Guía de Beneficios Para Empleados

1 de noviembre de 2026 al 31 de octubre de 2027

Equipo de Apoyo de Beneficios
(855) 860-8679
jonescompaniesbenefits@sullicurt.com
7:30am to 5:00pm PST
de lunes a viernes, excluyendo días festivos

Sitio Web de Beneficios
www.jonescompanies.benefitsmap.com
nombre de usario: **jones**
contraseña: **benefits**



JONES LUMBER

JONES WHOLESALE LUMBER



Tabla de Contenidos

Inscripción Abierta ..... **pg. 1**
Seguro Médico ..... **pg. 2**
Seguro Dental ..... **pg. 5**
Seguro de Visión ..... **pg. 6**
Seguro de Vida ..... **pg. 7**
Programa de Asistencia al Empleado ..... **pg. 7**
Cómo Encontrar un Proveedor ..... **pg. 8**
Avisos Importantes ..... **pg. 9**

La información contenida en él es un resumen del plan de opciones. Todas las contribuciones a las primas de beneficios para empleados descritas en esta guía se deducen después de impuestos. Para obtener más detalles, consulte las normas vigentes en los documentos del plan.

Información de Contacto

Números de Servicio al Miembro

Blue Shield (grupo: #W3002601)
- Médico – Trio HMO ..... (855) 829-3566
- Médico – Todos los demás planes ..... (888) 256-1915
- Dental ..... (888) 702-4171
- Visión ..... (877) 601-9083

MetLife
- Vida/AD&D Básico ..... (800) 438-6388
- Programa de Asistencia al Empleado (EAP) ..... (888) 319-7819

Sitios Web / Correos Electrónicos Útiles

Blue Shield
- Sitio Web www.bscaplan.com/as3bxz

MetLife
- Sitio Web ..... www.metlife.com
- Sitio Web de EAP ..... one.telushealth.com
  (nombre de usuario: metlifeeap contraseña: eap)

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o van a ser elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, la ley federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte página 10 para obtener más información.

Equipo de Apoyo de Beneficios

Los empleados de Jones Companies pueden llamar a un número conveniente y gratuito para comunicarse con administradores de beneficios experimentados y profesionales de seguros con licencia para obtener información sobre beneficios, elegibilidad, asistencia en reclamos y cómo inscribirse en el sistema de inscripción en línea.

Los empleados de Jones Companies tienen acceso al Equipo de Apoyo de Beneficios de 7:30 am a 5: 00 pm Hora del Pacífico, de lunes a viernes (excepto días festivos). Representantes que hablan español están disponibles.

Gratuito: (855) 860-8679
Correo Electrónico: jonescompaniesbenefits@sullicurt.com

Inscripción Abierta

La Inscripción Abierta se lleva a cabo una vez al año. Durante este tiempo, puede agregar o retirar dependientes de su cobertura, inscribirse por primera vez, cambiar su nivel de cobertura o cambiar sus elecciones de beneficios sin que tenga un evento calificado. Todas las inscripciones y elecciones que se hacen durante este tiempo entrarán en vigencia el 1 de noviembre de 2026 y seguirán vigentes durante todo el año del plan hasta el 31 de octubre de 2027. Los empleados pueden llamar al Equipo de Apoyo de Beneficios para solicitar ayuda o asistencia y comunicarse con nuestro departamento de recursos humanos si tienen alguna pregunta.

Que Destaca para 2026-27

Una descripción general de las ofertas de los planes de beneficios disponibles para usted es la siguiente:

- **¡Nuevo!** Médico a traves de Blue Shield
- **¡Nuevo!** Dental a traves de Blue Shield
- **¡Nuevo!** Visión a traves de Blue Shield
- Vida y AD&D Básico a traves de MetLife
- Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Elegibilidad

Empleados Nuevos: Los empleados de tiempo completo recién contratados son elegibles para participar en el plan después del período de espera para nuevos empleados.

Dependientes: Usted puede cubrir a su cónyuge o compañero doméstico y a los hijos hasta 26 años independientemente de la condición de estudiante.

Contribuciones de Nómina

Las primas de todos los beneficios seleccionados se deducen de su cheque de pago después de impuestos. Esto significa que sus contribuciones para las primas de seguro se descontarán de su cheque de pago una vez que se hayan calculado y retenido los impuestos. Como resultado, estas primas no reducen su ingreso imponible. Si tiene alguna pregunta sobre cómo esto afecta su cheque de pago o sus impuestos, comuníquese con Recursos Humanos.

