con las tarifas de su grupo. Deberá inscribirse para obtener cobertura adicional. Deberá presentar un formulario de Declaración de Salud para cualquier importe solicitado que supere el importe de la Emisión Garantizada.

	Cómo Funciona	Básico de Vida y AD&D (Beneficio pago por el Empleado)	Complementario de Vida y AD&D (Beneficio pago por el Empleado)
Vida	Sus beneficiarios reciben este beneficio si usted fallece	\$50,000 sin coste alguno para usted	<p>Usted: Incrementos de \$10,000 hasta \$500,000 \$150,000 de Emisión de Garantía</p> <p>Su cónyuge/DP: Incrementos de \$5,000 hasta \$250,000 (sin superar el 100% de su importe de cobertura de vida opcional) \$25,000 de Emisión de Garantía</p> <p>Su(s) hijo(s): de \$1,000 a \$10,000, sin superar el 100% de su importe de por vida opcional. \$10,000 de Emisión de Garantía</p>
AD&D	Usted (o sus beneficiarios) recibe este beneficio si fallece o resulta gravemente herido en un accidente	\$50,000 sin coste alguno para usted	<p>Usted: Incrementos de \$10,000 hasta \$500,000</p> <p>Su cónyuge/DP: Incrementos de \$5,000 hasta \$250,000 (sin superar el 50% de su importe de cobertura de vida opcional)</p> <p>Su(s) hijo(s): de \$1,000 a \$10,000, sin superar el 50% de su importe de por vida opcional</p>

Gorman & Company también ofrece un seguro de incapacidad a través de UNUM. Este beneficio sustituye una parte de sus ingresos si queda incapacitado y no puede trabajar.

IMPORTANTE – Se le inscribirá automáticamente en la cobertura de Incapacidad de Corto Plazo e Incapacidad de Largo Plazo.



	Cómo Funciona	Quién Paga El Beneficio
Incapacidad A Corto Plazo	Recibirá el 60% de sus ingresos semanales hasta un máximo de \$2,000 semanales. Los beneficios comienzan tras 7 días naturales de ausencia.	Gorman & Company
Incapacidad A Largo Plazo	Recibirá el 60% de sus ingresos mensuales hasta un máximo de \$5,000 al mes. Los beneficios comienzan tras 90 días de incapacidad.	Gorman & Company

Help, when you need it most

With your Employee Assistance Program and Work/Life Balance services, confidential assistance is as close as your phone or computer.

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

Su EAP está diseñado para ayudarle a llevar una vida más feliz y productiva en casa y en el trabajo. Llame para tener acceso confidencial a un asesor profesional licenciado que pueda ayudarle.

Consejero Profesional Licenciado puede ayudarle con:

- Estrés, depresión, ansiedad
- Problemas de pareja, divorcio
- Ira, dolor y pérdida
- Estrés laboral, conflictos de trabajo
- Problemas familiares y de crianza
- Y más

EQUILIBRIO ENTRE TRABAJO Y VIDA PRIVADA

También puede ponerse en contacto con un especialista para que le ayude a conciliar el trabajo y la vida personal. Sólo tiene que llamar y uno de nuestros especialistas en trabajo/vida podrá responder a sus preguntas y ayudarle a encontrar recursos en su comunidad.

Pregunte a Nuestros Especialistas en Trabajo/Vida sobre:

- Guardería
- Cuidado de ancianos
- Servicios financieros, gestión de deudas, problemas con los informes de crédito
- Robo de identidad
- Cuestiones jurídicas
- ¡Incluso reduciendo sus facturas médicas/dentales!
- Y más

¿Quién está cubierto?

Los servicios EAP de Unum están disponibles para todos los socios y empleados elegibles, sus cónyuges o parejas de hecho, hijos dependientes, padres y suegros.

Siempre a su lado

- Asistencia experta 24/7
- Sitio web cómodo
- Ayuda a corto plazo
- Remisiones para atención adicional
- Seminarios web mensuales
- Medical Bill Saver™ – le ayuda a ahorrar en facturas médicas

Es fácil acceder a la ayuda:

Asistencia Telefónica: 1-800-854-1446

Asistencia en Línea: unum.com/lifebalance

En Persona: Puede obtener hasta tres visitas, disponibles sin costo adicional para usted con un Consejero Profesional Licenciado. Su asesor puede remitirle a recursos de su comunidad para un apoyo continuo.



Administrado por Unum - www.unum.com

Con el Seguro de Accidentes, recibirá un beneficio en efectivo por cada lesión cubierta y los servicios relacionados. Podrá utilizar el pago de la forma que prefiera: desde gastos no cubiertos por su plan de gastos médicos principales hasta costes cotidianos de la vida como la hipoteca o las facturas de los servicios públicos.

¿Cómo funciona?

El seguro de accidentes proporciona un importe de beneficio fijo en función del tipo de lesión que sufra y del tipo de tratamiento que necesite. Cubre los accidentes que se producen fuera del trabajo. Y abarca toda una gama de incidentes, desde lesiones comunes hasta eventos más graves.

¿Por qué es tan valiosa esta cobertura?

