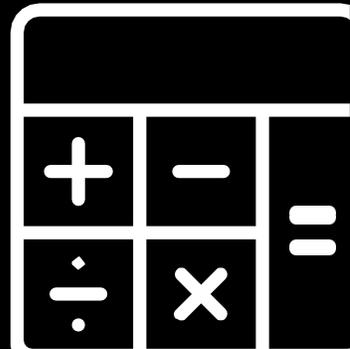




Ames Construction



I de octubre de 2024 - 30 de septiembre de 2025

Guía de Beneficios

Inscripción en sus Beneficios



Revise la
Guía de Beneficios



Contáctese con el Centro de Llamadas para inscribirse: 877-328-3607 (atienden de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm, CST) o inscribese a través de su cuenta de Workday.



Revise la Declaración de Confirmación

Sus beneficios en Ames Construction

Entendemos cuán importante es el rol que tienen los beneficios en su vida y en la de su familia. Como contratado nuevo y, posteriormente, cada año durante la inscripción abierta, usted puede elegir un paquete de beneficios que le ofrezca a usted y a su familia la cobertura adecuada para sus necesidades.

Esta guía de beneficios puede ayudarle a familiarizarse con las opciones de beneficios que le ofrece Ames. También proporciona consejos, herramientas y recursos útiles para ayudarle a pensar detenidamente en sus opciones y tomar decisiones inteligentes.

Mientras se prepara para inscribirse, considere sus necesidades de cobertura de beneficios para el próximo año. Por ejemplo, ¿está su familia financieramente protegida si usted no pudiese trabajar debido a un accidente o enfermedad?

El aprovechar al máximo sus beneficios depende de qué tan bien conozca sus planes y de cómo decida usarlos. Asegúrese de leer toda esta guía para encontrar información importante sobre sus opciones de beneficios.

Índice

3	Aspectos Básicos de los Beneficios	16	Seguro de Accidentes
4	Elegibilidad	17	Seguro de Enfermedades Graves
5	Plan Médico y de Farmacia	18	Seguro de Indemnización Hospitalaria
7	Recursos del Plan Médico	19	Beneficios de Salud Mental
8	Cuentas de Ahorro y de Gastos	20	Beneficios Adicionales
11	Plan Odontológico	22	Beneficios de Jubilación
12	Plan Oftalmológico	23	Términos Útiles de los Beneficios
13	Seguro de Vida	24	Información de Contacto
15	Seguro de Discapacidad	25	Avisos Legales



Aspectos básicos de los beneficios

Sus beneficios son el resultado de una asociación entre usted y Ames. La siguiente tabla describe cómo usted y Ames comparten los costos de los beneficios. El tratamiento fiscal muestra si su aporte se toma de su cheque de paga antes o después de impuestos.

Beneficio	Tratamiento fiscal	Quién paga
Médico y de farmacia	Antes de impuestos	Ames y usted
Odontológico	Antes de impuestos	Ames y usted
Oftalmológico	Antes de impuestos	Ames y usted
Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (HSA)	Antes de impuestos	Ames y usted
Cuenta de Gastos Flexibles para Atención de Dependientes	Antes de impuestos	Usted
Seguro Básico de Vida y Muerte Accidental y Pérdida de Miembros (AD&D)	Después de impuestos	Ames
Seguro Voluntario de Vida y AD&D	Después de impuestos	Usted
Seguro de Discapacidad de Corto Plazo	Después de impuestos*	Ames
Seguro de Discapacidad de Largo Plazo	Después de impuestos*	Ames
Seguro de Accidentes	Después de impuestos	Usted
Seguro de Enfermedades Graves	Después de impuestos	Usted
Seguro de Indemnización Hospitalaria	Después de impuestos	Usted
Plan de Jubilación 401(k)	Antes de impuestos y después de impuestos	Ames y usted

*Los pagos de beneficios STD y LTD no son gravables para el empleado.

Elegibilidad



¿Quiénes son elegibles?

Empleados

Los empleados de tiempo completo no sindicalizados de Ames Construction son elegibles a los beneficios descritos en esta guía. Los beneficios entran en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.

Dependientes

Puede inscribir a sus dependientes elegibles en los mismos planes que elija para usted. Los dependientes elegibles en el plan médico incluyen:

- Su cónyuge legal, cónyuge de derecho común o pareja de hecho (tal como se define en la legislación estatal aplicable del lugar donde resida el empleado y en la SPD de Ames)
- Sus hijos hasta los 26 años de edad.

Nota: los hijos solteros mayores de 26 años pueden seguir estando cubiertos si son incapaces de mantenerse por sí mismos debido a una discapacidad. Se requiere una constancia de discapacidad.

Tras la inscripción se realiza una auditoría de dependientes para garantizar que solo dependientes legales y calificados estén inscritos en el seguro médico. Si no se presenta la documentación necesaria para demostrar que los dependientes cumplen con los requisitos necesarios, se los eliminará. Inscribir a dependientes que no reúnan las condiciones dará lugar a medidas disciplinarias.

¿Cómo y cuándo inscribirse?

Si desea participar en los beneficios, debe inscribirse a más tardar dos semanas antes de la fecha de su elegibilidad o durante el período anual de Inscripción Abierta. Sin embargo, una vez que sea elegible para los beneficios, se le inscribirá automáticamente en los planes de seguro de discapacidad de corto plazo, discapacidad de largo plazo y grupal de vida y muerte accidental y pérdida de miembros (AD&D) proporcionados por Ames sin costo alguno para usted.

Recuerde

- El año del plan de Ames se extiende desde el 1 de octubre de 2024 hasta el 30 de septiembre de 2025.
- Las decisiones que tome en este momento serán válidas hasta el final del año del plan, a menos que experimente un cambio de situación admitido.
- Ames se reserva el derecho de realizar una auditoría sobre elegibilidad para tener la certeza de que sus dependientes sean elegibles para el plan.

Cómo hacer cambios durante el año

Las decisiones que tome en el momento de su elegibilidad seguirán vigentes hasta el final del año del plan. Una vez inscripto, debe esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta para cambiar sus beneficios o agregar o quitar cobertura para dependientes, a menos que tenga un cambio de situación admitido según la definición del IRS.

Entre los cambios de situación admitidos se puede mencionar, entre otros:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un niño
- Cambio de residencia o lugar de trabajo (si cambian sus opciones de beneficios)
- Pérdida de otra cobertura
- Cambio en la situación de elegibilidad de su dependiente por matrimonio, edad, etc.
- La Inscripción Abierta de su cónyuge ocurre en un momento diferente del año.

El IRS exige que los cambios en su cobertura debidos a un cambio de situación admitido se realicen dentro de los 30 días siguientes a ese evento de vida. Se requiere presentar constancia del cambio de situación admitido (certificado de matrimonio, sentencia de divorcio, certificado de nacimiento, carta de pérdida de cobertura, etc.).

Nota: su cambio de cobertura debe compadecerse con su cambio de situación.

Reseña del Plan Médico y de Farmacia

Ofrecemos la opción de dos planes médicos a través de Blue Cross and Blue Shield of Minnesota. Ambas opciones médicas incluyen cobertura de medicamentos con receta médica a través de CVS Caremark. Para seleccionar el plan que mejor se adapte a su familia, tenga en cuenta las principales diferencias entre los planes, el costo de la cobertura (incluidas las deducciones de nómina) y cómo el plan cubre los servicios a lo largo del año.

Sepa cómo funciona su plan

1. Su deducible



- Usted paga de su bolsillo la mayoría de los gastos médicos y de farmacia, excepto los que tienen un copago, hasta que alcance el deducible.
- Si está inscripto en el Plan HDHP con HSA, puede pagar estos gastos con su Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (HSA).

2. Su cobertura



- Una vez que llega a su deducible, usted y el plan comparten el costo de los gastos médicos y de farmacia cubiertos. El plan pagará un porcentaje de cada gasto elegible, y usted pagará el resto.

3. Su máximo de bolsillo

- Cuando llega a su máximo de bolsillo, el plan paga el 100% de los gastos médicos y de farmacia cubiertos durante el resto del año de plan. El deducible y el coseguro se aplican al máximo de bolsillo.

Deducibles y máximos de bolsillo incorporados

Con un enfoque incorporado, cada persona solo tiene que cumplir con el deducible y máximo de bolsillo individual antes de que el plan comience a pagar su parte por esa persona. (Y, una vez que dos o más miembros de la familia cumplen con los límites familiares, el plan comienza a pagar su parte por todos los familiares cubiertos). **Tanto el Plan Tradicional de Copago como el Plan de Salud de Deducible Alto con Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (Plan HDHP c/ HSA) tienen un deducible incorporado.**

Cómo sacar máximo provecho a su plan

El aprovechamiento máximo de su plan también depende de qué tan bien lo conozca. Tenga en cuenta estos consejos importantes cuando vaya a usar su plan.

- **Prestadores y farmacias dentro de la red:** Si acude a un prestador que está dentro de la red de prestadores médicos y farmacias, siempre pagará menos.
- **Atención preventiva:** la atención preventiva dentro de la red se cubre al 100% (sin ningún costo para usted). La atención preventiva se suele recibir durante un examen físico anual e incluye inmunizaciones, pruebas de laboratorio, exámenes y otros servicios destinados a prevenir enfermedades o detectar problemas antes de que se noten los síntomas.

Conozca su cobertura de farmacia

- **Farmacia con servicio de pedidos por correo:** Si toma un medicamento de mantenimiento de forma constante para una enfermedad como colesterol alto o hipertensión arterial, debe utilizar la farmacia de pedidos por correo para ahorrar en una provisión de _ días.
- Para gestionar sus medicamentos con receta, reposiciones, pedidos por correo e información de su plan, vaya a www.caremark.com para registrar su cuenta.
- **Categorías de medicamentos con receta:** Los medicamentos se clasifican por costo, seguridad y eficacia. Estos niveles también afectan su cobertura.
 - **Genérico** – Medicamento equivalente a los de marca en cuanto a uso, dosis, concentración, calidad y efectos, pero que no tiene marca registrada.
 - **Preferido de marca** – Medicamento con patente y marca registrada que se considera "preferido" porque es seguro y eficaz y suele ser menos caro que otras opciones de marca.
 - **No preferido de marca** – Medicamento con patente y marca registrada es "no preferido" porque normalmente es más caro que otras opciones de medicamentos genéricos y preferidos de marca.
 - **Especializado**– Medicamento que requiere una manipulación, administración o monitoreo especial. La mayoría de ellos pueden surtirse únicamente en una farmacia especializada y necesitan aprobaciones adicionales.
- **PrudentRx:** PrudentRx está disponible para medicamentos especiales al inscribirse en el Plan de Copago Tradicional.
- PrudentRx es un plan de prescripción que permite a los empleados obtener medicamentos especiales seleccionados sin costo alguno.
- Si usted actualmente está tomando uno o más medicamentos incluidos en la lista de medicamentos de PrudentRx, recibirá una carta de bienvenida de PrudentRx con información acerca del programa y se relación con su medicación.
- Si opta por no participar en el programa, deberá abonar un coseguro del 30% por los medicamentos especiales.



Cobertura Médica y de Farmacia

A continuación, se presenta un resumen del Plan Médico. Por favor, consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura para obtener información más detallada.

Prestaciones del Plan Médico	Plan Tradicional de Copago		Plan HDHP c/ HSA	
	Dentro de la red		Dentro de la red	
Aporte de la compañía a la HSA (individual/familiar)	Ninguno		\$1,500/\$3,000	
Deducible anual (individual/familiar)	\$500/\$1,000		\$3,200/\$6,400	
Máximo de bolsillo (Incluye deducible, copagos y coseguros)	\$2,000/\$4,000		\$4,000/\$8,000	
Atención preventiva	Se cubre al 100%		Se cubre al 100%	
Atención pediátrica (hasta los 6 años de edad)	Se cubre al 100%		Se cubre al 100%	
Vacunas	Se cubre al 100%		Se cubre al 100%	
Visita a consultorio de médico de atención primaria	\$25 de copago		20%*	
Visita a consultorio de médico especialista	\$25 de copago		20%*	
Doctor on Demand	Se cubre al 100%		Se cubre al 100%	
Diagnóstico o imagen	20%*		20%*	
Visita a consultorio quiropráctico	\$25 de copago		20%*	
Servicios hospitalarios con internación	20%*		20%*	
Servicios hospitalarios ambulatorios	20%*		20%*	
Sala de atención de urgencia	\$50 de copago		20%*	
Sala de emergencias	\$150 de copago		20%*	
Farmacia minorista (suministro para 30 días) / Pedido por correo (suministro para 90 días)				
Genérico	\$10 de copago		20%*	
Preferido de marca	\$20 de copago		20%*	
No preferido de marca	\$35 de copago		20%*	
Especializado	30% coseguro (\$0 de su bolsillo si está inscrito en PrudentRx)		20%*	

*Su coseguro después de cumplir con el deducible

Cómo encontrar prestadores médicos dentro de la red

- Para ver si un médico, clínica u hospital pertenece a una red específica, ingrese en bluecrossmnonline.com y utilice la opción "Buscar un médico" o llame a atención al cliente.
- Al buscar prestadores, los miembros de Utah deben hacerlo utilizando la red National BlueCard. Los miembros de fuera de Utah deben buscar utilizando la red BlueCard PPO.