Cambio de Beneficios a Mediados de Año

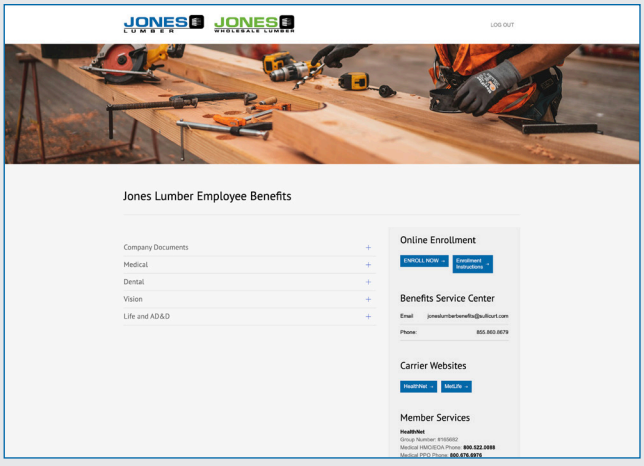
Debido a que sus primas de beneficios se deducen después de impuestos, puede ser elegible para realizar cambios en su cobertura durante el año.

Los cambios a mitad de año están permitidos de acuerdo con las reglas del plan y pueden requerir la aprobación de la aseguradora. **Póngase en contacto con Recursos Humanos para obtener más detalles.**

Página Web de Beneficios

Visita nuestro página web de beneficios, un destino en línea donde puede encontrar información sobre beneficios, formularios de la compañía aseguradora, recursos educativos e información sobre inscripción. A través de este sitio usted tendrá acceso fácil a la información necesaria para tomar decisiones informadas al escoger sus planes de beneficios.

www.jonescompanies.benefitsmap.com
nombre de usario: **jones**
contraseña: **benefits**



Médico

Jones Companies ofrece cuatro opciones de planes de seguro médico: tres planes HMO y un plan PPO. Cada uno de nuestros planes de seguro médico ofrecen diferentes niveles de deducibles, copagos y desembolsos máximos.

HMO's Médicos de Blue Shield

Si elige cobertura en los planes HMO Alto o Bajo, usted debe escoger un Médico de Atención Primaria (PCP) como su médico primario, que sea parte de la red de Blue Shield. Cada uno de los familiares cubiertos en su plan pueden escoger su propio PCP y lo pueden cambiar en cualquier momento. Toda la atención médica debe ser suministrada por el médico primario. Para buscar en línea una lista de proveedores, ingrese a la página web **www.blueshieldca.com**.

PPO de Blue Shield

Cuando se inscribe en el plan PPO de Blue Shield, ¡tiene la libertad de elección! Puede acceder a la atención Médica de proveedores dentro y fuera de la red. Este plan no tiene el requisito de seleccionar un médico de atención primaria ni necesita remisiones autorizadas para consultar un especialista. Para recibir un mayor nivel de cobertura en el plan, solo tiene que recibir atención de un proveedor dentro de la red.

Nota Importante

Al elegir a su Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) en un plan HMO, asegúrese de confirmar que esté dentro de la red que eligió. Para averiguar si su médico está en la red, o para encontrar un nuevo médico en la red, vaya a www.blueshieldca.com y use la herramienta "Find a Doctor" (consulte la página 5 para obtener instrucciones detalladas). Tiene la opción de dos redes limitadas (Trio/Local Access+) o una red completa (Access+). El plan PPO no requiere una selección de PCP.



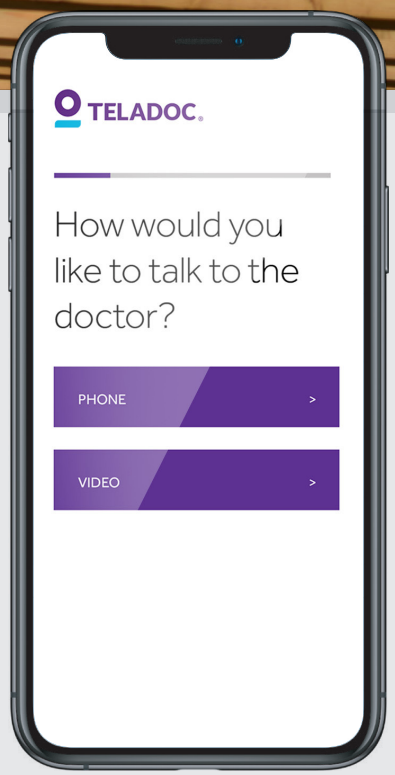
Teladoc

Teladoc le brinda acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a médicos certificados por la junta de EE. UU. a través de la comodidad de la web, el teléfono o la aplicación. Obtenga la atención que necesita en minutos desde la comodidad de su hogar, en el trabajo o mientras viaja. Es una alternativa asequible a la costosa atención de urgencia y las visitas a la sala de emergencias cuando necesita atención ahora.

