



Guia De Beneficios Para El Empleado

Diciembre 1, 2025 – Noviembre 30, 2026

Tabla de contenidos

Artículos importantes para recordar _____	1	Beneficios para mascotas _____	16
Médico y Rx HMO _____	3	Robo de identificación _____	17
Ppo y Rx médicos _____	5	Servicios Legales _____	18
Dmmo dental _____	6	Tarifas médicas _____	20
Dppo dental _____	7	Beneficios para empleados Contactos _____	21
Visión _____	8	Términos y definiciones de seguros _____	22
Seguro de vida remunerado/AD&D para empleador _____	9	Avisos Legales Anuales _____	24
Seguro de Invalidez _____	10	Aviso de cobra _____	25
Programa de Asistencia al Empleado (EAP) _____	12	Aviso del mercado de seguros médicos _____	27
Planes AFLAC _____	14	RX - Divulgación de cobertura acreditable de Medicina _____	29



Información de beneficios

NUEVO PERÍODO DE ESPERA DE CONTRATACIÓN Y EMPLEADOS ELEGIBLES

Usted es elegible para la mayoría de los planes de beneficios como Meissner Mfg. Co., Inc. Todos los asociados de tiempo completo que trabajan regularmente más de 24 horas por semana son elegibles. Su cobertura comienza el primero del mes siguiente a los 60 días. Tendrás la oportunidad de volver a inscribirte en el programa de beneficios cada año durante el período de Inscripción Abierta Anual, a menos que tengas un Evento Clasificatorio. Puede cambiar de médico y de otros proveedores durante todo el año.

TERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Cuando finalice su empleo en la empresa, sus beneficios dejarán de ser: Médico, Dental y Visión a fin de mes. Todos los demás finalizan en la fecha de terminación.

QUIÉN ES ELEGIBLE PARA INSCRIBIRSE

Su cobertura comienza el primero del mes siguiente a 60 días de empleo continuo. También puede inscribir a su(s) familiar(es) elegible(s) calificado(s), incluyendo:

- Cónyuge o pareja de hecho
- Sus hijos dependientes casados o solteros, independientemente de su condición de estudiante:
- Hasta el último día de su mes de cumpleaños a los 26 años (incluye hijastros, niños adoptados legalmente, niños colocados con usted en adopción e hijos adoptivos)
- O un hijo dependiente, independientemente de su edad, siempre que sea incapaz de mantenerse a sí mismo y dependa completamente de usted debido a una discapacidad física o mental como se indica en su declaración de impuestos federales y esté aprobado por su plan médico para continuar con la cobertura después de la edad. 26

REALIZAR CAMBIOS DE PLAN DURANTE EL AÑO

Si ha tenido un evento importante en su vida (casarse, tener un hijo, divorciarse, perder cobertura, ser elegible para Medicare, etc.) durante el año, puede realizar cambios en la cobertura de su plan aunque esté fuera de la ventana de Inscripción Abierta. Realice cambios en su plataforma de beneficios dentro de los 30 días posteriores a su evento de calificación para asegurarse de que se procese de manera oportuna. **TENGA EN CUENTA:** Si agrega un bebé recién nacido a su plan, el número de seguro social del bebé no estará disponible de inmediato. Envíe la documentación sin ella y proporciónela una vez que esté disponible.

COBRA

En caso de que termine su empleo en la empresa, recibirá un paquete por correo que le brindará la oportunidad de continuar con sus beneficios médicos, dentales y de visión por hasta 18 meses. Esto se llama cobertura COBRA. Serás responsable del 102% del coste real del seguro si deseas continuar con él.

PERMANECER EN LA RED

Para obtener los mejores beneficios, es importante permanecer en la red de la compañía de seguros. Siempre verifique en línea o verifique por teléfono que un médico u hospital esté contratado en la red *antes* tu visita. Además, cuando realice un procedimiento en un hospital/instalación, pídale al personal del hospital que se asegure *cada* médico/enfermero/radiólogo/anestesiólogo/etc... está en su red.

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Comúnmente conocido como "EOB". El EOB es un documento muy útil ya que explica cómo la compañía de seguros procesó su reclamo. Muestra los cargos facturados por parte del proveedor, el descuento de red aplicado y cuál es la Tarifa Negociada resultante. (Cargo de Proveedor - Descuento de Red = Tarifa Negociada) También muestra si el servicio se aplicó a su deducible o se pagó como copago. No es una factura, sino simplemente una explicación de cómo la compañía de seguros pagó su reclamo.

TASAS, APORTACIONES Y RESÚMENES DE BENEFICIOS

La guía proporciona detalles de costos para beneficios de atención médica, suplementarios y de protección, incluidos cobertura médica, dental, de visión, de descuento para mascotas y de robo de identidad. Se puede acceder a las tarifas de Aflac y LegalShield a través de su portal de beneficios. Los resúmenes de beneficios están disponibles a través de enlaces en los que se puede hacer clic en cada página o visitando su portal de beneficios, donde se encuentran tanto los precios como la información resumida. El costo de los beneficios es una asociación entre la Compañía y los empleados. Meissner Mfg. Co., Inc. corre con la mayor parte del costo pagando, en promedio, la prima mensual de los empleados del plan Gold TRIO HMO menos \$65.00 por mes. Usted paga una parte del costo a través de sus contribuciones a la nómina, copagos y coseguro.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

La información incluida en esta guía pretende ser únicamente una descripción general. No es una descripción completa ni un sustituto de los documentos del plan de beneficios, certificados de seguro o descripción resumida del plan (SPD) aplicables. En todos los casos, los documentos oficiales del plan rigen y son la autoridad final en los términos de los planes de beneficios. La empresa se reserva el derecho de modificar, modificar o rescindir los planes de beneficios en cualquier momento y por cualquier motivo. Recibir este documento o participar en beneficios de la empresa no es garantía de empleo o beneficios futuros o continuos.



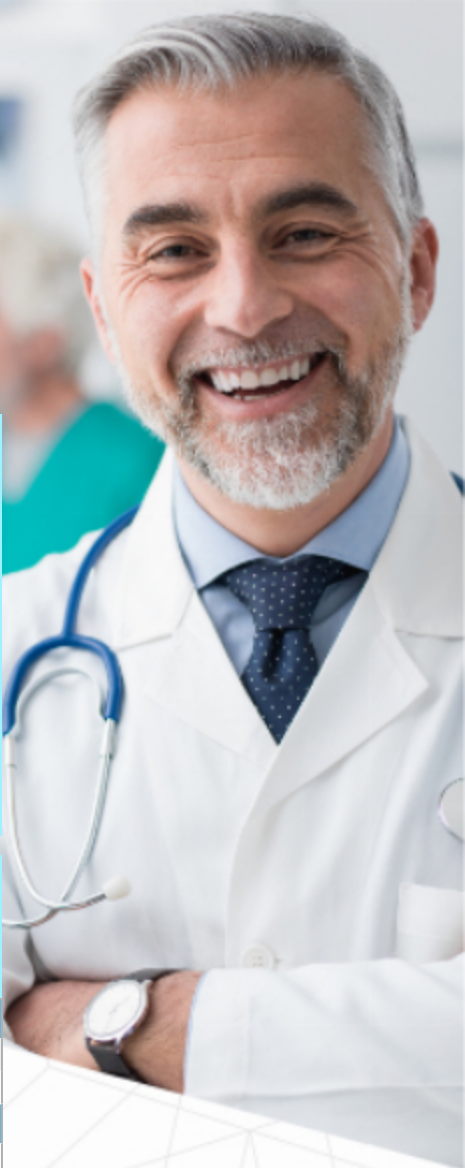
Planes médicos de HMO

Plan explicación

Con el plan de Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO), debe elegir un Médico de Atención Primaria (PCP) o un grupo médico/Asociación de Práctica Independiente dentro de Blue Shield Network. Para recibir atención especializada, debe obtener una derivación de su PCP o grupo médico a un Especialista dentro de la red. Y, excepto en caso de emergencia, sólo estás cubierto por la atención que recibes de proveedores, establecimientos y farmacias que se encuentran en la Red Blue Shield. El empleado aporta \$65 por el costo exclusivo del empleado para el plan base (Gold Trio HMO 1000/35 OffEx) al mes y Meissner paga el saldo del costo del empleado.