Planes agrupados por primas

Las coberturas del seguro médico, odontológico y oftalmológico están agrupadas. Ames paga la mayor parte del costo de estos beneficios. Su parte de la prima se paga mensualmente, antes de impuestos. Los empleados pueden elegir entre dos planes: un Plan Tradicional de Copago y un Plan HDHP c/ HSA.

Prima mensual	Plan Tradicional de Copago		Plan HDHP c/ HSA	
	Solo Empleado	Familia	Solo Empleado	Familia
Sueldo básico < \$104k	\$60.00	\$135.00	\$30.00	\$75.00
Sueldo básico ≥ \$104k	\$90.00	\$165.00	\$50.00	\$100.00

Recursos del plan médico

Doctor on Demand

Tanto si está en casa, en el trabajo, de viaje o simplemente quiere una forma más cómoda de ver a un médico, todo lo que necesita es un smartphone, una tableta o una computadora para recibir una atención rápida y cómoda. Las consultas por video pueden realizarse en solo unos minutos, sin necesidad de desplazarse. Es rápido, cómodo y le ahorra dinero.

Con Doctor on Demand, hay doctores certificados por la junta médica que están disponibles 24/7, 365 días al año para tratar muchas afecciones comunes. También puede concertar citas para el día siguiente para ver a psicólogos y psiquiatras licenciados entre las 7:00 a. m. y las 10:00 p. m., hora local.

Con solo una llamada telefónica, puede obtener la atención que necesita para **problemas de salud física y mental**, tales como:

- Resfríos y gripe
- Infecciones sinusales
- Náuseas y vómitos
- Asma
- Alergias y sarpullidos
- Infecciones en las vías urinarias
- Dolores de cabeza y migrañas
- Estrés y ansiedad
- Insomnio
- Depresión y cambios de humor
- Trauma y pérdida

¿Cuánto cuesta una consulta?

El costo suele ser menor que el de una consulta en persona.

- Consulta médica: \$0 costo para miembros
- Consulta psicológica: \$0 costo para miembros
- Consulta psiquiátrica: \$0 costo para miembros

Nota: en función de su plan de salud, podrían estar cubiertos todos o algunos de los costos. Los precios indicados corresponden a 2024 y están sujetos a cambios.

Para obtener más información o inscribirse, visite www.doctorondemand.com/bluecrossmn.



Cuentas de ahorro y de gastos

Ames ofrece varias cuentas que le permiten pagar gastos elegibles libres de impuestos. El IRS publica una lista de gastos elegibles para cada tipo de cuenta en www.irs.gov.

Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (HSA)

Disponible para los inscritos en el plan HDHP c/ HSA siempre y cuando no estén inscritos en ninguna otra cobertura médica o Medicare, y no figuren como dependientes en la declaración jurada de impuestos de otra persona.

FSA para Atención de Dependientes

Se utiliza para gastos elegibles de cuidado de dependientes menores de 13 años o adultos mayores.

Usted recibirá una tarjeta HSA de Optum Bank para usar en el punto de venta. El reembolso de la FSA para Atención de Dependientes se hace a través de su cuenta en el portal Optum.

Comparación de cuentas

	HSA	FSA para Atención de Dependientes
¿Aporta la compañía? <i>Monto para el año del plan 2023-24</i>	✓ Empleado: \$1,500 Empleado +1 o Familia: \$3,000	X
¿Puedo aportar mis propios ahorros?	✓	✓
¿Hay algún aporte anual máximo para el IRS*?	✓ Para 2024: Empleado: \$4,150 y Familia: \$8,300 Para 2025: Empleado: \$4,300 y Familia: \$8,550 Las personas de 55 años o más pueden aportar otros \$1,000 anualmente.	✓ \$5,000
¿Se trasladarán mis ahorros cada año?	✓ Ilimitado	X
¿Generarán intereses mis ahorros?	✓	X
¿Están exentos de impuestos los ahorros? <i>En la mayoría de los Estados</i>	✓	✓
¿Conservo el dinero si me voy de la compañía?	✓	X
¿Puedo tener también una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para Atención de Dependientes?	✓	N/A

Nota: *los aportes que superen estos límites anuales podrían constituir ingresos imponibles para el empleado. Compete al empleado observar los límites del IRS.



Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos

Como parte de nuestro esfuerzo por maximizar sus beneficios, este año queremos que sepa cómo puede el Plan de Salud de Deducible Alto con Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (HSA) ayudarle a ahorrar dinero. Una Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (HSA) es una cuenta de ahorro que le pertenece a usted y que viene en el Plan HDHP c/ HSA. Le permite realizar aportes libres de impuestos que puede usar para pagar gastos médicos actuales o futuros suyos y de sus dependientes.

Nuestra HSA es administrada por Optum Bank. Cuando recurre a atención médica en el HDHP, usted paga el 100% de los servicios (por hasta el deducible) con fondos de su HSA o fondos de su bolsillo. (Recuerde que la atención preventiva es 100% pagada por nuestro plan médico). Una vez que usted cumple con el deducible, los servicios se cubren según el programa de beneficios del plan médico y usted podrá usar los fondos de su HSA para pagar los coseguros, copagos y gastos elegibles que no cubra el plan.



ÁBRALA

- Los aportes a una HSA están libres de impuestos para usted, ya sea que vengan de usted o de la compañía. Ames aporta \$1,500 anualmente por cobertura individual y \$3,000 anualmente por cobertura familiar. (**Nota:** los aportes de la compañía se proporcionan por período.)



ACUMULE

- Todo el dinero de su HSA es suyo (incluso los aportes que deposita la compañía) aunque si usted se vaya de su trabajo, cambie de planes o se jubile.
- Usted aporta a su Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos a través de deducciones de nómina antes de impuestos.
- En 2024, el total de sus aportes y los de la compañía puede ser de hasta \$4,150 por cobertura individual y de \$8,300 por cobertura familiar, y en 2025 de hasta \$4,300 por cobertura individual y \$8,550 por cobertura familiar.
- Si tiene 55 años o más, puede aportar \$1,000 adicionales al año.



ÚSELA

- Usted puede retirar su dinero libre de impuestos en cualquier momento, siempre y cuando lo utilice para gastos admitidos (puede encontrar una lista en www.irs.gov).
- También puede ahorrar este dinero y apartarlo para gastos de atención médica elegibles futuros.



HÁGALA CRECER

- El dinero no utilizado en su HSA se trasladará, generará intereses y crecerá libre de impuestos con el tiempo.
- Es usted quien decide cómo usar el dinero de su HSA, incluso si quiere ahorrarlo o usarlo para pagar gastos elegibles. Cuando su saldo es lo suficientemente grande, usted puede invertirlo, libre de impuestos. (**Nota:** las leyes impositivas varían de un estado a otro)

Detalles sobre elegibilidad

- Usted debe estar inscrito en el plan médico HDHP c/ HSA de Ames Construction.
- Usted no debe estar inscrito en Medicare o TRICARE y no debe estar cubierto por ningún otro plan de salud (como un plan de cónyuge/pareja de hecho) que no es un plan admitido para la HSA.
- Usted no debe figurar como dependiente en la declaración jurada de impuestos de otra persona.



FSA para Atención de Dependientes

Una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para Atención de Dependientes le ayuda a pagar costos de atención de dependientes usando dólares libres de impuestos. En cada periodo de pago, usted decide cuánto dinero le gustaría aportar. Su aporte se deduce de su cheque de paga antes de impuestos y se deposita en la FSA para Atención de Dependientes. Cuando incurra en gastos, puede acceder a los fondos de su cuenta para pagar gastos *elegibles*.

Gastos elegibles	Límites de aporte anual
Los gastos de atención de dependientes incluidos los de guardería, programas después de la escuela para niños menores de 13 años de edad o programas de cuidado de adultos mayores para que usted pueda trabajar o asistir a la escuela a tiempo completo.	El aporte máximo es de \$5,000 por año (\$2,500 si está casado/a y presenta declaraciones juradas de impuestos por separado).

Información importante sobre su FSA para atención de dependientes

- Sus elecciones de FSA son válidas desde el 1 de octubre de 2024 hasta el 30 de septiembre de 2025.
- Las solicitudes de reembolso deben presentarse antes del 31 de diciembre de 2025.
- Por favor, planifique sus aportes cuidadosamente. Los fondos que queden sin usar en su(s) cuenta(s) se perderán. Esto se conoce como la regla de “se usa o se pierde” y se rige por las normativas del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS).
- Tenga en cuenta que las elecciones de FSA no continúan automáticamente de un año a otro; usted debe inscribirse cada año.
- Solo puede cambiar el monto de su aporte a la FSA si experimenta un cambio de situación admitido.



Plan Odontológico

Hacerse exámenes odontológicos y limpiezas de dientes periódicas es importante, pues los problemas se detectan antes de que sean dolorosos y costosos. Mantener sus dientes y encías limpios y saludables ayudará a evitar la mayoría de las caries, y es una parte importante de su estado general de salud. Ofrecemos un plan odontológico a través de Delta Dental of Minnesota.

A continuación, se presenta un resumen del plan de Delta Dental. Por favor, consulte su Documento de Beneficios para Miembros para obtener información más detallada.

Prestaciones del plan	PPO de Delta Dental	Premier de Delta Dental	No participante
Deducible anual (individual/familiar)	\$50/\$150	\$50/\$150	\$50/\$150
Máximo de Año del Plan	\$2,000 por persona	\$2,000 por persona	\$2,000 por persona
Servicios de diagnóstico y prevención (p.ej., radiografías, limpiezas, exámenes)	Se cubre al 100%	Se cubre al 100%	Se cubre al 100%
Servicios básicos (p.ej., empastes)	20%*	20%*	20%*
Servicios mayores (p.ej., coronas y reparación de coronas)	50%*	50%*	50%*
Endodoncia (p.ej., tratamiento de conducto)	20%*	20%*	20%*
Periodoncia (quirúrgica y no quirúrgica)	20%*	20%*	20%*
Prótesis (p.ej., prótesis dentales, puentes)	50%*	50%*	50%*
Ortodoncia (hijos de entre 8 y 18 años)	50%, hasta un máximo de por vida de \$5,000 por persona	50%, hasta un máximo de por vida de \$5,000 por persona	50%, hasta un máximo de por vida de \$5,000 por persona

*Su coseguro después de cumplir con el deducible

Cómo encontrar prestadores odontológicos dentro de la red

- Usted puede localizar a prestadores odontológicos participantes accediendo al sitio web de Delta Dental Minnesota en www.deltadentalmn.org y seleccionando "Buscar un dentista" en la esquina superior derecha de la pantalla. La herramienta interactiva de búsqueda de dentistas le indicará cómo encontrar un dentista participante.
- También puede llamar al servicio de atención al cliente al 800-448-3815 para que le ayuden a encontrar un dentista.

Aproveche al máximo su plan odontológico

- Dentistas de la red** - Dentistas que han firmado un acuerdo de participación en la red con Delta Dental y han acordado aceptar el arancel máximo permitido como pago total.
- Dentistas no participantes** - Los dentistas no participantes no han firmado un acuerdo y no están obligados a limitar el monto que cobran; el miembro es responsable de pagar cualquier diferencia que cobren los dentistas no participantes.
- Chequeo anual gratuito** - Recorra a la atención preventiva gratuita para mantener su boca y encías sanas durante todo el año.
- Utilice los fondos de su FSA o HSA** - Ayudan a pagar los gastos odontológicos elegibles de bolsillo.



Plan Oftalmológico

El plan oftalmológico ofrece cobertura para exámenes de la vista de rutina y paga la totalidad o una parte del costo de anteojos o lentes de contacto. Usted puede elegir a cualquier prestador; sin embargo, siempre ahorrará dinero si se atiende con prestadores dentro de la red. Ofrecemos un plan oftalmológico a través de VSP.

A continuación, se presenta un resumen del plan oftalmológico de VSP. Por favor, consulte su Documento de Beneficios para Miembros para obtener información más detallada.

Prestaciones del plan	Plan VSP Choice	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen ocular	\$10 de copago	Hasta \$45
Armazones	\$300 de asignación, luego 20% de descuento sobre el saldo restante	Hasta \$70
Cristales		
▪ Monofocales	Se cubre al 100%	Hasta \$30
▪ Bifocales con línea divisoria	Se cubre al 100%	Hasta \$50
▪ Trifocales con línea divisoria	Se cubre al 100%	Hasta \$65
▪ Lenticulares	Se cubre al 100%	Hasta \$100
Lentes de contacto		
▪ Cosméticas	\$300 de asignación	Hasta \$105
▪ Médicamente necesarias	Se cubre al 100%	Hasta \$210
Frecuencia		
▪ Examen	Cada 12 meses	Cada 12 meses
▪ Cristales	Cada 12 meses	Cada 12 meses
▪ Armazones	Cada 12 meses	Cada 12 meses
▪ Lentes de contacto	Cada 12 meses	Cada 12 meses

Cómo encontrar prestadores oftalmológicos dentro de la red

- Usted puede localizar a prestadores oftalmológicos participantes accediendo al sitio web de VSP en www.vsp.com y seleccionando "Buscar un doctor" en la esquina superior izquierda de la pantalla; luego ingrese su código postal.
- También puede llamar a Servicios para Miembros de VSP al 800-877-7195 para que lo asistan a encontrar un prestador.