¿Cuándo debo usar Teladoc?

- Cuando necesite atención ahora
- Si está considerando ir a la sala de emergencias o a la atención de urgencia por un problema que no es de emergencia
- Para resurtidos de medicamentos recetados a corto plazo

Acceda a un médico en cualquier momento y en cualquier lugar yendo a teladoc.com para registrarse en línea o llamando al **(800) 835-2362** También puede descargar la aplicación de forma gratuita en App Store y Google Play.



Opciones de Planes Médicos HMO

Blue Shield	Trio HMO	Local Access+ HMO	Access+ HMO
Red	**Trio ACO**	**Local Access+**	**Access+**
Deducible del año calendario	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Desembolso máximo del año calendario	$3,500 individual $7,000 familia	$3,500 individual $7,000 familia	$3,500 individual $7,000 familia
Visita al consultorio médico	$30 copago	$30 copago	$30 copago
Visita al consultorio del especialista	$30 copago	Access+: $45 copago Otros: $30 copago	Access+: $45 copago Otros: $30 copago
Cuidado preventivo	Sin copago	Sin copago	Sin copago
Laboratorio/Radiografías	Sin copago	Sin copago	Sin copago
Imágenes avanzadas	Sin copago	Sin copago	Sin copago
Hospitalización	30%	30%	30%
Cirugía Ambulatoria	15%	15%	15%
Sala de emergencia (se exonera si es admitido)	$150 copago por visita (se exonera si es admitido)	$150 copago por visita (se exonera si es admitido)	$150 copago por visita (se exonera si es admitido)
Servicios de Quiropráctica y Acupuntura Quiropráctica Acupuntura	*Hasta 30 visitas combinadas* $10 por visita $10 por visita	*Hasta 30 visitas combinadas* $10 por visita $10 por visita	*Hasta 30 visitas combinadas* $10 por visita $10 por visita
Deducible de Recetas	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Medicamentos Recetados Nivel 1: Genérico Nivel 2: Marca Nivel 3: No-Formulario Especialidad	*Suministro de 30 días* $15 $30 $50 20% hasta $250	*Suministro de 30 días* $15 $30 $50 20% hasta $250	*Suministro de 30 días* $15 $30 $50 20% hasta $250
Costo por Semana (52) Empleado Empleado + 1 Empleado + Cónyuge/Pareja + 1 o más hijos	 $0.00 $41.32 $56.70	 $20.60 $85.60 $117.45	 $36.87 $120.59 $165.46

Por favor, consulte el (los) Resumen(es) de Beneficios y Cobertura (“SBCs”) de la compañía de seguro para obtener mas información detallada de beneficios. Los documentos del plan regirán.