Puede ayudarle con los costos de su bolsillo que su plan médico no cubre, como los copagos y los deducibles. Tendrá una cobertura básica sin suscripción médica. El costo se deduce cómodamente de su nómina. Podrá conservar su cobertura si cambia de trabajo o se jubila. Se le facturará directamente

¿Quién puede obtener cobertura?

Usted	Si está trabajando activamente*
Su Cónyuge	Puede obtener cobertura siempre que haya adquirido cobertura para usted.
Sus Hijos	Hijos a cargo desde el nacimiento hasta los 26 años, independientemente del estado civil o de estudiante

*Los empleados deben estar legalmente autorizados a trabajar en Estados Unidos y trabajar activamente en una localidad estadounidense para recibir cobertura. Consulte el Cuadro de Beneficios para obtener una lista completa de lo que está cubierto.

Su Cuota Mensual	Tarifa
Usted	\$8.38
Usted y su Cónyuge	\$14.57
Usted y sus Hijos	\$18.82
Familia	\$25.01

¿Qué incluye?

Beneficio "Be Well"

Cada año, cada miembro de la familia que tenga cobertura de Accidentes puede recibir también \$50 por someterse a una prueba de detección de "Be Well" cubierta, como por ejemplo:

- Los exámenes anuales realizados por un médico incluyen exámenes físicos deportivos, visitas de niño sano, exámenes dentales y de la vista
- Revisiones para el cáncer, incluyendo citología, colonoscopia
- Revisiones de la función cardiovascular
- Revisiones para el colesterol y la diabetes
- Estudios de imagen, incluyendo radiografía de tórax, mamografía
- Vacunas incluyendo VPH, triple vírica, tétanos, gripe

Beneficio Deportivo Organizado

Cada miembro familiar que tenga cobertura de Accidentes es elegible para un incremento del 10% en los beneficios pagaderos dentro de las categorías de prestaciones del cuadro de Lesiones y Tratamiento. Consulte las declaraciones y el cuadro de prestaciones para más información.



¿Cómo funciona?

Si le diagnostican una enfermedad cubierta por este seguro, puede recibir el pago de un beneficio en forma de suma total. Podrá utilizar el dinero como desee.

¿Por qué es tan valiosa esta cobertura?

El dinero puede ayudarle a pagar los gastos médicos de su bolsillo, como los deducibles. Puede utilizar esta cobertura más de una vez. Incluso después de recibir un pago por una enfermedad, sigue estando cubierto para las afecciones restantes y para la reaparición de cualquier enfermedad crítica, con la excepción del cáncer de piel. El beneficio por recidiva puede pagar el 10% de su importe de cobertura. Los diagnósticos deben estar separados por al menos 180 días o las afecciones no pueden estar relacionadas entre sí.

¿Por qué debería comprar cobertura ahora?

Es más accesible cuando lo adquiere a través de su empresa y las cuotas se deducen cómodamente de su nómina. La cobertura es portátil. Puede llevarse la cobertura con usted si deja la empresa o se jubila. Se le facturará en su domicilio.

¿Qué cubre?

Enfermedades Críticas

Insuficiencia Renal (Riñón) Terminal Ataque	100%
Al Corazón (Infarto De Miocardio)	100%
Fallo Orgánico Grave Que Requiere Trasplante	100%
Accidente Cerebrovascular	100%
Parada Cardíaca Súbita Enfermedad	100%
Arterial Coronaria (Mayor)	100%
Enfermedad Arterial Coronaria (Menor)	50%
	10%

Enfermedades Graves Adicionales Para Sus Hijos 100% (50% del importe elegido)

Parálisis Cerebral	Síndrome De Down
Labio Leporino O	Anemia Falciforme
Paladar Hendido	Espina Bífida
Cardiopatía Congénita Fibrosis	Diabetes Tipo 1
Quística	

Enfermedades Progresivas: 100%

Enfermedad de Addison	Lupus
Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)	Esclerosis Múltiple
Demencia (incluida la enfermedad de Alzheimer)	Distrofia Múltiple
Pérdida Funcional	Miastenia Gravis
Enfermedad de Huntington	Enfermedad de Parkinson
Esclerosis Sistémica (Esclerodermia)	

Suplemento: 100%.

Suplemento Reducido

Tumor cerebral benigno	Trasplante de Médula Ósea/Células Madre (25%)
Coma	
Pérdida de la vista, el oído o el habla	Enfermedades Infecciosas (25%)
VIH ocupacional, Hepatitis B, C o D o TEPT	Hospital de Enfermedades Infecciosas Días consecutivos (7 días)
Parálisis Permanente	Embolia Pulmonar (25%)
	Ataque Isquémico Transitorio / AIT (25%)

Administrado por UNUM - www.unum.com

Cáncer

Cáncer Invasivo (incluido todo el Cáncer de Mama)	100%
Cáncer No Invasivo	25%
Cáncer de Piel	\$500

Beneficio "Be Well"

Cada año, cada familiar que tenga cobertura de Enfermedad Crítica puede recibir también un pago por someterse a una prueba de detección* cubierta por la prestación "Be Well", como por ejemplo:

- Los exámenes anuales realizados por un médico incluyen reconocimientos físicos deportivos, visitas de sano, exámenes dentales y de la visión
- Revisiones para el cáncer, incluyendo citología, colonoscopia
- Revisiones de la función cardiovascular
- Proyecciones para colesterol y diabetes
- Estudios de imagen, niño incluyendo radiografía de tórax, mamografía
- Vacunas incluyendo VPH, triple vírica, tétanos, gripe

* Los importes de los beneficios "Be Well" se basan en los Importes de Cobertura. Consulte las tablas de tarifas mensuales en la página siguiente.

