

Meissner Mfg. Co., Inc.

MÉDICAL | DENTAL | VISIÓN | VIDA | DISCAPACIDAD Y MÁS



2025 Guía De Beneficios

December 1, 2024 - December 31, 2025

TABLA DE CONTENIDO

(2)	SU COBERTURA
(3)	PLANES MÉDICOS
(5)	ATENCIÓN PREVENTIVA
(8)	TABLA DE TARIFAS MÉDICAS
(9)	USO DE SUS BENEFICIOS
(10)	PLANES DENTALES
(12)	PLAN DE VISIÓN
(13)	SERVICIOS DE VALOR AÑADIDO
(14)	SEGURO DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL & DESMEMBRAMIENTO (AD&D)
(14)	DISCAPACIDAD
(14)	CUIDADOS A LARGO PLAZO
(15)	WORKSITE VOLUNTARIOS DE AFLAC
(16)	ROBO DE IDENTIDAD
(16)	BENEFICIOS PARA MASCOTAS
(17)	CONTACTOS DE BENEFICIOS
(18)	AVISOS LEGALES

BIENVENIDO

Meissner Mfg. Co., Inc. se complace en ofrecer un paquete integral de beneficios para respaldar su salud, riqueza y bienestar óptimos. Reconocemos que los empleados permiten el éxito de nuestra empresa, por lo que nuestros planes están dedicados a sus necesidades tanto dentro como fuera del trabajo. Además, asegúrese de visitar el micrositio de beneficios de Meissner Mfg. Co., <https://meissnermfgbenefits.libertyeb.com/> antes de inscribirse y vuelva a consultar durante todo el año para obtener información general sobre los beneficios, documentos importantes sobre los beneficios y actualizaciones de nuestro programa de beneficios. Tanto si es nuevo en Meissner Mfg. Co. (¡Bienvenido!) como si es un empleado existente (¡Gracias por su servicio!), en esta guía y en el micrositio de beneficios, descubrirá que ofrecemos un completo programa de beneficios a nuestros empleados.

Nuestros empleados son una parte valiosa de nuestro equipo

Meissner Mfg. Co., Inc. se esfuerza por proporcionar beneficios que:

- Satisfacer las necesidades de nuestros empleados y familiares elegibles
- Son fáciles de entender y usar
- Incentivar las opciones saludables y la participación en el bienestar
- Ofrecen un gran valor
- Compartir el costo de los beneficios con nuestros empleados

Esta Guía describe las características clave de cada plan y puede ayudarlo a usted y a su familia a tomar las mejores decisiones para 2024-2025. Asegúrese de consultar también las herramientas y recursos en línea que están disponibles para usted; revisar la página 11.

Manténgase saludable

+ Planes de Médico, Planes de Dental, Cuidado de la vista

Feeling Secure

+ Seguro de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) por Discapacidad

+ Seguros de invalidez + Plan de Cuidado a Largo Plazo + Planes Voluntarios Aflac

+ Robo de identidad + Seguro para mascotas

Equilibrio entre trabajo y la vida personal

+ Asesor de recursos (EAP) + Vacaciones pagadas y días festivos



Unicel

SU COBERTURA

QUIÉN ES ELEGIBLE PARA INSCRIBIRSE

Todos los asociados de tiempo completo que trabajan regularmente más de 29 horas por semana son elegibles para inscribirse en los planes que ofrece Meissner Mfg. Co. Si se inscribe la cobertura comienza el 1ro del mes siguiente a los 60 días de empleo. Tendrá la oportunidad de volver a inscribirse en el programa de beneficios cada año durante el período de Inscripción Abierta Anual, a menos que tenga un Evento Calificadorio. Puede cambiar de médico y de otros proveedores durante todo el año.

SUS DEPENDIENTES ELEGIBLES

Los siguientes dependientes son elegibles para la cobertura en los planes bajo Meissner Mfg. Co., Inc.:

- Su cónyuge legal o pareja de hecho
- Sus hijos dependientes casados o solteros, independientemente de su estado de estudiante:
- Hasta el último día del mes de cuando cumplen los 26 años de edad (incluye hijastros, niños adoptados legalmente, niños colocados con usted para adopción y niños de crianza)
- Un hijo dependiente debido a una discapacidad mental o física como se indica en su declaración de impuestos federales y esté aprobado por su plan médico para continuar la cobertura después de los 26 años.

NIVELES DE COBERTURA

Tiene la opción de seleccionar el nivel de cobertura que mejor se adapte a sus necesidades de las siguientes categorías: Solo empleado, Empleado + cónyuge, Empleado + hijo (s) y Empleado + familia.

Debido a las regulaciones del IRS, una vez que tome sus decisiones para 2024-25, no puede cambiar sus selecciones hasta el próximo período de inscripción anual a menos que tenga un evento de vida calificado.

CAMBIAR SUS ELECCIONES DE BENEFICIOS

Cuando se inscribe en la cobertura de salud, sus contribuciones se toman antes de impuestos y se deducen de su salario. Usted ahorra dinero porque paga impuestos sobre la renta en una porción más pequeña de su salario. El IRS impone ciertos requisitos cuando usted recibe estas ventajas antes de impuestos. Específicamente, sus oportunidades para cambiar sus elecciones durante el año están restringidas.

Hay tres ocasiones en las que tiene la oportunidad

de inscribirse o hacer cambios a sus beneficios:

- Como nuevo empleado
- Durante un período de inscripción anual cada año, generalmente en el otoño
- Dentro de los 30 días posteriores a un evento de vida calificado

CUANDO TERMINA LA COBERTURA

La cobertura médica, dental y de la vista termina el último día del mes cuando termina su empleo. Dependiendo de las circunstancias de su terminación, es posible que pueda continuar con la cobertura bajo COBRA. La cobertura de vida, AD&D, discapacidad y cuidado a largo plazo termina el día en que termina su empleo, ya no cumple con los requisitos de elegibilidad o la fecha en que termina el plan.

LOS EVENTOS DE VIDA QUE CALIFICAN INCLUYEN:

- Cambio en su estado civil legal (matrimonio, divorcio o separación legal)
- Cambio en el número de sus dependientes (por ejemplo, por nacimiento o adopción, o si un niño ya no es un dependiente elegible)
- Cambio en su estado laboral (o el de su cónyuge) (lo que resulta en una pérdida o ganancia de cobertura)
- Su hijo obtiene o pierde el estado de elegibilidad
- Fallecimiento de un cónyuge o hijo dependiente
- Cambio en su estado de empleo de tiempo completo a tiempo parcial o a tiempo parcial a tiempo completo, lo que resulta en una pérdida o ganancia de cobertura
- Derecho a Medicare o MediCal
- Cambio en el lugar de empleo
- Cambio significativo en la cobertura

Si tiene un Evento de Vida Calificador, tiene 30 días a partir de la fecha del evento para proporcionar documentación requerida a Recursos Humanos. El cambio de elección debe ser consistente con el Evento de Vida Calificador. Si no se pone en contacto con el Departamento de Beneficios dentro de los 30 días, no se le permitirá cambiar sus elecciones de beneficios hasta el próximo período de inscripción anual.

MÉDICO COBERTURA

COMPRENDER SUS BENEFICIOS

Los planes de salud de Meissner Mfg. Co., Inc. se basan en la elección, ofreciéndole la oportunidad de tomar decisiones sobre lo que mejor satisface sus necesidades de salud para usted y las de su familia.