- Platino HMO 0/30 OffEx: **(red completa/red estrecha)**
- Platino 0/30 TRÍO HMO **(red estrecha)**
- Acceso Oro+ HMO 500/35 OffEx **(red completa)**
- Oro TRÍO HMO 1000/35 OffEx - **PLAN BÁSICO (red estrecha)**

	Blue Shield of California <u>Platinum Access+</u> <u>HMO 0/30 OffEx</u>	Blue Shield of California <u>Gold</u> <u>Access+ HMO</u> <u>500/35 OffEx</u>	Blue Shield of California <u>Gold</u> <u>Trio HMO 1000/35</u> <u>OffEx</u>
DEDUCIBLE			
	EN RED	EN RED	EN RED
Soltero	\$0	\$500	\$1,000
Familia	\$0	\$1,000	\$2,000
COASEGURO			
Miembro %	0%	20%	20%
MÁXIMO DE BOLSILLO			
Soltero	\$2,700	\$7,500	\$7,500
Familia	\$5,400	\$15,000	\$15,000
SERVICIOS DE USO COMÚN			
Visita al consultorio del médico de atención primaria	copago de \$30	copago de \$35	copago de \$35
Visita a la oficina especializada	copago de \$55	copago de \$60	copago de \$70
Atención urgente	copago de \$30	copago de \$35	copago de \$35
Sala de Emergencias	copago de \$250	copago de \$300	copago de \$300
ATENCIÓN PREVENTIVA			
Servicios Preventivos	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
GASTOS MÉDICOS MAYORES			
Cirugía Ambulatoria	Ambulatorio: \$100 / Hospital: \$150	Ambulatorio: \$150 / Hospital: \$300	Ambulatorio: \$150 / Hospital: \$300
Hospitalización/Cirugía de Pacientes Hospitalizados	\$500 por día hasta 4 días por entrada	20% después del deducible	20% después del deducible
tomografía computarizada, tomografía computarizada, resonancia magnética	Radiología: \$100 / Hospital: \$250	Radiología: \$100 / Hospital: \$250	Radiología: \$100 / Hospital: \$300
Parto Hospitalario Recién Nacido	\$500 por día hasta 4 días por entrada	20% después del deducible	20% después del deducible
COBERTURA DE MEDICAMENTOS			
RECETADOS			
Prescripción Deducible	Ninguno	Ninguno	\$0
Genérico (Nivel 1)	copago de \$5	copago de \$15	nivel A: \$15 / nivel B: \$20
Nombre de la marca (Nivel 2)	copago de \$25	copago de \$50	nivel A: \$40 / nivel B: \$60
No Preferido (Nivel 3)	copago de \$30	copago de \$70	nivel A: \$60 / nivel B: \$90
Especialidad (Nivel 4)	20% hasta \$250	20% hasta \$250	20% hasta \$250



	Blue Shield of California <u>Platinum Access+ HMO 0/30 OffEx</u>	Blue Shield of California <u>Gold Access+ HMO 500/35 OffEx</u>	Blue Shield of California <u>Gold Trio HMO 1000/35 OffEx</u>
Pedido por correo: suministro para 90 días	\$10 / \$50 / \$60 /20% hasta \$500	\$30 / \$100 / \$140 /20% hasta \$500	\$30 / \$80 / \$120 /20% hasta \$500



Plan Médico PPO

Blue Shield of California | [Gold Full PPO 0/35 OffEx](#)

Plan explicación

Full PPO Network, la más grande de Blue Shield en California y ofrece costos de bolsillo más bajos cuando se utilizan proveedores dentro de la red, permite el acceso a atención fuera de la red a tarifas más altas, no requiere derivaciones de especialistas, incluye cobertura a nivel nacional a través del Programa BlueCard® y brinda flexibilidad para elegir proveedores con ahorros adicionales al permanecer en la red.

DEDUCIBLE	EN RED	FUERA DE RED
Soltero	\$0	\$1,000
Familia	\$0	\$2,000
Miembro % después del deducible	Ninguno	40%
MÁXIMO DE BOLSILLO		
Soltero	\$7,900	\$15,800
Familia	\$15,800	\$31,600
SERVICIOS DE USO COMÚN		
Visita al consultorio del médico de atención primaria	copago de \$35	40% después del deducible
Visita a la oficina especializada	copago de \$60	40% después del deducible
Atención urgente	copago de \$35	40% después del deducible
Sala de Emergencias (renuncia si es admitida)	\$250/visita más 30%	\$250/visita más 30%
ATENCIÓN PREVENTIVA		
Servicios Preventivos	Sin cargo	No cubierto
GASTOS MÉDICOS MAYORES		
Cirugía Ambulatoria	Ambulatorio: 30% / Hospital: \$150 + 30% después del deducible	40% después del deducible
Hospitalización/Cirugía de Pacientes Hospitalizados	30% después del deducible	40% después del deducible
tomografía computarizada, tomografía computarizada, resonancia magnética	Hospital: 30% / Radiología: \$100 + 30% después del deducible	40% después del deducible
Parto Hospitalario Recién Nacido	30% después del deducible	40% después del deducible
Genérico (Nivel 1)	copago de \$25	No cubierto
Nombre de la marca (Nivel 2)	copago de \$50	No cubierto
No Preferido (Nivel 3)	copago de \$70	No cubierto
Especialidad (Nivel 4)	30% hasta \$250	No cubierto
Pedido por correo: suministro para 90 días	\$50 / \$100 / \$140 /30% hasta \$500	No cubierto



Plan DHMO dental

Blue Shield | DHMO

Plan explicación

Blue Shield Dental ofrece un plan integral de DHMO con cobertura de Ortodoncia. El plan DHMO tiene un calendario de copagos establecido para cada tratamiento cubierto por el plan. El cronograma de cargos al paciente se aplica a los dentistas generales y especialistas de la red cuando se realiza una derivación autorizada adecuada a un dentista especializado de la red, como un cirujano oral, periodoncista y endodoncista. Autorización previa para todas las especialidades excepto dentista pediátrico. Meissner Mfg. Co., Inc. paga el 100% de su prima inscrita por la cobertura dental exclusiva para empleados de DHMO si elige esta cobertura.

MÁXIMO QUE PAGARÁ EL TRANSPORTISTA

Máximo Anual	Ilimitado
--------------	-----------

FRECUENCIAS

Limpieza	Una vez cada 6 meses
Examen	Una vez cada 6 meses

COBERTURA DENTAL

Limpiaciones	0%
Exámenes	0%
Rayos X	0%
Selladores	0%
Rellenos	Los copagos varían
Extracciones simples	Los copagos varían
Canal raíz	Los copagos varían
Enfermedad de las encías periodontales	Los copagos varían
Cirugía bucal	Los copagos varían
Coronas	Los copagos varían
Ortodoncia (adultos y niños)	\$1,500 / \$1,200
Edad máxima de ortodoncia	Los dependientes están cubiertos hasta los 26 años

PRIMA POR CHEQUE DE PAGO

Sólo empleado	\$0.00
Empleado + Cónyuge	\$10.62
Empleado + Hijo(s)	\$14.12
Familia	\$21.18



Plan DPPO Dental

Blue Shield | Bronze DPPO 1500-MAC

Plan explicación

¡La salud bucal es esencial para la salud total! El plan DPPO le brinda libertad de elección entre los dentistas de los que recibe atención. Maximizará sus beneficios si elige un dentista que participe en la red Blue Shield PPO, ya que esos dentistas aceptaron tarifas reducidas y no se le cobrará más de su parte esperada de la factura. La siguiente mejor opción sería elegir un dentista de la red Blue Shield –, sus descuentos no son tan profundos, pero le ofrecen ahorros en comparación con el uso de dentistas fuera de la red, quienes pueden facturarle todos los cargos sobre el cargo máximo permitido del plan por el atención dental que recibe.

DEDUCIBLE	EN RED		FUERA DE RED	
Soltero	\$50		\$50	
Familia	\$150		\$150	
MÁXIMO QUE PAGARÁ EL TRANSPORTISTA				
Máximo Anual	\$1,500		\$1,500	
FRECUENCIAS				
Limpieza	Una vez cada 6 meses			
Examen	Una vez cada 6 meses			
COBERTURA DENTAL				
Limpiaciones	0%		20%	
Exámenes	0%		20%	
Rayos X	0%		20%	
Selladores	0%		20%	
Rellenos	20%		40%	
Extracciones simples	20%		40%	
Canal raíz	20%		40%	
Enfermedad de las encías periodontales	20%		40%	
Cirugía bucal	50%		50%	
Coronas	50%		50%	
Dentaduras dentales	50%		50%	
Puentes	50%		50%	
Implantes	50%		50%	
Ortodoncia	No cubierto		No cubierto	
EXPLICACIÓN FUERA DE LA RED				
	Su compañía de seguros le pagará al dentista fuera de la red la misma tarifa que le paga a un dentista dentro de la red, lo que puede resultar en una factura de saldo.			
PRIMA POR CHEQUE DE PAGO				
Sólo empleado			\$6.18	
Empleado + Cónyuge			\$22.89	
Empleado + Hijo(s)			\$31.25	
Familia			\$46.29	



Plan de Visión

EyeMed | [Vision](#)

Plan explicación

El plan de visión EyeMed ofrece atención oftalmológica experta y acceso a lentes y monturas de alta calidad a través de una amplia red de profesionales ópticos. Disfrutará de mayores beneficios cuando elija proveedores dentro de la red. Pero la cobertura de su visión va más allá de que copays—it está repleta de valor. Los miembros ahorran un promedio del 71% en los precios minoristas y las ofertas especiales exclusivas amplían aún más sus beneficios.