Seguro de vida

El seguro de vida es una parte importante de su seguridad financiera, especialmente si otras personas dependen de usted como sostén. Ames proporciona un seguro básico de vida y AD&D para los empleados y ofrece opciones de seguro voluntario para los empleados y sus dependientes a través de MetLife.

Seguro básico de vida y AD&D

- Ames proporciona cobertura básica de vida a todos los empleados elegibles **sin costo alguno** por una suma igual a \$50,000.
- En caso de que usted fallezca, nuestro seguro de vida ayudará a proporcionar una red de seguridad general a sus beneficiarios.
- Si su muerte es consecuencia de un accidente o si un accidente le deja con ciertas lesiones debilitantes, estará cubierto por nuestro seguro de muerte accidental y pérdida de miembros por el mismo monto.
- El seguro básico de vida y AD&D es pagado en su totalidad por Ames y se le proporciona a través de MetLife.
- La cobertura es automática; no necesita inscribirse.

Seguro voluntario de vida y AD&D

- Usted puede optar por contratar un seguro adicional de vida y AD&D para usted y sus dependientes a aranceles grupales asequibles.
- El empleado debe elegir la cobertura para poder adquirir cobertura voluntaria de vida para su cónyuge e hijo(s) dependiente(s).
- Para montos superiores al monto de emisión garantizada se debe presentar un cuestionario de salud y obtener la aprobación de MetLife.

Seguro voluntario de vida y AD&D para usted	Seguro voluntario de vida y AD&D para sus dependientes	
<p>Empleado</p> <ul style="list-style-type: none"> Incrementos de \$10,000 hasta lo que sea menor entre 5x su salario básico anual y \$500,000. El monto de emisión garantizada para empleados recién elegibles es de \$100,000. Para montos superiores a \$100,000 se deberá presentar Constancia de Asegurabilidad (EOI). Los empleados que estén actualmente inscriptos podrán aumentar su elección de seguro voluntario de vida y AD&D durante la inscripción anual en un solo incremento, por hasta el monto de emisión garantizada, sin tener que presentar Constancia de Asegurabilidad (EOI). Todos los inscriptos tardíos (los que anteriormente renunciaran a cobertura) deberán presentar Constancia de Asegurabilidad (EOI). 	<p>Cónyuge</p> <ul style="list-style-type: none"> Incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$100,000, sin exceder el 50% de la cobertura voluntaria de vida y AD&D del empleado. El monto de emisión garantizada para empleados recién elegibles es de \$25,000. Para montos superiores a \$25,000 se deberá presentar Constancia de Asegurabilidad (EOI). Todos los inscriptos tardíos (los que anteriormente renunciaran a cobertura) deberán presentar Constancia de Asegurabilidad (EOI). 	<p>Hijo(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> 15 días a 6 meses de edad: \$1,000 6 meses hasta 26 años de edad: Opciones de \$1,000, \$2,000, \$4,000, \$5,000 o \$10,000 Todos los inscriptos tardíos (que anteriormente renunciaran a cobertura) deberán presentar Constancia de Asegurabilidad (EOI).

Aranceles de primas

La prima individual dependerá de la edad del empleado. Consulte la tabla de aranceles/edades en la página siguiente para determinar el costo de este beneficio. Para determinar la prima mensual de la cobertura voluntaria de vida y AD&D, siga estos sencillos pasos:

- Determine el monto de seguro que quiere comprar.
- Usando la tabla, determine el arancel según su edad.
- Utilice la siguiente fórmula para calcular el monto de su prima mensual: **Monto de cobertura / 1,000 x arancel = Prima mensual.**

Ejemplo

Una persona de 45 años elige comprar un seguro voluntario de vida y AD&D de \$10,000.

Cálculo: \$10,000/1,000 x 0.37 = \$3.70

La prima mensual del empleado es de **\$3.70** por mes.



Seguro de vida (continuación)

Aranceles del seguro voluntario de vida/AD&D

Edad	Arancel por cada \$1,000 de cobertura	
	Empleado	Cónyuge
Menos de 30	\$0.14	\$0.14
30 a 34	\$0.15	\$0.15
35 a 39	\$0.18	\$0.18
40 a 44	\$0.25	\$0.25
45 a 49	\$0.37	\$0.37
50 a 54	\$0.58	\$0.58
55 a 59	\$0.88	\$0.88
60 a 64	\$1.35	\$1.35
65 a 69	\$2.19	\$2.19
70 o más	\$4.07	\$4.07
Hijo	\$0.29	



Seguro de discapacidad

El seguro de discapacidad de MetLife le proporciona ingresos sustitutos en caso de que quede discapacitado y no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo. Ames ofrece a los empleados elegibles una cobertura de discapacidad **sin costo alguno** como se indica a continuación. La cobertura es automática; no necesita inscribirse.

Seguro de discapacidad de largo plazo	Seguro de discapacidad de largo plazo
<ul style="list-style-type: none">▪ A partir del 1° día del mes siguiente a su fecha de contratación, usted será elegible para una cobertura de discapacidad de corto plazo (STD).▪ Este servicio es pagado por Ames y se le ofrece sin costo alguno para usted.▪ El beneficio de continuación de salario básico tiene la intención de sustituir una parte del ingreso del empleado para quienes no puedan trabajar debido a una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo que requiera la atención constante de un médico.▪ Rige un período de espera de una semana antes de que Ames proporcione el beneficio de continuación salarial durante 11 semanas al 50% del salario básico por hasta \$1,500 por semana.▪ Los pagos del beneficio no son gravables para el empleado.	<ul style="list-style-type: none">▪ El seguro de discapacidad de largo plazo (LTD) le permite recibir una parte de sus ingresos mientras está totalmente discapacitado y se ve impedido de trabajar.▪ Este servicio es pagado por Ames y se le ofrece sin costo alguno para usted.▪ El período de eliminación se cumple en el 90° día de discapacidad.▪ Usted es inscripto automáticamente en la cobertura pagada por la compañía que sustituye el 50% de su salario básico por hasta \$10,000 por mes.▪ Los pagos del beneficio no son gravables para el empleado.

Cómo presentar un reclamo de STD:

Si necesitara presentar un reclamo de seguro de discapacidad de corto plazo (STD) debido a una afección inhabilitante que le impidiera o limitara su capacidad para trabajar (licencia médica del empleado), llame a la línea de denuncias para situaciones de discapacidad de MetLife Group al 877-638-8262 o inicie un reclamo a través del sitio web de MyBenefits en www.metlife.com/mybenefits.



Seguro de accidentes

El seguro de accidentes ofrece beneficios para ayudar a cubrir los costos asociados con facturas inesperadas debido a accidentes cubiertos, independientemente de cualquier otro seguro que tenga. Si contrata la cobertura y resulta herido a causa de un accidente cubierto, recibirá un beneficio en efectivo por las lesiones cubiertas que podrá gastar como quiera.

Con MetLife, podrá elegir entre dos planes. A continuación, algunos ejemplos de accidentes y servicios cubiertos.

Tipo de Beneficio	Plan Bajo	Plan Alto
Fracturas	De \$100 a \$8,000	De \$200 a \$10,000
Dislocaciones	De \$100 a \$8,000	De \$200 a \$10,000
Quemaduras	De \$75 a \$10,000	De \$100 a \$15,000
Conmoción cerebral	\$250	\$500
Coma	\$7,500	\$12,000
Laceraciones	De \$50 a \$400	De \$75 a \$700
Ambulancia terrestre	\$300	\$400
Atención de Emergencia	De \$75 a \$150	De \$100 a \$200
Servicios de terapia	\$35	\$50
Control del dolor	\$75	\$100
Beneficio de alojamiento	\$100 por día	\$200 por día

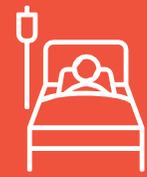
Aranceles del Seguro de Accidentes

Nivel de cobertura	Plan Bajo	Plan Alto
Solo Empleado	\$6.09	\$8.88
Empleado + Cónyuge	\$12.18	\$17.77
Empleado + Hijo(s)	\$14.80	\$21.64
Familia	\$17.43	\$25.46

Beneficio de examen de salud: MetLife proporcionará un beneficio anual de \$50 por persona cubierta y por año calendario por tomar una de las medidas elegibles de prevención/examen.

¿Tiene alguna pregunta o quiere inscribirse?

Para más información y para inscribirse en el Seguro de accidentes, llame al Centro de Inscripción en Beneficios al 877-328-3607.



Seguro de Enfermedades Graves

El seguro de enfermedades graves proporciona dinero en efectivo para ayudar a pagar tanto los gastos médicos no cubiertos por su plan médico como los gastos cotidianos que pueden empezar a acumularse, como alquiler, hipoteca, pagos del automóvil, etc., mientras está enfermo.

Si se le diagnostica una enfermedad cubierta, usted recibe una suma global en efectivo, incluso si recibe otros beneficios de seguros.

Montos de cobertura

Empleado	Cónyuge	Hijo(s)
Opciones de \$10,000, \$20,000 o \$30,000	100% del beneficio inicial del empleado	50% de beneficio inicial del empleado

Pago del beneficio

Su plan, a través de MetLife, paga un beneficio inicial por suma global luego del primer diagnóstico verificado de una afección cubierta. Su plan también paga un beneficio por recurrencia por una suma global por un diagnóstico posterior verificado de ciertas afecciones cubiertas. Un Beneficio por Recurrencia solo está disponible si se ha pagado un Beneficio Inicial para la misma afección cubierta. A continuación, se presentan algunos ejemplos de afecciones cubiertas.

Afecciones cubiertas	Beneficio inicial	Beneficio por Recurrencia
Cáncer invasivo	100% del monto del beneficio	100% del beneficio inicial
Cáncer no invasivo	25% del monto del beneficio	100% del beneficio inicial
Cirugía de revascularización coronaria	100% del monto del beneficio	100% del beneficio inicial
Diabetes (tipo I)	100% del monto del beneficio	Ninguno
Pérdida de la vista, audición o del habla	100% del monto del beneficio	Ninguno
Infarto	100% del monto del beneficio	100% del beneficio inicial
COVID-19	25% del monto del beneficio	Ninguno
Insuficiencia renal	100% del monto del beneficio	Ninguno
Trasplante de órgano mayor	100% del monto del beneficio	Ninguno
Enfermedad de Alzheimer	100% del monto del beneficio	Ninguno
Esclerosis múltiple	100% del monto del beneficio	Ninguno
Derrame cerebral	100% del monto del beneficio	100% del beneficio inicial

Aranceles del seguro de enfermedades graves

Edad	Arancel por \$1,000 de cobertura			
	Solo empleado	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Familia
Menos de 27	\$0.38	\$0.77	\$0.56	\$0.95
27 a 36	\$0.51	\$1.05	\$0.69	\$1.24
37 a 46	\$0.93	\$1.91	\$1.11	\$2.09
47 a 56	\$1.82	\$3.50	\$2.00	\$3.68
57 a 63	\$3.12	\$5.68	\$3.30	\$5.86
64 o más	\$4.87	\$8.65	\$5.05	\$8.83

Nota: los aranceles aumentarán cuando una persona cubierta alcance un nuevo rango de edad. Los aranceles están sujetos a cambios.

Beneficio de examen de salud: MetLife proporcionará un beneficio anual de \$50 por persona cubierta y por año calendario por tomar una de las medidas elegibles de prevención/examen.

¿Tiene alguna pregunta o quiere inscribirse?

Para más información y para inscribirse en el Seguro de enfermedades graves, llame al Centro de Inscripción en Beneficios al 877-328-3607.



Seguro de indemnización hospitalaria

El seguro de indemnización hospitalaria proporciona asistencia financiera para ayudar a cubrir los gastos de hospitalización.

Con MetLife, podrá elegir entre dos planes integrales que proporcionan pagos en efectivo por única vez por los servicios cubiertos, independientemente de cualquier otro pago que pueda recibir de su plan médico. A continuación, se presentan algunos ejemplos de servicios cubiertos.

Servicios cubiertos	Límites de los beneficios	Plan Bajo	Plan Alto
Admisión en hospital	1 vez por enfermedad o lesión	\$500	\$1,000
Admisión en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):	1 vez por enfermedad o lesión	\$1,000	\$2,000
Confinamiento hospitalario	365 días por año calendario	\$100	\$200
Confinamiento complementario en UCI	Paga un beneficio adicional durante 30 días	\$200	\$400
Confinamiento del recién nacido	3 días por confinamiento	\$100	\$100
Rehabilitación en régimen de internación	30 días por año calendario	\$100	\$100

Aranceles del seguro de indemnización hospitalaria

Nivel de cobertura	Plan Bajo	Plan Alto
Solo Empleado	\$7.62	\$14.14
Empleado + Cónyuge	\$21.09	\$38.33
Empleado + Hijo(s)	\$12.83	\$23.95
Familia	\$26.30	\$48.14

¿Tiene alguna pregunta o quiere inscribirse?