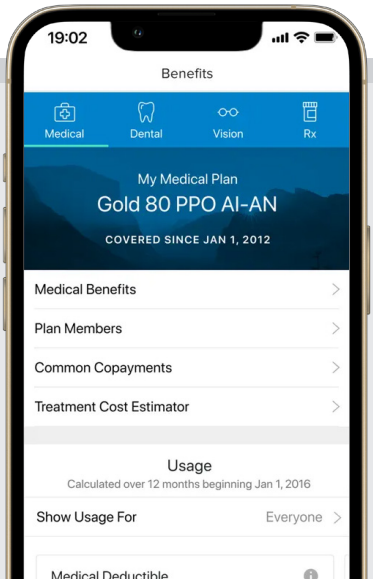
Opción de Plan Médico PPO

Blue Shield	Full PPO Combined Deductible	
Red	**En la Red**	**Fuera de la Red**
Deducible del año calendario	$250 individual $750 familia	
Desembolso máximo del año calendario	$3,750 individual $7,500 familia	$10,250 individual $20,500 familia
Visita al consultorio médico / especialista	$20 / $25 copago, no se aplica el deducible	40% después del deducible
Cuidado preventivo	Sin copago, no se aplica el deducible	40% después del deducible
Laboratorio/Radiografías	$20 copago, no se aplica el deducible	40% después del deducible
Imágenes avanzadas	20% después del deducible	40% después del deducible
Hospitalización	20% después del deducible	40% después del deducible; Máximo de $600 por día
Cirugía Ambulatoria *(en un centro de cirugía ambulatoria)*	10% después del deducible	40% después del deducible; Máximo de $350 por día
Sala de emergencia *(se exonera si es admitido)*	$150 copago + 20% después del deducible (copago se exonera si es admitido)	
Servicios de Quiropráctica y Acupuntura Quiropráctica (Hasta 20 visitas) Acupuntura (Hasta 20 visitas)	 $20 por visita $20 por visita	 40% después del deducible 40% después del deducible
Deducible de Recetas	Ninguno	
Medicamentos Recetados Nivel 1: Genérico Nivel 2: Marca Nivel 3: No-Formulario Especialidad	*Suministro de 30 días* $10 $30 $50 30% hasta $250	*Suministro de 30 días* 25% + $10 25% + $30 25% + $50 30% hasta $250 + 25% del precio de compra
Costo por Semana (52) Empleado Empleado + 1 Empleado + Cónyuge/Pareja + 1 o más hijos	 $98.89 $253.93 $348.42	

Por favor, consulte el (los) Resumen(es) de Beneficios y Cobertura ("SBCs") de la compañía de seguro para obtener mas información detallada de beneficios. Los documentos del plan regirán.

Aplicación Móvil Blue Shield

Blue Shield Mobile es una manera fácil de conectarse a su cuenta en línea de Blue Shield.com en muy poco tiempo. Disponible de forma gratuita en Apple, Android y otros dispositivos habilitados para la web, Blue Shield Mobile le brinda acceso rápido a los detalles de su plan de salud, tarjeta de identificación, copagos y deducibles, información de proveedores y más. Vaya a App Store o Google Play y busque "Blue Shield Mobile", luego descárguela para iniciar la aplicación



Dental

Organización de Mantenimiento de Salud Dental (DHMO)

El plan DHMO ofrece beneficios ilimitados, pero requiere un copago por cada procedimiento cubierto. En la tabla de abajo se presentan algunos ejemplos de copagos. Si elige la cobertura en este plan, debe seleccionar un dentista contratado de la lista de Proveedores del DHMO. Toda la atención debe ser proporcionada por el dentista de atención primaria en la red DHMO. **El Programa de Beneficios de DHMO se puede encontrar en el sitio web de beneficios de Jones Companies en** jonescompanies.benefitsmap.com (Nombre de usuario: jones, Contraseña: benefits).

Organización de Proveedores Dentales Preferidos (DPPO)

El PPO dental le permite elegir un proveedor dentro o fuera de la red. Cuando visite a un dentista fuera de la red, recuerde que usted es responsable de los montos que excedan los cargos por encima de las cantidades permitidas. Los dentistas fuera de la red no están contratados con la compañía aseguradora; por lo tanto, se espera que los afiliados paguen más por utilizar un dentista fuera de la red.

Blue Shield	DHMO	Low PPO		High PPO	
	En la Red	En la Red	Fuera de la Red	En la Red	Fuera de la Red
Deducible Anual					
Miembro	Ninguno	$50	$75	$50	$75
Familia	Ninguno	$150	$225	$150	$225
Beneficio Máximo Anual	Ninguno	$1,500 por miembro	$1,500 por miembro	$2,250 por miembro	$2,250 por miembro
Servicios Preventivos y de Diagnóstico	Sin cobro	Sin copago, no se aplica el deducible	Sin copago, no se aplica el deducible	Sin copago, no se aplica el deducible	Sin copago, no se aplica el deducible
Servicios Básicos	Los copagos varían, consulte el programa de copagos	20% después del deducible	20% después del deducible	10% después del deducible	20% después del deducible
Servicios Mayores	Los copagos varían, consulte el programa de copagos	50% después del deducible	50% después del deducible	40% después del deducible	50% después del deducible
Ortodoncia					
Niño	$1,775 copago	50%	50%	50%	50%
Adulto	$1,975 copago	50%	50%	50%	50%
Beneficio máximo de por vida por miembro	N/A	$1,500	$1,500	$1,500	$1,500
Costo per Semana (52)					
Empleado	$0.00	$6.94		$12.73	
Empleado + Cónyuge/Pareja	$1.38	$15.54		$24.44	
Empleado + Hijo(s)	$1.46	$18.16		$30.15	
Empleado + Cónyuge/Pareja + 1 o más hijos	$1.79	$29.11		$43.96	

Por favor, consulte el (los) Resumen(es) de Beneficios y Cobertura (“SBCs”) de la compañía de seguro para obtener mas información detallada de beneficios. Los documentos del plan regirán.

