



The Rasmussen Group, Inc.

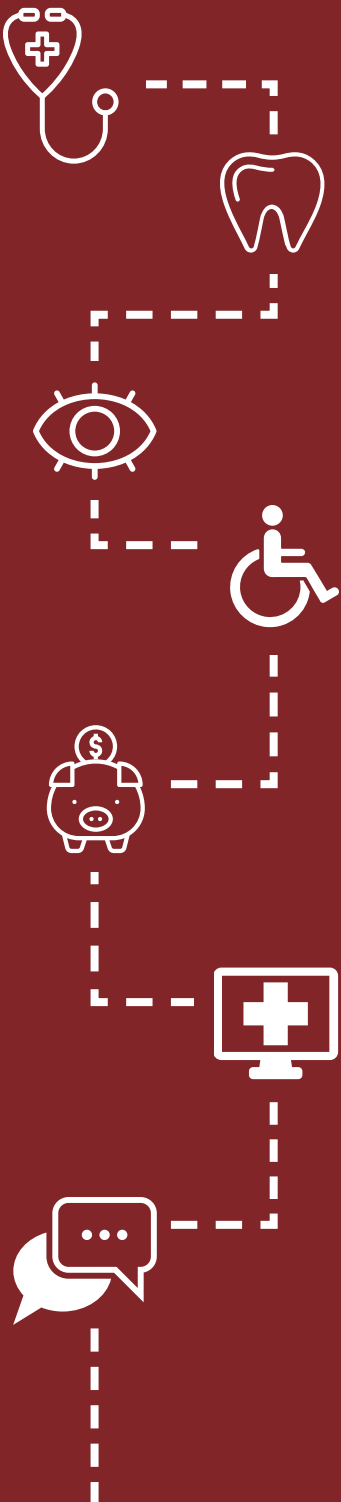
Guía de beneficios

2026

Los beneficios de Rasmussen Group

Cómo inscribirse para recibir los beneficios

Deberá inscribirse para recibir los beneficios 2026 a través de Paylocity:
<https://access.paylocity.com>



En The Rasmussen Group, Inc. (la Empresa), reconocemos el importante papel que desempeñan los beneficios en su vida y en la de su familia. Año tras año, nos esforzamos por ofrecer planes de beneficios que no solo le brinden una recompensa por su duro trabajo, sino también para que usted y su familia reciban protección en cuanto a la atención médica y de bienestar que sea integral y asequible.

Con esta guía de beneficios puede conocer los beneficios disponibles para usted como valioso empleado del Grupo Rasmussen. En esta guía también se ofrecen consejos útiles, herramientas y recursos para ayudarlo a analizar sus opciones y a tomar decisiones bien informadas con respecto a los beneficios. Como nuevo empleado y luego cada año durante la inscripción abierta, tendrá la oportunidad de hacer cambios en la elección de los beneficios.

Cuando esté por inscribirse, hágase las siguientes preguntas:

- ¿Qué cobertura de beneficios necesito yo o mi familia para el próximo año? Por ejemplo, ¿tiene el plan adecuado? ¿Su familia cuenta con protección financiera si usted no puede trabajar a causa de una enfermedad inesperada o un accidente?
- ¿Debería abrir una cuenta de ahorro para gastos médicos?
- ¿Aprovecho el aporte de la empresa al plan 401k?
- ¿Tengo en cuenta las opciones del plan 401k tradicional antes de impuestos y Roth después de impuestos?
- ¿Participo en otros beneficios opcionales de la empresa (como bienestar, cobertura del seguro de vida voluntario, discapacidad a corto plazo, etc.)?

Aprovechar al máximo los beneficios depende de su comprensión de nuestros planes y de cómo decida utilizarlos. Le recomendamos que dedique tiempo a informarse sobre las opciones y a elegir la mejor cobertura para usted y su familia.

Como siempre, gracias por todo lo que hace para que nuestra empresa sea exitosa.

Índice

3	Elegibilidad	12	Seguro de vida colectivo
4	Descripción general de los planes médico y de farmacia	13	Seguro de vida voluntario
5	Resumen de la cobertura de los planes médico y de farmacia	14	Accidentes y discapacidad a corto plazo
6	Aproveche su plan al máximo	15	Beneficios adicionales
7	Recursos del plan médico	16	Plan de retiro 401(k)
8	Cuenta de ahorro para gastos médicos	17	Información médica adicional
9	Cuentas de gastos flexibles	18	Aportes de los empleados 2026
10	Plan odontológico	19	Avisos importantes
11	Plan oftalmológico	27	Contactos



Los empleados a tiempo completo que trabajen 30 horas o más a la semana de forma constante tienen derecho a los beneficios que se indican en esta guía. Los empleados tienen derecho a los beneficios el primer día del mes siguiente a los 30 días posteriores a su fecha de contratación a tiempo completo.

Personas a cargo

Puede optar por inscribir a las personas a su cargo en los planes del seguro médico, dental, oftalmológico, de accidentes o de vida voluntario. La elegibilidad varía en función de la cobertura, por lo que le recomendamos que revise las disposiciones de la sección correspondiente de esta guía. Para la cobertura médica, odontológica y oftalmológica, las personas a cargo elegibles se enumeran a continuación:

- El cónyuge legal.
- Los hijos, independientemente de su estado civil, condición estudiantil, dependencia y residencia, hasta el final del mes en que cumplan 26 años.
- El hijo soltero que sea estudiante a tiempo completo y tenga cobertura del plan antes de los 26 años.
- Los hijos solteros de cualquier edad si tienen una discapacidad física o psíquica, que dependan totalmente de usted para su manutención y que estuvieran inscritos de forma continua en el plan médico actual antes de los 26 años.
- Los hijos que cuenten con la cobertura de una orden de manutención médica infantil calificada.

La empresa se reserva el derecho de auditar a las personas a su cargo para garantizar el cumplimiento de la definición de personas a cargo.

Cambios en los beneficios

Por lo general, solo puede elegir o modificar sus beneficios como nuevo empleado o durante el período anual de inscripción abierta. No obstante, puede modificar la elección de los beneficios durante el año si se produce un acontecimiento como:

- Matrimonio, divorcio o separación legal.
- Nacimiento o adopción de un niño.
- Pérdida o contratación de otra cobertura por parte del empleado o de la persona a cargo.
- Derecho a Medicare o Medicaid.

En caso de que se produzca un evento vital que califique, deberá informar al Departamento de Recursos Humanos de la empresa en un plazo de 30 días corridos desde que se produzca. La modificación de la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha del evento que califique.

Si no experimenta un acontecimiento que cumpla los requisitos, tendrá que esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta para realizar los cambios.

Descripción general de los planes médico y de farmacia

Ofrecemos la opción de tres planes médicos a través de Wellmark Blue Cross Blue Shield. Las tres opciones de plan médico incluyen cobertura para medicamentos con receta. Para seleccionar el plan que mejor se adapte a su familia, debe tener en cuenta las principales diferencias entre los planes, el costo de la cobertura (incluidas las deducciones de nómina) y la cobertura de los servicios del plan durante el año.

En la página siguiente encontrará un breve resumen para ayudarlo a elegir el plan adecuado. Para obtener información más detallada sobre qué cubre cada plan, puede descargar el Resumen de beneficios y cobertura a través de Paylocity.