Para más información y para inscribirse en el Seguro de indemnización hospitalaria, llame al Centro de Inscripción en Beneficios al 877-328-3607.



Beneficio de salud mental

Lyra Health

La vida está llena de cambios e incertidumbre. Las responsabilidades y demandas sobre nuestro tiempo pueden ser abrumadoras. Nos pasa a todos. Cuando usted o sus familiares directos necesiten ayuda para lidiar con desafíos de la vida, nuestro beneficio de Salud Mental, administrado por Lyra Health, está aquí para ayudarlo.

Lyra Health proporciona atención para su salud mental y emocional como, cuando y donde usted la necesite, todo sin costo alguno para usted. Desde atención autoguiada hasta acceso a terapeutas de primer nivel, Lyra ofrece algo para todos, cualquiera sea la etapa en la que se encuentre su salud mental.

Con métodos de tratamientos avalados por estudios de investigación, prestadores de calidad y recursos digitales, usted y sus dependientes pueden recurrir a herramientas fáciles de usar para mejorar su salud mental, tales como:

- 10 sesiones de coaching y terapia de salud mental por año, más sesiones adicionales y asistencia con la gestión de medicamentos para quienes estén inscritos en el plan médico*
- Planes personalizados de autocuidado desarrollados por expertos en salud mental que entienden sus necesidades
- Recursos a demanda para meditar, mejorar el sueño, aliviar el estrés, y más

Empiece a usar Lyra siguiendo tres sencillos pasos:

- **Paso 1:** Visite www.amesconstruction.lyrahealth.com para crear su cuenta.
- **Paso 2:** Realícese la evaluación para ser derivado a prestadores de alta calidad que tienen trayectorias e identidades diversas. Los prestadores de Lyra están personalmente seleccionados para usted y tienen citas disponibles de inmediato.
- **Paso 3:** Comience su tratamiento con una consulta con su prestador ya sea virtualmente o en persona.

Nota: *los empleados y sus dependientes inscritos en el plan médico son elegibles para sesiones adicionales de coaching y/o terapia, además de las 10 sesiones gratuitas, y ayuda con la gestión de medicamentos con un prestador de la red de Lyra. Este servicio está sujeto a deducibles, copagos y coseguros de atención ambulatoria dentro de la red, como lo defina su plan médico. Si sus beneficios médicos son a través de un sindicato, usted es elegible para las 10 sesiones gratuitas.



Beneficios adicionales

Tiempo libre

Ames ofrece tiempo libre fuera del trabajo a los empleados no sindicalizados de tiempo completo. Esto incluye vacaciones, tiempo por enfermedad y días festivos.

Vacaciones

Años de antigüedad	Tasa de acumulación mensual (No oficio)	Tasa de acumulación semanal (Oficio/No sindicalizados)	Tasa de acumulación anual	Tope máximo de acumulación
Menos de 5 años	6.67 horas	1.54 horas	80 horas	120 horas
De 5 a 9 años	10.00 horas	2.31 horas	120 horas	180 horas
10 años o más	13.33 horas	3.08 horas	160 horas	240 horas

Días festivos

- Año Nuevo
- Día de los Caídos
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día después de Acción de Gracias
- Nochebuena
- Navidad

Tiempo por enfermedad

Acumulación: cada _ horas trabajadas	Tasa de acumulación anual	Tasa máxima de acumulación
1 hora	48 horas	80 horas

Permiso por servicio militar

Elegibilidad

Los empleados son elegibles para un permiso por servicio militar de acuerdo con las leyes estatales y federales. En general, los empleados que se reportan para servicio activo o entrenamiento, sea de forma voluntaria o involuntaria, en las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional del Ejército o la Guardia Nacional de la Fuerza Aérea ("servicios uniformados") son elegibles para un permiso por servicio militar de acuerdo con la Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados (USERRA).

Pago de beneficios

A los empleados elegibles que comiencen una licencia para servicio militar activo o entrenamiento, Ames pagará la diferencia por servicio militar si el pago militar documentado de los empleados (paga básica) es inferior a la paga básica del empleado por hasta un año mientras el empleado esté en entrenamiento militar y/o en servicio activo.

Si el pago militar del empleado es superior o igual a su paga básica, la compañía no pagará ninguna diferencia. Solo se considerará la paga básica, con lo cual se excluyen otros tipos de pagos.

El pago militar se agota después del máximo de un año y el empleado podrá optar por usar tiempo de vacaciones durante el permiso por servicio militar o bien tomarse una licencia no remunerada.

Solicitud de permiso por servicio militar

Los empleados deben solicitar un permiso de licencia militar en Recursos Humanos lo antes posible. A los empleados elegibles se les otorgará un permiso de licencia militar de hasta cinco (5) años acumulativamente. Los permisos de licencia superiores a cinco (5) años se otorgarán de acuerdo con las leyes aplicables.

Coordinación con otras políticas

Durante el período de permiso por servicio militar remunerado (de hasta un año), los beneficios médicos, odontológicos y oftalmológicos de los empleados seguirán rigiendo como si fueran empleados activos. Los seguros de vida, muerte accidental y pérdida de miembros y discapacidad no continuarán ni se pagarán durante el servicio militar.

Los empleados que continúen en servicio militar después del período de permiso por servicio militar remunerado (de hasta un año) dejarán de ser elegibles. El empleado tendrá que pagar las primas antes de comenzar el permiso, de corresponder.

Reincorporación

Tras regresar del servicio, los miembros de los servicios armados y sus componentes de reserva serán reincorporados a sus funciones anteriores, o funciones similares, sin perder su antigüedad ni beneficios y sin interrupción de la antigüedad a los efectos de las pensiones de acuerdo con la ley USERRA.



Beneficios adicionales (continuación)

Licencia por paternidad

La finalidad de la licencia por paternidad remunerada es permitirle al empleado cuidar de su bebé recién nacido y establecer un vínculo con él. Esta política regirá simultáneamente con la licencia de la Ley de Licencias por Razones Médicas y Familiares (FMLA), de corresponder, y regirá para nacimientos y adopciones a partir del 1 de marzo de 2023.

Todos los empleados regulares de tiempo completo de Ames Construction son elegibles para las licencias por paternidad a partir del primer día del mes siguiente a su fecha de contratación siempre y cuando satisfagan uno de los siguientes criterios de elegibilidad.

Tipo de licencia	Elegibilidad	Duración de la licencia	Cuándo tomar la licencia
Licencia por maternidad	Ha dado a luz a un hijo	Seis (6) meses de licencia remunerada por nacimiento dentro de un período de 12 meses consecutivos	Inmediatamente después del nacimiento y en un período de licencia continua
Licencia por paternidad	Su pareja ha dado a luz a un hijo suyo	Una (1) semana de licencia remunerada por nacimiento dentro de un período de 12 meses consecutivos	Dentro de los seis meses siguientes al nacimiento y en un período de licencia continua
Licencia por adopción (Cuidador(a) primario(a))	Quien tenga la responsabilidad parental principal por el cuidado de un hijo incorporado a la familia mediante adopción	Seis (6) meses de licencia remunerada por adopción dentro de un período de 12 meses consecutivos	Inmediatamente después de la adopción y en un período de licencia continua
Licencia por adopción (Cuidador(a) secundario(a))	Quien tenga la responsabilidad parental por el cuidado de un hijo incorporado a la familia mediante adopción, pero que NO es el(la) cuidador(a) primario(a)	Una (1) semana de licencia remunerada por adopción dentro de un período de 12 meses consecutivos	Dentro de los seis meses siguientes a la adopción y en un período de licencia continua

Nota: Los nacimientos o adopciones múltiples (p.ej., el nacimiento de mellizos o la adopción de hermanos) no incrementan el monto total de la licencia por paternidad remunerada otorgada.

Pago de beneficios

- Los beneficios pagados son el 100% de la paga básica regular del empleado. La paga básica no incluye bonos, comisiones, horas extra, per diem ni otras sumas o beneficios especiales.
- Los pagos de licencias por paternidad se efectuarán en las fechas de nómina habituales de los empleados elegibles.

Coordinación con otras políticas

- Según esta política los empleados son elegibles para un seguro de discapacidad de corto plazo.
- La licencia tomadas conforme a esta política correrá simultáneamente con la licencia de la FMLA. Para más información sobre la FMLA, por favor consulte la Política de Licencias por Razones Médicas y Familiares.
- Durante la licencia por paternidad los beneficios de salud continúan y el empleado debe hacerse cargo de las primas mensuales del seguro que faltan cancelarse.
- Durante la licencia por paternidad, los empleados no acumulan vacaciones.

Solicitud de licencia por paternidad remunerada

Para solicitar una licencia por paternidad remunerada, usted debe enviar a su Supervisor y a Recursos Humanos el formulario "Aviso de Solicitud de la Licencia" al menos 90 días antes de la fecha en que se propone tomar la licencia (o si la licencia no fuese previsible, lo antes posible) y al menos uno de los siguientes documentos aprobados:

Licencia por maternidad y Licencia por paternidad	Licencia por adopción
<ul style="list-style-type: none"> Certificado de nacimiento Formulario de admisión en hospital asociada con el parto Documentación proporcionada por el médico del niño Documento nombrando al empleado como segundo padre (p.ej., declaración de paternidad u orden judicial de filiación) Documentos judiciales aprobados 	<ul style="list-style-type: none"> Acuerdo de colocación en adopción Documentación proporcionada por la agencia de adopción confirmando la entrega en adopción y la fecha de entrega en adopción Carta firmada por el abogado del padre/madre o padres confirmando la entrega en adopción y la fecha de entrega en adopción Acuerdo de colocación en adopción independiente



Beneficios adicionales (continuación)

Hinge Health

Hinge Health ofrece terapia de ejercicio digital para dolores musculares y articulares. Este programa ofrece planes de cuidados personalizados y formación para ayudar a los empleados a alcanzar sus objetivos de salud relacionados con la salud musculoesquelética (espalda, articulaciones musculares).

Hinge Health le ofrece las herramientas que necesita para superar dolores persistentes, recuperarse de lesiones recientes, prepararse para una intervención quirúrgica o encontrar nuevas estrategias para mantenerse sano y sin dolor. Sus programas están disponibles para usted y sus _ dependientes elegibles sin coste alguno. Además, puede completar su plan de atención personalizado en cualquier momento y lugar.

Para obtener más información y presentar su solicitud, visite hinge.health/amesconstruction o llame al (855) 902-2777.

BenefitHub

BenefitHub es una plataforma integral de descuentos y recompensas que le ayudará a ahorrar dinero. La plataforma está asociada con miles de proveedores que ofrecen descuentos en ropa, electrónica, pólizas de automóvil y hogar, seguros para mascotas, ofertas nacionales y locales, hoteles, viajes, entradas para eventos y mucho más. Puede explorar las ofertas, buscar por marca o categoría, o descubrir descuentos personalizados y adaptados a sus intereses.

Visite amesperks.benefitHub.com

Ingrese el código de referencia: 7NMUCL



Beneficios de jubilación

Plan de Jubilación 401(k)

Ames ofrece la oportunidad de ahorrar para la jubilación a través de Empower. Los empleados pueden empezar a participar tras cumplir 90 días de servicio. Tras el periodo de espera, se deducirá automáticamente de cada nómina una aportación antes de impuestos del 3% de la retribución si no se opta por no participar. Los empleados pueden elegir ahorrar con el tradicional ingresos antes de impuestos, ingresos Roth después de impuestos o una combinación de ambos, hasta los límites del IRS. Se puede elegir entre una amplia gama de opciones de inversión, incluidos los Fondos de Inversión con Fecha Determinada.

Ames igualará el 50% del primer 3% de su aportación. Los empleados que reúnan los requisitos serán plenamente beneficiarios después de cuatro años de plan.

- Año 1: 25%
- Año 2: 50%
- Año 3: 75%
- Año 4: 100%

Si desea modificar su aportación o darse de baja, cree su cuenta Empower en línea (empowermyretirement.com) o llame al servicio de atención al cliente (844-465-4455).

Para crear su cuenta en línea:

- 1) vaya a la página web del plan y seleccione Registrarse;
- 2) elija la pestaña No tengo PIN;
- 3) siga las instrucciones para crear su nombre de usuario y contraseña.

Plan de participación en las ganancias - Empleados por hora

Después de un año de empleo, los empleados no sindicalizados que trabajen 30 horas o más por semana serán elegibles para un aporte al Plan de participación en las ganancias de \$5.00 por hora trabajada. Los empleados elegibles quedarán totalmente perfeccionados en los aportes al cabo de cinco años. Las personas que trabajen en proyectos con salario predominante no tienen un período de espera para participar y quedan perfeccionadas de forma inmediata. Este plan se administra a través de Empower.