¡¡NUEVO!! Manténgase informado con recursos útiles y alertas de texto diseñadas para que el uso de sus beneficios sea fluido y sencillo. Además, puede ahorrar aún más en proveedores selectos de "PLUS" dentro de la red que ofrecen valor agregado además de sus beneficios estándar. Estos incluyen nombres confiables como LensCrafters, Pearle Vision, Target Optical y Independent Provider Network.

COBERTURA DE VISIÓN		EN RED	FUERA DE RED
Examen ocular	\$0 copago PLUS Proveedor/No Plus Proveedor \$10 copago		Hasta \$49
Lente de visión única	\$10		Hasta \$35
Lente bifocal forrada	\$10		Hasta \$49
Lente Trifocal Forrada	\$10		Hasta \$74
Asignación de lentes de contacto	Proveedor PLUS\$165 / Proveedor no Plus \$115 subsidio y luego 15% de descuento		Hasta \$92
Asignación marco	Proveedor PLUS \$150 / Proveedor no Plus \$100 de asignación y luego 20% de descuento		Hasta \$70
FRECUENCIAS			
Frecuencia del examen	Una vez cada 12 meses		
Frecuencia de lente	Una vez cada 12 meses		
Frecuencia del marco	Una vez cada 12 meses		
EXPLICACIÓN FUERA DE LA RED			
	Si bien recibirá un reembolso cuando visite un proveedor fuera de la red, no es necesario que presente el reclamo por usted.		

PRIMA POR CHEQUE DE PAGO

Sólo empleado	\$5.40
Empleado + 1	\$10.21
Empleado + 2 o más	\$14.97

eye
Med

Vida remunerada del empleador y AD&D

Mutual of Omaha | Life and AD&D

Plan explicación

Meissner Mfg. Co., Inc. le proporciona automáticamente vida básica y muerte y desmembramiento accidental (AD&D) sin costo alguno para usted, incluso si decide renunciar a la cobertura médica y dental.

BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA

Cobertura de seguro de vida	Se proporcionará a su beneficiario un beneficio por un monto de 1 vez su salario anual hasta un máximo de \$200,000 en caso de su fallecimiento.
Muerte accidental y desmembramiento	Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) es un beneficio adicional que usted o su beneficiario recibirán en caso de que sea desmembrado o fallezca debido a un accidente o desmembramiento. Esta cantidad equivale a la cantidad de seguro de vida que ha elegido.
Calendario de reducción de edad	Sus beneficios se reducirán después de haber alcanzado ciertas edades. Tendrá una reducción del 35% en los beneficios a los 65 años, una reducción del 50% a los 70 años y una reducción del 60% a los 75 años o más.
Beneficiario	El Beneficiario es la persona (o personas) que reciben el beneficio por fallecimiento de la compañía de seguros en caso de su fallecimiento. Asegúrese de mantener esto actualizado en todo momento con su empleador o departamento de recursos humanos.



Planes de Discapacidad

Plan explicación

El reemplazo de ingresos por discapacidad a corto plazo (ETS) lo protege si queda temporalmente discapacitado debido a un accidente, enfermedad o embarazo. **Su empleador paga por esta cobertura**, ofrecido a través de Mutual of Omaha. La discapacidad a corto plazo trabaja con el Seguro Social y cualquier otra cobertura de discapacidad grupal para brindarle un beneficio semanal combinado. Consulte el portal de administración de beneficios para obtener detalles completos del plan.

El reemplazo de ingresos por discapacidad a largo plazo (LTD) lo protege si está discapacitado por un período prolongado. **Su empleador paga por esta cobertura**, ofrecido a través de Mutual of Omaha. Si queda total y permanentemente discapacitado, los beneficios comienzan 180 días después del inicio de su enfermedad o lesión. Long Term Disability trabaja con State Disability, Social Security y cualquier otra cobertura de discapacidad grupal para brindarle un beneficio mensual combinado.

Mutual of Omaha | Short Term Disability

BENEFICIOS DEL SEGURO DE ETS

¿Cómo define mi compañía de seguros la discapacidad?	Mutual of Omaha lo considera discapacitado si ha perdido 1 o más deberes materiales y sustanciales de su propia ocupación, Y ha perdido al menos el 20% de sus ingresos antes de la discapacidad debido a un accidente o enfermedad.
Beneficio semanal	Si ha perdido ingresos como resultado de una discapacidad, recibirá el 60% de sus ingresos antes de la discapacidad hasta el monto permitido. Monto máximo semanal, \$1,386.
¿Cuándo comienzan los beneficios? (Período de eliminación)	Si queda discapacitado, hay un período de eliminación antes de que se paguen los beneficios. Tus beneficios comienzan: El día 60 de su lesión incapacitante El día 60 de su enfermedad incapacitante
¿Cuánto tiempo pagan mis beneficios?	Tus beneficios te pagarán hasta por 17 semanas. Tenga en cuenta que los beneficios solo se pagarán mientras esté discapacitado y tenga una pérdida de ingresos.

Mutual of Omaha | Long Tern Disability

BENEFICIOS DEL SEGURO LTD

¿Cómo define mi compañía de seguros la discapacidad?	Mutual of Omaha lo considera discapacitado si ha perdido 1 o más deberes materiales y sustanciales de su propia ocupación, Y ha perdido al menos el 20% de sus ingresos antes de la discapacidad debido a un accidente o enfermedad.
Beneficio mensual	Si ha perdido ingresos como resultado de una discapacidad, recibirá el 60% de sus ingresos antes de la discapacidad hasta el monto permitido. Beneficio Mensual Máximo \$6,000.
¿Cuándo comienzan los beneficios? (Período de eliminación)	Sus beneficios comienzan al final de 180 días calendario después del inicio de su lesión o enfermedad incapacitante o de la fecha en que finaliza su discapacidad a corto plazo.

¿Cuánto tiempo pagan mis beneficios?

Si queda discapacitado antes de los 62 años, los beneficios se pagan hasta los 65 años, su edad normal de jubilación del Seguro Social o 3.5 años, lo que sea más largo. A los 62 años (y mayores), el período de prestación se basará en un calendario de duración reducida.



Servicios de valor agregado

Mutual of Omaha | Additional Benefits

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

Con el Programa de Asistencia al Empleado de Mutual of Omaha, puede obtener la ayuda que necesita para pasar menos tiempo preocupándose por los desafíos de su vida y poder volver a ser el trabajador productivo con el que cuenta su empleador para realizar el trabajo. **Disponible a todo cubierto empleados. Familia miembros son elegible independientemente de ubicación o relación.**

Online: www.mutualofomaha.com/eap/ o Peaje Gratis: 800,316.2796.

SERVICIOS PARA TÚ 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 cara a cara** sesiones de asesoramiento por hogar por número.

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

EN TODO EL MUNDO VIAJAR Y IDENTIFICACIÓN ROBO

El Programa Mundial de Asistencia en Viajes a través de Mutual of Omaha le brinda seguridad cuando se encuentra al menos a 100 millas de casa, ya sea que viaje por negocios o por placer.