¿Quién puede obtener cobertura?

A Usted:	Elija entre \$10,000, \$20,000 o \$30,000 de cobertura sin suscripción médica para optar a ella si la solicita durante esta inscripción.
Su Cónyuge:	Los cónyuges sólo pueden obtener el 100% del importe de la cobertura de los empleados siempre y cuando usted haya contratado la cobertura para sí mismo.
Sus Hijos:	Si lo elige, los hijos nacidos vivos hasta los 26 años quedan automáticamente cubiertos sin coste adicional. Su importe de cobertura es el 50% del suyo. Están cubiertos para todas las mismas enfermedades más estas afecciones infantiles específicas: parálisis cerebral, labio leporino o paladar hendido, fibrosis quística, síndrome de Down y espina bífida. El diagnóstico debe producirse después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del niño.

Los beneficios pueden estar sujetos a una disposición sobre enfermedades preexistentes

Enfermedad Crítica

Administrado por UNUM

Costes Mensuales		
Edad	Cobertura del Empleado: \$10,000 Cobertura del Cónyuge: \$10,000 Beneficio "Be Well": \$50	
	Empleado	Cónyuge
menores de 25 años	\$2.60	\$2.60
25 - 29	\$2.60	\$2.60
30 - 34	\$5.20	\$5.20
35 - 39	\$5.20	\$5.20
40 - 44	\$8.50	\$8.50
45 - 49	\$11.20	\$11.20
50 - 54	\$15.50	\$15.50
55 - 59	\$20.80	\$20.80
60 - 64	\$34.70	\$34.70
65 - 69	\$46.70	\$46.70
70 - 74	\$63.50	\$63.50
75 - 79	\$87.40	\$87.40
80 - 84	\$118.60	\$118.60
85+	\$130.00	\$130.00

Costes Mensuales		
Edad	Cobertura del Empleado: \$20,000 Cobertura del Cónyuge: \$20,000 Beneficio "Be Well": \$50	
	Empleado	Cónyuge
menores de 25 años	\$5.20	\$5.20
25 - 29	\$5.20	\$5.20
30 - 34	\$10.40	\$10.40
35 - 39	\$10.40	\$10.40
40 - 44	\$17.00	\$17.00
45 - 49	\$22.40	\$22.40
50 - 54	\$31.00	\$31.00
55 - 59	\$41.60	\$41.60
60 - 64	\$69.40	\$69.40
65 - 69	\$93.40	\$93.40
70 - 74	\$127.00	\$127.00
75 - 79	\$174.80	\$174.80
80 - 84	\$237.20	\$237.20
85+	\$260.00	\$260.00

Costes Mensuales		
Edad	Cobertura del Empleado: \$30,000 Cobertura del Cónyuge: \$30,000 Beneficio "Be Well": \$50	
	Empleado	Cónyuge
menores de 25 años	\$7.80	\$7.80
25 - 29	\$7.80	\$7.80
30 - 34	\$15.60	\$15.60
35 - 39	\$15.60	\$15.60
40 - 44	\$25.50	\$25.50
45 - 49	\$33.60	\$33.60
50 - 54	\$46.50	\$46.50
55 - 59	\$62.40	\$62.40
60 - 64	\$104.10	\$104.10
65 - 69	\$140.10	\$140.10
70 - 74	\$190.50	\$190.50
75 - 79	\$262.20	\$262.20
80 - 84	\$355.80	\$355.80
85+	\$390.00	\$390.00

Seguro de Mascotas

Administrado por Nationwide
www.petinsurance.com/gormanusa

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

vethelpline®

- 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

PetRxExpressSM

- 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 • 877-738-7874



Nationwide®



Administrado por Empower Retirement

www.empower.com/



Gorman & Company tiene un Plan 401K en el que usted puede ser elegible para participar a través de deducciones de nómina antes de impuestos, o deducciones de nómina después de impuestos para los aportes Roth. Se le permite transferir a este plan los aportes existentes a un plan cualificado. La fecha de ingreso para participar en la aportación del empleador es el primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo. Debe tener 21 años para participar en el Plan Gorman 401K. La actual aportación discrecional del empleador es del 100% (dólar por dólar) de hasta el 6% de su salario anual. Los aportes de igualación del empleador se depositan por período de pago. Existe una Calendario de adquisición de derechos de 6 años para el Plan 401K.

El Plan Gorman & Company 401K 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%. Recibirá un aviso de Empower Retirement un mes antes de su fecha de elegibilidad explicándole esto y dándole la oportunidad de entrar en línea y "optar por no participar" o editar su porcentaje de aporte.