Visión

Los exámenes de la vista no solo determinan la necesidad de un uso correctivo de los ojos, sino que también pueden ayudar a detectar otros problemas de salud generales, como el glaucoma, las cataratas y la diabetes. Además, los exámenes oculares para niños pueden ayudar a detectar problemas que pueden afectar el aprendizaje y el desarrollo. Obtendrá el mejor valor de su plan de cuidado de la vista cuando visite un Proveedor de la red **Blue Shield**. Si decide ver un servicio de provedor fuera de la red, los copagos del plan aún se aplicarán. La elección es suya: De qualquier manera, los beneficios de la visión de Blue Shield son una gran parte de su paquete general de beneficios.

Blue Shield	Vision Plan	
Límites de Frecuencia Exámenes de Ojos Marcos Lentes	Cada 12 meses Cada 24 meses Cada 12 meses	
	En la Red	**Reembolso Fuera de la Red**
Examen	$10 copago	Hasta $60
Marcos	$25 copago + $130 de subsidio	Hasta $85
Visión Sencilla	$25 copago	Hasta $43
Lentes Bifocales	$25 copago	Hasta $60
Lentes Trifocales	$25 copago	Hasta $75
Lentes de Contacto Electivos	$25 copago + $130 de subsidio	Hasta $85
Costo por Semana (52) Empleado Empleado + Cónyuge/Pareja Empleado + Hijo(s) Empleado + Cónyuge/Pareja + 1 o más hijos	 $0.00 $0.57 $0.63 $1.02	

Por favor, consulte el (los) Resumen(es) de Beneficios y Cobertura (“SBCs”) de la compañía de seguro para obtener mas información detallada de beneficios. Los documentos del plan regirán.





Seguro de Vida y AD&D Básico

Proporcionamos a los empleados de tiempo completo un seguro de vida a término grupal y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D). **Recuerde actualizar a su beneficiario**. Si tiene alguna pregunta, consulte con Recursos Humanos o comuníquese con el Centro de Servicios de Beneficios.

MetLife	
Beneficio de Vida/AD&D	$15,000 monto fijo
Fórmula de Reducción de Beneficios	A los 65 años el beneficio se reduce al 65%; A los 70 años el beneficio se reduce al 50%

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Como empleado de Jones Lumber Company, puede acceder a su Programa de Asistencia al Empleado en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, y hablar con un asesor profesional con experiencia para obtener ayuda con:

- Equilibrar la vida laboral y personal
- Estrés y ansiedad
- Pérdida de un ser querido
- Asuntos legales
- Problemas familiares, matrimoniales y de pareja
- Y mucho más

Llame al (888) 319-7819 o visite one.telushealth.com *(nombre de usuario: metlifeeap contraseña: eap)* para comenzar.



Cómo Encontrar un Proveedor

Encuentre un Proveedor Médico

Trio HMO: www.blueshieldca.com/networktriohmo
Local Access+ HMO: www.blueshieldca.com/networklocalaccess
Access+ HMO: www.blueshieldca.com/networkhmo
Full PPO: www.blueshieldca.com/pponetwork

1. Ingrese su dirección
2. Ingrese el nombre del médico, especialidad o condición
3. Filtre sus resultados

Encuentre un Proveedor Dental

HMO Dental: www.blueshieldca.com/dentalhmo
PPO Dental: www.blueshieldca.com/dentalppo

1. Ingrese su dirección
2. Busque por especialidad o nombre
3. Filtre sus resultados

Encuentre un Proveedor de la Visión

Visión: www.blueshieldca.com/fad/index.html?deeplinkID=VisionEYE2

1. Ingrese su dirección
2. Busque por especialidad o nombre
3. Filtre sus resultados

Avisos Anuales y Divulgaciones

El Decreto de 1998 Sobre los Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres— Aviso Importante

En octubre de 1998, el Congreso promulgó un Decreto sobre los Derechos de Salud y de Cáncer de Mujeres. Este aviso explica algunas medidas importantes del Decreto. Por favor , revise esta información cuidadosamente.

Tal como se especifica en el Decreto de Derechos de Salud y de Cáncer de Mujeres, un participante o beneficiario del plan que elige la reconstrucción del seno en relación con una mastectomía también tiene derecho a los siguientes beneficios:

- La reconstrucción del seno en el que ha sido la mastectomía;
- La cirugía y reconstrucción del otro seno para obtener una apariencia simétrica ; y
- Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las fases de la mastectomía , incluyendo linfedemas.