Plan de participación en las ganancias - Empleados asalariados

Los empleados asalariados no sindicalizados son elegibles cuando hayan trabajado un mínimo de 1,000 horas durante el año fiscal. Esta contribución discrecional se basa en el salario base más la bonificación. Para recibir aportes, los empleados deben estar empleados al 30 de diciembre. Los empleados elegibles quedarán totalmente perfeccionados en los aportes al cabo de cinco años. Este plan es administrado por Empower.

El calendario quinquenal de adquisición de derechos para ambos planes de participación en beneficios es el siguiente:

- Año 1: 20%
- Año 2: 40%
- Año 3: 60%
- Año 4: 80%
- Año 5: 100%





Términos útiles de los beneficios

- **Medicamentos preferidos de marca** – Medicamento con una patente y marca registrada que se considera "preferido" porque es seguro y eficaz y suele ser menos caro que otras opciones de marca.
- **Medicamentos no preferidos de marca** – Medicamento con patente y marca registrada que es "no preferido" porque suele ser más caro que otras opciones de genéricos y preferidos de marca.
- **Coseguro** – Reparto de los costos entre usted y el plan. Por ejemplo, un coseguro del 80% significa que el plan cubre el 80% del costo del servicio una vez que alcanza el deducible. Usted será responsable del 20% restante del costo.
- **Copago** – Monto fijo (por ejemplo \$15) que usted paga por un servicio médico cubierto, generalmente al recibir el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio.
- **Deducible** – Monto que tiene que pagar por servicios cubiertos cada año antes de que su plan de salud comience a pagar.
- **Período de eliminación** - Período de tiempo que transcurre entre el comienzo de una lesión o enfermedad y la percepción de los pagos de beneficios de la aseguradora.
- **Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)** – Las FSA le permiten pagar gastos elegibles de atención médica y atención de dependientes usando dólares libres de impuestos. El dinero que está en la cuenta está sujeto a la regla "se usa o se pierde" lo que significa que usted debe gastar el dinero de la cuenta antes de finalizar el año de plan.
- **Medicamentos genéricos** – Medicamento equivalente a los de marca en cuanto a uso, dosis, concentración, calidad y efectos, pero que no tiene marca registrada.
- **Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (HSA)** – Una HSA es una cuenta de ahorro personal para los inscritos en un plan de salud de deducible alto (HDHP). Puede utilizar su HSA para pagar gastos médicos admitidos, como visitas al consultorio del médico, atención hospitalaria, medicamentos con receta, atención odontológica y atención oftalmológica. Puede utilizar el dinero de su HSA para pagar gastos médicos admitidos ahora, o en el futuro, para sus gastos y los de sus dependientes, incluso si no están cubiertos por el HDHP.
- **Plan de Salud de Deducible Alto (HDHP)** – Un Plan de Salud de Deducible Alto (HDHP) admitido está definido por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) como un plan con un deducible anual mínimo y un límite de máximo de bolsillo. Estos mínimos y máximos se determinan anualmente y están sujetos a cambios.
- **Dentro de la red** – Lista designada de prestadores de atención médica (médicos, dentistas, etc.) con quienes el proveedor de los seguros ha negociado aranceles especiales. Cuando acude a prestadores dentro de la red se reduce el costo de los servicios para usted y la compañía.
- **Servicios hospitalarios con internación** – Servicios prestados a una persona durante una noche de hospitalización.
- **Farmacia con servicio de pedidos por correo** – Las farmacias con servicio de pedidos por correo suelen ofrecer un suministro para 90 días de un medicamento con receta por el mismo costo que un suministro para 60 días en una farmacia minorista. Además, las farmacias con servicio de pedidos por correo ofrecen la comodidad de entregarle sus medicamentos en la puerta de su casa.
- **Fuera de la red** – Prestadores que no están en la red del plan y que no han negociado descuentos en los aranceles. El costo de los servicios brindados por prestadores fuera de la red es mucho más alto para usted y para la compañía. Se aplicarán deducibles y coseguros más altos.
- **Máximo de bolsillo** – Monto máximo que usted y su familia deben pagar por gastos elegibles cada año del plan. Una vez que sus gastos alcanzan el máximo de bolsillo, el plan paga beneficios al 100% de los gastos elegibles durante el resto del año. Su deducible anual está incluido en su máximo de bolsillo.
- **Servicios hospitalarios ambulatorios** – Servicios prestados a una persona en un centro hospitalario sin necesidad de pasar la noche en el hospital.
- **Máximo del año del plan** – Monto máximo del beneficio que se paga cada año por cada miembro de la familia inscripto en el plan odontológico.
- **Prestador de Atención Primaria (PCP)** – Médico (generalmente un médico de familia o de medicina interna o pediatra) que brinda atención médica continua. Un médico de atención primaria trata una amplia variedad de afecciones.
- **Cargos razonables y corrientes (R&C)** – Aranceles vigentes en el mercado para servicios prestados por profesionales de la salud dentro de un área determinada para ciertos procedimientos. A los cargos fuera de la red podrían aplicarse aranceles razonables y corrientes.
- **Especialista** – Prestador que tiene una capacitación especializada en una rama en particular de la medicina (p.ej., un cirujano, cardiólogo o neurólogo).
- **Medicamentos especializados** – Medicamento que requiere una manipulación, administración o monitoreo especial. La mayoría de ellos pueden surtirse únicamente en una farmacia especializada y necesitan aprobaciones adicionales.

Acrónimos de los beneficios

ACA – Ley de Atención Médica Asequible

AD&D – Muerte Accidental y Pérdida de Miembros

HDHP – Plan de Salud de Deducible Alto

FSA - Cuenta de Gastos Flexibles

HMO - Organización para el Mantenimiento de la Salud

HSA - Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos

LTD - Discapacidad de Largo Plazo

PPO - Organización de Prestadores Preferidos

STD – Discapacidad de Corto Plazo



Información de contacto

Cobertura	Aseguradora	Teléfono	Sitio web
Médica	Blue Cross and Blue Shield of Minnesota	Llame al número que figura en el dorso de su credencial Servicios para miembros: 866-873-5943	bluecrossmnonline.com
Medicamentos con receta	CVS Caremark	877-264-2955	www.caremark.com
Consultas Virtuales	Doctor on Demand	N/A	www.doctorondemand.com/ bluecrossmn
Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA)	Optum Bank	800-243-5543	www.optumbank.com
FSA para Atención de Dependientes	Optum Bank	800-243-5543	www.optumbank.com
Odontológica	Delta Dental of Minnesota	800-448-3815	www.deltadentalmn.org
Oftalmológica	Vision Service Plan (VSP)	800 877-7195	www.vsp.com
Seguro de vida y AD&D	MetLife	866-492-6983	www.mybenefits.metlife.com
Seguro de discapacidad	MetLife	800-300-4296	www.mybenefits.metlife.com
Seguro de accidentes	MetLife	800-438-6388	www.mybenefits.metlife.com
Seguro de enfermedades graves	MetLife	800-438-6388	www.mybenefits.metlife.com
Seguro de indemnización hospitalaria	MetLife	800-438-6388	www.mybenefits.metlife.com
Beneficio de salud mental	Lyra Health	877-849-1353 Hay disponibles representantes hispanoparlantes.	www.amesconstruction. lyrahealth.com
Programa para el dolor articular y muscular	Hinge Health	855-902-2777	www.hingehealth.com/ for-individuals
Descuentos y beneficios	BenefitHub	N/A	amesperks.benefithub.com Ingrese el código de referencia: 7NMUCL
Plan de Jubilación 401(k)	Empower	844-465-4455	empowermyretirement.com
Plan de pensiones	Empower	844-465-4455	empowermyretirement.com
Plan de participación en las ganancias	Empower	844-465-4455	empowermyretirement.com
Centro de Inscripción en Beneficios		877-328-3607	



Avisos legales

Aviso de Cobertura Acreditable de la Parte D de Medicare

AVISO IMPORTANTE DE AMES CONSTRUCTION, INC. ACERCA DE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA Y MEDICARE

Lea este aviso con mucha atención y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su actual cobertura de medicamentos con receta con Ames Construction, Inc. y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Si ni usted ni ninguno de sus dependientes cubiertos son elegibles para Medicare o tienen Medicare, este aviso no aplica a usted ni a sus dependientes, según sea el caso. No obstante, aun así debería guardar una copia de este aviso en caso de que usted o un dependiente calificasen para la cobertura de Medicare en el futuro. Por favor, tenga en cuenta que este aviso podría ser reemplazado por avisos posteriores.

- La cobertura de medicamentos con receta de Medicare se puso a disposición de todas las personas que tienen Medicare en 2006. Puede obtener esta cobertura en caso de incorporarse a un Plan de medicamentos con receta de Medicare o a un Plan de Medicare Advantage (similar a HMO o PPO) que ofrezca cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
- Ames Construction, Inc. ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por el Plan de Atención Médica para Empleados de Ames Construction, Inc. ("Plan"), en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y se considera una cobertura de medicamentos con receta "acreditable". Esto es importante por las siguientes razones.

Debido a que su cobertura actual es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare, usted puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (recargo) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, siempre que lo haga dentro de períodos de tiempo específicos.

Inscripción en Medicare - Reglas Generales

A modo de información general, usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando resulta elegible por primera vez para Medicare. Si califica para Medicare debido a su edad, usted podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare durante un período de inscripción inicial de siete meses. Ese período empieza tres meses antes de su cumpleaños N° 65, incluye el mes en el que cumple 65, y continúa por los tres meses siguientes. Si califica para Medicare debido a una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal, su período de inscripción inicial en Medicare Parte D depende de la fecha en que empezó su discapacidad o tratamiento. Para obtener más información, debe comunicarse con Medicare al número de teléfono o dirección web que se indican más abajo.

Inscripción tardía y recargo por inscripción tardía

Si decide esperar para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, podrá inscribirse más tarde durante el período de inscripción anual de la Parte D de Medicare, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre todos los años. Pero como regla general, si demora su inscripción en Medicare Parte D, más allá de la fecha en que resulta elegible por primera vez para inscribirse, quizás deba pagar una prima más alta (recargo).

Si después de su período inicial de inscripción en la Parte D de Medicare, usted pasa **63 días corridos o más sin cobertura "acreditable" de medicamentos con receta (es decir, una cobertura de medicamentos con receta** que es por lo menos tan buena como la cobertura de medicamentos con receta de Medicare), su prima mensual de la Parte D puede aumentar en al menos 1 por ciento de la prima que habría pagado si se hubiera inscripto en su momento, por cada mes que usted no tuvo cobertura acreditable.

Por ejemplo, si después del período de inscripción inicial en Medicare Parte D usted pasa 19 meses sin cobertura, su Prima podría llegar a ser al menos 19% más alta que la prima que de otro modo habría pagado. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta por todo el tiempo que tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. No obstante, hay algunas excepciones importantes a la penalidad por inscripción tardía.

Excepciones de Período de Inscripción Especial a la Penalidad por Inscripción Tardía

Hay "períodos de inscripción especial" que le permiten agregar meses o incluso años de cobertura Medicare Parte D después de la primera vez que resulta elegible para hacerlo, sin ninguna penalidad. Por ejemplo, si después de su período de inscripción inicial en la Parte D de Medicare usted pierde o decide dejar la cobertura de salud solventada por el empleador o solventada por el sindicato que incluye cobertura "acreditable" de medicamentos con receta, usted será elegible para adherirse a un plan de medicamentos de Medicare en ese momento.

Además, si pierde otra cobertura acreditable de medicamentos con receta (como la de una póliza individual) sin mediar culpa de su parte, usted podrá adherirse a un plan de medicamentos de Medicare, también en este caso sin ninguna penalidad. Estos períodos de inscripción especial terminan dos meses después del mes en que finaliza su otra cobertura.



Avisos legales (continuación)

Compare las Coberturas

Usted debería comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. Consulte la descripción resumida del plan de Ames Construction, Inc. para obtener un resumen de la cobertura de medicamentos con receta del plan. Si no tiene una copia, llámenos al teléfono o visite el sitio web abajo indicados y se la facilitaremos.

Coordinación de Otra Cobertura con Medicare Parte D

En general, si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está cubierto por el Plan de Ames Construction, Inc. debido a su empleo (o al de otra persona, como el de su cónyuge o el de sus padres), su cobertura en el Plan de Ames Construction, Inc. no se verá afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por el Plan, primero el Plan pagará los beneficios de medicamentos con receta, y luego Medicare determinará sus pagos. Para más información sobre el tema de qué programa paga primero y qué programa paga segundo, consulte la descripción resumida del Plan o contáctese con Medicare al número de teléfono o en la página web abajo indicados.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura de medicamentos con receta de Ames Construction, Inc., tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura. Para recuperar la cobertura, tendría que volver a inscribirse en el Plan, de conformidad con las reglas de elegibilidad e inscripción del Plan. Para determinar si y cuándo tiene permitido agregar cobertura, consulte la Descripción Resumida del Plan.

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

Contáctese con Recursos Humanos para más información o llame al 952-435-7106. **Nota:** Recibirá este Aviso todos los años. 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 Ames Construction, Inc. También podrá solicitar una copia.

Para obtener Más Información sobre Sus Opciones con la Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare...