Cómo entender el funcionamiento de los PLANES DE SALUD CON DEDUCIBLE ALTO



1. Su deducible

Usted paga la mayoría de los gastos médicos hasta alcanzar el deducible. Si decide abrir y mantener una cuenta de ahorro para gastos médicos (Health Savings Account, HSA), puede utilizarla para pagar estos gastos.



2. Su cobertura y el desembolso máximo

Cuando alcance el deducible anual, habrá alcanzado su desembolso máximo. El plan paga el 100 % de los gastos médicos y de farmacia cubiertos durante el resto del año calendario.

Cómo entender el funcionamiento del PLAN CON COPAGOS



1. Copagos

Usted paga una cantidad fija por determinados servicios que están cubiertos y se prestan en la consulta médica o por las recetas cubiertas que se expiden en la farmacia.



2. Su deducible

Por lo general, ante ciertos gastos cubiertos, en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria, usted paga por esos servicios hasta que alcance el deducible. Es posible que algunos servicios en la consulta del médico también se apliquen al deducible.



3. Su cobertura y el coseguro

Cuando haya alcanzado el deducible, usted y el plan comparten el costo de los gastos médicos cubiertos. Esto se denomina "coseguro". El plan pagará el 80 % de cada gasto que cumpla los requisitos, y usted pagará el resto hasta que alcance el desembolso máximo a cargo del paciente. Una vez más, esto suele aplicarse en un hospital o en un centro ambulatorio, pero puede ocurrir en la consulta médica.



4. Su desembolso máximo

Todos los importes en concepto de copagos, deducible o coseguro se incluyen en su desembolso máximo anual. Cuando alcance este máximo, el plan pagará el 100 % de los gastos médicos y de farmacia cubiertos durante el resto del año calendario. Si elige participar en el programa de Cuenta de gastos flexibles (FSA) durante la inscripción abierta, puede utilizar los fondos de la FSA que haya reservado para pagar los copagos, los importes deducibles y el coseguro.

Resumen de la cobertura médica y de farmacia

Beneficios médicos

Beneficios médicos	Plan con copagos (COPAY)		Plan de salud con deducible alto 1 (HDHP1)		Plan de salud con deducible alto 2 (HDHP2)	
	52 semanas	30 semanas	52 semanas	30 semanas	52 semanas	30 semanas
Deducciones semanales						
Solo el empleado	\$78.68	\$136.38	\$52.80	\$91.52	\$39.87	\$69.11
Empleado + Cónyuge	\$176.58	\$306.07	\$113.45	\$196.65	\$103.57	\$179.52
Empleado + Hijos	\$156.41	\$271.11	\$101.30	\$175.59	\$93.97	\$162.88
Familiar	\$199.79	\$346.30	\$121.56	\$210.70	\$107.11	\$185.66
Niveles de beneficios dentro de la red						
Deducible anual	\$2,000 por persona, no debe superar los \$4,000 si tiene cobertura para personas a cargo		\$3,000 solo por el empleado O \$6,000		\$6,000 por persona con cobertura, no debe superar los \$12,000	
Desembolso máximo anual (OPM)	\$4,500 por persona, no debe superar los \$9,000 si tiene cobertura para personas a cargo					
Atención médica preventiva	Con cobertura del 100 %		Con cobertura del 100 %		Con cobertura del 100 %	
Médicos a pedido (visita virtual)	Copago de \$35		\$0 para visitas primarias Consulte la página 7		\$0 para visitas primarias Consulte la página 7	
Visita en consultorio Atención médica de urgencia Visita al consultorio de salud mental/abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Copago de \$35		Todas las reclamaciones se aplican al deducible. No hay copagos. Cuando alcance el deducible, el plan paga el 100 %.		Todas las reclamaciones se aplican al deducible. No hay copagos. Cuando alcance el deducible, el plan paga el 100 %.	
Cirugía para pacientes hospitalizados/ambulatorios Sala de urgencias Laboratorios y radiografías Salud mental/abuso de sustancias para pacientes hospitalizados/ambulatorios (cargos del centro)	20 % después del deducible					
Recetas de farmacia ¹						
Niveles de recetas al por menor	\$10/\$50/\$80		Sin copago. Importe del monto descontado que se aplica al deducible		Sin copago. Importe del monto descontado que se aplica al deducible	
Recetas por correo	Suministro para 90 días por 2 copagos					
Niveles de recetas especializadas	\$100/\$150/\$300					
Aportes de la empresa a la HSA ²						
Solo el empleado	-		-		\$10.50	\$18.20
Empleado + Cónyuge	-		-		\$20.50	\$35.53
Empleado + Hijos	-		-		\$18.50	\$32.07
Familiar	-		-		\$26.00	\$45.07

¹Consulte la página 6 para obtener más información sobre los niveles de medicamentos con receta. Las recetas de especialidades deben expedirse a través de CVS Specialty Rx.

²Si un empleado reúne los requisitos para abrir una cuenta HSA con Fidelity, la empresa aportará esta cantidad por cada prima semanal de seguro médico que se retenga. Consulte la página 8 para obtener información importante sobre la HSA.

Aproveche su plan al máximo

Aprovechar su plan al máximo también depende de cómo lo entienda. Tenga en cuenta estas sugerencias importantes cuando utilice su plan.

- **Proveedores y farmacias dentro de la red:** Por lo general, pagará menos si acude a un proveedor que esté dentro de la red médica y farmacéutica.
- **Atención médica preventiva:** La atención médica preventiva dentro de la red se cubre al 100 % (sin costo para usted). La atención médica preventiva suele recibirse durante un examen físico anual e incluye algunas vacunas, pruebas de laboratorio, exámenes de detección y otros servicios destinados a prevenir enfermedades o detectar problemas antes de que note algún síntoma. Wellmark sigue las normas y directrices federales para determinar qué servicios se incluyen en esta categoría. Asegúrese de preguntar en el consultorio de su médico en el momento del servicio si presentarán la reclamación como Servicio preventivo.
- **Cobertura farmacéutica:** Los medicamentos se clasifican en categorías, denominadas niveles, en función del costo, la seguridad y la eficacia.

Estos niveles también influyen en la cobertura y el costo:

- **Nivel 1:** Por lo general, incluye medicamentos genéricos que ofrecen usos, dosis, potencia, calidad y rendimiento equivalentes a los de un medicamento de marca, pero que no lo son.
- **Nivel 2:** Suele incluir medicamentos de marca con patente y nombre comercial que se consideran “de preferencia” porque su uso es apropiado para fines médicos y, por lo general, son más económicos que otras opciones de marca.
- **Nivel 3:** Generalmente, se trata de un medicamento de marca con patente y nombre comercial, pero algunos genéricos de mayor precio que son únicos en dosis o tienen alternativas de precios mucho más bajos también pueden estar en este nivel.
- **Especialidad:** Un medicamento que exige una manipulación, administración o control especiales, y que debe adquirirse solo a través de la Farmacia de especialidades CVS.
- **Farmacia de pedidos por correo:** Si toma un medicamento de mantenimiento de forma continua para una enfermedad como el colesterol alto o la tensión arterial alta, puede utilizar la farmacia de pedidos por correo para recibir un suministro de 90 días de su medicamento.



Recursos del plan médico



Wellmark (Médico)

Aproveche su cobertura al máximo y regístrese en www.wellmark.com. En esta página podrá conocer mejor sus beneficios de salud, encontrar un proveedor de atención médica de confianza, consultar los costos exactos de los procedimientos médicos, seguir y organizar las reclamaciones y gastos médicos de su familia, inscribirse para recibir sus extractos médicos por Internet y solicitar sus tarjetas de identificación.