ACUMULACIÓN DE TIEMPO GANADO

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

CALENDARIO DE ACUMULACIÓN A TIEMPO COMPLETO

Duración del Empleo	Acumulación por Período de Pago	Máximos de Días Acumulados por Año	Número de Días de Traspaso Permitidos
0 - 5 años	5,5385 horas	18 días/144 horas	15 días/120 horas
5+ años	7,0769 horas	23 días/184 horas	35 días/280 horas

CALENDARIO DE ACUMULACIÓN A TIEMPO COMPLETO DE 75 HORAS

Duración del Empleo	Acumulación por Período de Pago	Máximos de Días Acumulados por Año	Número de Días de Traspaso Permitidos
0 - 5 años	4.1538 horas	14.5 días/116 horas	11.25 días/90 horas
5+ años	5.308 horas	17.25 días/138 horas	26.25 días/210 horas



VACACIONES PAGADAS

Los miembros del equipo que estén programados para trabajar más de 20 horas semanales pueden ser elegibles para las siguientes vacaciones pagadas. * Los miembros del equipo de Propiedad y Corporativo no son elegibles para el feriado de Pascua. ** Los miembros del equipo del Hotel no son elegibles para el feriado del Día después de Acción de Gracias ni para el feriado del Viernes Santo. Para más información, consulte la política de remuneración de las vacaciones en el hotel.

- Día de 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)
- Vacaciones Flotantes

Pago de Vacaciones en Hoteles: Debido a la naturaleza de la industria hotelera que opera los 365 días del año, las vacaciones pagadas se gestionan de forma diferente para los miembros del equipo hotelero de la empresa. Los miembros del equipo hotelero que trabajen por horas recibirán un pago equivalente a una vez y media su salario habitual por las horas trabajadas en un día festivo elegible. Para los días festivos de Nochebuena y Navidad, y los días festivos de Nochevieja y Año Nuevo, los miembros del equipo por horas del hotel serán elegibles para la paga de festivos del hotel cuando trabajen entre las 3:00 p.m. de la víspera del día festivo y 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 tomarse el día festivo en un día diferente dentro del mismo periodo de pago. La empresa se reserva el derecho a cambiar las fechas de los días festivos pagados en función de cómo caiga el día festivo dentro de la semana del año natural.

Reembolso De Educación:

Para fomentar el desarrollo profesional y personal de los miembros del equipo de Gorman & Company, la Empresa puede proporcionar reembolsos a los miembros del equipo elegibles por cursos relacionados con el trabajo tomados en colegios o universidades acreditadas. Todos los miembros del equipo a tiempo completo y a tiempo completo de 75 horas que hayan estado empleados en la Empresa durante al menos seis (6) meses son elegibles para el Programa de Reembolso de Educación. Los miembros del equipo deben recibir la aprobación de su supervisor y de Recursos Humanos antes de inscribirse en un curso. Sólo se tendrán en cuenta los cursos que estén directamente relacionados con el puesto del miembro del equipo o con una posible trayectoria profesional en la Empresa.

Permiso Parental Retribuido:

Los miembros del equipo regular a tiempo completo y regular a tiempo completo de 75 horas son elegibles para un permiso parental pagado de hasta 4 semanas que puede utilizarse dentro de los 3 meses siguientes al nacimiento o adopción del hijo o hijos del miembro del equipo. El permiso parental coincide con el permiso por incapacidad a corto plazo, la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) y otros programas de permisos estatales, si procede. El permiso parental no utilizado no se pagará en el momento de la separación del empleo.

Licencia Por Duelo:

Todos los miembros del equipo recibirán hasta 10 días laborables de permiso por duelo retribuido en caso de fallecimiento de un hijo o hijastro, hasta 5 días laborables de permiso por duelo retribuido en caso de fallecimiento de un familiar directo que resida en el hogar del miembro del equipo, o hasta 3 días laborables de permiso por duelo retribuido en caso de fallecimiento de otro familiar directo o por pérdida de embarazo o aborto espontáneo. Los miembros del equipo a tiempo parcial recibirán el pago del permiso por duelo de acuerdo con el número de horas que estén programados regularmente para trabajar ese día en particular.

Permiso Retribuido Por Donación De Médula Ósea y Órganos:

Todos los miembros del equipo son elegibles para disfrutar de hasta 5 días de permiso retribuido para servir como donantes de médula ósea y de hasta 3 semanas de permiso retribuido para servir como donantes de órganos (el importe real del permiso retribuido se prorrateará en función de la situación laboral).

Deber De Jurado:

Los miembros del equipo a tiempo completo que sean convocados para prestar servicio como jurado cobrarán su salario habitual durante una semana como máximo. Este beneficio también se extiende a los miembros del equipo a tiempo parcial elegibles, en caso de que tengan que prestar servicio como jurado en días en los que tienen programado trabajar regularmente. En tal caso, el miembro del equipo a tiempo parcial percibirá la paga de jurado prorrateada en función del número de horas que tenga previsto trabajar regularmente en cada día programado.