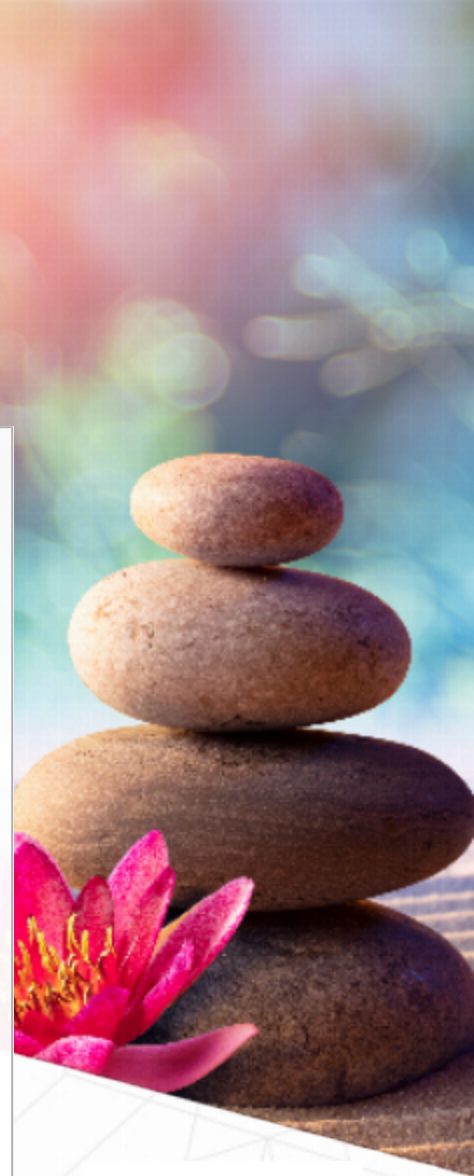
Mutual of Omaha también está disponible para ayudarlo mientras está fuera a localizar proveedores de atención médica y recetas, servicios de intérprete, transporte y repatriación de emergencia, y reemplazo de pasaportes o boletos de emergencia.

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

¡APRENDA SOBRE MEDICARE!

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

Nos hemos asociado con SGIA y trabajaremos con cualquier miembro para encontrar el mejor plan de atención médica disponible a través de Medicare. Proporcionarán 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 lparker@sgiain.com.

-



Beneficios en el lugar de trabajo

Aflac | Supplemental Benefits

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. Programa de beneficios de Co., Inc. Los planes de beneficios en el lugar de trabajo de AFLAC le permiten personalizar 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 sus familiares. **Si está interesado, comuníquese con AFLAC Stephanie Sanders al 661-702-9416 o envíe un correo electrónico stephanie_sanders@us.aflac.com para discutir qué planes se adaptan mejor a sus necesidades y presupuesto.**

SEGURO DE ACCIDENTES

El seguro contra accidentes está diseñado para ayudar a compensar gastos médicos inesperados, como tarifas de 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 de indemnización por confinamiento hospitalario individual 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 importantes.

SEGURO DE ENFERMEDAD CRÍTICA

El seguro de enfermedades críticas ayuda a complementar su cobertura médica principal al brindarle un beneficio de suma global que puede utilizar para ayudar a pagar los costos directos e indirectos relacionados con una enfermedad crítica cubierta.

DISCAPACIDAD DE CORTA DURACIÓN

Reemplaza una parte de sus ingresos para ayudar a llegar a fin de mes si está totalmente discapacitado debido a un accidente o enfermedad cubiertos. Esta cobertura te ayuda a mantener tu estilo de vida.

DENTAL - ESENCIALES

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

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 pagan directamente a usted a menos que especifique lo contrario
- Con la mayoría de los planes, puedes continuar con la cobertura cuando te jubiles o cambies de trabajo, sin aumento de primas
- Con la mayoría de los planes, recibe beneficios independientemente de cualquier otro seguro que pueda tener con otras compañías de seguros
- Las primas se deducen de la nómina para facilitar la administración



Planes para mascotas

Pets Best Solutions | Total Pet Discount Plan & Wishbone Insurance

Plan explicación

Tus mascotas son familia: protégelas así

Sabemos que sus mascotas son más que simples compañeras: son miembros queridos de su hogar. Su salud y su felicidad son muy importantes, por eso ofrecemos dos Planes para Mascotas personalizados para ayudarte a cuidarlas con confianza y facilidad.

1. **Plan Total Pet** - Membresía solo con descuento

Perfecto para padres de mascotas que desean ahorros diarios sin el compromiso de un seguro tradicional. Mascota soltera: Premium por cheque de pago \$5.42 y mascotas ilimitadas \$8.54.

Beneficiile includ: Descuentos en visitas veterinarias de rutina y exámenes de bienestar, precios reducidos en vacunas, limpiezas dentales y servicios de esterilización/castración, ahorros en recetas, prevención de pulgas/ticks y alimentos para mascotas, acceso a una red nacional de veterinarios participantes y proveedores de cuidado de mascotas, sin deducibles, sin reclamaciones, solo ahorros instantáneos.

Este plan es ideal para gestionar los gastos regulares de cuidado de mascotas mientras mantiene su presupuesto bajo control.

Visita <https://www.petbenefits.com/land/meissnermfg> para más información.

2. **Seguro para mascotas Wishbone** - Verdadera cobertura de seguro

Este es un verdadero seguro para su mascota. ¿Busca maximizar sus ahorros con una cobertura integral de seguro para mascotas por accidentes y enfermedades? Con un reembolso del 90%, un deducible anual bajo y complementos de bienestar opcionales, Wishbone Pet Insurance lo ayuda a usted y a sus mascotas a disfrutar de una vida bien vivida.

Los beneficios incluyen Cobertura por accidentes, enfermedades, cirugías y atención de emergencia, así como reembolso por diagnósticos, medicamentos y visitas a especialistas. Planes personalizables que se adaptan a la edad, raza y necesidades de salud de su mascota (opciones de reembolso flexibles y opciones deducibles anuales) Cobertura para perros y gatos de todas las edades.

Wishbone ofrece tranquilidad cuando la vida te lanza una bola curva, porque la salud de tu mascota no debería ser una carga financiera. Wishbone también viene con una etiqueta de identificación de mascota duradera, servicios de recuperación de mascotas perdidas y telesalud gratuita para mascotas las 24 horas, los 7 días de la semana. Utilice el siguiente enlace para obtener una cotización e inscribirse. **Las tarifas se basan en la raza, la edad y el código postal. Ver precios disponibles en** [Ver precios disponibles en https://www.petbenefits.com/land/meissnermfg](https://www.petbenefits.com/land/meissnermfg)

Ya sea que esté buscando ahorros simples o protección total, tenemos un plan que se adapta a su estilo de vida y a las necesidades de su mascota.



**pet
benefit
solutions**

Protección de identidad

Allstate | Identity Protection Privacy Armor Plus

Plan explicación

Proteja su identidad de violaciones de datos con Privacy Armor Plus de Allstate Identity Protection. Este beneficio le ayuda a salvaguardar sus finanzas, reputación y crédito contra robos y abusos con herramientas únicas y monitoreo proactivo.

BENEFICIO POR ROBO DE IDENTIFICACIÓN

Cobertura Máxima	\$2,000,000 de cobertura
Consulta de seguridad	Los participantes tienen acceso ilimitado a consultas con un LPI cuando tienen preguntas sobre una violación de datos reciente, un problema relacionado con la identidad o cualquier otra inquietud, como recibir un correo electrónico o llamada telefónica sospechosa, notificación de un cambio en su informe crediticio o inquietudes sobre la protección proactiva de su información personal. Un participante no tiene que ser víctima de robo de identidad para aprovechar los servicios de consulta.
Vigilancia de la web oscura	Comprehensive Dark Web Monitoring proporciona un amplio seguimiento de la información de identificación personal (PII) del participante en la Dark Web, una serie de sitios web del mercado negro donde los delincuentes compran información personal.
Monitoreo de crédito	Su crédito se monitorea continuamente con las 3 agencias de crédito (Experian, Equifax y Transunion).
Alertas de consulta de crédito	Las alertas de consultas de crédito duras monitorean continuamente el informe de crédito Experian de un participante para detectar nuevas consultas difíciles y activan notificaciones al participante en tiempo real, cuando la consulta la realiza el acreedor. La alerta se activa cuando un participante, o alguien que usa su PII, completa una solicitud que incluye una verificación de crédito, como cuando solicita un préstamo, hipoteca o tarjeta de crédito.
Cobertura VPN	La cobertura VPN protege su privacidad y seguridad en línea al enmascarar su dirección IP.
Monitoreo de redes sociales	Sus plataformas de redes sociales más populares son monitoreadas: Facebook, LinkedIn, Twitter e Instagram para obtener información que pueda poner en riesgo la privacidad de los participantes, como dirección particular, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento y número de Seguro Social. Además, los participantes son alertados sobre riesgos para la reputación dentro de sus fuentes de contenido, como casos de lenguaje vulgar, dañino o amenazante y/o sexual, referencias a drogas y alcohol y lenguaje discriminatorio.
¿Quién es elegible?	Usted, su cónyuge e hijos son elegibles para esta línea de cobertura.

PRIMA POR CHEQUE DE PAGO

Sólo empleado	\$4.59
Familia	\$8.28

NUEVOS beneficios legales

Legal Shield | Legal Benefits

Plan explicación

El Beneficio de Servicios Legales se brinda para ayudarlo cuando surgen preguntas o situaciones legales inesperadas. Ya sean asuntos familiares, preparación de testamentos, consultas 24 horas al día, 7 días a la semana o servicios de auditoría del IRS, el beneficio de servicios legales puede ofrecerle tranquilidad.