En el manual "Medicare y Usted" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta.

Cada año, Medicare le enviará por correo una copia del manual. También podría ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

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

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

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov, o llámelos 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 pida una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no la cobertura acreditable y si debe o no pagar una prima más alta (recargo).

Fecha:	1 de octubre de 2023
Nombre de la entidad/remitente:	Ames Construction
Contacto-Puesto/Oficina:	Recursos Humanos
Dirección:	2500 County Road 42 W Burnsville, MN 55337
Número de teléfono:	952-435-7106
Correo electrónico:	corpbenefits@amesco.com

Nada de lo indicado en este Aviso le da a usted o a sus dependientes el derecho a la cobertura del Plan. Su derecho (o el de sus dependientes) a la cobertura del Plan se determina exclusivamente de conformidad con los términos y condiciones del Plan.



Avisos legales (continuación)

Aviso de prácticas de privacidad

Aviso sobre las prácticas de privacidad de la información médica de Ames Construction, Inc.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÁ USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PODRÁ ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA ESTE AVISO DETENIDAMENTE.

La fecha de entrada en vigencia de este Aviso de prácticas de privacidad de la información médica de Ames Construction, Inc. (el "Aviso") es el 1 de octubre de 2023.

El Plan de salud de Ames Construction, Inc. (el "Plan") proporciona beneficios de salud a los empleados elegibles de Ames Construction, Inc. (la "Compañía") y a sus dependientes elegibles, tal como se describe en la(s) descripción(es) resumida(s) del plan. El Plan crea, recibe, usa, mantiene y divulga información de salud sobre los empleados y dependientes participantes en el curso de la prestación de estos beneficios de salud.

Para facilitar la referencia, en el resto de este Aviso, las palabras "usted", "su" y "suyo" se refieren a cualquier persona con respecto a la cual el Plan recibe, crea o mantiene información médica protegida, incluyendo a los empleados, jubilados y beneficiarios admitidos de COBRA, si los hubiera, y sus respectivos dependientes.

Por ley, el Plan está obligado a tomar medidas razonables para proteger su Información Médica Protegida de cualquier divulgación o uso inapropiado.

Su "Información Médica Protegida" (PHI) es información sobre el estado pasado, presente, o futuro de su salud física o mental, la prestación de atención médica que usted recibe, o el pago pasado, presente, o futuro de su atención médica, pero solo si la información lo identifica o hay fundamentos razonables para considerar que la información podría ser usada para identificarle. La información médica protegida incluye información sobre una persona viva o fallecida (durante un período de cincuenta años después de su muerte.)

Por ley, el Plan tiene la obligación de enviarle un aviso sobre las obligaciones y prácticas de privacidad del Plan en lo que se refiere a su PHI, y lo hace mediante el presente Aviso. Este Aviso describe las diferentes maneras en que el Plan utiliza y divulga la PHI. No es posible describir, en este Aviso, de manera detallada todos los usos y las divulgaciones específicas que el Plan puede hacer de la PHI, de modo que este Aviso describe todas las categorías de usos y divulgaciones de la PHI que el Plan pueda hacer y, para la mayoría de estas categorías, otorga ejemplos de estos usos y divulgaciones.

El Plan tiene la obligación de cumplir con lo dispuesto en este Aviso hasta que sea reemplazado. El Plan podrá cambiar en cualquier momento sus prácticas de privacidad; si uno de dichos cambios exige un cambio en los términos de este Aviso, el Plan revisará y redistribuirá este Aviso conforme al proceso de distribución del Plan. Por lo tanto, el Plan puede cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. El Plan tiene derecho de hacer regir cualquiera de esos cambios para toda la PHI que cree, reciba o mantenga, aún si el Plan hubiera recibido o creado esa PHI antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.

El Plan está distribuyendo este Aviso, y distribuirá cualquier revisión, solo a los empleados participantes, a los jubilados y a los beneficiarios admitidos de COBRA, si los hubiera. Si usted tiene la cobertura del Plan como dependiente de un empleado, jubilado o beneficiario admitido de COBRA, podrá obtener una copia del Aviso solicitándola al contacto indicado al final de este Aviso.

Tenga en cuenta que este Aviso aplica únicamente a su PHI que mantenga el Plan. No afecta las prácticas de privacidad de su médico ni de otros prestadores médicos con respecto a su PHI que mantengan ellos.



Avisos legales (continuación)

Recepción de su PHI por la Compañía y Asociados Comerciales

El Plan podrá divulgar su PHI a, y permitir su uso y divulgación por parte de la Compañía y los Asociados Comerciales, y cualquiera de sus subcontratistas sin obtener su autorización.

Patrocinador del Plan: La Compañía es el Patrocinador y el Administrador del Plan. El Plan podrá divulgar a la Compañía, en forma resumida, el historial de reclamos y otra información para que la Compañía pueda solicitar cotizaciones de primas para beneficios de salud, o modificar o finalizar el Plan. En esta información resumida, se omiten su nombre, su número de seguro social y otros datos de identificación. El Plan también puede divulgar a la Compañía información acerca de su participación e inscripción en el Plan y recibir información similar de la Compañía. Si la Compañía acepta por escrito que protegerá la información contra el uso o divulgación inapropiados, el Plan también podrá divulgar a la Compañía un conjunto limitado de datos que incluye su PHI, pero omite ciertos identificadores directos, como se describe más adelante en este Aviso.

El Plan puede divulgar su PHI a la Compañía para funciones de administración del plan realizadas por la Compañía en nombre del Plan, si la Compañía certifica al Plan que protegerá su PHI contra el uso y la divulgación inapropiados.

Ejemplo: la Compañía revisa y decide apelaciones de rechazos de reclamos bajo el Plan. El Administrador de Reclamos proporciona la PHI con respecto a un reclamo apelado a la Compañía para esa revisión, y la Compañía utiliza la PHI para tomar la decisión sobre la apelación.

Asociados comerciales: El Plan y la Compañía contratan terceros, como un administrador externo (el "Administrador de reclamos") para ayudar al Plan a ofrecer beneficios de salud. Estos terceros se denominan los "Asociados Comerciales" del Plan. El Plan podrá divulgar su PHI a los Asociados Comerciales, como el Administrador de Reclamos, que sean contratados por el Plan o la Compañía para prestar asistencia o llevar a cabo los términos del Plan. Asimismo, estos Asociados Comerciales pueden recibir PHI de terceros o crear PHI sobre usted mientras llevan a cabo los términos del Plan. El Plan y la Compañía deben exigir a todos los Asociados Comerciales que acepten por escrito que protegerán su PHI contra el uso o la divulgación inapropiados, y exigirán a sus subcontratistas y agentes que también lo hagan.

A los fines de este Aviso, todas las acciones de la Compañía y los Asociados Comerciales que se realicen en nombre del Plan se considerarán acciones del Plan. Por ejemplo, se considera que la información médica mantenida en los archivos del Administrador de Reclamos es mantenida por el Plan. Por lo tanto, cuando en este Aviso se hace referencia a las diversas acciones realizadas por el Plan con respecto a la información médica, estas acciones pueden ser realizadas por la Compañía o un Asociado Comercial en nombre del Plan.

Cómo el Plan puede usar o divulgar su PHI

El Plan puede usar y divulgar su PHI para los siguientes fines sin obtener su autorización. Y salvo contadas excepciones, le enviaremos toda la correspondencia a usted, el empleado. Esto incluye correspondencia relacionada con su cónyuge y otros familiares cubiertos por el Plan. Si una persona cubierta por el Plan ha solicitado restricciones o comunicaciones confidenciales, y si el Plan ha aceptado esta solicitud, el Plan enviará la correspondencia conforme a la solicitud de restricciones o comunicaciones confidenciales.

Su tratamiento de atención médica: El Plan podrá divulgar su PHI para actividades de tratamiento (como se define en las reglas federales aplicables) de un prestador médico.

Ejemplo: si su médico solicitó información del Plan acerca de reclamos anteriores bajo el Plan para ayudarlo a recibir tratamiento, el Plan podría divulgar su PHI para ese propósito.

Ejemplo: El Plan puede divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para ayudarlo a determinar si un nuevo medicamento con receta puede ser perjudicial para usted.

Realización u obtención de pagos de atención médica o cobertura: El Plan podrá usar o divulgar su PHI para actividades de pago (según la definición de las normas federales correspondientes), lo que incluye la realización de pagos o el cobro de pagos de terceros, como prestadores médicos y otros planes de salud.

Ejemplo: El Plan recibirá facturas de los médicos por la atención médica proporcionada a usted que contendrá su PHI. El Plan usará esta PHI, y creará PHI sobre usted, mientras determina el pago y paga beneficios con respecto a esas facturas.

Ejemplo: El Plan puede considerar y discutir su historial médico con un prestador de atención médica para determinar si un tratamiento en particular para el cual se reclaman o se reclamarán beneficios del Plan es médicamente necesario según se define en el Plan.



Avisos legales (continuación)

El uso o divulgación de su PHI por parte del Plan para fines de pago podrá incluir usos y divulgaciones para los siguientes fines adicionales, entre otros.

- Obtener pagos requeridos para cobertura bajo el Plan.
- Determinar o cumplir con su obligación de proporcionar cobertura y/o beneficios bajo el Plan, incluido determinaciones de elegibilidad y resolución de reclamos
- Obtener o proporcionar reintegros para la prestación de atención médica (incluido la coordinación de beneficios, subrogación y determinación de los montos de participación en costos)
- Gestionar reclamos, actividades de recolección, obtener pagos bajo una póliza de seguro con límite de pérdida, y tratamiento de datos de atención médica relacionados
- Revisar los servicios de atención médica para determinar la necesidad médica, la cobertura del Plan, la idoneidad de la atención o la justificación de los gastos
- Actividades de revisión de uso, incluida la certificación y autorización previas de los servicios, revisión simultánea y retrospectiva de los servicios.

El Plan también podrá divulgar su PHI a fin de asistir a otros planes de salud (incluidos otros planes de salud patrocinados por la Compañía), prestadores de atención médica y centrales de procesamiento de datos de salud con sus actividades de pago, incluidas actividades como las mencionadas anteriormente respecto del Plan.

Operaciones de Atención Médica: El Plan puede usar y divulgar su PHI para las operaciones de atención médica (como se define en las reglas federales aplicables) que incluye una variedad de actividades de facilitación.

Ejemplo: Si los reclamos que usted presenta al Plan indican que tiene diabetes u otra condición crónica, el Plan puede usar y divulgar su PHI para derivarlo a un programa de control de enfermedades.

Ejemplo: Si los reclamos que presenta al Plan indican que la cobertura de limitación de pérdidas que la Compañía ha adquirido en relación con el Plan puede ser activada, el Plan puede utilizar o divulgar su PHI para informar a la compañía de limitación de pérdidas del posible reclamo y para hacer cualquier reclamo que en última instancia se aplique.

El uso y la divulgación del Plan de su PHI para operaciones de atención médica pueden incluir usos y divulgaciones para los siguientes fines.

- Actividades de control de calidad y mejora
- Control de enfermedades, administración de casos y coordinación de la atención
- Actividades destinadas a mejorar la salud o reducir los gastos de atención médica
- Contacto con prestadores de salud y pacientes para informarles sobre alternativas de tratamiento
- Actividades de acreditación, certificación, licencia y credencial
- Programas de detección de fraude y abuso y de cumplimiento

El Plan también podrá usar o divulgar su PHI a fin de asistir a otros planes de salud (incluido otros planes de salud patrocinados por la Compañía), prestadores de atención médica y centrales de proceso de datos de salud con sus actividades de operaciones de atención médica que son como las mencionadas anteriormente, pero únicamente si tanto el Plan y el receptor de la información divulgada mantienen una relación con usted y la PHI es parte de esa relación.

- El uso o divulgación de su PHI que el Plan haga a fin de realizar operaciones de atención médica podrán incluir usos y divulgaciones para los siguientes fines adicionales, entre otros.
- La suscripción (con la excepción de la PHI que es información genética) a la calificación de las primas y la ejecución de las funciones relacionadas para crear, renovar o sustituir seguro relacionado con el Plan.
- Planificación y desarrollo, como análisis de gestión de costos
- Realización y organización de revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría
- Gestión de negocios y administración general, incluyendo la implementación y el cumplimiento de las leyes aplicables, y la creación de información médica no identificada o un conjunto limitado de datos



Avisos legales (continuación)

El Plan también podrá usar o revelar su PHI a fin de asistir a otros planes de salud de los cuales la Compañía es el patrocinador del plan, y todos los aseguradores y HMO con respecto a dichos planes, con sus actividades de operaciones de atención médica similares a ambas categorías antedichas.

Conjunto Limitado de Datos: El Plan puede divulgar un conjunto limitado de datos a un destinatario que acuerde por escrito que lo protegerá del uso o la divulgación inapropiado. Un conjunto limitado de datos es información de salud sobre usted y/u otras personas que omite su nombre y número de seguro social y cierta otra información identificatoria.