Wellmark: 1-800-524-9242

CVS/Caremark (Rx)

Si tiene una receta médica prescrita con regularidad, puede recibir un suministro de hasta 90 días a través de la farmacia de servicio por correo con un copago reducido. El costo de las recetas por correo es de un copago por un suministro para 30 días y dos copagos por un suministro para 90 días. Visite www.caremark.com para encontrar la farmacia más cercana.

Farmacia con servicio de entrega por correo de CVS Caremark: 1-866-611-5961

Farmacia CVS de especialidades: 1-800-237-2767



Médicos a pedido

¡Consulte a un médico en minutos! Visite a un médico desde su teléfono inteligente, tableta o computadora prácticamente en cualquier lugar y en cualquier momento. Con Doctor On Demand, usted y sus familiares cubiertos pueden comunicarse en persona con un médico certificado las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Las consultas virtuales suelen estar cubiertas por su plan de salud y cuestan menos que la atención en persona. Si tiene el plan de copago, las consultas virtuales siguen la estructura de copago estándar: normalmente \$35 por consulta. Si está inscrito en el Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP), ¡las consultas de atención primaria cuestan \$0.00!

Otros tipos de consultas virtuales (como las de salud mental) se aplican a su deducible anual/ máximo de desembolso personal con tarifas con descuento negociadas por Wellmark, generalmente entre \$85 y \$300, según el servicio prestado.

Descargue la aplicación Doctor on Demand o visite www.doctorondemand.com. Doctor on Demand: 1-800-997-6196



Livongo

Nuestra prioridad es mantener su salud de manera fácil y asequible. Por eso ofrecemos dos programas gratuitos a través de sus beneficios de salud de Wellmark Blue Cross Blue Shield.. Los programas Livongo de prevención y control de la diabetes hacen que llevar una vida sana y controlar el peso sea más fácil con tecnología inteligente, orientación sobre hábitos saludables y asesoramiento de salud personalizado.

Verifique si reúne los requisitos y visite www.teladochealth.com/livongo.

Livongo: 1-800-945-4355 Código de registro: RASGROUP



Cuenta de ahorro para gastos médicos

Una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) es una opción disponible para los empleados inscritos en uno de los planes de salud con deducible alto. Se trata de una cuenta de ahorro del empleado y financiada mediante deducciones en nómina antes de deducir los impuestos. Esta cuenta devenga intereses libres de impuestos y los fondos no utilizados se acumulan año tras año.

Se pueden retirar fondos para pagar deducibles, copagos, gastos médicos, primas en virtud de COBRA, primas de seguros de atención médica a largo plazo u otros gastos que cumplan los requisitos. *La lista de gastos que reúnen los requisitos se define en la Publicación 969 del IRS: [IRS.gov/Pub969](https://www.irs.gov/pub969).*

Límites del aporte máximo anual a la HSA 2026



Propio:
\$4,400



Familiar:
\$8,750

Los empleados que participen de 55 años o más tienen derecho a un aporte de actualización de \$1,000 anuales. El IRS establece y regula los límites máximos.

Si se inscribe en el plan HDHP2, la empresa aportará una cantidad semanal a su HSA en su nombre (*consulte el Resumen de cobertura en la página 5*). También puede aportar su propio dinero libre de impuestos hasta alcanzar los límites máximos anuales de aportes a la HSA.



Información importante sobre la HSA

Las cuentas HSA abiertas a través de nuestra empresa se ofrecerán mediante Fidelity. No obstante, se puede abrir una cuenta HSA en cualquier institución financiera que ofrezca este tipo de cuenta de ahorro. Con el fin de financiar una HSA a través de deducciones de nómina antes de impuestos, los empleados tendrán que abrir una cuenta a través de nuestra empresa, administrada por Fidelity. La empresa utiliza Fidelity, ya que las cuentas no tienen comisiones para los empleados, no hay requisitos de saldo mínimo, los depósitos en efectivo devengan intereses a través de un fondo del mercado monetario de Fidelity, y existe la posibilidad de invertir sus fondos con \$0 de comisiones para las operaciones con acciones de EE. UU. y transferencias electrónicas de fondos.

Usted es responsable de determinar si reúne los siguientes requisitos antes de abrir una cuenta:

- Debe estar inscrito en un plan de salud elegible para HSA.
- No puede tener cobertura de ningún otro plan de salud que no sea un plan de salud elegible para HSA.
- No puede estar inscrito actualmente en Medicare.
- No puede figurar como persona a cargo en la declaración de impuestos de otra persona.

Abrir y gestionar su HSA con Fidelity es rápido y sencillo. Para mayor comodidad, puede abrir una HSA de Fidelity en línea. También puede transferir dinero de su cuenta HSA actual a Fidelity. Para ello, basta con iniciar sesión en Fidelity NetBenefits en www.netbenefits.com y seleccionar "Open" (Abrir) junto a "Health Savings Account" (Cuenta de ahorros para gastos médicos). También mantendrá su cuenta a través de Fidelity NetBenefits con el nombre de usuario y contraseña que establezca cuando abra su cuenta.

Su cuenta HSA de Fidelity también le permite invertir una parte de sus aportes a la cuenta HSA. Puede empezar a invertir en cualquier momento y no hay un mínimo necesario.

Se recomienda a los mayores de 65 años que consulten con un asesor fiscal antes de abrir una cuenta o realizar un aporte.

Fidelity: www.netbenefits.com 1-800-544-3716

Cuentas de gastos flexibles



Una cuenta de gastos flexible (Flexible Spending Account, FSA) lo ayuda a pagar la atención médica o el cuidado de personas a cargo con dinero libre de impuestos.

Su aporte se deduce de su sueldo antes de la deducción de impuestos y se deposita en la FSA. Cuando tenga gastos, puede acceder a los fondos de su cuenta para pagar los gastos que reúnan los requisitos. *Para consultar los gastos que reúnen los requisitos, visite myameriflex.crunch.help/participants/eligible-expenses.*

La inscripción en la FSA se realiza una vez al año, solo durante la inscripción abierta para la fecha de entrada en vigencia del 1 de enero. Las elecciones de la FSA están vigentes desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre y las administra Ameriflex.

Tipo de cuenta	Gastos elegibles	Límites del aporte anual
FSA para atención médica	La mayoría de los gastos médicos, odontológicos y oftalmológicos que no cubre su plan de salud (como medicamentos de venta libre, copagos, coseguros, deducibles, gafas y lentes de contacto).	El aporte máximo para 2026 es de \$3,400 No puede inscribirse si está inscrito y aporta a una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)
FSA para el cuidado de personas a cargo	Gastos para el cuidado de personas a cargo (como guardería, atención prolongada, cuidado extraescolar o asistencia a personas a cargo mayores o incapacitadas)	El aporte máximo para 2026 es de \$7,500

Información importante sobre la FSA

Los participantes de la FSA pueden recibir el reembolso inmediato de los gastos que cumplan los requisitos con su tarjeta de débito de la FSA. Se emitirá una tarjeta de débito luego de que se inscriba en el plan. Si no se utiliza la tarjeta de débito, se puede presentar a Ameriflex una reclamación en papel. Las solicitudes de reembolso deben presentarse hasta el 31 de marzo del año siguiente.