BENEFICIO DE SERVICIOS LEGALES

Asesoramiento y Consulta General	Este servicio incluye Consultas Telefónicas, Investigación Jurídica, Visitas a Oficinas y cartas de demanda de terceros a un profesional del derecho.
Testamentos y planificación patrimonial	Este servicio incluye asistencia con testamentos, testamentos vitales, fideicomisos, poderes y sucesiones.
Asistencia por robo de identidad	Este servicio cubre asesoramiento, consulta y revisión de documentos sobre posibles acciones de acreedores contra las personas cubiertas como resultado del robo de identidad. Esto incluye los servicios legales del bufete de abogados proveedor según sea necesario para contactar a acreedores, agencias de crédito e instituciones financieras.
Cambio de nombre indiscutible	Este servicio cubre asesoramiento, consulta, preparación de documentos y alegatos y representación en audiencias judiciales para un cambio de nombre legal de una persona cubierta.
Adopción indiscutible	Este servicio cubre asesoramiento, consulta, revisión de documentos y representación para la adopción de un menor en los Estados Unidos para el participante o cónyuge. Este servicio cubre asesoramiento, revisión de documentos y representación para una determinación legal de paternidad en los Estados Unidos para el participante o cónyuge.
Separación/divorcio indiscutible	Este servicio cubre asesoramiento, consulta, preparación, revisión de documentos y representación judicial de hasta veinte horas, para el divorcio, separación o nulidad impugnado del participante. Si el divorcio, la separación o la anulación no son impugnados y todas las cuestiones son acordadas por escrito por las partes, el tiempo del abogado se paga en su totalidad.
Infracciones de tráfico en movimiento no penales	Este servicio cubre asesoramiento, consulta, negociación, revisión de documentos y representación de la persona cubierta ante el tribunal por todos los delitos menores e infracciones de tránsito no penales.

Servicios de auditoría del IRS

Este servicio cubre el asesoramiento, consulta y representación de la persona cubierta cuando cualquier autoridad tributaria federal, estatal o local le notifique por escrito una auditoría, investigación o examen de su declaración de impuestos. Estos servicios incluyen una solicitud por escrito para presentarse en las oficinas de una autoridad tributaria federal, estatal o local sobre su declaración de impuestos.

PRIMA POR CHEQUE DE PAGO DEL EMPLEADO

Sólo empleado	\$11.52
Familia	\$11.52

Medical Rates

Gold 500/35 - Access+ HMO		Platinum 0/30 - Access+ HMO		Gold 1000/35 - Trio HMO		Platinum 0/30 - Trio HMO		Gold 0/35 - Full PPO	
Age	Rates	Age	Rates	Age	Rates	Age	Rates	Age	Rates
0-14	\$383.26	0-14	\$412.36	0-14	\$324.64	0-14	\$356.75	0-14	\$459.11
15	\$417.33	15	\$449.02	15	\$353.49	15	\$388.46	15	\$499.92
16	\$430.36	16	\$463.03	16	\$364.53	16	\$400.59	16	\$515.53
17	\$443.38	17	\$477.05	17	\$375.56	17	\$412.71	17	\$531.13
18	\$457.41	18	\$492.14	18	\$387.44	18	\$425.77	18	\$547.94
19	\$471.44	19	\$507.24	19	\$399.33	19	\$438.83	19	\$564.74
20	\$485.97	20	\$522.87	20	\$411.63	20	\$452.35	20	\$582.15
21	\$501.00	21	\$539.04	21	\$424.36	21	\$466.34	21	\$600.15
22	\$501.00	22	\$539.04	22	\$424.36	22	\$466.34	22	\$600.15
23	\$501.00	23	\$539.04	23	\$424.36	23	\$466.34	23	\$600.15
24	\$501.00	24	\$539.04	24	\$424.36	24	\$466.34	24	\$600.15
25	\$503.00	25	\$541.19	25	\$426.06	25	\$468.21	25	\$602.55
26	\$513.02	26	\$551.98	26	\$434.55	26	\$477.53	26	\$614.55
27	\$525.05	27	\$564.91	27	\$444.73	27	\$488.73	27	\$628.96
28	\$544.58	28	\$585.93	28	\$461.28	28	\$506.91	28	\$652.36
29	\$560.62	29	\$603.18	29	\$474.86	29	\$521.84	29	\$671.57
30	\$568.63	30	\$611.81	30	\$481.65	30	\$529.30	30	\$681.17
31	\$580.66	31	\$624.75	31	\$491.84	31	\$540.49	31	\$695.57
32	\$592.68	32	\$637.68	32	\$502.02	32	\$551.68	32	\$709.98
33	\$600.20	33	\$645.77	33	\$508.39	33	\$558.68	33	\$718.98
34	\$608.21	34	\$654.39	34	\$515.18	34	\$566.14	34	\$728.58
35	\$612.22	35	\$658.70	35	\$518.57	35	\$569.87	35	\$733.38
36	\$616.23	36	\$663.02	36	\$521.97	36	\$573.60	36	\$738.18
37	\$620.24	37	\$667.33	37	\$525.36	37	\$577.33	37	\$742.99
38	\$624.24	38	\$671.64	38	\$528.76	38	\$581.06	38	\$747.79
39	\$632.26	39	\$680.27	39	\$535.55	39	\$588.52	39	\$757.39
40	\$640.28	40	\$688.89	40	\$542.34	40	\$595.99	40	\$766.99
41	\$652.30	41	\$701.83	41	\$552.52	41	\$607.18	41	\$781.39
42	\$663.82	42	\$714.23	42	\$562.28	42	\$617.90	42	\$795.20
43	\$679.85	43	\$731.48	43	\$575.86	43	\$632.83	43	\$814.40
44	\$699.89	44	\$753.04	44	\$592.84	44	\$651.48	44	\$838.41
45	\$723.44	45	\$778.37	45	\$612.78	45	\$673.40	45	\$866.62
46	\$751.50	46	\$808.56	46	\$636.55	46	\$699.51	46	\$900.22
47	\$783.06	47	\$842.52	47	\$663.28	47	\$728.89	47	\$938.03
48	\$819.13	48	\$881.33	48	\$693.83	48	\$762.47	48	\$981.24
49	\$854.70	49	\$919.60	49	\$723.96	49	\$795.58	49	\$1,023.86
50	\$894.78	50	\$962.72	50	\$757.91	50	\$832.89	50	\$1,071.87
51	\$934.36	51	\$1,005.31	51	\$791.44	51	\$869.73	51	\$1,119.28
52	\$977.95	52	\$1,052.20	52	\$828.36	52	\$910.30	52	\$1,171.49
53	\$1,022.04	53	\$1,099.64	53	\$865.70	53	\$951.34	53	\$1,224.31
54	\$1,069.63	54	\$1,150.85	54	\$906.02	54	\$995.64	54	\$1,281.32
55	\$1,117.23	55	\$1,202.06	55	\$946.33	55	\$1,039.94	55	\$1,338.33
56	\$1,168.83	56	\$1,257.58	56	\$990.04	56	\$1,087.98	56	\$1,400.15
57	\$1,220.93	57	\$1,313.64	57	\$1,034.17	57	\$1,136.48	57	\$1,462.56
58	\$1,276.54	58	\$1,373.47	58	\$1,081.28	58	\$1,188.24	58	\$1,529.18
59	\$1,304.10	59	\$1,403.12	59	\$1,104.62	59	\$1,213.89	59	\$1,562.19
60	\$1,359.71	60	\$1,462.95	60	\$1,151.72	60	\$1,265.65	60	\$1,628.81
61	\$1,407.80	61	\$1,514.70	61	\$1,192.46	61	\$1,310.42	61	\$1,686.42
62	\$1,439.37	62	\$1,548.66	62	\$1,219.20	62	\$1,339.80	62	\$1,724.23
63	\$1,478.95	63	\$1,591.24	63	\$1,252.72	63	\$1,376.64	63	\$1,771.64
64-99	\$1,502.99	64-99	\$1,617.11	64-99	\$1,273.08	64-99	\$1,399.02	64-99	\$1,800.45

Contactos de empleados

Blue Shield of California

Medical & Dental

Plan# W00532151

HMO 888.319.5999 / PPO 888.256.3650

/ DPPO 888.702.4171

www.blueshieldca.com/en/home

Mutual Of Ohama Life,

Disability & EAP

Plan# G00AIU9

800.877.5176 / EAP 800.316.2796

www.mutualofomaha.com/

www.mutualofomaha.com/eap/

Pet Benefit Solutions

Plan# 4497

888. 913.7387

www.petbenefits.com/land/meissnermfg

LegalShield

833. 690.6121

www.legalshield.com/contact

EyeMed Vision

Plan# 9692773

866.723.0513

www.eyemed.com/en-us

Aflac Supplemental Benefits

Plan# 282417

661.702-9416 / Claims 800.992.3522

www.aflac.com/

Allstate Identity Theft

Plan # 5612

800.789.2720

www.allstateidentityprotection.com/

Exclusive Discounts And Savings

<https://libertydiscountmarketplace.benefithub.com/app/discounts/home>



Términos y definiciones de seguros

PPO (ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS)

Una PPO es un tipo de red de seguros. En este tipo de red, puede optar por obtener atención dentro o fuera de su red. Si elige visitar un proveedor "preferido" o "dentro de la red" de Blue Shield, su gasto de bolsillo será significativamente menor que si visita un proveedor fuera de su red. La razón de esto es que el proveedor dentro de la red acepta aceptar tarifas fijas y contratadas como pago total por sus servicios a cambio de ser parte de la red de Proveedores Preferidos de la compañía de seguros.