Información de Contacto

Beneficio	Proveedor	Teléfono	Sitio Web o Correo Electrónico
Recursos Humanos	Gorman & Company	608-835-5534	HR@gormanusa.com
Médico	Quartz	Llame al número que figura en su Tarjeta de Identificación	www.quartzbenefits.com
Dental	Delta Dental of Wisconsin	800-236-3712	www.deltadentalwi.com
Visión	Eye Med	844-848-7090	www.eyemed.com
Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)	EBC	800-346-2126	www.ebcflex.com
Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)	EBC	800-346-2126	www.ebcflex.com
Vida y AD&D	UNUM	866-679-3054	www.unum.com
Incapacidad	UNUM	866-679-3054	www.unum.com
Programa de Asistencia al Empleado	UNUM	800-854-1446	www.unum.com/lifebalance
Accidente	UNUM	866-679-3054	www.unum.com
Enfermedad Crítica	UNUM	866-679-3054	www.unum.com
Seguro de Mascotas	En todo el país	877-738-7874	www.petinsurance.com/gormanusa
Plan 401K de Gorman	Empower Retirement	800-338-4015	www.empower-retirement.com/participante
Consejero de Beneficios ALEX	https://start.myalex.com/gorman		
Connect2MyBenefits - Gorman HR Hub	https://c2mb.ajg.com/gorman/home/		



Divulgación De 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 sus familiares. Hasta que usted haga esta designación, UnitedHealthcare designará 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 al 866-314-0335 o www.myuhc.com.

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

Usted no necesita autorización previa de UnitedHealthcare ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra Red que se especialice en obstetricia o ginecología. No obstante, es posible que el profesional médico deba cumplir ciertos procedimientos, como obtener una autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales médicos participantes especializados en obstetricia o ginecología, póngase en contacto con UnitedHealthcare en el 866-314-0335 o en www.myuhc.com.

LEY SOBRE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES A LA SALUD Y EL CÁNCER

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, es posible que tenga derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos de las Mujeres sobre la Salud y el Cáncer de 1998 ("WHCRA", por sus siglas en inglés). Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico que la atienda 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.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por el plan. Por lo tanto, se aplicarán los siguientes deducibles y coseguros:

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)

Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame a su administrador del plan al 608- 835-7004 o lhalzel@gormanusa.com.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE RECIÉN NACIDOS Y MADRES

Los planes de salud colectivos y los emisores de seguros médicos no pueden, por lo general, según la ley Federal, restringir los beneficios para cualquier estancia hospitalaria relacionada con el parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal, o a menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, la ley 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 los emisores no pueden, en virtud de la ley Federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estancia no superior a 48 horas (o 96 horas).

Avisos Legales

Ayuda para el pago de las cuotas de Medicaid y del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP (por sus siglas en inglés), y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia de cuotas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando los 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 el pago de cuotas, pero es posible que puedan adquirir una cobertura de seguro individual a través del Health Insurance Marketplace. Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o las personas a su cargo ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los Estados que se indican a continuación, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su Estado para averiguar si dispone de ayuda para el pago de las cuotas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para alguno de estos programas, póngase en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para saber cómo solicitarlo. Si reúne los requisitos, pregunte a su Estado si cuenta con un programa que pueda ayudarle a pagar las cuotas de un plan patrocinado por un empleador.

Si usted o las personas a su cargo son elegibles para la ayuda para el pago de las cuotas en virtud de Medicaid o CHIP, así como elegibles en virtud del plan de su empresa, ésta debe permitirle inscribirse en el plan de su empresa si aún no lo está. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de que se determine que es elegible para la ayuda para el pago de las cuotas**. Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción en el plan de su empresa, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir ayuda para pagar las cuotas del plan de salud de su empresa. La siguiente lista de estados está actualizada a Julio 31, 2024. Póngase en contacto con su Estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA - Medicaid	ALASKA - Medicaid
Sitio Web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio Web del Programa de Pago de Cuotas del Seguro Médico de AK: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS - Medicaid	CALIFORNIA - Medicaid
Sitio Web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio Web del Programa de Pago de Cuotas del Seguro Médico (HIPP): http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO - Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA - Medicaid
Sitio Web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de Contacto para Afiliados de Health First Colorado 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio de Atención al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Relé estatal 711 Programa de Compra de Seguro Médico (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio de Atención al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio Web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA - Medicaid	INDIANA - Medicaid
Sitio Web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Pulse 1 Sitio Web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-responsabilidad/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Pulse 2	Programa de Pago de Cuotas de Seguro Médico Todos los demás Medicaid Sitio Web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Familiares y Sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de Atención al Afiliado 1-800-457-4584