El costo de los beneficios es una asociación entre la Compañía y los empleados. Meissner Mfg. Co., Inc. asume la mayor parte del costo al pagar, en promedio, la prima mensual del empleado del plan Gold TRIO HMO menos \$65.00 por mes. Usted paga una parte del costo a través de sus contribuciones de nómina, copagos y coseguros.

Las opciones de planes médicos de Meissner Mfg. Co., Inc., administrados por Blue Shield, están diseñadas para ayudarlo a mantener su salud a través de servicios de atención preventiva, acceso a una extensa red de proveedores y medicamentos recetados asequibles. Puede elegir entre cinco opciones de planes flexibles:

- Blue Shield Gold Trio HMO 1000/35 OffEx (narrow network)
- Blue Shield Platinum Trio HMO 0/30 OffEx (narrow network)
- Blue Shield Gold Access+ HMO 500/35 OffEx (full network)
- Blue Shield Platinum Access+ HMO 0/30 OffEx (full network)
- Blue Shield Gold PPO 0/35 OffEx (full network)

CÓMO ENCONTRAR UN PROVEEDOR

Si ha elegido Blue Shield, se recomienda que se registre para obtener una cuenta. Al registrarse, Blue Shield podrá proporcionarle información detallada sobre sus planes y beneficios que se personaliza según su cobertura. Regístrate en www.blueshieldca.com. Si necesita localizar a un proveedor antes de seleccionar su plan o si necesita obtener un número de identificación del proveedor (PCP o IPA del grupo médico):

1. Cómo comenzar depende del tipo de plan:
 - Para Access+ HMO : Vaya a blueshieldca.com/networkhmo
 - Para Trio HMO: Vaya a blueshieldca.com/networktriohmo
 - Para PPO: Vaya a blueshieldca.com/pponetwork
2. Seleccione el tipo de proveedor que necesita (p. ej., pcp, médico, centro, salud mental).
3. Introduce tu ubicación preferida.

4. Seleccione si desea buscar por especialidad de proveedor o nombre de proveedor.
5. Se mostrarán los resultados relevantes.

BLUE SHIELD HMO PLAN

es una organización de mantenimiento de la salud (HMO) es un grupo de proveedores médicos que trabajan juntos para mantener el costo de los servicios médicos bajo. Cobertura dentro de la red: Blue Shield contrata con médicos y hospitales privados. El plan HMO mantiene una red de médicos, especialistas y hospitales preferidos que han acordado las tarifas contratadas y también completarán y presentarán sus reclamos de beneficios. Deberá especificar quién es su doctor primario (PCP) o grupo médico (IPA).

BLUE SHIELD PPO PLAN

Una organización de proveedores preferidos es conocido como un proveedor preferido que presta sus servicios a una tarifa de descuento negociada y por lo tanto se considera "dentro de la red". En un plan PPO, también puede ver un proveedor que se considera "fuera de la red". En la mayoría de los casos, cuando usted ve un proveedor fuera de la red, su atención seguirá siendo cubierta, aunque no a la tasa de descuento negociada dentro de la red.

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

El médico de atención primaria (PCP) es un médico que usted selecciona del directorio de proveedores para que sea la fuente única para todas sus necesidades médicas. Siempre que tenga una necesidad médica (incluidas emergencias, si puede), debe comunicarse con su PCP en una HMO. Este médico u consultorio determinará el curso de acción adecuado y se encargará de sus necesidades médicas dentro de sus instalaciones o lo derivará a otro médico o especialista. Si necesita ser hospitalizado, su PCP lo ayudará a facilitar su atención durante toda la hospitalización. En caso de una emergencia, comuníquese con su PCP, quien determinará el tratamiento adecuado, excepto en el caso de una emergencia grave, cuando esté incapacitado o haya ocurrido una situación que ponga en peligro su vida.

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS INDEPENDIENTES (IPA O GRUPO MÉDICO)

es un grupo u organización médica que actúa como un PCP en una HMO. Sin embargo, en lugar de un solo médico, tiene un grupo de médicos disponibles para manejar sus necesidades médicas. Los mismos criterios se aplican bajo un IPA que se aplica cuando usted elige un PCP.

MANTÉNGASE AL TANTO DE SUS BENEFICIOS PARA LA SALUD

PRIMA: La cantidad que debe ser pagada por un plan de seguro de salud para médicos inscritos, por su empleador, o compartida por ambos. Una parte de la prima de los empleados cubiertos generalmente se deduce de su cheque de pago.

DEDUCIBLE: Un monto fijo en dólares que el miembro tendrá que pagar cada año calendario antes de que el plan comience a reembolsar los gastos que no son de copago. Los planes generalmente requieren límites separados por persona y por familia

DENTRO DE LA RED: Médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores con quienes el plan de salud tiene un acuerdo para atender a sus miembros. Los planes de salud cubren una mayor parte del costo para los proveedores de salud dentro de la red que para los proveedores que están fuera de la red.

FORMULARIO: Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan de salud, a menudo estructurados en niveles que subsidian genéricos de bajo costo en un porcentaje más alto que los medicamentos de marca de mayor costo.

COPAGO: Dinero que el miembro gasta en medicamentos o servicios a través de un acuerdo de costos compartidos, generalmente un costo fijo dependiendo del servicio.

EOB (EXPLICACIÓN DE LOS BENEFICIOS): El estado de cuenta que se le envía por correo detallando cómo la compañía de seguros calculó el pago de su reclamo.

LÍMITE DE GASTOS DE BOLSILLO: Lo máximo que podría pagar durante un período de cobertura (año calendario) por su parte de los costos de los servicios cubiertos, incluidos los copagos y el coseguro. Una vez que alcanza el máximo de OOP, el Plan paga el 100% de los servicios cubiertos por el resto del año.

COBRA

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) le permite a usted y/o a los dependientes cubiertos extender la cobertura de salud, dental y/o de la vista más allá de la fecha en que normalmente terminaría la elegibilidad. Usted paga las primas completas más una tarifa administrativa del 2% por esta cobertura de continuación.

Nota especial: todo CA residentes legales deben tener una "cobertura esencial mínima" para ellos y sus dependientes. Si renuncia a la cobertura de Meissner Mfg. Co. y no tiene cobertura de salud, puede estar sujeto a una multa fiscal. Por favor, visite www.healthcare.gov para conocer los montos de las multas.



COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Medicamentos genéricos, preferidos/de marca del formulario y no preferidos/no incluidos en el formulario.

- Nivel 1 Medicamentos genéricos—tienen los mismos ingredientes químicos activos y efecto terapéutico que sus equivalentes de marca. Aunque pueden variar en color y forma, la Administración de Alimentos y Medicamentos requiere que cumplan con los mismos estándares de calidad. Estos medicamentos requieren el copago más bajo.
- Nivel 2 Medicamentos de marca preferidos/ no preferidos—Están definidos por cada plan. Este programa minimiza la prescripción de medicamentos recetados específicos de mayor costo y menor valor (medicamentos no preferidos) y redirige esas recetas a medicamentos más rentables (medicamentos preferidos). Por lo general, estos medicamentos requieren un copago más alto que su equivalente genérico.
- Nivel 3 Medicamentos de marca no preferidos/ no incluidos en el formulario: no están en la lista de medicamentos preferidos/del formulario. Algunos planes pueden cubrir medicamentos de marca no preferidos/no incluidos en el formulario. Si su plan cubre estos medicamentos, y usted y su médico están de acuerdo en que debe tener un medicamento de marca no preferido / no incluido en el formulario, su copago será más alto que el de los otros medicamentos.
- Nivel 4 Medicamentos especializados—Son drogas que a menudo se inyectan, infunden o inhalan. Estos medicamentos se usan para afecciones crónicas de salud. Este programa de medicamentos enviará medicamentos a su casa o al consultorio de su médico. Los defensores de atención al paciente trabajan con usted para proporcionar servicios adicionales para garantizar su seguridad y atención.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA

Los chequeos y exámenes regulares pueden ayudarlo a mantenerse saludable y detectar problemas temprano, cuando son más fáciles de tratar. Nuestros planes de salud ofrecen todos los servicios de atención preventiva y vacunas a continuación sin costo alguno para usted. Mientras use un médico, farmacia o laboratorio del plan, no tendrá que pagar nada. Si utiliza proveedores que no están en su plan, es posible que tenga costos de bolsillo. Si no está seguro de qué servicios tienen sentido para usted, hable con su médico. Para comprender los beneficios de atención preventiva, visite, www.blueshieldca.com/preventive-care/home.html

ATENCIÓN PREVENTIVA VERSUS ATENCIÓN DIAGNÓSTICA

La atención preventiva ayuda a protegerlo de enfermarse. Si su médico recomienda servicios a pesar de que no tiene síntomas, eso es atención preventiva. La atención de diagnóstico es cuando usted tiene síntomas y su médico recomienda servicios para averiguar qué está causando sus síntomas.

Atención preventiva para adultos: exámenes físicos preventivos, exámenes y pruebas:

- Presión arterial
- Prueba de densidad ósea para detectar osteoporosis
- Niveles de colesterol y lípidos (grasas)
- Cáncer colonrectal
- Detección de depresión

- Detección de diabetes tipo 2
- Detección y asesoramiento sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- Cáncer de próstata, incluido el tacto rectal y la prueba del antígeno prostático específico (PSA).

ATENCIÓN PREVENTIVA DE LA MUJER

- Visitas de bienestar para mujeres
- Cáncer de mama, incluyendo examen, mamografía y examen de genética
- Apoyo a la lactancia materna, suministros y asesoramiento
- Asesoramiento sobre anticonceptivos (control de la natalidad)
- Servicios médicos, incluida la esterilización, prestados por un médico
- Asesoramiento relacionado con la quimio prevención para las personas con alto riesgo de cáncer de mama
- Asesoramiento relacionado con las pruebas genéticas para las personas con antecedentes familiares de cáncer de ovario o de mama
- Prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH)
- Detección y asesoramiento para la violencia interpersonal y doméstica
- Exámenes de detección de embarazo, incluida la diabetes gestacional
- Examen pélvico y prueba de Papanicolaou, incluida la detección de cáncer cervical



RESUMEN DEL PLAN MÉDICO

Los planes Blue Shield HMO están diseñados para proporcionar cobertura médica a un costo más bajo y más asequible. Los planes HMO requiere que elija un médico de atención primaria (PCP) para coordinar su atención. Usted pagará un copago cuando reciba servicios de su PCP HMO o si recibe una autorización de su PCP para ver a un especialista dentro de su grupo médico. Para servicios de atención de urgencia, asegúrese de llamar a su grupo médico para encontrar el centro de atención de urgencia más cercano asociado con su grupo médico.

	Planes de HMO (Solo cobertura dentro de la red)		
	Platinum HMO 0/30 OffEx (RED COMPLETA y RED LIMITADA)	Gold Access+ HMO 500/35 OffEx (RED COMPLETA)	Gold TRIO HMO 1000/35 OffEx (RED LIMITADA)
DEDUCIBLE POR AÑO DEL PLAN (USTED PAGA)			
Deducible Individual / Familia	Ninguno	\$500 / \$1,000 (incrustado \$500)	\$1,000 / \$2,000 (incrustado \$1,000)
MÁXIMOS ANUALES DE DESEMBOLSO Individual / Familia	\$2,700 / \$5,400 (incrustado \$2,700)	\$7,500 / \$15,000 (incrustado \$7,500)	\$7,500 / \$15,000 (incrustado \$7,500)
BENEFICIOS PARA MÉDICOS			
Visitas al consultorio de atención primaria (PCP)	\$30 copago	\$35 copago	\$35 copago
Specialists Office Visit	\$55 copago	\$60 copago	\$70 copago
Teladoc/Virtual Visits & Behavioral Health	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Laboratorio de diagnóstico y rayos X	\$30 / \$50 copago	\$35/\$55 copago (deducible no aplica)	\$35/\$55 copago (deducible no aplica)
Imágenes Compleja (deducible no aplica)	Independiente: \$50 copay Hospital ambulatorio: \$250 copay	Independiente: \$50 copay Hospital ambulatorio: \$250 copay	Independiente: \$50 copay Hospital ambulatorio: \$250 copay
ATENCIÓN PREVENTIVA			
Servicios preventivos	El plan paga 100%	El plan paga 100%	El plan paga 100%
CUIDADO MÉDICO			
Hospitalizaciones hospitalarias	\$500 copago por día, máximo 4 días	20% después del deducible	20% después del deducible
Cirugía ambulatoria	\$150 copago	\$300 copago	\$300 copago
Servicios de Sala de Emergencias (no aplica si es admitido)	\$250 copago	\$300 copago después del deducible	\$300 copago después del deducible
Sala de urgencia	\$30 copago	\$35 copago	\$35 copago
Quiropráctica y Acupuntura 20 visitas por miembro por año	\$15 copago	\$15 copago	\$15 copago
Medicamentos (subministro de 30 días) Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4	Rx Ded: Ninguno \$5 copago \$15 copago \$25 copago 20% hasta \$250 copago	Rx Ded: Ninguno \$15 copago \$50 copago \$70 copago 20% hasta \$250 copago	Rx Ded: \$100 Ind/\$200 fam \$15-\$20 copago \$40-\$60 copago \$60-\$90 copago 20% hasta \$250 copago
Pedido por correo (subministro de 90 días) Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4	Rx Ded: Ninguno \$10 copago \$30 copago \$50 copago 20% hasta \$500 copago	Rx Ded: Ninguno \$30 copago \$70 copago \$110 copago 20% hasta \$500 copago	Rx Ded: \$100 Ind / \$200 fam \$30 copago \$70 copago \$110 copago 20% hasta \$500 copago

PLAN PPO MÉDICO

Cuando se inscribe en un plan PPO de Blue Shield, tiene la oportunidad de utilizar un médico de su elección sin necesidad de pasar primero por un PCP (médico de atención primaria); sin embargo, los beneficios son mayores cuando elige a alguien que está en Blue Shield Network.