Obligación por ley: El Plan usará o divulgará su PHI en la medida que se requerido hacerlo por la ley aplicable. Esto puede incluir divulgar su PHI en cumplimiento de una orden judicial o citación. Además, el Plan debe permitir que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. audite los registros del plan.

Salud o seguridad: Cuando esté de acuerdo con la legislación vigente y las normas de conducta ética, el Plan podrá divulgar su PHI si cree, de buena fe, que dicha divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza inminente a su salud o la salud y seguridad de terceros. El Plan puede compartir información médica sobre usted para determinadas situaciones, como las siguientes:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con la retirada de productos
- Informar reacciones adversas a los medicamentos
- Informar supuestos abusos, negligencias o violencia doméstica

Aplicación de la ley: El Plan podrá divulgar su PHI a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley si el Plan cree de buena fe que su PHI constituye evidencia de conducta criminal que ocurrió en las instalaciones del Plan. El Plan también podrá divulgar su PHI para fines limitados relacionados con el cumplimiento de la ley.

Litigios y disputas: Además de las divulgaciones requeridas por la ley en respuesta a órdenes judiciales, el Plan podrá divulgar su PHI en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, pero solo si se han hecho ciertos esfuerzos para notificarle de la citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal o para obtener una orden que proteja la información que se divulgará.

Indemnización por accidentes de trabajo: El Plan podrá usar y divulgar su PHI cuando esté autorizado y en la medida que sea necesario para cumplir con leyes relacionadas con programas de indemnización por accidentes de trabajo u otros similares.

Situación de emergencia: El Plan podrá divulgar su PHI a un familiar, amigo u otra persona para que lo ayuden con su atención médica o con el pago de su atención médica, si usted se encontrara en una situación de emergencia médica y no pudiera prestar su consentimiento para que el Plan lo haga.

Representantes personales: El Plan divulgará su PHI a sus representantes personales designados por usted o por la legislación vigente (por ejemplo, un padre que actúa en nombre de un hijo menor o un tutor designado para un adulto incapacitado) en la misma medida en que divulgaría esa información a usted. El Plan puede elegir no divulgar información a un representante personal si cree razonablemente que: 1) usted ha sido o puede ser víctima de abuso doméstico por parte de su representante personal; o 2) reconocer a dicha persona como su representante personal podría causarle un daño; o 3) tratar a esa persona como su representante personal va en contra de sus intereses.

Salud Pública: En la medida en que otras leyes aplicables no prohíban tales divulgaciones, el Plan podrá divulgar su PHI para propósitos de ciertas actividades de salud pública, incluyendo, por ejemplo, la presentación de información relacionada con la calidad, seguridad o efectividad de un producto regulado por la FDA a una persona sujeta a la jurisdicción de la FDA.

Actividades de supervisión de salud: El Plan podrá divulgar su PHI a una agencia de supervisión de salud pública para actividades autorizadas, incluyendo auditorías, investigaciones civiles, administrativas o penales; inspecciones; licencias o acciones disciplinarias.



Avisos legales (continuación)

Médico forense, examinador médico o director de funeraria: El Plan podrá divulgar su PHI a un médico forense a los fines de identificar a una persona fallecida, determinar una causa de muerte u otras tareas autorizadas por ley. Además, el Plan podrá divulgar su PHI al director de una funeraria, de acuerdo con la ley aplicable, según sea necesario para que dicha persona lleve a cabo sus tareas. Donación de órganos. El Plan podrá usar o divulgar su PHI para asistir a entidades dedicadas a la obtención, guarda o trasplante de órganos, ojos o tejidos cadavéricos.

Funciones gubernamentales específicas: En circunstancias específicas, las regulaciones federales pueden requerir que el Plan use o divulgue su PHI para facilitar funciones gubernamentales específicas relacionadas con el ejército y los veteranos, la seguridad nacional y las actividades de inteligencia, los servicios de protección para el presidente y otros, y las instituciones correccionales y los reclusos.

Investigación: El Plan podrá divulgar su PHI a investigadores cuando sus identificadores individuales hayan sido removidos o cuando una junta de revisión institucional o junta de privacidad haya revisado la propuesta de investigación y establecido un proceso para asegurar la privacidad de la información solicitada y apruebe la investigación.

Divulgaciones a usted: Cuando presenta una solicitud para su PHI, el Plan debe divulgarle a usted sus registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro usados para tomar decisiones en relación con sus beneficios de atención médica. El Plan también debe, cuando usted lo solicite, proporcionarle un recuento de las divulgaciones de su PHI si dichas divulgaciones fueron por cualquier motivo que no sea el Tratamiento, Pago u Operaciones de atención de la salud (y si usted no autorizó la divulgación).

Autorización para usar o divulgar su PHI

Salvo lo indicado anteriormente, el plan no utilizará ni revelará su PHI a menos que reciba primero una autorización por escrito de usted. Si autoriza al Plan a usar o divulgar su PHI, podrá revocar la autorización por escrito en cualquier momento, enviando un aviso de su revocación cursado a la persona de contacto mencionada al final de este Aviso. En la medida en que el Plan haya realizado acciones confiando en su autorización (por ejemplo, que haya acordado suministrar su PHI a un tercero), no podrá revocar su autorización.

Asimismo, nos comprometemos a no: (1) suministrar información confidencial a otra compañía para sus fines de marketing (a menos que sea para determinadas Operaciones de atención médica limitadas). (2) vender su información confidencial (excepto bajo restricciones legales estrictas) (vender significa recibir una remuneración directa o indirecta); (3) proporcionar su información confidencial a un posible empleador con quien está buscando empleo sin su autorización firmada; (4) usar o divulgar notas de psicoterapia a menos que la ley lo exija.

Asimismo, si una ley estatal o alguna otra ley exigiesen la divulgación de los registros de vacunación a una escuela, la autorización escrita ya no es necesaria. No obstante, una entidad cubierta aún así debe obtener y documentar un acuerdo que puede ser oral y por teléfono. El Plan puede comunicarse con usted por varios motivos, generalmente en relación con reclamos y pagos, y habitualmente por correo.

Tenga en cuenta que el Plan puede comunicarse con usted acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés.



Avisos legales (continuación)

Sus derechos con respecto a su PHI

Comunicación confidencial por medios alternativos: Si cree que la divulgación de su PHI puede suponer un riesgo para usted, el Plan dará lugar a una solicitud razonable de comunicarse con usted por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, puede solicitar que el Plan se comunique con usted exclusivamente a una determinada dirección. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacerlo por escrito a la persona de contacto mencionada al final de este Aviso. No es necesario que especifique el motivo por el cual cree que la divulgación de su PHI puede suponer un riesgo para usted, pero sí debe indicar que cree esto. También debe indicar cómo o dónde desea ser contactado. El Plan le notificará si acepta su solicitud de comunicación confidencial. No debe asumir que el Plan ha aceptado su solicitud hasta que el Plan confirme por escrito que está de acuerdo con esa solicitud.

Solicitar restricción sobre determinados usos y divulgaciones: Usted puede solicitar que el Plan restrinja los usos y las divulgaciones que hace de su PHI. Este pedido restringirá o limitará la PHI que se divulgue con fines de Operaciones de Tratamiento, Pago o Atención Médica, y esta restricción podrá limitar la información que el Plan divulga a una persona que está involucrada en su atención o en el pago de su atención. El Plan no está obligado a acceder a una solicitud de restricción, pero si lo hace, el Plan estará obligado por su aceptación, salvo que la información sea necesaria en una situación de emergencia. Sin embargo, algunas restricciones no se permiten ni siquiera con el acuerdo del Plan. Para solicitar una restricción, hágalo por escrito a la persona de contacto mencionada al final de este Aviso. En la solicitud, por favor especifique: (1) la información que desea restringir; (2) si desea limitar el uso por parte del Plan de esa información, su divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites (por ejemplo, un médico en particular). El Plan le notificará si acepta su solicitud de restricción sobre cómo usar o divulgar su PHI. No debe asumir que el Plan ha aceptado su solicitud hasta que el Plan confirme su acuerdo con esa solicitud por escrito. Usted puede pedir restricciones al uso y divulgación de su información confidencial para los fines de operaciones de tratamiento, pago y atención médica que se explican en este Aviso. Sin perjuicio de esta política, el plan cumplirá con cualquier solicitud de restricción si (1) salvo exigencia legal en contrario, la divulgación se hace al plan de salud para llevar a cabo operaciones de pago o de atención médica (y no con fines de tratamiento); y (2) la PHI se refiere exclusivamente a un elemento o servicio de atención médica por el cual el prestador médico hubiese cobrado íntegramente con dinero de bolsillo.

Derecho a ser notificado de una violación: Usted tiene derecho a ser notificado en caso de que el plan (o un asociado comercial) descubra una violación de la información médica protegida no segura.

Registros médicos electrónicos: Usted también puede solicitar y recibir un recuento de las divulgaciones de registros médicos electrónicos efectuadas con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica durante los tres años anteriores para las divulgaciones efectuadas a partir del (1) 1 de enero de 2014 para registros médicos electrónicos adquiridos antes del 1 de enero de 2009; o (2) 1 de enero de 2011 para registros médicos electrónicos adquiridos a partir del 1 de enero de 2009.

La primera lista que solicite en un periodo de 12 meses será gratuita. Es posible que se le cobre por proporcionar cualquier lista adicional dentro de un período de 12 meses.

Copia impresa de este Aviso: Usted tiene el derecho de solicitar y recibir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, aunque lo haya recibido anteriormente o haya acordado recibirlo por vía electrónica. Para obtener una copia impresa, por favor llame o escriba a la persona de contacto nombrada al final de este Aviso.

Derecho a acceder a su PHI: Usted tiene el derecho de acceder a su PHI que se encuentra en los registros de inscripción, pago, resolución de reclamos y gestión de casos del Plan, o en otros registros utilizados por el Plan para tomar decisiones sobre usted, a fin de inspeccionarlos y obtener una copia. Su solicitud de acceso a esta PHI debe hacerse por escrito a la persona de contacto mencionada al final de este Aviso. El Plan puede denegar su solicitud de acceso, por ejemplo, si solicita información compilada antes de un proceso legal. Si se deniega el acceso, recibirá un aviso por escrito de la denegación, una descripción de cómo puede ejercer sus derechos de revisión, y una descripción de cómo puede presentar una queja ante el Plan o el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Si solicita una copia de su PHI, el Plan podrá cobrar un arancel razonable por la copia y, si corresponde, el franqueo relacionado con su solicitud. Sin embargo, si usted o un tercero solicita una copia de su PHI, las limitaciones de honorarios establecidas en las normas se aplicarán únicamente a su solicitud individual de acceso a sus propios registros, pero estas limitaciones de honorarios no se aplicarán a la solicitud de una persona de transmitir registros a un tercero.



Avisos legales (continuación)

Derecho a Modificar: Usted tiene derecho a solicitar modificaciones en su PHI que se encuentra en los registros del Plan si cree que es incompleta o inexacta. La solicitud de modificación de la PHI que se encuentra en los registros del Plan debe hacerse por escrito a la persona de contacto mencionada al final de este Aviso. El Plan puede denegar la solicitud si no se especifica un motivo de la modificación. La solicitud también puede ser rechazada si, por ejemplo, su PHI en los registros del Plan no fue creada por el Plan, si la PHI que usted desea modificar no es parte de los registros del Plan, o si el Plan determina que los registros que contienen su información de salud son exactos y completos. Si el Plan rechaza su solicitud de modificación de su PHI, le notificará su decisión por escrito, con el motivo, información sobre cómo puede incluir información de su modificación solicitada en los registros del Plan, y una descripción de cómo puede presentar una queja ante el Plan o el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

Recuento: Usted tiene derecho a recibir un recuento de ciertas divulgaciones hechas de su información médica. La mayoría de las divulgaciones de su PHI realizadas por el Plan no están sujetas a este requisito de recuento porque las divulgaciones de rutina (por ejemplo, relacionadas con el pago de sus reclamos) se suelen excluir de este requisito. Además, las divulgaciones que usted autoriza o que sucedieron más de seis años antes de la fecha de su solicitud, no están sujetas a este requisito. Para solicitar un recuento de las divulgaciones de su PHI, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto mencionada al final de este Aviso. En su solicitud, debe indicar un periodo de tiempo que no puede incluir fechas más de seis años antes de la fecha de su solicitud. También debe indicar en qué formato desea recibir el recuento (por ejemplo, impreso o electrónico). La primera lista que solicita en un período de 12 meses será gratuita. Si solicita más de un recuento dentro de un período de 12 meses, el Plan cobrará un arancel razonable, basado en el costo, por cada recuento posterior.

Representantes Personales: Usted puede ejercer sus derechos a través de un representante personal. Su representante personal deberá producir evidencia de sus facultades para actuar en su nombre antes de que se le permita acceder a su PHI o se le autorice a actuar en su nombre. El Plan se reserva el derecho de negar a un representante personal el acceso a su PHI en la medida en que lo permita la ley aplicable.

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, usted tiene derecho a presentar una queja ante el Plan y ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Cualquier queja ante el Plan debe hacerse por escrito a la persona de contacto mencionada al final de este Aviso. El Plan lo alienta a expresar cualquier inquietud que tenga con respecto a la privacidad de su información. No se tomarán represalias en su contra de ninguna manera por presentar una queja.