HMO (ORGANIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD)

Una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) es una red de proveedores médicos que trabajan juntos para ayudar a mantener bajos los costos de atención médica. El plan HMO de Blue Shield ofrece cobertura únicamente dentro de la red, lo que significa que debe utilizar médicos, especialistas y hospitales contratados para recibir beneficios. Estos proveedores han acordado establecer tarifas y manejarán y enviarán sus reclamos de beneficios por usted. Como parte del plan, deberá elegir un Médico de Atención Primaria (PCP) o un IPA/Grupo Médico, quien coordinará su atención y brindará derivaciones cuando sea necesario.

DEDUCIBLE

El monto que paga antes de que la compañía de seguros comience a compartir los gastos de su atención médica. Se aplican gastos médicos importantes al deducible, como cirugías hospitalarias/externa, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, etc...

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Su médico de atención primaria (PCP) es el médico que elige del directorio de proveedores para que le sirva como su principal punto de contacto para todas las necesidades médicas. Siempre que necesite atención, incluso en emergencias, si puede, su PCP debería ser su primera llamada. Evaluarán su situación, le brindarán tratamiento dentro de su consultorio o lo derivarán a un especialista adecuado. Si es necesaria la hospitalización, su PCP ayudará a coordinar su atención durante su estadía.

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS INDEPENDIENTES' (IPA O GRUPO MÉDICO)

Una Asociación de Médicos Independientes (IPA), también conocida como Grupo Médico, funciona de manera similar a un Médico de Atención Primaria (PCP). En lugar de seleccionar un solo médico, obtiene acceso a un grupo de médicos que administran colectivamente su atención médica. Se aplican los mismos requisitos al elegir una IPA que al seleccionar un PCP. Para citas, derivaciones e incluso emergencias (cuando sea posible), se comunicará con el consultorio principal del grupo médico para coordinar su atención.

PERIODO DEDUCIBLE

Este es el período de 12 meses en el que se acumulan todos los gastos médicos que se aplicarían a su deducible. Su deducible se restablecerá una vez finalizado este período. Es importante tener en cuenta este período de tiempo, porque no siempre se alinea con el año de su plan.

COASEGURO

Una vez que haya alcanzado su deducible del año, la compañía de seguros dividirá el saldo del gasto médico principal con usted. Pagan un porcentaje y usted paga un porcentaje de sus gastos médicos hasta que haya alcanzado su máximo de bolsillo

MÁXIMO DE BOLSILLO

Este es el monto máximo que pagará por los gastos médicos cubiertos durante su período deducible

COPAGA

Esta es una cantidad fija en dólares que paga cuando recibe atención médica de un PCP, especialista, atención de urgencia, sala de emergencias o farmacia. Se llama CO-pay porque usted paga el monto en dólares establecido y su compañía de seguros paga el resto del cargo real al médico/instalación. Los copagos NO se aplican al deducible

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Comúnmente conocido como "EOB". El EOB es un documento muy útil ya que explica cómo la compañía de seguros procesó su reclamo. Muestra los cargos facturados por parte del proveedor, el descuento de red aplicado y cuál es la Tarifa Negociada resultante. (Cargo de Proveedor - Descuento de Red = Tarifa Negociada) También muestra si el servicio se aplicó a su deducible o se pagó como copago. No es una factura, sino simplemente una explicación de cómo la compañía de seguros pagó su reclamo.



Aviso especial de inscripción

Si usted está disminuyendo la matrícula para usted o sus familiares a cargo (incluido su cónyuge) debido a otros seguros de salud o cobertura del plan de salud de grupo, usted puede podrá inscribirse a usted mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir hacia la otra cobertura de su o sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de 30 después de que finalice la cobertura de sus familiares o dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede ser capaz de inscribirse a usted mismo y a sus familiares. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en el 30 después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación para la adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, contacte con Christine M. Schaeffer, President, 818.678.0400 ext. 104, christine@meissnermfg.com.

Modelo de Protección del Paciente

Para los planes y emisores que requieran o permitan la designación de proveedores de atención primaria por los participantes o beneficiarios, añádase:

Blue Shield HMO generalmente REQUIERE la designación de un proveedor de atención primaria. Tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestro red y quién está disponible para aceptar a usted o a sus familiares. Hasta que haga esta designación, el plan de salud del grupo te designa uno. Para información sobre cómo seleccionar a un proveedor de atención primaria, y para una lista de los participantes de los proveedores de atención primaria, contacte con Christine M. Schaeffer, President, 818.678.0400 ext. 104, christine@meissnermfg.com.

Para los planes y emisores que requieran o permitan la designación de un proveedor de atención primaria para un niño, añádase: Para los niños, usted puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

los planes y emisores que proporcionen cobertura para la atención obstétrica o ginecológica y requieran la designación por un participante o beneficiario de un proveedor de atención primaria, añádase: No necesita autorización previa de [nombre del plan de salud grupal o emisor] o de cualquier otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud en nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, el profesional sanitario puede estar obligado a cumplir determinados procedimientos, incluyendo la obtención de autorización previa para determinados servicios, siguiendo un plan de tratamiento previo aprobado, o procedimientos para hacer remisiones.

Para una lista de profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, contacte con Christine M. Schaeffer, President, 818.678.0400 ext. 104, christine@meissnermfg.com

Revelación de Actos de Recibido

Los planes de salud colectivos y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, de conformidad con la legislación federal, restringir las prestaciones para cualquier duración hospitalaria en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una sección cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor que asista a la madre o al recién nacido, previa consulta con la madre, descargar a la madre o a su recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según proceda). En cualquier caso, los planes y emisores no podrán exigir, de conformidad con la legislación federal, que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor de seguros para prescribir una duración de estancia no superior a 48 horas (o 96 horas).

Aviso de inscripción de WHCRA

Si usted ha tenido o va a tener una mastectomía, usted puede tener derecho a ciertas prestaciones en virtud de la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico que asiste y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en las que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir a Apariencia simétrica
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Estas prestaciones se concederán con arreglo a los mismos deducibles y coseguro aplicables a otras prestaciones médicas y quirúrgicas proporcionadas en el marco del presente plan. Por tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguro: [field-553].

Si desea más información sobre los beneficios de WHCRA, llame a su administrador de planes 818,678.0400 ext. 104

Aviso anual de WHCRA

¿Sabe usted que su plan, según lo exigido por la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de 1998, proporciona beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía incluyendo todas las etapas de la reconstrucción y la cirugía para lograr simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluyendo linfedema? Llame a su administrador de planes en 818,678.0400 ext. 104 para más información.

Nota general de los derechos de cobertura de continuidad de COBRA

(Para su utilización por planes de salud de un grupo de empleadores único)

**** Derechos de continuidad en virtud de COBRA ****

Introducción

Usted está recibiendo este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso tiene información importante sobre su derecho a hacerlo. La cobertura de la continuación de COBRA, que es una ampliación temporal de la cobertura en el marco del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuidad de COBRA, cuando puede estar disponible para usted y su familia, y lo que necesita hacer para proteger su derecho a conseguirlo.** Cuando usted se convierte en elegible para COBRA, usted también puede convertirse en elegible para otras opciones de cobertura que puedan costar menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a la cobertura de la continuación de la COBRA fue creado por una ley federal, la Ley de reconciliación presupuestaria consolidada de Omnibus de 1985 (COBRA). COBRA la cobertura de continuidad puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud en grupo terminaría de otro modo. Para más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y bajo la ley federal, usted debe revisar la descripción del Plan Resumen o contactar al Administrador del Plan.