IOWA - Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS - Medicaid
<p>Sitio Web de Medicaid: Iowa Medicaid Salud y Servicios Humanos Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio Web de Hawki: Hawki - Niños sanos y saludables en Iowa Salud y servicios humanos Teléfono Hawki: 1-800-257-8563 Sitio Web del HIPP: Pago de Cuotas del Seguro Médico (HIPP) Salud y Servicios Humanos (iowa.gov) Teléfono HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio Web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA - Medicaid
<p>Sitio Web del Programa Integrado de Pago de Cuotas del Seguro Médico de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio Web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1- 877-524-4718 Sitio Web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Sitio Web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea Directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE - Medicaid	MASSACHUSETTS - Medicaid y CHIP
<p>Sitio Web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Sitio Web sobre la Cuota del Seguro Médico Privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711</p>	<p>Sitio Web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com</p>
MINNESOTA - Medicaid	MISSOURI - Medicaid
<p>Sitio Web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672</p>	<p>Sitio Web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA - Medicaid	NEBRASKA - Medicaid
<p>Sitio Web: http://dphs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p>Sitio Web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA - Medicaid	NEW HAMPSHIRE - Medicaid
<p>Sitio Web de Medicaid: http://dhcnp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio Web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito del programa HIPP 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</p>
NEW JERSEY - Medicaid y CHIP	NEW YORK - Medicaid
<p>Sitio Web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de Asistencia para Cuotas de CHIP: 609-631-2392 Sitio Web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)</p>	<p>Sitio Web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
CAROLINA DEL NORTE - Medicaid	DAKOTA DEL NORTE - Medicaid
<p>Sitio Web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Sitio Web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>

Avisos Legales

OKLAHOMA - Medicaid y CHIP	OREGON - Medicaid y CHIP
Sitio Web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio Web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA - Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND - Medicaid y CHIP
Sitio Web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio Web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio Web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea Directa RIte Share)
CAROLINA DEL SUR - Medicaid	DAKOTA DEL SUR - Medicaid
Sitio Web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio Web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS - Medicaid	UTAH - Medicaid y CHIP
Sitio Web: Programa de Pago de Cuotas del Seguro Médico (HIPP) Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio Web de la Asociación para la Prima del Seguro Médico de Utah (UPP): https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio Web de la Ampliación para Adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio Web del Programa de Adquisición de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio Web de CHIP: https://chip.utah.gov/
VERMONT- Medicaid	VIRGINIA - Medicaid y CHIP
Sitio Web: Programa de Pago de Cuotas del Seguro Médico (HIPP) Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio Web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON - Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL - Medicaid y CHIP
Sitio Web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio Web: https://dhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid 304-558-1700 Teléfono Gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN - Medicaid y CHIP	WYOMING - Medicaid
Sitio Web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio Web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligible/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para la prima desde Julio 31, 2024, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, póngase en contacto con:

Departamento de Trabajo de EE.UU.
Servicios de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
Centros de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menú Opción 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, por sus siglas en inglés), 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, por sus siglas en inglés). El Departamento señala que una agencia 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, a pesar de cualquier otra disposición legal, ninguna persona estará sujeta a penalización por no cumplir con una recopilación de información si ésta no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información supondrá una media de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE.UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y haga referencia al Número de Control OMB 1210-0137.

Recordatorio De Prácticas De Privacidad

Protección De Los Derechos De Privacidad De Su Información Médica

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 según la ley se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan. Puede recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad poniéndose en contacto con Laurie Halzel - Directora de Recursos Humanos en el 608-835-7004 o en lhalzel@gormanusa.com.

Derechos De Afiliación Especial A La HIPAA

Aviso Del Plan De Salud De Gorman & Company Sobre Sus Derechos De Inscripción Especial En HIPAA

Nuestros registros muestran que usted es elegible para participar en el Plan de Salud de Gorman & Company (para participar realmente, debe rellenar un formulario de inscripción y pagar parte de la cuota mediante deducción en nómina).

Una ley Federal llamada HIPAA exige que le informemos sobre una disposición importante del plan: su derecho a inscribirse en el plan según su "disposición de inscripción especial" si adquiere un nuevo dependiente, o si rechaza la cobertura de este plan para usted o para un dependiente elegible mientras esté vigente otra cobertura y más tarde pierde esa otra cobertura por determinadas razones 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 un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras esté vigente la cobertura de otro seguro médico o plan de salud colectivo, es posible que pueda afiliarse usted y sus dependientes a este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si la empresa deja de aportar para su otra cobertura o la de sus dependientes). No obstante, deberá solicitar la afiliación dentro de los 30 días siguientes a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empresario deje de aportar para 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 un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras esté vigente la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal de seguro médico infantil, podrá afiliarse usted y a sus dependientes a este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. No obstante, deberá solicitar la inscripción en los 60 días siguientes a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes en virtud de Medicaid o de un programa estatal de seguro de salud infantil.

Nuevo Dependiente Por Matrimonio, Nacimiento, Adopción O Colocación En Adopción. Si tiene un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, podrá inscribirse a sí mismo y a sus nuevos dependientes. No obstante, deberá solicitar la afiliación en los 30 días siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Elegibilidad Para La Subvención De Cuotas De Medicaid O De Un Programa Estatal De Seguro Médico Infantil - Si usted o las personas a su cargo (incluido su cónyuge) resultan elegibles para una subvención estatal de asistencia para el pago de cuotas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico infantil con respecto a la cobertura de este plan, es posible que puedan inscribirse usted y las personas a su cargo en este plan.

No obstante, deberá solicitar la afiliación en los 60 días siguientes a la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para recibir 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 en lhalzel@gormanusa.com.