Antes de inscribirse en el plan FSA, es importante que calcule cuánto dinero prevé que gastará en atención médica o atención de personas a cargo. Todo el dinero que no utilice y que quede en sus cuentas se perderá. Esto se conoce como la regla de "úselo o piérdalo" y se rige por la normativa del IRS. Las cuentas FSA no se mantienen de un año para otro de forma automática; debe inscribirse activamente cada año.

Para obtener más información sobre su cuenta FSA, comuníquese con Ameriflex llamando al 1-888-868 FLEX (3539). Todos los participantes deben registrarse en www.myameriflex.com para realizar el seguimiento de las reclamaciones, enviarlas y acceder a la información personal.

Plan odontológico

Los exámenes dentales y las limpiezas periódicas son importantes para detectar problemas antes de que se agraven y resulten costosos. Los exámenes dentales anuales también pueden ser el primer indicio de algunos problemas médicos como la diabetes, enfermedades cardíacas, cáncer de boca y osteoporosis. También es una parte esencial de su salud y bienestar general.

Ofrecemos un plan preventivo solo para empleados, sin costo alguno para usted, que incluye hasta \$500 anuales en servicios preventivos. También incluimos la opción de cubrir a las personas a cargo que reúnan los requisitos o de ampliar su cobertura. Ambos planes son a través de Delta Dental.

Plan odontológico	Deducción en 52 semanas	Deducción en 30 semanas
Solo el empleado	\$2.94	\$5.09
Empleado + Cónyuge	\$6.90	\$11.96
Empleado + Hijos	\$8.67	\$15.02
Familiar	\$13.84	\$23.99

Si decide cubrir a las personas a cargo que reúnan los requisitos o ampliar su cobertura, los siguientes beneficios están sujetos a los deducibles anuales de \$25 (individual) o \$75 (familiar) y al beneficio máximo por año calendario de \$1,500:

Categoría de beneficios odontológicos	Coseguro
Preventivo Diagnóstico (Limpiezas, exámenes y radiografías)	Sin deducible: 0 %
Servicios de rutina y de restauración Reparación de caries y extracciones dentales, tratamientos de emergencia, anestesia general, restauración de dientes cariados o fracturados, cirugía oral de rutina	20 %
Endodoncia Servicios de endodoncia, tratamientos de conducto	20 %
Enfermedades de las encías y huesos Servicios periodontales, procedimientos de conservación (no quirúrgicos)	20 %
Restauraciones de alto costo Restauración con molde dentario, coronas, incrustaciones	50 %
Prótesis Puentes, dentaduras, implantes	50 %
Ortodoncia La ortodoncia es un beneficio con cobertura para niños de hasta 19 años de edad con un beneficio máximo de por vida de \$2,000	50 %

Servicio al cliente de Delta Dental: www.deltadentalia.com 1-800-544-0718

Plan oftalmológico

El plan oftalmológico ofrece cobertura para exámenes de rutina de la vista y paga la totalidad o una parte del costo de las gafas o lentes de contacto. Disponemos de un plan oftalmológico a través del plan de servicios oftalmológicos (Vision Service Plan, VSP).

Plan de servicios oftalmológicos	Deducción en 52 semanas	Deducción en 30 semanas
Solo el empleado	\$3.81	\$6.60
Empleado + 1	\$6.10	\$10.57
Empleado + Hijos	\$6.22	\$10.79
Familiar	\$10.04	\$17.40

Beneficios oftalmológicos	Dentro de la red	Fuera de la red
Frecuencia de los beneficios		
Examen oftalmológico	Cada 12 meses	
Marcos	Cada 24 meses	
Lentes	Cada 12 meses	
Copago del beneficio		
Examen	Copago de \$10	El plan paga hasta \$50
Materiales	Copago de \$25	Consulte a continuación
Lentes y marcos		
Marcos	Asignación de \$200 para una amplia selección de marcos Asignación de \$220 para marcas destacadas de marcos 20 % de ahorro en el importe que exceda su asignación	El plan paga hasta \$70
Lentes	Copago por materiales: lentes monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea	El plan paga hasta \$50 por lentes monofocales, \$75 por lentes bifocales o progresivos con línea, \$100 por lentes trifocales con línea y \$125 por lentes lenticulares.
Mejora de las lentes	Lentes progresivas, revestimiento resistente a los rayones, revestimiento antirreflejo, ahorro promedio del 35-40 % en otras mejoras de lentes	N/D
Lentes de contacto (en lugar de gafas)	Asignación de hasta \$200	Asignación de hasta \$105

Cómo utilizar los beneficios oftalmológicos de VSP

Cuando recibe atención de un proveedor que participa de VSP, puede aprovechar al máximo los beneficios y recibir descuentos.

1. Encuentre un proveedor de VSP llamando a Atención al cliente al 1-800-877-7195 o si ingresa en línea a www.vsp.com.
2. Programe una cita con el médico que elija e identifíquese como miembro de VSP.
3. Su médico y VSP se encargarán del resto.

Aproveche los servicios extra exclusivos para miembros, como \$20 adicionales en las marcas destacadas de marcos, o ahorre aún más en sus gafas. Visite a un médico de primer nivel para obtener ofertas adicionales.

Los miembros de VSP también pueden recibir descuentos en audífonos a través de TruHearing. Visite www.vsp.hearing.com para obtener más información.

Seguro de vida colectivo



El seguro de vida es una parte esencial de su bienestar financiero. Todos los empleados a tiempo completo que reúnan los requisitos para recibir beneficios cuentan con un seguro de vida colectivo y un seguro por muerte accidental y desmembramiento (Accidental Death and Dismemberment, AD&D). La empresa paga el **100 %** de este beneficio. Asimismo, existe un beneficio de seguro de vida colectivo para cónyuges e hijos a cargo sin costo para usted. Los beneficios del seguro de vida colectivo se ofrecen a través de Lincoln Financial Group.

Beneficios del seguro de vida	Empleado	Cónyuge y persona a cargo
Seguro de vida colectivo y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	El 100 % de los ingresos básicos anuales (Salario regular por hora x 2,080 aprox.)	No incluye AD&D \$10,000 por cónyuge \$1,000 por hijo: desde 1 día hasta 6 meses \$5,000 por hijo: desde 6 meses hasta 19 años y soltero. Si la persona a cargo es estudiante a tiempo completo, la cobertura finaliza a los 23 años.
Importe máximo	\$100,000	

Reducción del beneficio	Empleado	Cónyuge
Los beneficios se reducirán de la siguiente forma:	El 35 % a los 65 años Un adicional de 15 % a los 70 años Los beneficios finalizan con el retiro	Sin reducción de beneficios a los 65 años Los beneficios finalizan a los 70 años

Designación de beneficiarios

Es importante que la designación de beneficiarios esté actualizada. Puede revisar y modificar sus designaciones en cualquier momento a través del sitio web Paylocity <http://access.paylocity.com> o si se comunica con el Departamento de Recursos Humanos.

Seguro de vida voluntario

Si lo desea, puede contratar una cobertura de vida adicional para usted y las personas a cargo a precios asequibles. Las tarifas se basan en la edad y el nivel de cobertura elegido. Debe estar inscrito en el seguro de vida voluntario para empleados si quiere contratar una cobertura para las personas a cargo. Si decide optar por esta cobertura, deberá abonar el 100 % del costo de los beneficios.