	GOLD FULL PPO 0/35 OFFEX PLAN	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
DEDUCIBLE POR AÑO DEL PLAN (Usted paga)		
Deductible	Ninguno	\$1,000 Ind / \$2,000 Fam Incrustado \$1,000 Familia
MÁXIMOS DE GASTOS DE BOLSILLO		
Incluye coseguro, deducible y copagos. Después de alcanzar el máximo de gastos de bolsillo del año calendario, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos por el resto del año calendario.		
Solo para empleados	\$8,500	\$17,000
Empleado + 1 o más	\$17,000 (embedded \$8,500 Individual)	\$34,000 (embedded \$17,000 Individual)
BENEFICIOS PARA MEDICOS		
Visitas al consultorio	\$35 copago	40% después del deducible
Visita de especialistas	\$50 copago	40% después del deducible
Visitas virtuales de Teladoc	Sin cargo	No cubierto
Laboratorio de diagnóstico y rayos X	\$35 copago laboratorio \$50 copago radiografía	40% después del deducible
Imágenes Compleja	30% coaseguro	40% después del deducible
ATENCIÓN PREVENTIVA		
Servicios preventivos	El plan paga el 100%	No cubierto
CUIDADO MÉDICO		
Hospitalizaciones	30% coaseguro	40% después del deducible
Cirugía Ambulatoria	\$150 por cirugía + 30% coaseguro	40% después del deducible
Servicios de Sala de Emergencias (no aplica si es admitido)	30% coaseguro + \$250 copago	
Atención de urgencia	\$35 copago	40% después del deducible
Cuidado de la acupuntura Atención Quiropráctica 20 visitas por miembro	\$25 copago \$10 copago	40% después del deducible 50% después del deducible
Medicamentos recetados (Farmacia minorista) Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4	Suministro de 30 días \$15 copago \$45 copago \$60 copago 30% hasta \$250 copago	No cubierto
(Pedido por correo) Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4	Suministro de 90 días \$30 copago \$90 copago \$120 copago 30% hasta \$500 copago	No cubierto

La información de esta página es sólo un resumen. Consulte los documentos del plan para obtener detalles completos de los beneficios.

TABLA DE TARIFAS MÉDICAS

A partir del 1º de diciembre de 2024

Las tarifas médicas están clasificadas por edad, lo que significa que cada empleado cubierto y dependiente (s) tendrá su propia tarifa en función de su edad en el momento en que se solicita la cobertura. La siguiente tabla proporciona los costos de tarifas médicas mensuales para cada opción. Meissner Mfg. Co. cubre el costo de la prima de cada empleado hasta la tarifa del plan Gold TRIO HMO menos \$65.00 por contribución mensual del empleado. Todos los demás planes médicos, además del Gold Trio, están disponibles como opción de compra. Los empleados son responsables de pagar todos los costos al cubrir dependientes. Para conocer las tarifas por período de pago de la cobertura de su plan médico, comuníquese con un representante de Recursos Humanos.

Age Band	Gold PPO Full Network	HMO Platinum Full Network	HMO Platinum Narrow Network	HMO Gold Full Network	HMO Gold Narrow Network
	Gold 0/35 - Full PPO	Platinum 0/30 - Access+ HMO	Platinum 0/30 - Trio HMO	Gold 500/35 - Access+ HMO	Gold 1000/35 - Trio HMO
0-14	\$440.34	\$392.83	\$332.97	\$365.10	\$303.04
15	\$479.48	\$427.75	\$362.56	\$397.55	\$329.98
16	\$494.45	\$441.10	\$373.88	\$409.96	\$340.28
17	\$509.42	\$454.45	\$385.20	\$422.37	\$350.58
18	\$525.53	\$468.83	\$397.38	\$435.73	\$361.67
19	\$541.65	\$483.21	\$409.57	\$449.10	\$372.77
20	\$558.34	\$498.10	\$422.19	\$462.94	\$384.25
21	\$575.61	\$513.51	\$435.25	\$477.26	\$396.14
22	\$575.61	\$513.51	\$435.25	\$477.26	\$396.14
23	\$575.61	\$513.51	\$435.25	\$477.26	\$396.14
24	\$575.61	\$513.51	\$435.25	\$477.26	\$396.14
25	\$577.91	\$515.56	\$436.99	\$479.16	\$397.72
26	\$589.43	\$525.83	\$445.70	\$488.71	\$405.64
27	\$603.24	\$538.16	\$456.14	\$500.16	\$415.15
28	\$625.69	\$558.18	\$473.12	\$518.78	\$430.60
29	\$644.11	\$574.62	\$487.05	\$534.05	\$443.28
30	\$653.32	\$582.83	\$494.01	\$541.68	\$449.62
31	\$667.13	\$595.16	\$504.46	\$553.14	\$459.12
32	\$680.95	\$607.48	\$514.90	\$564.59	\$468.63
33	\$689.58	\$615.18	\$521.43	\$571.75	\$474.57
34	\$698.79	\$623.40	\$528.39	\$579.39	\$480.91
35	\$703.40	\$627.51	\$531.88	\$583.21	\$484.08
36	\$708.00	\$631.61	\$535.36	\$587.02	\$487.25
37	\$712.61	\$635.72	\$538.84	\$590.84	\$490.42
38	\$717.21	\$639.83	\$542.32	\$594.66	\$493.59
39	\$726.42	\$648.05	\$549.29	\$602.30	\$499.93
40	\$735.63	\$656.26	\$556.25	\$609.93	\$506.26
41	\$749.45	\$668.59	\$566.70	\$621.39	\$515.77
42	\$762.69	\$680.40	\$576.71	\$632.36	\$524.88
43	\$781.11	\$696.83	\$590.63	\$647.64	\$537.56
44	\$804.13	\$717.37	\$608.04	\$666.73	\$553.40
45	\$831.18	\$741.51	\$628.50	\$689.16	\$572.02
46	\$863.42	\$770.26	\$652.88	\$715.88	\$594.21
47	\$899.68	\$802.61	\$680.30	\$745.95	\$619.16
48	\$941.13	\$839.59	\$711.63	\$780.31	\$647.68
49	\$981.99	\$876.04	\$742.54	\$814.20	\$675.81
50	\$1,028.04	\$917.13	\$777.36	\$852.38	\$707.50
51	\$1,073.52	\$957.69	\$811.74	\$890.08	\$738.80
52	\$1,123.59	\$1,002.37	\$849.61	\$931.60	\$773.26
53	\$1,174.25	\$1,047.56	\$887.91	\$973.60	\$808.12
54	\$1,228.93	\$1,096.34	\$929.26	\$1,018.94	\$845.75
55	\$1,283.61	\$1,145.12	\$970.61	\$1,064.28	\$883.39
56	\$1,342.90	\$1,198.01	\$1,015.44	\$1,113.44	\$924.19
57	\$1,402.77	\$1,251.42	\$1,060.71	\$1,163.07	\$965.39
58	\$1,466.66	\$1,308.42	\$1,109.02	\$1,216.05	\$1,009.36
59	\$1,498.32	\$1,336.66	\$1,132.96	\$1,242.30	\$1,031.15
60	\$1,562.21	\$1,393.66	\$1,181.27	\$1,295.27	\$1,075.12
61	\$1,617.47	\$1,442.96	\$1,223.05	\$1,341.09	\$1,113.15
62	\$1,653.73	\$1,475.31	\$1,250.47	\$1,371.15	\$1,138.10
63	\$1,699.21	\$1,515.88	\$1,284.86	\$1,408.86	\$1,169.40
64-99	\$1,726.84	\$1,540.52	\$1,305.75	\$1,431.77	\$1,188.41

USANDO SUS BENEFICIOS

Aproveche los programas y herramientas que vienen con su inscripción en el plan médico BlueShield.