Puede que tenga otras opciones disponibles cuando pierda cobertura de salud en grupo. Por ejemplo, usted puede ser elegible para comprar un plan individual a través de la Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, usted puede calificar para menores costos en sus primas mensuales y menores costos fuera de bolsillo. Además, usted puede calificar para un período especial de inscripción de 30 días para otro plan de salud de grupo para el que usted es elegible (como el de un cónyuge plan), aunque ese plan no acepte generalmente los estudiantes tardíos.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de la continuación de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando de otro modo terminaría debido a un evento de vida. Esto también se llama un “evento calificador”. Más adelante se enumeran en este anuncio los eventos específicos de calificación. Después de un evento calificado, la cobertura de continuación de COBRA debe ser ofrecida a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos a cargo podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura del Plan se pierde debido al evento calificado. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación de COBRA DEBE PAGAR para la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, usted se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Tus horas de trabajo se reducen, o
- Su empleo termina por cualquier otra razón que no sea su mala conducta.

Si usted es el cónyuge de un empleado, usted se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Tu esposa muere;
- Las horas de trabajo de su cónyuge se reducen;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier razón que no sea su mala conducta grave;
- Su cónyuge tiene derecho a prestaciones de Medicare (en la parte A, parte B, o ambas); o
- Usted se divorcia o legalmente separado de su cónyuge.

Sus hijos a cargo se convertirán en beneficiarios calificados si pierden cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- El padre-empleado muere;
- Se reducen las horas de trabajo del padre y el empleado;
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier razón que no sea su grave falta de conducta;
- El padre-empleado tiene derecho a prestaciones de Medicare (parte A, parte B, o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente, o
- El niño deja de ser elegible para recibir cobertura en virtud del Plan como “niño dependiente”.

Únicamente la coincidencia de RETIRES:

A veces, la presentación de un procedimiento en quiebra con arreglo al título 11 del Código de los Estados Unidos puede ser un evento calificado. Si se presenta un procedimiento en quiebra con respeto a Meissner Mfg Co dba UNICEL, y a esa quiebra se traduce en la pérdida de cobertura de cualquier empleado jubilado cubierto por el Plan, el empleado jubilado se convertirá en un titular beneficiario. El cónyuge jubilado, el cónyuge superviviente y los hijos a cargo también se convertirán en beneficiarios calificados si la quiebra resulta en la pérdida su cobertura bajo el Plan.

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuidad de COBRA?

El Plan ofrecerá cobertura de continuidad de COBRA a los beneficiarios calificados solamente después de que se haya notificado al Administrador del Plan que se ha producido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos cualificativos:

- Finalización del empleo o reducción de las horas de trabajo;
- Muerte del empleado;
- Sólo cobertura del jubilado: inicio de un procedimiento de quiebra con respecto al empleador; o
- El empleado está teniendo derecho a prestaciones de Medicare (en la parte A, parte B, o ambas).

Para todos los demás eventos cualificativos (divorcio o separación legal del empleado y cónyuge o de la pérdida de elegibilidad de un hijo a cargo por hijo), debe notificar al Administrador del Plan dentro de una vez que se produzca el evento calificador. Debe proporcionar este aviso a: Meissner Mfg Co dba UNICEL.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba aviso de que se ha producido un evento de calificación, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los calificados beneficiarios. Cada beneficiario cualificado tendrá derecho independiente a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de la COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de la continuación de la COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de horas de trabajo. Algunos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, podrán permitir a un beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en que este período de 18 meses de cobertura de continuidad de COBRA puede ampliarse:

Prolongación de la discapacidad del período de 18 meses de cobertura de continuidad de COBRA

Si usted o cualquier persona de su familia cubierta por el Plan es determinado por el Seguro Social para ser discapacitado y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y su familia entera pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuidad de COBRA, durante un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del 60° día de la cobertura de continuidad de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de cobertura de continuidad de COBRA. [field-325]

Segunda prórroga de eventos admisibles de 18 meses de duración de la cobertura de continuación

Si su familia experimenta otro evento calificador durante los 18 meses de cobertura de continuidad de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, durante un máximo de 36 meses, si el Plan es debidamente notificado sobre el segundo evento calificador. Esta extensión puede estar a disposición del cónyuge y de cualquier hijo a cargo que reciba cobertura de continuación de COBRA si el empleado o ex empleado muere; tiene derecho a prestaciones de Medicare (en la parte A, parte B, o ambas); se divorcia o separa legalmente; o si el hijo a cargo deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo a cargo. Esta prórroga sólo está disponible si el segundo evento calificador hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiera cobertura en virtud del Plan si no hubiera ocurrido el primer evento calificador.

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

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicaid, [Programa de seguro médico para niños \(CHIP\)](#), u otras opciones de cobertura del plan de salud de grupo (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un “período especial de inscripción”. Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede aprender más sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

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

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un beneficio de 8-período de inscripción especial de un mes* para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, a partir del primero de los

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a que finalice la cobertura del plan de salud grupal basada en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la continuación de la cobertura COBRA, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y es posible que tenga un período sin cobertura. Si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura COBRA, el El plan puede cancelar su cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en o antes de la fecha de la elección COBRA, es posible que la cobertura COBRA no esté disponible. discontinuado debido al derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura COBRA.

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

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

* <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>

Si tienes preguntas

Las preguntas relativas a su Plan o a sus derechos de cobertura de continuidad de COBRA deben dirigirse a los contactos o contactos identificados a continuación. Para más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de seguridad de ingresos por jubilación de empleados (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de protección del paciente y atención asequible, y otras leyes que afectan a los planes de salud de grupo, contacten con la Oficina Regional o Distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados de los Estados Unidos (EBSA) en su área o visita www.dol.gov/ebsa. (Se pueden consultar las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de la EBSA Sitio web de la EBSA.) Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga su plan informado de los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, haga saber al Administrador del Plan cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador de Planes.

Planificar información de contacto

Christine M. Schaeffer, President, 818.678.0400 ext. 104, christine@meissnermfg.com

Cobertura del mercado de seguros médicos Opciones y su cobertura médica

PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura médica a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de seguros médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el Mercado de seguros médicos y la cobertura médica ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

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

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

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertos estándares de valor mínimo (se discute más adelante). Los ahorros para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura médica basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que sea considerado asequible para usted o que cumpla con los estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.02% de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.02% de los ingresos del hogar del empleado.

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores para determinar si compra un plan de salud a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La inscripción abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de inscripción abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de inscripción especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida que califican, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificado para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de inscripción especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de seguro médico para niños (CHIP) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la pandemia de COVID-19 a nivel nacional emergencia de salud pública, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanudan las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. ofrece un período temporal de inscripción especial del Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.

Personas elegibles para el mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de Medicaid o CHIP. cobertura dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. Eso significa que si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP. Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias. incluso si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede Solicite esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o su plan de salud basado en el empleo.

Alternatively, you can enroll in Medicaid or CHIP coverage at any time by filling out an application through the Marketplace or applying directly through your

state Medicaid agency. Visit <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> for more details.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte la descripción resumida del plan de su plan de salud o comuníquese con El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de seguros médicos en su área.

- 1. Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2024.
- 2. Un plan de salud patrocinado por el empleador u otro plan de salud basado en el empleo cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para las primas, para cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes internados.

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, le pedirán que proporcione esta información. Esta información está numerada para corresponder a la aplicación del Mercado.

3. Nombre del empleador Meissner Mfg Co dba UNICEL		4. Número de indentificación del empleador (EIN) 95-2308719
5. Dirección del empleador 21701 Prairie Street		6. Número de teléfono del empleador 818.678.0400 ext. 104
7. Ciudad Chatsworth	8. Estado CA	9. Zip Código 91311
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Christine M. Schaeffer, President, 818.678.0400 ext. 104, christine@meissnermfg.com		
11. Número de teléfono (Si es diferente del anterior) 818.678.0400 ext. 104		12. Dirección de correo electrónico christine@meissnermfg.com

Aquí hay información básica sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:

☐ Todos los empleados, empleados elegibles son:

☒ Algunos empleados, empleados elegibles son:

Usted es elegible para la mayoría de los planes de beneficios como Meissner Mfg. Co., Inc. Todos los asociados de tiempo completo que trabajan regularmente más de 24 horas por semana son elegibles.