Los planes de salud deben determinar la forma de cobertura en consulta con el médico de cabecera y el paciente. La cobertura y los servicios relacionados a la reconstrucción del seno, pueden estar sujetos a deducibles y coseguros que son consistentes con los que se aplican a otros beneficios bajo el plan.

"HIPAA" Aviso de Privacidad—Importante Aviso acerca de Su Información de Salud

El Aviso de Prácticas de Privacidad "HIPAA" se aplica a la Información de Salud Protegida asociada con el Plan de Salud de Grupo que se provee a nuestros empleados, dependientes del empleado, y según corresponda, los empleados jubilados. El Aviso describe que Jones Companies puede utilizar y divulgar Información de Salud Protegida para llevar a cabo las operaciones de pago y atención médica y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por ley.

Estamos obligados por las normas de privacidad emitidas bajo el Decreto de Portabilidad y Contabilidad de 1996 ("HIPAA") , para mantener la privacidad de la Información Protegida de Salud y proporcionar a las personas cubiertas bajo nuestro plan de salud de grupo con aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad acerca de la Información de Salud Protegida. Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso, siempre y cuando se mantenga en vigor. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este Aviso según sea necesario y para hacer el nuevo Aviso efectivo para toda la Información de Salud Protegida mantenida por nosotros. Si hacemos cambios materiales en nuestras prácticas de privacidad, enviaremos por correo copias de los avisos de cambio a todos los asegurados luego cubiertos por el Plan de Salud de Grupo. Las copias de nuestro Aviso vigente se pueden obtener poniéndose en contacto con :

Silvia Mercado
Email: silviam@joneslumber.com

Decreto de Protección de Salud de Madres y Recién Nacidos

Bajo la Ley Federal , los planes de salud de grupo y emisores de seguro de salud que ofrecen cobertura de seguros de salud de grupo por lo general no pueden limitar beneficios por el tiempo de estadía en hospitales en relación con el parto para la madre o el niño recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, el plan o el emisor puede pagar por una estadía más corta si el proveedor de asistencia (por ejemplo: su médico, partera, o asistente de médico), después de consultar con la madre, dar dé alta antes a la madre o al recién nacido.

También, bajo la ley Federal, los planes y emisores no podrán establecer el nivel de beneficios o costos fuera de su bolsillo para que cualquier porción de la estadía después de las 48 horas (o 96 horas) se trata de una manera menos favorable para la madre o recién nacido que cualquier porción anterior de la estadía.

Además, un plan o emisor no podrá, bajo la ley federal, exigir que un médico u otro proveedor de cuidado de salud obtenga autorización para prescribir una estadía de hasta 48 horas (o 96 horas). Sin embargo, para utilizar ciertos proveedores o instalaciones, o para reducir sus costos fuera de su bolsillo, usted puede ser requerido para obtener precertificación. Para obtener información acerca de precertificación, póngase en contacto con el administrador del plan.

Divulgacion de la Proteccion del Paciente

El plan de salud HMO de Blue Shield generalmente requiere/permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene el derecho de designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que está disponible de aceptarlo como paciente a usted y a los miembros de su familia. Hasta que haga esta designación, Blue Shield asignará uno para usted. Para información de cómo seleccionar un proveedor de atención primaria, y para una lista de los proveedor de atención primaria participantes, póngase en contacto con Blue Shield HMO al (888) 256-1915.

Para niños, usted puede asignar un pediatra como el proveedor de atención primaria.

Usted no necesita autorización previa de Blue Shield o de ninguna otra persona (incluyendo un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud en nuestra red que se especializa en obstetricia o ginecologia. Sin embargo, puede ser necesario que el profesional de salud cumpla con ciertos procedimientos, incluyendo el obtener una autorización previa para ciertos servicios, siguiendo un plan de tratamiento previamente aprobado, o procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia y ginecología, póngase en contacto con Blue Shield HMO al (888) 256-1915.

"HIPAA" Derechos de Inscripción Especial

Si usted está rechazando para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud de grupo, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir hacia la cobertura de usted o sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después de que termina su otra cobertura o la otra cobertura de sus dependientes (o después de que el empleador deja de contribuir a la otra cobertura). Nota: si el cambio se debe a elegibilidad de "Medicaid/CHIP", hay un período de 60 días para elegibilidad de cambios de "Medicaid/CHIP" solamente.