RECURSO	SERVICIO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
NurseHelp 24/7	Chatee con una enfermera las 24 horas del día, los 7 días de la semana para obtener información sobre la atención y los servicios que necesita	1.877.304.0504
Head Space	Como la aplicación de meditación más respaldada por la ciencia del mundo, Headspace puede ayudarlo a reducir el estrés, aumentar la resiliencia y descansar mejor por la noche. Al dedicar solo unos minutos al día, puede unirse a los 70 millones de miembros de Headspace en todo el mundo que utilizan la meditación para mejorar el bienestar mental. Sin costo adicional para los miembros elegibles	www.wellvolution.com/mentalhealth
Ginger	Fácil acceso a la atención, sin importar dónde se encuentre, cuándo la necesite o por lo que esté pasando. Ginger ofrece atención médica mental confidencial a pedido a través de entrenamiento y actividades autoguaidadas. ¿Necesitas chatear el fin de semana? ¿O a las 3 de la mañana de un día festivo? El jengibre es alrededor de 24/7/365. El jengibre va a donde va tu smartphone	www.wellvolution.com/mentalhealth
Proteja su identidad y su crédito	Proteger su bienestar financiero es tan importante como proteger su salud. Es por eso que ofrecemos servicios de protección de identidad para miembros elegibles del plan médico Blue Shield*. Estos incluyen monitoreo de crédito, asistencia de reparación de identidad y seguro de robo de identidad	www.experianidworks.com/blueshieldca
Manténgase cubierto mientras viaja	Cuando se encuentre fuera de California o fuera del país, usted y su familia pueden obtener atención de urgencia y emergencia a través de los programas BlueCard y Blue Shield Global Core.	www.provider.bcbs.com
Teladoc	Programar una cita por teléfono o video es fácil y conveniente. Las visitas médicas generales se pueden programar a pedido 24/7/365. Para las visitas de salud mental, deberá programar una cita. Las citas están disponibles los siete días de la semana de 7 a.m. a 9 p.m. hora local. Teladoc confirma las citas de salud mental en un plazo de 72 horas.	blueshieldca.com/teladoc

PLAN HMO DENTAL

El Plan DHMO Dental anima el tratamiento preventivo y le permite lograr una buena salud oral mientras minimiza sus gastos dentales. El Plan es administrado por Blue Shield de CA.

DENTAL PLAN SUMMARY

Blue Shield of CA Dental HMO Deluxe	DENTRO DE LA RED
Deductible del año calendario (Empleado / Family)	Ninguno
Máximo Anual	Sin Limite
Servicios preventivos y de diagnóstico Evaluación, Limpiezas, y Rayos X	Sin cargo
Servicios Básicos Coronas, puentes	\$0 - \$15 copago
Servicios Principales Selladores, extracciones simples	\$50 - \$200 copago
Orthodontia Adulto	\$1500
Niño(s)	\$1200

EL PLAN DENTAL DHMO	COSTO POR CHEQUE (QUINCENAL)
Solo Empleados	\$0.00
Empleado + Cónyuge	\$10.15
Empleado + Niño(s)	\$13.48
Empleado + Familia	\$20.22

CONTRIBUCIONES DENTALES

Meissner Mfg. Co., Inc. paga el 100% de su prima inscrita para la cobertura dental exclusiva para empleados de DHMO si elige esta cobertura. Estos son sus costos por período de pago (quincenal), pagados con deducciones de nómina antes de impuestos:

La información de esta página es sólo un resumen. Consulte los documentos del plan para obtener detalles completos de los beneficios.



PLAN PPO DENTAL

Blue Shield of CA Bronze DPPO 1500-MAC	DENTRO EN LA RED	FUERA DE LA RED
Deductible del año calendario (Individual / Family)	\$50 por persona / \$150 por familia	
Máximo Anual	\$1,500 por persona	\$750 por persona
BENEFICIOS Y SERVICIOS CUBIERTOS	DENTRO EN LA RED	FUERA DE LA RED
Servicios de Diagnóstico y Prevención Exámenes, limpiezas, radiografías y selladores	100% Deducible No Aplica	80% Deducible No Aplica
Servicios Básicos Rellenos y compuestos Endodoncia (endodoncia) Cirugía Oral Periodoncia no quirúrgica (tratamiento de encías)	El plan paga 80%	El plan paga 70%
Servicios Mayores Coronas, incrustaciones, onlays y restauraciones de fundición Periodoncia quirúrgica	El plan paga 50%	El plan paga 50%
Prostodoncia Puentes y dentaduras postizas	El plan paga 50%	El plan paga 50%
Beneficios de Ortodoncia	No cubierto	No cubierto

La información de esta página es sólo un resumen. Consulte los documentos del plan para obtener detalles completos de los beneficios.

EL PLAN DENTAL DPPO	COSTO POR CHEQUE (QUINCENAL)
Solo Empleados	\$5.91
Empleado + Cónyuge	\$21.83
Empleado + Niño(s)	\$29.82
Empleado + Familia	\$44.12



FIND A NETWORK DENTIST

To find a network dentist provider, visit
www.blueshieldca.com/fad/location.com
 or call 1.888.702.4171

PLAN DE VISIÓN

Meissner Mfg. Co., Inc. offers a vision plan through EyeMed Vision.

RESUMEN DEL PLAN DE VISIÓN

El Plan de la vista ayuda a pagar el costo de los exámenes oculares y los lentes y marcos necesarios, si se recetan. El Plan cubre los servicios de cualquier proveedor con licencia, pero los beneficios se pagan a un nivel más alto cuando utiliza un proveedor dentro de la red.

El cuadro a la derecha proporciona un resumen del plan de visión proporcionado por EyeMed. Todos los servicios fuera de la red están sujetos a limitaciones razonables y habituales (R&C).

PROVEEDORES DE VISIÓN EN RED

Opciones. Es realmente simple. EyeMed dedicados a ayudarlo a ver con claridad, y es por eso que hemos creado una red que le brinda muchas opciones y flexibilidad. Puede elegir entre miles de proveedores independientes y minoristas para encontrar el que mejor se adapte a sus necesidades y horario. No importa cuál elija, nuestro plan está diseñado para ser fácil de usar y ayudarlo a acceder a la atención que necesita.

COMO ENCONTRAR UN PROVEEDOR DENTRO DE LA RED

Para encontrar un proveedor de atención de la vista de la red, visite www.eyemed.com/en-us.com o llame al 888.723.0596

EYEMED VISION RED "ACCESS"	DENTRO EN LA RED	FUERA DE LA RED
Examen (Una vez cada 12 meses)	\$10 copago	Reembolso hasta \$49
Marcos (Una vez cada 12 meses)	Subministro de \$100 + 20% de descuento en saldo	Reembolso hasta \$45
Lentes (Una par por frecuencia)		Una vez cada 12 meses
Visión única	\$10 copago	Reembolso hasta \$35
Bifocal	\$10 copago	Reembolso hasta \$49
Trifocal	\$10 copago	Reembolso hasta \$74
Opciones de lentes		
Tratamiento UV, Tinte	\$15 copago	No aplica
Standard plastic coating	\$15 copago	No aplica
Recubrimiento de plástico estándar	\$45 copago	No aplica
Lentes de Contacto (en lugar de marcos y lentes)		Una vez cada 12 meses
Electiva	\$0 copago; Subministro de \$115 + 15% de descuento en saldo	Reembolso hasta \$92
Médicamente necesario	Cubierto 100%	Reembolso hasta \$300
Corrección de la visión con Láser	15% de descuento al por menor o 5% de descuento en el precio promocional	No aplica
Cuidado de la audición Cuidado de la salud auditiva Red Auditiva Amplifon	40% de descuento en exámenes de audición y un precio bajo garantizado Audífonos con descuento	No aplica
Descuentos y funciones adicionales	<ul style="list-style-type: none">40% de descuento en compras adicionales de anteojos20% de descuento en gafas de sol sin receta20% de descuento en saldos después de la cobertura del plan	No aplica

La información de esta página es sólo un resumen. Consulte los documentos del plan para obtener detalles completos de los beneficios.