Si en principio reúne los requisitos, puede elegir los importes de cobertura hasta el importe de la garantía de emisión de póliza sin prueba de asegurabilidad (EOI) y con la EOI para importes superiores al límite de la garantía de emisión de póliza.

Durante el período anual de inscripción abierta, tiene la opción de aumentar el seguro de vida voluntario en \$20,000 y el seguro de vida voluntario de su cónyuge en \$10,000 **¡sin evaluación de riesgo!** Esto está sujeto a los límites máximos.

Beneficios del seguro de vida	Empleado	Cónyuge	Persona a cargo
Importe	Opción de incrementos de \$10,000	Opción de incrementos de \$5,000	\$1,000, desde 1 día hasta 6 meses
	No debe superar 10 veces su salario	No debe superar el 50 % del importe elegido por el empleado	\$10,000 desde 6 meses hasta 19 años y soltero. Si la persona a cargo es estudiante a tiempo completo, la cobertura finaliza a los 25 años.
	Para empleados de 70 años o más, el beneficio máximo es de \$50,000	-	Los recién nacidos no son elegibles
	-	El empleado debe elegir la cobertura para las personas a cargo para ser elegible	
Importe mínimo	\$10,000	\$5,000	N/D
Importe máximo	\$500,000	\$250,000	
Garantía de emisión de póliza: solo nuevos solicitantes contratados	\$200,000 para menores de 70 años	\$30,000	\$10,000
	\$20,000 de 70 a 74 años	-	
	Sin garantía de emisión de póliza para mayores de 75 años	Sin garantía de emisión de póliza para cónyuge de 60 años o más	
Reducción del beneficio	Empleado	Cónyuge	Persona a cargo
Los beneficios se reducirán de la siguiente forma:	El 35 % a los 65 años	El 35 % a los 65 años del cónyuge	N/D
	Un adicional del 15 % del importe original a los 70 años	Un adicional del 15 % del importe original a los 70 años del cónyuge	N/D
	Los beneficios finalizan con el retiro	Los beneficios finalizan con el retiro del empleado	N/D

Prueba de asegurabilidad

La prueba de asegurabilidad (Evidence of Insurability, EOI) se realiza al completar un cuestionario en línea en el portal en línea de Lincoln Financial Group www.mylincolnportal.com. Los usuarios que se registren por primera vez deben hacerlo con el código de la empresa RASGRP.

En algunos casos, es posible que se apruebe la cobertura de forma automática. De lo contrario, Lincoln revisará su solicitud y se comunicará con usted si necesita más información. Si no completa el proceso de EOI o se lo rechaza en función de la EOI, deberá solicitar la aprobación para todos los aumentos futuros. En todos los casos, recibirá una notificación sobre el resultado de la solicitud.

Los importes del seguro de vida voluntario que requieren EOI no entran en vigor (y por lo tanto, no se deducen de su paga) hasta que se obtenga la aprobación de Lincoln Financial Group. En el caso de los importes de cobertura hasta que la emisión de póliza sea garantizada, las deducciones de nómina comenzarán en la fecha de entrada en vigencia de su elegibilidad.

Los costos del seguro de vida voluntario para empleados y cónyuges se basan en su edad o en la del cónyuge. Si pasó a un grupo etario con una tarifa mensual más alta, usted o su cónyuge pueden sufrir un aumento en los costos de su seguro de vida voluntario.

Lincoln Financial Group 1-800-423-2765 www.lincolnfinancial.com

Accidente y discapacidad a corto plazo

Por medio de Lincoln Financial Group ofrecemos beneficios voluntarios adicionales, que incluyen seguro contra accidentes y seguro de discapacidad a corto plazo.

Seguro voluntario contra accidentes

En caso de que usted o un miembro de su familia con cobertura sufra una lesión accidental, el seguro contra accidentes le paga en efectivo. Entre los familiares con cobertura se incluyen el cónyuge legal y los hijos solteros a cargo menores de 25 años, a menos que sean estudiantes a tiempo completo o sufran una discapacidad que cumpla los requisitos. Si decide optar por esta cobertura, deberá abonar el 100 % del costo del beneficio. Tienen cobertura más de 40 accidentes o servicios (como visitas a urgencias, transporte en ambulancia, ingreso e internación en un hospital, intervenciones quirúrgicas, conmociones cerebrales, etc.). Esta cobertura es de emisión garantizada, sin exámenes médicos ni cuestionarios.

Tipo de cobertura	Deducción en 52 semanas	Deducción en 30 semanas
Solo el empleado	\$3.27	\$5.67
Empleado + Cónyuge	\$5.26	\$9.11
Empleado + Hijos	\$5.64	\$9.78
Familiar	\$7.62	\$13.20

Seguro de discapacidad a corto plazo (STD)

El Seguro de discapacidad a corto plazo (Short-Term Disability, STD) se diseñó para sustituir los ingresos en caso de enfermedad o discapacidad y no poder trabajar. Con esta cobertura se sustituye el 60 % de sus ingresos semanales anteriores a la discapacidad durante un máximo de 26 semanas, con un beneficio semanal máximo de \$700.00. Para que la póliza entre en vigencia, debe estar trabajando activamente y debe haber una pérdida de ingresos para tener derecho a los beneficios. En principio, los beneficios se abonan desde el primer día si la incapacidad se debe a una lesión que no se relacione con el trabajo, y al cabo de una semana si se debe a una enfermedad.

Si se presenta una reclamación dentro de los seis primeros meses de cobertura activa, Lincoln Financial puede revisarla para determinar si existe una afección preexistente antes de que la reclamación esté cubierta. Si la afección existía dentro de los tres meses anteriores a la entrada en vigencia de su póliza, es posible que la reclamación no esté cubierta.

Las tarifas se basan en los ingresos W2 reales. Para los nuevos empleados, y para los que elijan la cobertura y que aún no han recibido un W2 de la empresa, puede consultar las tarifas de Lincoln Life para la discapacidad a corto plazo o preguntar a Recursos Humanos de Rasmussen.

Es posible que pueda trasladar su cobertura si tuvo cobertura de la póliza durante un mínimo de 12 meses y la finaliza por motivos que no sean discapacidad, retiro o licencia.



Disposición sobre estar activo laboralmente

Las nuevas inscripciones en los seguros de vida voluntario (incluidos los incrementos anuales), discapacidad a corto plazo y accidentes requieren que usted se encuentre activo laboralmente para que la cobertura entre en vigor. En caso de que se encuentre en situación de cese temporal, su nueva cobertura o el aumento de la cobertura comenzará el primer día que se reincorpore al trabajo.



Programa de asistencia al empleado

Como las cuestiones personales pueden afectar a todos los aspectos de su vida, ponemos a su disposición y a la de su familia, de forma automática, un Programa de Asistencia al Empleado (EAP) a través de los Recursos para el empleado y su familia (Employee and Family Resources, EFR) **sin cargo**. Puede llamar al EAP las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir asistencia confidencial sobre casi cualquier asunto personal que pueda atravesar. El EAP le ofrece a usted y a su familia seis sesiones de asesoramiento o sesiones ilimitadas de consulta telefónica por cada caso problemático al año, sin costo alguno para usted. El EAP puede ayudarlo con las siguientes cuestiones:

- Bienestar mental
- Problemas relacionales
- Problemas relacionados con el trabajo
- Depresión y ansiedad
- Conflictos familiares
- Problemas legales
- Planificación del retiro
- Planificación financiera
- Estrés
- Cuidado de ancianos
- Problemas de alcohol o drogas
- Robo de identidad

Puede obtener asistencia confidencial en cualquier momento si llama al 1-800-327-4692 o inicia sesión en www.efr.org.