Sus Drechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa

Cuando usted recibe cuidados de emergencia o le atiende un proveedor medico que no pertenece a la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, usted está protegido contra facturas o facturaciones del saldo sorpresa.

¿Qué es «facturación del saldo» (en ocasiones llamada «facturación sorpresa»)?

Cuando le atiende un médico u otro proveedor médico, es posible que deba pagar ciertos costos mediante desembolso directo, como copagos, coaseguros o deducibles. Es posible que tenga otros gastos o tenga que pagar toda la factura si le atiende un proveedor o visita un centro médico que no pertenezca a su red de plan de salud.

El término «fuera de la red» se refiere a proveedores y centros médicos que no tienen contrato con su plan de salud. Los proveedores médicos fuera de la red pueden tener autorización para facturarle por la diferencia entre lo que su plan de salud acepta pagar y la cantidad total facturada por el servicio. A esto se le llama «facturación del saldo». Es muy probable que este importe sea superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no considerarse para su límite anual de desembolso directo.

«La facturación sorpresa» es una factura inesperada del saldo. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién participa en sus cuidados médicos; por ejemplo, cuando va a emergencias o programa una cita en un centro médico de la red, pero inesperadamente le atiende un proveedor médico que no pertenece a la red.

Usted está protegido contra la facturación del saldo para:

Servicios de emergencia - Si usted tuviera una emergencia médica y recibe los servicios de emergencia de un proveedor centro médico que no pertenece a la red, el importe máximo que puede facturarle ese proveedor o centro médico es el importe de costos compartidos de su plan de salud (como los copagos y coaseguros). A usted no le pueden facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que usted pueda obtener después de que se encuentre en condición estable, excepto si usted da su consentimiento por escrito y renuncia a sus protecciones para que no le facturen el saldo por estos servicios post estabilización.

Algunos servicios en hospitales y centros de cirugía ambulatoria de la red - Cuando usted recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, es posible que haya proveedores médicos que no pertenezcan a la red. En estos casos, lo más que estos proveedores pueden facturarle es la cantidad de costos compartidos dentro de la red de su plan de salud. Esto aplica a la medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorios, neonatología, auxiliares de Cuando usted recibe cuidados de emergencia o le atiende un proveedor medico que no pertenece a la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, usted está protegido contra facturas o facturaciones del saldo sorpresa.

cirugía, medicina hospitalaria y servicios de terapia intensiva. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo.

Si usted recibiera otros servicios en estos centros de la red, los proveedores que no pertenezcan a la red no pueden facturarle el saldo, excepto si usted da su consentimiento por escrito y renuncia a sus protecciones.

Usted nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención médica fuera de la red. Usted puede elegir un proveedor o centro médico de la red de su plan de salud.

Cuando no se permite la facturación del saldo, usted también cuenta con las siguientes protecciones:

- Usted es responsable solamente de pagar su parte de los costos (por ejemplo, los copagos, coaseguros y deducibles que pagaría a un proveedor o centro médico de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros médicos fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud tiene que:
  - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle obtener aprobación a priori para los servicios (autorización previa).
  - Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores médicos fuera de la red.
  - Calcular lo que usted debe al proveedor o centro médico (costo compartido) en base a lo que usted pagaría a un proveedor o centro médico de la red y reflejar ese importe en la explicación de sus beneficios.
  - Incluya cualquier importe que usted pague por los servicios de emergencia o por servicios fuera de la red a favor de su límite de deducible o pago por cuenta propia.

Si usted cree que le han facturado en forma incorrecta, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios Humanos y de Salud federal llamando al 1-800-985-2. Vaya en línea a www.cms.gov/nosurprises para obtener más información sobre sus derechos al amparo de la legislación federal.

Aviso de Medicare de Cobertura Acreditable

Aviso Importante De Jones Companies Sobre Su Cobertura Para Recetas Médicas y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con Jones Companies y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Esta información le puede ayudar a decidir si desea o no unirse al Plan de Medicamentos de Medicare. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura Medicare de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. Jones Companies ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Plan Médico de Blue Shield, en promedio, se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos.

¿Cuándo Puede Inscribirse En Un Plan De Medicare De Medicamentos?

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial ("SEP") para subscribirse en un Plan Medicare de medicamentos.

¿Qué Sucede Con Su Cobertura Actual Si Usted Decide Inscribirse En Un Plan de Medicare De Medicamentos?