PLAN DE VISIÓN	COSTO POR CHEQUE (QUINCENAL)
Solo Empleado	\$4.91
Empleado + Uno(1)	\$9.27
Empleado + Familia	\$12.20

VALOR AÑADIDO SERVICIOS

La vida puede ser impredecible. Y no siempre es fácil. Por lo tanto, es muy importante saber que hay ayuda disponible cuando la necesita. De eso se trata el Asesor de recursos, proporcionado por Mutual of Omaha.

Con un asesor de recursos, usted y su familia inmediata tienen acceso a recursos gratuitos y confidenciales para ayudar a manejar los desafíos cotidianos, y no tan cotidianos, de la vida. **Disponible para todos los empleados cubiertos. Los miembros de la familia son elegibles independientemente de su ubicación o relación.**

En línea: www.mutualofomaha.com/eap/ o Número gratuito: 800.316.2796.

SERVICIOS PARA TI Y TU FAMILIA

Su asesor de recursos ofrece estos servicios para ayudarlo a usted y a su familia a lidiar con las cosas grandes y pequeñas. Hasta 3 sesiones de consejería cara a cara por hogar por tema.

- Autoevaluaciones para identificar problemas de estrés, depresión o consumo de sustancias
- Artículos, guías, seminarios web, podcasts y calculadoras sobre salud y bienestar
- Recursos para el cuidado de personas mayores y dependientes
- Consejos sobre la crianza de los hijos y los abuelos
- Preparación de testamento en línea
- Ayuda con problemas de adolescentes y adolescentes, incluidos los trastornos alimentarios y las relaciones.
- Recursos legales y financieros

VIAJES EN TODO EL MUNDO Y ROBO DE IDENTIDAD

El Programa mundial de asistencia en viajes a través de Mutual of Omaha le brinda seguridad cuando se encuentra a por lo menos 100 millas de distancia de su hogar, ya sea que viaje por negocios o por placer. Mutual of Omaha también está disponible para ayudarlo mientras está fuera con la localización de proveedores de atención médica y recetas, servicios de interpretación, transporte de emergencia y repatriación, y pasaporte de emergencia o reemplazo de boletos.

Comuníquese con Worldwide Travel and ID Theft Assistance: Dentro de los EE. UU.: 800-856-9947, fuera de los EE. UU. llame con cobro revertido al 312-935-3658 para obtener más información.

INFÓRMESE SOBRE MEDICARE!

¿Está pensando en jubilarse, esta por cumplir 65 años, inscribirse en Medicare o simplemente quiere saber qué es Medicare? Meissner Mfg. Co., Inc. desea brindarle la mejor asistencia posible para guiarlo a través de las decisiones de Medicare.

Nos hemos asociado con SGIA, que trabajará con cualquier miembro para encontrar el mejor plan de atención médica disponible a través de Medicare. Brindarán asistencia para la inscripción y apoyo continuo; Este es un servicio gratuito y confidencial.

Comuníquese con Lucy Parker para obtener información adicional al 888-329-0224 o envíe un correo electrónico a lparker@sgiaiin.com.

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ

VIDA BÁSICA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Meissner Mfg. Co., Inc. le proporciona automáticamente un seguro de vida básico y muerte accidental y desmembramiento (AD&D) sin costo alguno para usted e incluso si elige renunciar a la cobertura médica. Todos los empleados elegibles reciben 1x su salario base anual hasta un máximo de \$200,000. Reducciones de beneficios comienza a los 65 años = 35% del beneficio original y a los 70 años = 50 % del beneficio original.

NOMBRANDO A SUS BENEFICIARIES

Sus beneficiarios son las personas o instituciones que usted nombra para recibir sus beneficios de Vida y AD&D en caso de su muerte. Es importante que mantenga actualizada la información de los beneficiarios en los archivos del departamento de Recursos Humanos. No puede nombrar a un nuevo beneficiario sin completar un nuevo formulario de designación.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD)

La compañía proporciona a todos los empleados elegibles para beneficios un seguro de discapacidad a corto plazo (STD) a través de Mutual of Omaha como un medio para garantizar que tengan protección de ingresos si no pueden trabajar debido a una enfermedad o lesión incapacitante, incluido el embarazo. Después del período de espera de 60 días, el beneficio de STD paga el 60% de los ingresos semanales de un empleado, hasta un beneficio máximo de \$1,386 por semana durante un máximo de 17 semanas.

DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)

La compañía proporciona un seguro de discapacidad a largo plazo (LTD) a través de Mutual of Omaha y sirve como protección de ingresos para enfermedades o lesiones incapacitantes (aprobadas por la compañía de seguros) que duran más de 180 días. Los beneficios de LTD pagan el 60% de las ganancias mensuales de un empleado hasta un beneficio máximo de \$6,000 por mes. Los beneficios continúan hasta la edad normal de jubilación del Seguro Social o hasta que ya no esté discapacitado, lo que ocurra primero.

CUIDADOS A LARGO PLAZO (LTC)

La compañía proporciona un seguro de cuidados a largo plazo (LTC) a través de UNUM y proporciona cobertura para uno o más servicios de diagnóstico, preventivos, terapéuticos, de rehabilitación, de mantenimiento o de cuidado personal necesarios o médicalemente necesarios, proporcionados en un entorno que no sea una unidad de cuidados agudos de un hospital. Esta póliza proporciona cobertura en forma de un beneficio de garantía fijo en dólares si usted está discapacitado y está recibiendo atención mientras está confinado en un centro de enfermería, un centro de atención residencial o un centro de atención residencial para ancianos.



AFLAC VOLUNTARIA WORKSITE

BENEFICIOS EN EL LUGAR DE TRABAJO A TRAVÉS DE AFLAC

La protección financiera contra lo inesperado para usted y su familia es un componente clave de Meissner Mfg. Co., Inc. Programa de beneficios. Los planes de beneficios en el lugar de trabajo de AFLAC le permiten adaptar una cartera de seguros que lo protege a usted y a su familia. A continuación se muestra una breve lista y descripción de los productos ofrecidos para usted y los miembros de su familia. Si está interesado, comuníquese con AFLAC, Stephanie Sanders, al 661-702-9416 o envíe un correo electrónico a stephanie_sanders@us.aflac.com para discutir qué planes se adaptan mejor a sus necesidades y presupuesto.

SEGURO DE ACCIDENTES

El seguro de accidentes está diseñado para ayudar a compensar gastos médicos inesperados, como tarifas de la sala de emergencias, deducibles y copagos que pueden resultar de una fractura, dislocación u otra lesión accidental cubierta.

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Este es un plan individual de indemnización por confinamiento hospitalario que complementa su cobertura médica principal, ofreciendo beneficios como confinamiento hospitalario, cirugías ambulatorias, visitas a la sala de emergencias y exámenes de salud.

La cobertura proporciona un beneficio de suma global para el confinamiento hospitalario cubierto y la cirugía ambulatoria cubierta para ayudar a compensar las brechas causadas por los copagos y deducibles en la mayoría de los planes médicos principales.

SEGURO DE ENFERMEDADES CRÍTICAS

Los seguros de enfermedad crítica ayudan a complementar su cobertura médica principal al proporcionar un beneficio de suma global que puede usar para ayudar a pagar los costos directos e indirectos relacionados con una enfermedad crítica cubierta.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

Reemplaza una parte de sus ingresos para ayudar a llegar a fin de mes si está totalmente incapacitado debido a un accidente cubierto o enfermedad cubierta.

Esta cobertura le ayuda a mantener su estilo de vida.