Programa de bienestar para empleados

La empresa cree en el valor de ayudar a los empleados a estar bien en el trabajo, en casa y durante el retiro.

Ofrecemos un programa de bienestar para empleados que se denomina *Work Well* y que está disponible para todos los empleados a tiempo completo y sus cónyuges sin costo alguno. Su objetivo es fomentar que los empleados y sus familias participen en actividades de bienestar y realicen cambios saludables en su estilo de vida. Si bien no se requiere la participación, la elegibilidad comienza inmediatamente después de la fecha de contratación. El año del plan *Work Well* 2026 se extenderá del 1 de octubre de 2025 al 31 de diciembre de 2026.

Los empleados y sus cónyuges pueden ganar hasta 40,000 puntos (\$400) si participan en diversas actividades de bienestar, como el examen físico anual, exámenes oftalmológicos, visitas al dentista, participación en la encuesta de bienestar y ¡mucho más!

Siga estos pasos para inscribirse:

1. Visite www.rasmussenworkwell.com
2. Seleccione "JOIN NOW" (INSCRIBIRSE AHORA)
3. Ingrese su nombre, apellido y número del seguro social
4. Confirme la información
5. Cree un nombre de usuario y una contraseña y, a continuación, cree su perfil
6. Descargue la aplicación Navigate Wellbeing para acceder a las actividades y premios con más comodidad.

Plan de retiro 401(k)

La empresa ofrece un plan de ahorros para el retiro 401(k) a través de Principal Financial Group. Para ser elegible, debe tener al menos 18 años de edad y completar un mes de servicio en la empresa.

Una vez que cumpla con estos requisitos, se lo inscribirá en el plan 401(k) tradicional de la empresa de forma automática el primer día del mes siguiente con una tasa de aporte del 6 %. Esto implica que el 6 % de la compensación elegible se deducirá de su cheque y se aportará al plan todas las semanas.

Por cada dólar que aporte al plan de retiro, la empresa **igualará del 50 % hasta el 6 % de sus aportes**. Para recibir el pago máximo de la empresa, debe aportar al menos un 6 % de su compensación. Todas los aportes de la empresa son aportes tradicionales, no Roth.

Tendrá que configurar su cuenta en línea y la autenticación de múltiples factores si visita www.principal.com/welcome o llama al 1-800-547-7754.

El límite máximo de aporte anual del IRS para 2026 es de \$24,500. Para los mayores de 50 años, el límite anual de aporte de actualización es de \$8,000 para un límite total de aporte anual de \$32,500. Los participantes elegibles de 60 a 63 años pueden hacer un aporte adicional de actualización de hasta \$11,250, para un aporte máximo de \$35,750.

Existen dos opciones para los aportes, ambas se deducen de la nómina.

Tipo de cuenta 401(k)	Tipo de deducción	Beneficio
Cuenta tradicional 401(k)	Deducción antes de impuestos	Reduce su ingreso imponible, las distribuciones se gravan al momento del retiro
Cuenta Roth 401(k)	Deducción después de impuestos	Después de los impuestos, las distribuciones no pagan impuestos al momento del retiro

Adquisición de derechos

La adquisición de derechos se refiere a la “propiedad” del aporte de la empresa en su cuenta de retiro. Usted siempre tiene el 100 % de los derechos adquiridos en los fondos que aporta al plan.

Años de servicio	<2 años	2	3	4	5	6
Porcentaje de adquisición de derechos	0 %	20 %	40 %	60 %	80 %	100 %

Inversiones

A menos que elija una opción de inversión distinta mediante su cuenta en línea, tanto sus aportes como los de la empresa se inscriben en el Fondo de retiro Vanguard Target de forma automática, que se alinea con el año más cercano a su cumpleaños número 65. Esta inversión está diseñada para ajustarse con el tiempo de forma automática, y se vuelve más conservadora en cuanto al nivel de riesgo de inversión a medida que se acerca el retiro.

Retiro de fondos y reinversiones

Los retiros que realice antes de los 59 años y medio estarán sujetos a una multa del 10 %, más los impuestos correspondientes a su categoría impositiva actual sobre los aportes tradicionales, a menos que cumpla con los requisitos para determinadas circunstancias que se detallan en las normas del IRS para los planes 401(k), como el pago inicial de una vivienda por primera vez o ciertas dificultades. **El plan no permite préstamos.**

Cuando deje la empresa o se retire, puede optar por volver a invertir el saldo de su plan 401(k) en otra cuenta de retiro.

Para obtener información sobre retiros, reinversiones u opciones de inversión, puede visitar www.principal.com o comunicarse con el Principal's Engagement Center al 1-800-547-7754.



Defensa de los empleados

Fulcrum Benefits es nuestro valioso consultor y socio para nuestros planes de beneficios de salud y bienestar. Como nuestro consultor, Fulcrum Benefits puede ayudarlo a explorar las herramientas y los recursos que brindan las empresas que ofrecen servicios a nuestros empleados y suministrarle toda la asistencia adicional que pueda necesitar para comprender sus beneficios o resolver problemas en cuanto a reclamaciones de seguros de vida o de STD.

Fulcrum Benefits: 515-278-1800

Jeff Augustine: jeff@fulcrumbenefits.com

Shaun Bennett: shaun@fulcrumbenefits.com

Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA)

Si trabajó en la empresa durante 12 meses y durante un mínimo de 1,250 horas en los 12 meses anteriores, puede ser elegible para tener hasta 12 semanas de licencia sin goce de sueldo por año en virtud de la Ley de licencia familiar y médica (Family Medical Leave Act, FMLA). La FMLA puede utilizarse para una enfermedad propia, la atención necesaria para un miembro de la familia, la atención de un recién nacido y otras necesidades médicas específicas.

COBRA

La Ley de Conciliación de Presupuesto Consolidado Colectivo (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) otorga a los trabajadores y a sus familias que pierden los beneficios de salud el derecho a elegir continuar con los beneficios de salud colectivos que ofrece su plan de salud colectivo por períodos limitados y en ciertas circunstancias, como pérdida voluntaria o involuntaria del trabajo, reducción de las horas trabajadas, transición entre trabajos, muerte, divorcio y otros acontecimientos de la vida. En el caso de que ocurra un acontecimiento que tenga cobertura, usted o las personas a cargo que cumplan con los requisitos pueden ser elegibles para la cobertura en virtud de COBRA.

Resumen de beneficios y cobertura (SBC)

Los Resúmenes de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) están disponibles sin cargo si se comunica con el Departamento de Recursos Humanos. Esto incluye copias impresas. Para obtener copias electrónicas, visite el sitio web de la empresa www.rasmussengroup.com y vaya a "Employee Resources" (Recursos para empleados). El sitio web de la empresa también cuenta con información sobre avisos adicionales de las aseguradoras.