- Si usted decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos, su cobertura actual con Jones Companies puede ser afectada.
- Si usted decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos y cancela su cobertura actual a través de Jones Companies, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan obtener su cobertura de nuevo.

¿Cuándo Usted Pagará Una Prima Más Alta (Penalidad) Para Inscribirse En Un Plan de Medicare De Medicamentos?

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con Jones Companies y no se inscribe en un plan de Medicare de medicamentos dentro de 63 días continuos después de que su cobertura actual termine, usted podría pagar primas más altas (penalidad) por inscribirse más tarde en un plan de Medicare de medicamentos.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas, su prima mensual podría aumentar hasta por lo menos el 1% de la prima base de beneficiario de Medicare por mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta que la prima base de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para Más Información Sobre Este Aviso O Su Cobertura Actual Para Recetas Médicas…

Contacte a la persona que se indica abajo para más información.

NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período que usted pueda inscribirse un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Jones Companies cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para Más Información Sobre Sus Opciones Bajo Cobertura Medicare Para Recetas Médicas…

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta se encuentran en el manual "Medicare & You". Usted recibirá una copia del manual de Medicare por correo cada año. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, visite www.medicare.gov.

Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte su manual "Medicare & You" para obtener los números telefónicos) para obtener ayuda personalizada

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios "TTY" deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional para pagar la cobertura de Medicare para recetas médicas. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la "web" en www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 ("TTY" 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si usted decide unirse a uno de los planes de medicamentos Medicare, usted puede ser requerido a proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si está o no obligado a pagar una prima más alta (una penalidad).

Silvia Mercado
Email: silviam@joneslumber.com

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al 1-877-KIDS NOW o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2026. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid

Sitio web: http://myalhipp.com
Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA – Medicaid

El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico
Sitio web: http://myakhipp.com
Teléfono: 1-866-251-4861
Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad de Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx

ARKANSAS – Medicaid

Sitio web: http://myarhipp.com/
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program
http://dhcs.ca.gov/hipp
Teléfono: 916-445-8322
Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)

Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es
Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711
CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus
Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ retransmisor del estado: 711
Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program
Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA – Medicaid

Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery. com/hipp/index.html
Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid

Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp
Teléfono: 678-564-1162 ext. 2131

INDIANA - Medicaid

Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64
Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/
Teléfono: 1-877-438-4479
Todos los demás Medicaid
Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/
Telefono: 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 HIPAA: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/
Teléfono: 1-800-792-4884

KENTUCKY – Medicaid

Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx
Teléfono: 1-855-459-6328
Por correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

Sitio web por inscripción: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: Maine relay 711
Página Web por primos de seguro de salud privado:https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms
Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web: https://www.mass.gov/info-details/masshealth-premium-assistance-pa
Teléfono: 1-800-862-4840

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

MISSOURI – Medicaid

Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm
Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP
Teléfono: 1-800-694-3084

NEBRASKA – Medicaid

Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov
Teléfono: 1-855-632-7633
Lincoln: 402-473-7000
Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid

Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov
Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid

Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm
Teléfono: 603-271-5218
Teléfono gratuito para el programa de 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: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/
Teléfono: 1-844-854-4825

CAROLINA DEL SUR – Medicaid

Sitio web: https://www.scdhhs.gov
Teléfono: 1-888-549-0820

DAKOTA DEL SUR – Medicaid

Sitio web: https://dss.sd.gov
Teléfono: 1-888-828-0059

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
OREGON – Medicaid
Sitio web: https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462
RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIte Share Line)
TEXAS – Medicaid
Sitio web: http://pontehipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT– Medicaid
Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.cubrevirginia.org/hipp/ Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-855-242-8282
WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022
WEST VIRGINIA – Medicaid
Sitio web: http://mywvhipp.com/ Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2026, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
866 444 EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
877 267 2323, opción de menú 4, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de mayo de 2029)

Este resumen presenta una visión general de sus opciones del plan de beneficios. Se presenta solo para fines informativos y no tiene como finalidad que se le considere como un acuerdo de continuidad del empleo, ni tampoco es un documento legal del plan. Si se presenta una discrepancia entre este resumen y los documentos del plan, regirán los documentos del plan. Además, los planes que se describen en este resumen están sujetos a cambios sin previo aviso. La continuación de cualquier plan de beneficios o cobertura se hace a discreción de la compañía y de conformidad con las leyes federales y estatales. Si necesita información adicional o tiene preguntas por favor contacte a Recursos Humanos de Jones Companies.