Información de contacto

El Plan ha designado al Departamento de Recursos Humanos como su punto de contacto para todos los asuntos relacionados con las prácticas de privacidad del Plan y sus derechos de privacidad. Puede contactar a Recursos Humanos en:

2500 County Road 42 W
Burnsville, MN 55337
Número de teléfono: 952-435-7106
corpbenefits@amesco.com



Avisos legales (continuación)

Aviso de derechos de inscripción especial del Plan de atención médica para empleados de Ames Construction, Inc.

Si usted declina la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a su otra cobertura o la de sus dependientes).

Pérdida de elegibilidad incluye, entre otros ejemplos:

- Pérdida de elegibilidad para cobertura debido a dejar de cumplir con los requisitos de elegibilidad del plan (p.ej., divorcio, pérdida de la condición de dependiente, muerte de un empleado, cese del empleo, reducción de las horas de trabajo);
- Pérdida de cobertura de HMO porque la persona ya no reside o trabaja dentro del área de atención de la HMO y no hay ninguna otra opción de cobertura disponible a través del promotor del plan HMO;
- Eliminación de la opción de cobertura en la que se inscribió una persona y no se ofrece otra opción en su lugar;
- No reincorporación al trabajo después de una licencia de la FMLA; y
- Pérdida de elegibilidad para Medicaid o el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP).

A menos que el evento que da origen a su derecho de inscripción especial sea la pérdida de elegibilidad para Medicaid o CHIP, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días siguientes de finalizada la otra cobertura suya o de su(s) dependiente(s) (o siguientes a la fecha en que el empleador que solventa esa cobertura deje de aportar a la cobertura). Si el hecho que da lugar a su derecho de inscripción especial es la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP, puede solicitar la inscripción en este plan en un plazo de **60 días** posteriores a la fecha en que usted o su(s) dependiente(s) pierdan la cobertura de Medicaid o CHIP. De igual modo, si usted o su(s) dependiente(s) se vuelven elegibles para un subsidio estatal para el pago de las primas de este plan, usted podrá solicitar la inscripción en este plan dentro de los **60 días** de la fecha en que Medicaid o CHIP determinen que usted o su(s) dependiente(s) califican para el subsidio.

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega con fines de adopción, puede inscribirse usted e inscribir a sus personas dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores al casamiento, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con:

Recursos Humanos
2500 County Road 42 W
Burnsville, MN 55337
Número de teléfono: 952-435-7106
corpbenefits@amesco.com

Este aviso es relevante para las coberturas médicas sujetas a las normas de portabilidad de la HIPAA.



Avisos legales (continuación)

Aviso general de Cobra

Aviso General de los Derechos de Cobertura de Continuación de COBRA (Derechos de Cobertura de Continuación conforme a COBRA)

Introducción

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

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA se creó a partir de una ley federal, la Ley de reconciliación presupuestaria global consolidada (COBRA, Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) de 1985. La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros familiares cuando finalice de cualquier otra forma la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la legislación federal, deberá revisar la Descripción Resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que disponga de otras opciones al perder cobertura médica grupal. Por ejemplo, puede resultar elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirse en cobertura a través del Mercado, podría calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, podrá calificar para un periodo de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual puede ser elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si dicho plan en general no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan que de otro modo finalizaría debido a un evento de vida. Esto también se denomina "evento habilitante". Más adelante en el presente aviso se enumeran los eventos habilitantes específicos. Después de un evento habilitante, se debe ofrecer cobertura de continuación de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario admitido". Usted, su cónyuge y sus hijos a cargo podrían ser beneficiarios admitidos si se pierde la cobertura del Plan a partir de un evento habilitante. En el marco del Plan, los beneficiarios admitidos que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por ella.

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

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

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

- Fallece su cónyuge;
- Se reduce el horario de empleo de su cónyuge.
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte.
- A su cónyuge le corresponden derechos a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas); o
- Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

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

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



Avisos legales (continuación)

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

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

- El final del empleo o la reducción del horario de empleo.
- La muerte del empleado;
- La adquisición por parte del empleado de derechos a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas).

Para los otros eventos habilitantes (divorcio o separación legal del empleado y pérdida de elegibilidad de cónyuge o hijo dependiente para recibir cobertura como hijo dependiente), usted debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores al evento habilitante. Debe entregar este aviso por escrito al administrador del plan. Todo aviso que proporcione debe indicar el nombre del plan o los planes en los que ha perdido o está perdiendo la cobertura, el nombre y la dirección del empleado cubierto por el plan, el (los) nombre(s) y la(s) dirección(es) del beneficiario o del (los) beneficiario(s) admitido(s), y el evento habilitante y la fecha en que se produjo. El administrador del plan le indicará que proporcione la documentación adecuada para demostrar el evento.

¿Cómo se brinda la cobertura de continuación de COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan recibe el aviso de que ocurrió un evento habilitante, se ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a cada uno de los beneficiarios admitidos. Cada beneficiario admitido tendrá un derecho independiente a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos podrán elegir cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres podrán elegir cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos. La cobertura de continuación de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que, por lo general, se prolonga durante 18 meses a causa de la desvinculación laboral o reducción del horario de trabajo. Determinados eventos habilitantes o un segundo evento habilitante durante el período de cobertura inicial puede permitir a un beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

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

- Ampliación del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA por discapacidad Si el Seguro Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y lo notifica al administrador del Plan a tiempo, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de la cobertura de continuación de COBRA, hasta un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar por lo menos hasta el final del periodo de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA. Si cree que es elegible para esta ampliación, póngase en contacto con el administrador del plan.
- Ampliación del período de 18 meses de cobertura de continuación, por segundo evento habilitante Si su familia sufre otro evento habilitante durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían tener hasta 18 meses más de cobertura de continuación de COBRA, hasta un máximo de 36 meses, toda vez que el segundo evento habilitante sea correctamente notificado al Plan. Esta ampliación podría conferirse al cónyuge y a los hijos dependientes que reciban cobertura de continuación de COBRA cuando el empleado o ex empleado muera, pase a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B, o ambas), se divorcie o se separe legalmente, o cuando el hijo dependiente deje de ser elegible para el Plan como hijo dependiente. Esta ampliación solo está disponible si el segundo evento habilitante hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si no hubiera ocurrido el primer evento habilitante.

¿Hay otras opciones de cobertura además de la Cobertura de Continuación de COBRA?

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

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la cobertura de continuación de COBRA después de que termine la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, a partir de la primera de las siguientes fechas

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



Avisos legales (continuación)

Si no se inscribe en Medicare y en su lugar elige la cobertura de continuación de COBRA, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía en la Parte B y que tenga una interrupción en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige

<https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>.

La cobertura de continuación de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la cobertura de continuación de COBRA, el Plan puede terminar su cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no podrá interrumpirse a causa del derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura COBRA.

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

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

Si tiene preguntas

Las preguntas relativas a los derechos de su Plan o a la cobertura de continuación de COBRA deberán dirigirse al contacto o los contactos que se identifican a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluyendo COBRA,

la Ley de Protección al Paciente y de Atención Médica Asequible, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupal, póngase en contacto con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE.UU. en su área o visite www.dol.gov/ebsa (las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga a su Plan informado de los cambios de domicilio

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan cualquier cambio de domicilio que tengan sus familiares. También debe conservar una copia, para sus archivos, de cualquier aviso que envíe al administrador del plan.

Información de contacto del Plan

Para obtener información adicional sobre sus derechos de cobertura de continuación de COBRA, por favor póngase en contacto con:

Departamento de Recursos Humanos
2500 County Road 42 W
Burnsville, MN 55337
Número de teléfono: 952-435-7106
corpbenefits@amesco.com



Avisos legales (continuación)

Aviso de derechos de salud y cáncer de la mujer

El Plan de Atención Médica para Empleados de Ames Construction, Inc. está obligado por ley a proporcionarle el siguiente Aviso:

La Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 ("WHCRA") prevé ciertas protecciones para mujeres que reciban beneficios relacionados con la mastectomía. Se brindará cobertura de la manera como se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

El Plan de Atención Médica para Empleados de Ames Construction, Inc. proporciona cobertura médica para las mastectomías y los procedimientos relacionados mencionados anteriormente, sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados conforme a este plan. Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, consulte o póngase en contacto con el administrador del plan llamando al:

Departamento de Recursos Humanos
2500 County Road 42 W
Burnsville, MN 55337
Número de teléfono: 952-435-7106
corpbenefits@amesco.com



Avisos legales (continuación)

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

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para el pago de primas 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 usted no será elegible para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero es posible que pueda contratar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP, y usted vive en uno de los estados indicados abajo, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para conocer si está disponible la asistencia para el pago de primas.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y considera que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o ingrese en www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitarlo. Si califica, consulte a su estado si tiene un programa que puede ayudarlo a pagar las primas para un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir la asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP, y también son elegibles en el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan si usted todavía no lo estuviera. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial” y **usted debe solicitar cobertura dentro de los 60 días después de haberse determinado su elegibilidad para recibir asistencia para el pago de primas**. Si tiene alguna duda sobre la inscripción en el plan de su empleador, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para recibir asistencia para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2023. Comuníquese con su Estado para obtener más información sobre elegibilidad -

ALABAMA - Medicaid	ALASKA - Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de pago de primas del seguro de salud de AK Sitio web: 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)	Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP) Sitio web: 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/Retransmisión estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio de Atención al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Retransmisión estatal 711 Programa de Compra de Seguros Médicos (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



Avisos legales (continuación)

GEORGIA - Medicaid Sitio web de HIPP en GA: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, presione 1 Sitio web de CHIPRA en GA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, presione 2	INDIANA - Medicaid Plan Healthy Indiana para adultos de 19 a 64 años de bajos ingresos Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás planes Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono 1-800-457-4584
IOWA - Medicaid y CHIP (Hawki) Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562	KANSAS - Medicaid Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY - Medicaid Sitio web del Programa de Pago de Primas del Seguro Médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	LUISIANA - Medicaid Sitio web: www.medicicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE - Medicaid Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Retransmisión de Maine 711 Sitio web de Primas de Seguros de Salud Privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Retransmisión de Maine 711	MASSACHUSETTS - Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA - Medicaid Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739	MISURI – Medicaid Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA - Medicaid Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov	NEBRASKA - Medicaid Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178



Avisos legales (continuación)

NEVADA - Medicaid Sitio web de Medicaid: http://dhcftp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	NUEVO HAMPSHIRE - Medicaid 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. 5218
NUEVA JERSEY - Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	NUEVA YORK - Medicaid Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE - Medicaid Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	DAKOTA DEL NORTE - Medicaid Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA - Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	OREGÓN - Medicaid Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA - Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	RHODE ISLAND - Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa Rlte Share)
CAROLINA DEL SUR - Medicaid Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	DAKOTA DEL SUR - Medicaid Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS - Medicaid Sitio web: Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP) Servicios Humanos y Sanitarios de Texas Teléfono: 1-800-440-0493	UTAH - Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT - Medicaid Sitio web: Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP) Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427	VIRGINIA - Medicaid y CHIP 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



Avisos legales (continuación)

WASHINGTON - Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL - Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.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/mcicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si algún otro estado ha incorporado un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de EE.UU.
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 Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Opción 4 del menú, ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites Burocráticos

Según la Ley de Reducción de Trámites Burocráticos de 1995 (Pub. L. 104-13) (Paperwork Reduction Act, PRA), ninguna persona está obligada a responder a un pedido de información a menos que dicho pedido exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El Departamento advierte que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar un pedido de información a menos que esté aprobado por la OMB de conformidad con lo dispuesto en la PRA y exhiba un número de control válido de la OMB, y asimismo advierte que el público no está obligado a responder a un pedido de información a menos que el mismo exhiba un número de control válido de la OMB. Consulte 44 U.S.C. §3507. Además, y sin perjuicio de otras disposiciones legales, ninguna persona podrá ser sancionada por no cumplir con un pedido de información si el mismo no exhibe un número de control válido de la OMB. Consulte 44 U.S.C. 3512.

El tiempo que insume al público responder a este pedido de información se estima en un promedio de aproximadamente siete minutos por persona. Se aconseja a los interesados que envíen comentarios sobre esta estimación de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de este pedido de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los 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 por correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov haciendo referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (expira el 31/01/2026)



Ames Construction

Acerca de esta Guía

Este resumen de beneficios presenta algunos puntos destacados del programa de beneficios de Ames Construction, Inc. No constituye un documento legal y no debe interpretarse como una garantía de beneficios ni de continuidad de empleo en la compañía. Todos los planes de beneficios se rigen por pólizas, contratos y documentos de los planes. Ante cualquier contradicción entre la información presentada en este resumen y los términos de tales pólizas, contratos y documentos de planes, prevalecerán los términos de tales pólizas, contratos y documentos de planes. Ames Construction, Inc. se reserva el derecho de enmendar, suspender o terminar cualquier plan de beneficio, total o parcialmente, en cualquier momento. La autoridad para implementar tales cambios le corresponde al Administrador del Plan.