Aviso Importante

Si rechaza la afiliación para usted o para un dependiente elegible, deberá cumplimentar nuestro formulario para rechazar la cobertura. En el formulario, deberá indicar que la cobertura de otro plan de salud colectivo u otra cobertura de seguro médico (incluido Medicaid o un programa estatal de seguro médico infantil) es el motivo por el que rechaza la afiliación, y se le pedirá 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 ser elegible para un subsidio estatal de ayuda a la prima 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 especial por la pérdida de otra cobertura, no podrá inscribirse ni inscribir a sus dependientes 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 especial debido a un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, o en virtud de la obtención de la elegibilidad para un subsidio estatal de asistencia para cuotas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico infantil con respecto a la cobertura de este plan.

Aviso De Cobertura Acreditable

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 actual cobertura de medicamentos recetados con Gorman & Company y sobre las opciones que le ofrece 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 está pensando en afiliarse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen la 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 medicamentos recetados de Medicare:

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 de Medicamentos Recetados de Medicare 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 al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una cuota 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 cuota 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 sea elegible para Medicare por primera vez y cada año de Octubre 15 a Diciembre 7.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos recetados, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Periodo de Inscripción Especial (SEP, por sus siglas en inglés) 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?

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

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

Si pasa 63 días seguidos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede subir al menos un 1% de la prima básica de beneficiario de Medicare al mes por cada mes que no tuvo 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.

Para 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 En La Cobertura De 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 recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el número de teléfono en la contraportada interior 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 extra, visite la página web de la Seguridad Social 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 le pidan una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si tiene que pagar o no una prima más alta (una penalización).

Fecha:	Enero 01, 2025
Nombre de la Entidad/Remitente:	Gorman & Company
Contacto-Posición/Oficina:	Laurie Halzel - Vicepresidenta 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 Marketplace

Opciones De Cobertura Del Marketplace De Seguros Médicos Y Su Cobertura Médica

Parte A: Información General

Aunque se le ofrezca cobertura médica a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros médicos ("Marketplace"). Para ayudarle a la hora de evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso le proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura médica ofrecida a través de su empleo.

¿Qué Es El Health Insurance Marketplace?

El Marketplace está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Marketplace ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su zona geográfica.

¿Puedo Ahorrar Dinero En Las Cuotas De Mi Seguro Médico En El Marketplace?

Es posible que reúna los requisitos para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros gastos de su bolsillo, pero sólo si su empresa no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple ciertas normas de valor mínimo (que se comentan más adelante). El ahorro al que puede optar depende de sus ingresos familiares. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿Afecta La Cobertura Médica Basada En El Empleo A La Elegibilidad Para El Ahorro De Cuotas A Través Del Marketplace?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica por parte de su empleador que se considera asequible para usted y cumple ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal, ni para el pago por adelantado del crédito fiscal, para su cobertura del Marketplace y puede que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal, y pagos por adelantado del crédito que reduzca su prima mensual, o una reducción de ciertos costes compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no le ofrece una cobertura que se considere asequible para usted o que cumpla las normas de valor mínimo. Si su parte del coste de la prima de todos los planes que le ofrecen a través de su empleo es superior al 9,12%¹ de sus ingresos familiares anuales, o si la cobertura a través de su empleo no cumple la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Asistencia médica Asequible, puede ser elegible para un crédito fiscal, y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura médica basada en el empleo. Para los familiares del empleado, la cobertura se considera asequible si el coste de las cuotas del plan de menor coste que cubriría a todos los miembros de la familia no supera el 9,12% de los ingresos familiares del empleado.^{1,2}

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Marketplace en lugar de aceptar la cobertura médica ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a lo que el empleador aporte a la cobertura basada en el empleo. Además, este aporte del empleador -así como su aporte del empleado a la cobertura basada en el empleo- suele excluirse de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del Marketplace se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura médica ofrecida a través de su empleo no cumple las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero usted acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe tener en cuenta todos estos factores a la hora de decidir si adquiere un plan de salud a través del Marketplace.

¿Cuándo Puedo Inscribirme En Un Seguro Médico A Través Del Marketplace?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Marketplace durante el Periodo de Inscripción Abierta anual del Marketplace. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza en Noviembre 1 y continúa al menos hasta Diciembre 15.

Fuera del Periodo de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si cumple los requisitos para acogerse a un Periodo de Inscripción Especial. En general, puede optar a un Periodo de Afiliación Especial si ha tenido ciertos eventos vitales que le cualifican, como casarse, tener un bebé, adoptar un hijo o perder la elegibilidad para otra cobertura médica. Dependiendo del tipo de Periodo de Afiliación Especial, es posible que disponga de 60 días antes o 60 días después del evento vital calificativo para inscribirse en un plan del Marketplace.

¹Indexado anualmente; véase <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

²Un plan de salud patrocinado por el empresario o basado en otro empleo cumple la "norma de valor mínimo" si la parte de los costes totales de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60% de dichos costes. A efectos de ser elegible para la bonificación fiscal por cuotas, para cumplir la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados como de los servicios médicos.