Aportes de los empleados de 2026

Tarifas de Wellmark Health				Tarifas de Delta Dental			
Médicas	Costo por mes	Deducción en 52 semanas	Deducción en 30 semanas	Odontología	Costo por mes	Deducción en 52 semanas	Deducción en 30 semanas
Copago				Empleado	\$12.72	\$2.94	\$5.09
Empleado	\$340.95	\$78.68	\$136.38	Empleado + Cónyuge	\$29.89	\$6.90	\$11.96
Empleado + Cónyuge	\$765.18	\$176.58	\$306.07	Empleado + Hijos	\$37.56	\$8.67	\$15.02
Empleado + Hijos	\$677.78	\$156.41	\$271.11	Familiar	\$59.97	\$13.84	\$23.99
Familiar	\$865.76	\$199.79	\$346.30				
HDHP 1				Tarifas del plan de servicios oftalmológicos (VSP)			
Empleado	\$228.80	\$52.80	\$91.52	Oftalmología	Costo por mes	Deducción en 52 semanas	Deducción en 30 semanas
Empleado + Cónyuge	\$491.62	\$113.45	\$196.65	Empleado	\$16.51	\$3.81	\$6.60
Empleado + Hijos	\$438.97	\$101.30	\$175.59	Empleado + 1	\$26.42	\$6.10	\$10.57
Familiar	\$526.76	\$121.56	\$210.70	Empleado + Hijos	\$26.97	\$6.22	\$10.79
HDHP 2				Familiar	\$43.49	\$10.04	\$17.40
Empleado	\$172.77	\$39.87	\$69.11	Tarifas sobre accidentes de Lincoln			
Empleado + Cónyuge	\$448.80	\$103.57	\$179.52	Accidente	Costo por mes	Deducción en 52 semanas	Deducción en 30 semanas
Empleado + Hijos	\$407.20	\$93.97	\$162.88	Empleado	\$14.18	\$3.27	\$5.67
Familiar	\$464.14	\$107.11	\$185.66	Empleado + Cónyuge	\$22.78	\$5.26	\$9.11
				Empleado + Hijos	\$24.45	\$5.64	\$9.78
				Familiar	\$33.00	\$7.62	\$13.20

Calculadora de deducciones semanales	
Beneficios	Costo semanal
Médicos	
HSA/FSA	
Odontológicos	
Oftalmológicos	
Seguro de vida voluntario	
Accidente	
Discapacidad a corto plazo	
TOTAL	

Aviso sobre prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. REVÍSELA DETENIDAMENTE. PARA NOSOTROS, LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE.

Nuestra obligación legal

La legislación federal y estatal vigente nos obliga a mantener la confidencialidad de sus datos médicos. Asimismo, estamos obligados a proporcionarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y los derechos que tiene en relación con sus datos médicos. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté en vigencia. Este aviso se actualizó con fecha de entrada en vigencia del 10/1/2022 y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que la ley correspondiente permita dichos cambios. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso surtan efecto para toda la información médica que conservamos, incluidos los datos médicos que creamos o recibimos antes de realizar los cambios.

Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y enviaremos el nuevo aviso disponible a nuestros suscriptores del plan de salud en el momento del cambio.

Podrá solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o solicitar copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros a través de los datos que figuran al final de este aviso.

Uso y divulgación de datos médicos

Utilizamos y divulgamos datos médicos sobre usted para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: Es posible que utilicemos o divulguemos sus datos médicos a un profesional u otro proveedor de atención médica con el fin de brindarle tratamiento.

Pago: Es posible que utilicemos y divulguemos sus datos médicos para pagar reclamaciones de médicos, hospitales y otros proveedores por servicios prestados a usted y que estén cubiertos por su plan de salud, para determinar su derecho a beneficios, para coordinar beneficios, para examinar la necesidad médica, para obtener primas, para dar explicaciones de beneficios a la persona que suscribe el plan de salud en el que usted participa, y similares. Es posible que divulguemos sus datos médicos a un proveedor de atención médica o a una entidad sujeta a las normas federales de privacidad para que puedan obtener el pago o realizar estas actividades de pago.

Operaciones de la atención médica: Es posible que utilicemos y divulguemos sus datos médicos en relación con nuestras operaciones de la atención médica. Las operaciones de la atención médica incluyen:

- clasificar nuestro riesgo y determinar las primas de su plan de salud;
- realizar evaluaciones de calidad y actividades de mejora;
- revisar la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud, evaluar el rendimiento de los profesionales y proveedores: llevar a cabo programas de capacitación, actividades de acreditación, certificación, concesión de licencias o credenciales;
- realizar revisiones médicas, servicios jurídicos y auditorías, incluida la detección de fraudes y abusos y el cumplimiento de las normas;

- planificar y desarrollar negocios; y
- gestionar negocios y actividades administrativas generales, incluidas las actividades de gestión relacionadas con la privacidad, el servicio al cliente, la resolución de quejas internas y la creación de información médica sin identificación o un conjunto de datos limitados.

Es posible que divulguemos sus datos médicos a otra entidad que tenga relación con usted y esté sujeta a las normas federales de privacidad, para sus operaciones de atención médica en cuanto a actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o calificación de los profesionales de la salud o detección o prevención del fraude y el abuso en la atención médica.

Con su autorización: Puede autorizarnos por escrito a utilizar sus datos médicos o a divulgarlos a cualquier persona para cualquier fin. Si nos autoriza, puede revocarla por escrito en cualquier momento. La revocación no afectará a ningún uso o divulgación permitidos por su autorización mientras estaba en vigencia. Si mantenemos o recibimos notas de psicoterapia sobre usted, la mayoría de las divulgaciones de estas notas requieren su autorización. Asimismo, la mayoría de los usos y divulgaciones de datos médicos con fines de marketing, y las divulgaciones que constituyan una venta de datos médicos protegidos, requieren su autorización. No utilizaremos ni divulgaremos sus datos médicos por ningún motivo, salvo los descritos en este aviso, a menos que usted nos lo autorice por escrito.

En cuanto a sus familiares y amigos: Es posible que divulguemos sus datos médicos a un familiar, amigo u otra persona en la medida en que sea necesario para ayudarlo con su atención médica o con el pago de esta. Es posible que utilicemos o divulguemos su nombre, ubicación y estado general o fallecimiento para notificar o ayudar a notificar (incluida la identificación o ubicación) a una persona que intervenga en su atención.

Le daremos la oportunidad de oponerse a dichos usos o divulgaciones antes de revelar sus datos médicos a una persona que intervenga en su atención médica o en el pago de esta. En caso de que usted no esté presente, o en caso de discapacidad o emergencia, divulgaremos sus datos médicos en función de nuestro juicio profesional o sobre si la divulgación redundara en su beneficio.

La empresa u organización que patrocina su plan de salud colectivo: Es posible que divulguemos sus datos médicos y los datos médicos de otras personas inscritas en su plan de salud colectivo al empleador u otra organización que patrocine su plan de salud colectivo para permitir que el patrocinador del plan realice las funciones de administración del plan. Consulte el documento de su plan de salud colectivo para obtener una explicación completa de los usos y divulgaciones limitados que el patrocinador del plan puede hacer de sus datos médicos para administrar el plan.

También podremos divulgar información resumida sobre los afiliados a su plan de salud colectivo al patrocinador del plan para que la utilice para obtener ofertas de primas para la cobertura del seguro médico que se ofrece a través de su plan de salud colectivo o para decidir si modificar, enmendar o cancelar su plan de salud colectivo. La información resumida que podemos divulgar incluye el historial de reclamaciones, los gastos por reclamaciones o los tipos de reclamaciones que experimentaron los afiliados en su plan de salud colectivo. La información resumida no contendrá datos demográficos sobre los afiliados al plan de salud colectivo, pero es posible que el patrocinador del plan pueda identificarlo a usted o a otros afiliados de su plan de salud colectivo a partir de la información resumida.