DENTAL - ESENCIALES

Aflac pagará beneficios cuando se incurra en un cargo por el tratamiento dental cubierto que se reciba mientras la cobertura esté vigente. Los beneficios se pagarán según la convención actual de codificación de la ADA*.

LAS COBERTURAS DE AFLAC COMPARTEN CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES:

La cobertura está disponible para su cónyuge e hijos con la mayoría de los productos

- Los beneficios se le pagan directamente a usted, a menos que especifique lo contrario
- Con la mayoría de los planes, puede continuar la cobertura cuando se jubile o cambie de trabajo, sin aumentar las primas
- Con la mayoría de los planes, usted recibe beneficios independientemente de cualquier otro seguro que pueda tener con otras compañías de seguros.
- Las primas se deducen en la nómina para facilitar la administración



BENEFICIOS ADICIONALES

PROTECCIÓN CONTRA ROBO DE IDENTIDAD A TRAVÉS DE ALLSTATE



Proteja su identidad de violaciones de datos con PrivacyArmor Plus de Allstate ID Protection. Este beneficio lo ayuda a proteger sus finanzas, reputación y crédito contra el robo y el abuso con herramientas únicas y monitoreo proactivo.

Cobertura	Costo por cheque (quincenal)
Solo Empleado	\$4.59
Familia	\$8.29

PLATAFORMA INTEGRAL DE MONITOREO DE IDENTIDAD

Detecta actividades de alto riesgo para alertarlo a la primera señal de fraude o exposición. El monitoreo incluye cuentas bancarias, tarjetas de crédito y cuentas de jubilación y mantiene pestañas sobre préstamos estudiantiles, direcciones IP, cuentas de redes sociales y más.

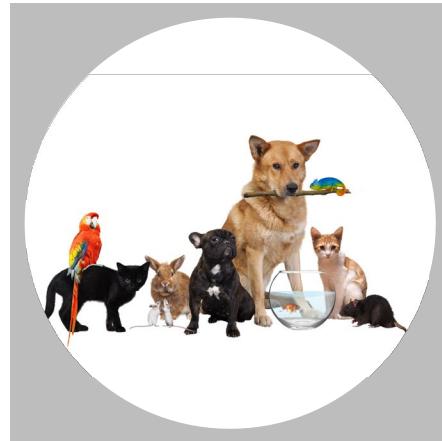
REMEDIACIÓN Y RESTAURACIÓN DE FRAUDES

En caso de robo de identidad o fraude; tendrá un defensor® de privacidad dedicado para administrar completamente su recuperación y restaurar su identidad. Y dado que el fraude no se toma vacaciones, los defensores de la privacidad están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

REEMBOLSO POR ROBO DE IDENTIDAD

Nunca tendrá que preocuparse por cubrir los costos del robo de identidad. La póliza de seguro de robo de identidad de PrivacyArmor® Plus de \$ 1 millón cubre cualquier gasto de bolsillo, salarios perdidos u honorarios legales. Además, se le reembolsarán los fondos robados de sus cuentas bancarias, HSA o 401 (k).

SEGURO PARA MASCOTAS A TRAVÉS DE PET BENEFITS SOLUTIONS



Las facturas veterinarias pueden acumularse rápidamente. Pet Benefits Solutions le ofrece dos opciones - Pets Best y Total Pet Plan - para satisfacer mejor cada una de las necesidades individuales de su mascota.

PETS BEST SEGURO DE SALUD PARA MASCOTAS

Tenga la tranquilidad de que brinda el mejor cuidado a su perro o gato si se enferma o se lesiona. Con el seguro de salud para mascotas de Pets Best, recibirá un reembolso del 90% en las facturas veterinarias de accidentes y enfermedades con su fácil presentación de reclamos en línea. Disfruta de deducibles bajos, sin límite anual y descuentos exclusivos.

El costo variará. Para obtener una cotización, inicie sesión en <https://www.petbenefits.com/land/meissnermfg>

TOTAL PET PLAN – plan de descuento

Esta opción integral ofrece un beneficio para mascotas que incluye servicios de PetPlus, Pet Assure, Whisker Docs y The PetTag. Este plan incluye:

Sin exclusiones basadas en raza, edad o condiciones preexistentes

- Bajo costo, incluso si tiene varias mascotas
- Se puede usar junto con el seguro de mascotas
- Más de \$350 en beneficios por una tarifa baja
- Over \$350 in benefits for one low rate

Cobertura	Costo por cheque (quincenal)
Un Mascota individual	\$5.42
Mascotas ilimitadas	\$8.54

INFORMACIÓN DE CONTACTO

SALUD

PLAN DE MEDICO Y FARMACIA

Blue Shield
Número de Plan# W00532151
www.blueshieldca.com
HMO 888.319.5999 PPO 888.256.3650

PLAN DENTAL

Blue Shield
Número de Plan # W00532151
www.blueshieldca.com
888.702.4171

PLAN DE VISIÓN

EYEMED
Número de Plan# 9692773
www.eyemed.com
866.723.0596

SEGURIDAD

SEGURO DE VIDA & AD&D
Mutual of Omaha
Número de Plan #G00AIU9
www.mutualofomaha.com
800.775.8805

PLANES DE DISCAPACIDAD (STD & LTD)

Mutual of Omaha Número de
Plan #G00AIU9
www.mutualofomaha.com
800.775.8805

CUIDADOS A LARGO PLAZO (LTC)

UNUM
Número de Plan# 582964-001
<https://unuminfo.com/Meissner/>
800.227.4165

OTROS BENEFICIOS

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

Mutual of Omaha
www.mutualofomaha.com/eap
800.316.2796

BENEFICIOS VOLUNTARIOS DE AFLAC

Stephanie Sanders, Aflac Agent
AFLAC 661.702-
9416
661.554.7145 fax
Aflac Claims 1.800.992.3522
Stephanie.Sanders@us.aflac.com
www.aflac.com

ALLSTATE IDENTITY PROTECTION

Allstate
www.allstateidentityprotection.com
800.789.2720

BENEFICIOS PARA MASCOTAS

Pet Benefit Solutions
www.petbenefits.com/land/meissnermfq
800.891.2565



Esta Guía de beneficios proporciona una breve descripción de los beneficios del plan. Para obtener más información sobre los beneficios, exclusiones y limitaciones del plan, consulte los documentos del plan o comuníquese directamente con el proveedor/ administrador. Si surge algún conflicto entre esta Guía y cualquier disposición del plan, los términos del documento del plan real u otros documentos aplicables regirán en todos los casos. Los beneficios están sujetos a modificaciones en cualquier momento.

AVISOS LEGALES

Aviso importante de Meissner Mfg. Co., Inc. Acerca de su cobertura de medicamentos recetados y Medicare bajo el (los) plan(es) de Blue Shield of California

Lea este aviso detenidamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Meissner Mfg. Co., Inc. y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La 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 de Medicare y la cobertura de medicamentos:

1. La nueva 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. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Meissner Mfg. Co., Inc. ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Blue Shield of CA 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 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.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez durante un período de inscripción inicial de siete meses. Ese período comienza tres meses antes de cumplir 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y continúa durante los siguientes tres meses. También puede inscribirse cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable de medicamentos recetados, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su actual Meissner Mfg. Co., Inc. La cobertura no se verá afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por el Plan, el Plan pagará primero los beneficios de medicamentos recetados y Medicare determinará sus pagos en segundo lugar. Para obtener más información sobre este tema de qué programa paga primero y qué programa paga segundo, consulte la descripción resumida del plan del plan o comuníquese con Medicare al número de teléfono o dirección web que aparece en este documento.