- Con respecto a los dependientes:

☒ Ofrecemos cobertura, los dependientes elegibles son:

Su cónyuge legal o pareja de hecho. Sus hijos dependientes casados o solteros, independientemente de su condición de estudiante: Hasta el último día de su mes de cumpleaños a los 26 años (incluye hijastros, hijos adoptados legalmente, hijos colocados con usted en adopción e hijos adoptivos) Un hijo dependiente, independientemente de su edad, siempre que sea incapaz de mantenerse a sí mismo y dependa completamente de usted debido a una discapacidad física o mental como se indica en su declaración de impuestos federales y esté aprobado por su plan médico para continuar con la cobertura después de los 26 años

☐ No ofrecemos cobertura.

- ☒ Si se comprueba, esta cobertura cumple con el estándar mínimo de valor, y el coste de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, basado en los salarios de los empleados.

** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, usted puede ser elegible para un descuento de prima a través del Mercado. El Mercado utilizará su ingreso familiar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento de prima. Si, por ejemplo, su salario varía de semana a semana (quizás usted es un empleado por hora o trabaja en comisión), si usted está recién empleado a mediados de año, o si tiene otras pérdidas de ingresos, puede todavía tener un descuento de prima.

Aviso importante de Meissner Mfg Co dba UNICEL Sobre su cobertura de medicamentos para prescripción y Medicare

Por favor, lea este aviso cuidadosamente y manténgalo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Meissner Mfg Co dba UNICEL y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos 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. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones acerca de su cobertura de medicamentos recetados está al final de este aviso.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados Medicare se puso a disposición en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un Plan de Medicare Prescription Drug Plan o se une a un Plan de Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura para una prima mensual más elevada.
2. Meissner Mfg Co dba UNICEL ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Blue Shield es, en promedio, para todos los participantes en el plan, que se espera pagar tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y por lo tanto se considera Cobertura creditable. Debido a que su cobertura existente es Crédito Cobertura, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si más tarde decide unirse a un plan de drogas de Medicare.

¿Cuándo puedes unirte a un plan de medicamentos para Medicare?

Usted puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando usted se convierte en elegible por primera vez para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura de medicamentos recetados acreditables, por no culpa propia, también será elegible para un período especial de inscripción de dos (2) meses (SEP) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué pasa con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decides unirse a un plan de medicamentos de Medicare, tu corriente Meissner Mfg Co dba UNICEL cobertura NO LO SERÁ afectado. Meissner Mfg. Co., Inc. ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por los Planes Blue Shield, en promedio, para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Creditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura Creditable, puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare..

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y dejar caer su cobertura actual Meissner Mfg Co dba UNICEL tenga en cuenta que usted y sus dependientes NO LO SERÁ pueden recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará un premium superior (pena) para unirte a un plan de medicamentos medicare?

También debe saber que si usted cae o pierde su cobertura actual con Meissner Mfg Co dba UNICEL y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de 63 días continuos después de que su cobertura actual termine, usted puede pagar una prima más alta (una penalización) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Si usted va a 63 días continuos o más sin cobertura creditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede subir por lo menos un 1% de la prima por beneficiario de la base de Medicare por mes por cada mes que usted no tenía esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura creditable, su remium puede ser consistentemente al menos un 19% superior a la prima beneficiaria de la base de Medicare. Puede que tenga que pagar esta prima mayor (una penalización) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, puede que tenga que esperar hasta el octubre siguiente para unirse.

Para más información sobre esta nota o su cobertura actual de medicamentos para prescripción...

Contacte con la persona que figura a continuación para obtener más información. **NOTA:** Recibirás este aviso cada año. También lo obtendrá antes del próximo período usted puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Meissner Mfg Co dba UNICEL cambios. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos para prescripción de Medicare...

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados está en el manual "Medicare & You". Conseguirás una copia del manual el correo cada año de Medicare. También puede ser contactado directamente por los planes de drogas de Medicare.

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

- Visita www.medicare.gov
- Llame a su Programa de Asistencia del Seguro de Salud (vea la portada interior de su copia del manual "Medicare & You" para su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Recuerde: Mantenga este aviso de cobertura creditable. Si decide unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, puede ser necesario que le proporcione una copia de este aviso cuando se unan para mostrar si ha mantenido o no una cobertura creditable y, por lo tanto, si está obligado o no a pagar una prima más alta (apenalty).

Fecha: 01/12/2026

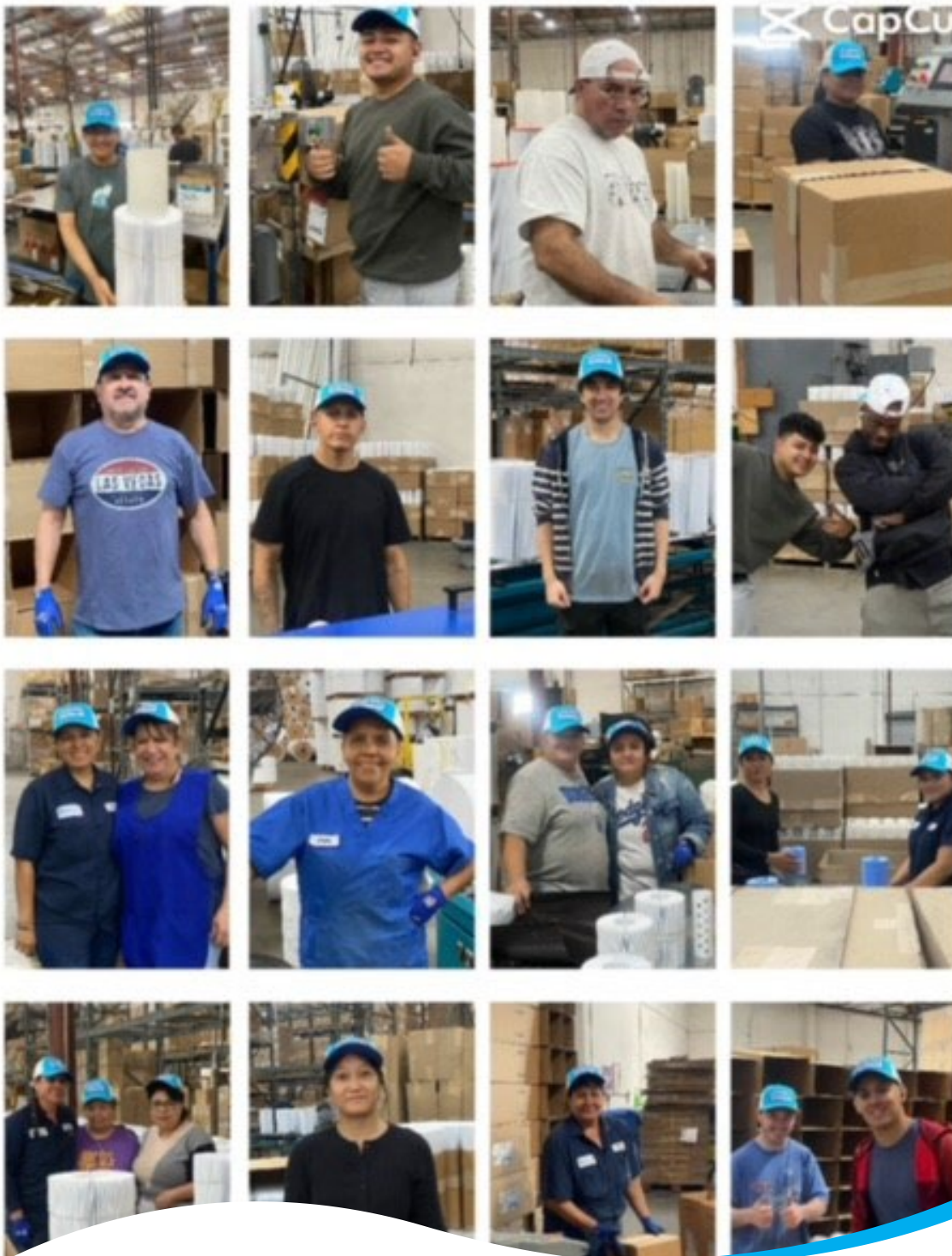
Nombre del Entidad/Sender: Meissner Mfg Co dba UNICEL

Contacto-Christine M. Schaeffer, President, 818.678.0400 ext. 104, christine@meissnermfg.com
Posición/Oficina: Presidente

Número de teléfono: 818,678.0400 ext. 104

Dirección: 21701 Prairie Street, Chatsworth, CA, 91311

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un control válido de la OMB. número. El número de control de la OMB válido para esta recolección de información es 0938-0990. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es promedio de 8 horas por respuesta inicialmente, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar el recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención de: Oficial de autorización de informes de PRA, parada de correo C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Unicef

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