También hay un Período de inscripción especial en el Marketplace para las personas y sus familiares que pierdan la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) a partir de Marzo 31, 2023 y hasta Julio 31, 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que haya estado inscrito a partir de Marzo 18, 2020 hasta Marzo 31, 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir de Marzo 31, 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. **está ofreciendo un período de inscripción especial temporal en el Marketplace para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Marketplace.**

Las personas elegibles para el Mercado que vivan en estados atendidos por [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) y que presenten una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente en [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) entre Marzo 31, 2023 y Julio 31, 2024, y atestigüen una fecha de finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período de tiempo, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Esto significa que si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre Marzo 31, 2023 y Julio 31, 2024, podrá inscribirse en la cobertura del Marketplace dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que perdió la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al centro de llamadas del Marketplace al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué Hay De Las Alternativas A La Cobertura Médica Del Marketplace?

Si usted o su familiar son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familiar también pueden ser elegibles para un Período de inscripción especial para inscribirse en ese plan de salud en determinadas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, dispone de 60 días tras la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familiar perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre Marzo 31, 2023 y Julio 10, 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta Septiembre 8, 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento rellenando una solicitud a través del Marketplace o solicitándolo directamente a través de la agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para más detalles.

¿Cómo Puedo Obtener Más Información?

Si desea más información sobre la cobertura que le ofrecen a través de su empleo, consulte la descripción resumida del plan de su plan de salud o póngase en contacto con Laurie Halzel.

El Marketplace puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Marketplace y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguro médico e información de contacto de un Health Insurance Marketplace de su zona.

La Ley de Michelle

Los estudiantes dependientes que tomen una excedencia médicamente necesaria certificada por un médico de una institución de educación postsecundaria (colegio, universidad o escuela de formación profesional) debido a una enfermedad o lesión grave, serán elegibles para continuar con la cobertura del plan de salud colectivo hasta que transcurra un (1) año desde el primer día de dicha excedencia o la fecha en la que, de lo contrario, finalizaría la cobertura, lo que ocurra primero.



Gorman and Company
Policy Number: 922902
Renewal Date: 1-1-2025

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:

- The cost share for Intensive Behavioral Therapy (IBT) may have changed. The most common IBT is Applied Behavior Analysis (ABA). See your Benefit Summary and/or Renewal Exhibit for the new cost share.
- The limitation for cognitive rehabilitation therapy only being covered if medically necessary following a post-traumatic brain injury or stroke is removed.
- Presumptive and definitive drug test limits are removed.
- The group may be eligible for a policy charge credit at renewal when the group meets annual engagement requirements based on completion of activity targets which are described in the UnitedHealthcare Rewards Rider.
- Benefit for voice modification therapy and/or voice lessons for gender dysphoria are subject to applicable speech therapy visit limits as described under Habilitative Services and Rehabilitative Services - Outpatient Therapy.
- Allowed amounts determined for non-emergency covered health care services received at certain network facilities from out-of-network physicians include non-ancillary services that have satisfied the notice and consent criteria but unforeseen, urgent medical needs arise at the time the services are provided.
- The eligibility rules are requirements the group must use to determine who is eligible for coverage under the policy. The eligibility rules must be applied consistently and can be found in the policy, in the group application and within the certificate of coverage.
- The mental health care and substance-related and addictive disorders services language has been modified to align with the American Society of Addiction Medicine (ASAM) standards, which establish treatment criteria for addictive, substance-related and co-occurring conditions.
- By accepting benefits under the policy, members authorize and direct any person or institution that has provided services to them to furnish us with all information or copies of records relating to those services, including provider billing and provider payment records.

- A summary of the applicable provisions of the Consolidated Appropriations Act, including the No Surprises Act, is included.
- The exclusion for health care services from out-of-network providers for non-emergent, sub-acute inpatient, or outpatient services at certain non-hospital facilities does not apply in the case of an emergency or when there is no network provider who is reasonably accessible or available to provide the covered health care service.
- Administrative programs are included in the Are Incentives Available to You? section to accommodate for administrative actions.
- The Real Appeal weight loss program is available for eligible covered persons age 18 years and older.
- UnitedHealthcare Rewards program may include administrative objectives as an activity target.
- Certain preventive care immunizations are covered under the pharmacy benefit.
- For oral chemotherapeutic agents, the total amount of any applicable deductibles, co-payments or co-insurance shall not exceed \$100 for an individual prescription of up to a 31-day supply, regardless of tier placement. To comply with federal law, a high deductible health plan will need to meet the deductible before the cost-sharing cap will apply.
- Your right to request an exception for contraceptives has been added as section 5.
- Certain coupons from pharmaceutical manufacturers or an affiliate may reduce the costs of your specialty pharmaceutical products. Your copayment and/or coinsurance may vary when you use a coupon. The amount of the coupon will not count toward any applicable deductible or out-of-pocket limits.
- The variable copayment program under the outpatient prescription drug rider may include certain non-specialty and specialty prescription drug products.
- 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.

Este Resumen de Beneficios ha sido elaborado por



Insurance | Risk Management | Consulting

GORMAN
& COMPANY

Integrity. Innovation. Community.