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual con Meissner Mfg. Co., Inc., tenga

en cuenta que usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura hasta el próximo período de inscripción anual, a menos que tenga otro cambio de estado que le permita inscribirse a mediados de año. Eliminar el beneficio de medicamentos recetados también significará que está eliminando la cobertura médica, ya que la cobertura de los medicamentos recetados es parte del plan médico y no se puede separar.

¿Cuándo pagará una prima (multa) más alta para unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con Meissner Mfg. Co., Inc. y no se inscriba en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar en al menos un 1% de la prima básica del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente octubre para unirse.

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

Póngase en contacto con la persona que figura al final de estos avisos para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo obtendrá antes del próximo período, puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura es a través de Meissner Mfg. Co., Inc. Cambios. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados se encuentra en el manual "Medicare & You". Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

Visit www.medicare.gov

Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (vea la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted" para su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada»

Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

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

Fecha: December 1, 2024

Nombre de la entidad/remitente: Human Resources
21701 Prairie Street Chatsworth, CA 91311
Phone Number: (818) 678-0400

AVISOS LEGALES

Ley de Salud de la Mujer y Derechos del Cáncer

La Ley de Salud de la Mujer y Derechos del Cáncer de 1998 se promulgó el 21 de octubre de 1998. La Ley requiere que todos los planes de salud grupales que brindan beneficios médicos y quirúrgicos con respecto a una mastectomía deben proporcionar cobertura para todo lo siguiente:

- Reconstrucción de la mama en la que se ha realizado una mastectomía
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir apariencia asimétrica
- Prótesis
- Tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluido el linfedema

Esta cobertura se proporcionará en consulta con el médico tratante y la paciente y estará sujeta a los mismos deducibles anuales y disposiciones de coseguro que se aplican para la mastectomía. Para obtener información sobre deducibles y coseguros aplicable al plan en el que se inscribe, consulte la descripción resumida del plan o comuníquese con Recursos Humanos.

Privacidad y seguridad de HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 se ocupa de cómo un empleador puede hacer cumplir la elegibilidad y la inscripción para los beneficios de atención médica, así como garantizar que la información médica protegida que lo identifica se mantenga privada. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida que se mantiene por y para el plan para la inscripción, el pago, las reclamaciones y la administración de casos. Si cree que la información médica protegida sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirle a su administrador de beneficios que modifique la información. El Aviso de Prácticas de Privacidad ha sido actualizado recientemente. Para obtener una copia completa del Aviso de prácticas de privacidad, que describe cómo se puede usar y divulgar su información médica protegida y cómo puede obtener acceso a la información, comuníquese con Recursos Humanos.

Ley de protección de la salud de los recién nacidos y las madres

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, bajo la ley federal, restringir los beneficios por la duración de la estadía hospitalaria en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, bajo la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de estadía no superior a 48 horas (o 96 horas).

Derechos especiales de inscripción de HIPAA

Si está rechazando la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse más adelante usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes).

- La pérdida de elegibilidad incluye, pero no se limita a:
- Pérdida de elegibilidad para la cobertura como resultado de dejar de cumplir con los requisitos de elegibilidad del plan (es decir, separación legal, divorcio, cese del estado de dependiente, muerte de un empleado, terminación del empleo, reducción en el número de horas de empleo);
- Pérdida de la cobertura de HMO porque la persona ya no reside o trabaja en el área de servicio de HMO y no hay otra opción de cobertura disponible a través del patrocinador del plan HMO;
- Eliminación de la opción de cobertura en la que una persona estaba inscrita, y otra opción no se ofrece en su lugar;
- No regresar de un permiso de ausencia de FMLA; y
- Pérdida de cobertura bajo Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).

A menos que el evento que da lugar a su derecho de inscripción especial sea una pérdida de cobertura bajo Medicaid o CHIP, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores a que finalice su otra cobertura o la de su(s) dependiente(s) (o después de que el empleador que patrocina esa cobertura deje de contribuir a la cobertura).

Si el evento que da lugar a su derecho de inscripción especial es una pérdida de cobertura bajo Medicaid o el CHIP, puede solicitar la inscripción bajo este plan dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que usted o su(s) dependiente(s) pierdan dicha cobertura bajo Medicaid o CHIP. Del mismo modo, si usted o su(s) dependiente(s) son elegibles para un subsidio de prima otorgado por el estado para este plan, puede solicitar la inscripción bajo este plan dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que Medicaid o CHIP determinen que usted o el(es) dependiente(s) califican(n) para el subsidio.

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Recursos Humanos.

AVISOS LEGALES

Aviso de protección del paciente

Los planes HMO de Blue Shield generalmente requieren la designación de un proveedor de atención primaria. Tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Hasta que haga esta designación, Blue Shield designará una para usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con Blue Shield al 888.319.5999.

Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de Blue Shield ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se requiera que el profesional de la salud cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento aprobado previamente o los procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con Blue Shield al 888.319.5999.

Continuación de la cobertura bajo COBRA

Este aviso se aplica a todas las personas con cobertura de atención médica bajo el Plan. Este aviso contiene información importante sobre la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura de atención médica bajo el Plan. Este aviso generalmente explica la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué deben hacer usted y su familia para proteger el derecho a recibirla.

El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA fue creado por una ley federal llamada COBRA. La continuación de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted cuando de lo contrario perdería la cobertura de atención médica bajo el Plan. También puede estar disponible para otros miembros de su familia que tienen cobertura de atención médica bajo el Plan, cuando de otro modo perderían su cobertura de atención médica. Para obtener información adicional sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y bajo la ley federal, debe comunicarse con el Administrador de COBRA.

La continuación de COBRA es una continuación de la cobertura de atención médica bajo el Plan cuando la cobertura terminaría debido a un evento de la vida

conocido como "evento calificado". Los eventos calificados específicos se enumeran más adelante en este aviso.

Después de un evento calificado, la continuación de la cobertura de COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura de atención médica bajo el Plan debido al evento calificado. Bajo el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura de COBRA deben pagar por su cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde la cobertura de atención médica bajo el Plan porque ocurre uno de los siguientes eventos calificados:

- Sus horas de empleo se reducen; o
- Su empleo termina (excepto debido a su mala conducta grave).

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura de atención médica bajo el Plan porque ocurre cualquiera de los siguientes eventos calificados:

- El empleado muere;
- Se reducen las horas de empleo del empleado;
- El empleo del empleado termina (que no sea debido a su mala conducta grave);
- El empleado está cubierto por Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente por orden judicial del empleado.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura de atención médica bajo el Plan porque ocurre cualquiera de los siguientes eventos calificados:

- El padre-empleado muere;
- Se reducen las horas de empleo de los padres y los empleados;
- El empleo del padre-empleado termina (excepto debido a su mala conducta grave);
- El padre-empleado está cubierto por Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente por orden judicial; o
- El niño deja de ser elegible para la cobertura de atención médica bajo el Plan como un "hijo dependiente".



United

The information included in this guide is intended as an overview only. It is not a complete description, nor is it a substitute for the applicable plan documents, Summary Plan Descriptions or insurance contracts. In all cases, the official plan documents govern and are the final authority on the terms of the benefit plans. The company reserves the right to modify, amend or terminate the benefit plans at any time and for any reason. Receiving this document or participating in company benefits is not a guarantee of future or continued employment or benefits.

© 2025 Meissner Mfg. Co. Inc.. All rights reserved.

LIBERTY