Ayuda en caso de desastres: Es posible que utilicemos o comuniquemos sus datos médicos a una entidad pública o privada autorizada por ley o por sus estatutos para colaborar en las tareas de socorro en caso de catástrofe.

Beneficio público: Es posible que utilicemos o divulguemos sus datos médicos según lo autorice la ley para los siguientes fines que se consideren de interés o beneficio público:

- conforme a lo que exija la ley;
- para actividades de salud pública, incluida la notificación de enfermedades y estadísticas vitales, la notificación de abusos a menores, la supervisión de la FDA;
- para denunciar malos tratos, negligencia o violencia doméstica en adultos;
- a organismos de supervisión de la salud;
- en respuesta a órdenes judiciales y administrativas y otros procesos legales;
- a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en virtud de citaciones y otros procesos legales, en relación con víctimas de delitos;
- a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias;
- a organizaciones de donación de órganos;
- para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad;
- en relación con determinadas actividades de investigación;
- al ejército y a funcionarios federales para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional;
- a instituciones penitenciarias en relación con los reclusos; y
- según lo autoricen las leyes estatales de indemnización de los trabajadores.

Productos y servicios relacionados con la salud: Es posible que utilicemos sus datos médicos para comunicarnos con usted con respecto a beneficios y servicios de salud o sobre alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Asimismo, podemos revelar sus datos médicos a un socio comercial para que nos ayude en estas actividades.

También podemos utilizar o divulgar sus datos médicos para alentarlos a comprar o utilizar un producto o servicio mediante una comunicación cara a cara o para ofrecerle obsequios promocionales.

Derechos individuales

Acceso: Tiene derecho a ver o pedir copias de sus gastos médicos, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato distinto a las fotocopias. Esto puede incluir una copia electrónica en determinadas circunstancias. Utilizaremos el formato que solicite a menos que no sea factible.

Informe de divulgación: Tiene derecho a recibir una lista de los casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos sus datos médicos para fines que no sean de tratamiento, pago, operaciones de atención médica, según lo autorizado por usted, y para ciertas otras actividades, desde el 14 de abril de 2003. Le comunicaremos la fecha en la que realizamos la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que divulgamos sus datos médicos, una descripción de los datos médicos que divulgamos, el motivo de la divulgación y algunos otros datos. En caso de que solicite este informe más de una vez en un período de 12 meses, podremos cobrarle una tarifa razonable, con base en los costos, por responder a estas solicitudes adicionales. Comuníquese con nosotros y revise la información que figura al final de este aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

Restricción: Tiene derecho a solicitar que impongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de sus datos médicos. No tenemos la obligación de aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, nos atenderemos a lo acordado (salvo en caso de

emergencia). Todo acuerdo sobre restricciones adicionales debe realizarse por escrito y estar firmado por una persona autorizada a realizar dicho acuerdo en nuestro nombre. No estaremos obligados a menos que nuestro acuerdo se formalice por escrito.

Comunicación confidencial: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre sus datos médicos por medios alternativos o a lugares alternativos. Debe solicitarlo por escrito e indicar que la información podría ponerlo en peligro si no se comunica de forma confidencial como lo solicita. Deberemos acceder a su solicitud si es razonable, especifica los medios o el lugar alternativos y podemos seguir con el cobro de las primas y pagar las reclamaciones de su plan de salud, incluida la emisión de explicaciones de los beneficios al suscriptor del plan de salud en el que participa. Una explicación de los beneficios emitida al afiliado por la asistencia de salud que recibió y para la que no solicitó comunicaciones confidenciales o sobre el afiliado u otras personas que cubra el plan de salud en el que participa, puede contener información suficiente para revelar que obtuvo asistencia de salud por la que pagamos, a pesar de que haya solicitado que nos comunicáramos con usted sobre dicha asistencia de salud de forma confidencial.

Modificación: Tiene derecho a solicitar que modifiquemos sus datos médicos. Debe solicitarlo por escrito y explicar por qué debe modificarse la información. Su solicitud puede ser rechazada si no hemos creado la información que desea modificar y el autor sigue estando disponible, o por otros motivos. Si rechazamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Si lo desea, puede responder con una declaración de desacuerdo que se adjuntará a los datos que desea modificar. Si aceptamos su solicitud de modificar los datos, haremos todo lo posible para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, de la modificación y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esos datos.

Aviso electrónico: Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), tiene derecho a recibirlo por escrito. Comuníquese con nosotros y revise la información que figura al final de este aviso para obtenerlo por escrito.

Notificación de incumplimiento: En caso de que se produzca un incumplimiento en cuanto a la protección de sus datos médicos, le notificaremos dicho incumplimiento, como exige la ley.

Preguntas y quejas

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros a través de los datos que figuran al final de este aviso.

Si tiene dudas de que hayamos infringido sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre el acceso a sus datos médicos, o en respuesta a una solicitud que haya hecho para modificar o restringir el uso o la divulgación de sus datos médicos o para que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o a lugares alternativos, puede presentar una queja mediante la información de contacto que aparece al final de este aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Si lo solicita, le facilitaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Defendemos el derecho a la privacidad de sus datos médicos. No tomaremos ningún tipo de represalia si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Oficina de contacto: Departamento de Recursos Humanos
Teléfono: 515-266-5173
Fax: 515-506-1727
Correo electrónico: HR@rasmussengroup.com
Dirección: P.O. Box 3333, Des Moines, IA 50316

Derechos de continuidad de cobertura en virtud de COBRA

Usted recibe este aviso porque hace poco obtuvo la cobertura del plan de salud (el Plan) de The Rasmussen Group, Inc. En este aviso encontrará información importante sobre su derecho a la continuidad de la cobertura conforme a COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura conforme al plan. **El presente aviso explica de forma general la continuidad de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla. Cuando cumpla los requisitos para acogerse a COBRA, también podrá elegir otras opciones de cobertura que pueden ser más económicas que la continuidad de la cobertura de COBRA.**

El derecho a la continuidad de la cobertura de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley de Conciliación de Presupuesto Consolidado Colectivo de 1985 (COBRA). La continuidad de la cobertura de COBRA puede estar a su disposición y a la de otros miembros de su familia cuando, por otro motivo, finalice la cobertura de su plan de salud colectivo. Si desea más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del plan y de la legislación federal, consulte la Descripción resumida del plan o comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos.

Es posible que tenga otras opciones a su disposición si pierde la cobertura del plan de salud colectivo. Por ejemplo, puede resultar elegible para adquirir un plan individual a través de Health Insurance Marketplace. Si se inscribe en un seguro a través de Health Insurance Marketplace, es posible que pueda beneficiarse de una reducción del costo de las primas mensuales y de los desembolsos. También es posible que pueda acogerse a un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud colectivo para el que reúna los requisitos (como el plan de su cónyuge), aunque, por lo general, ese plan no acepte inscripciones tardías.

¿Qué es la continuidad de la cobertura de COBRA?

La continuidad de la cobertura de COBRA es la prolongación de la cobertura del plan cuando, de otro modo, finalizaría debido a un acontecimiento vital. También se lo conoce como “evento que califica”. Los eventos específicos que califican se enumeran más adelante en este aviso. En caso de producirse un evento que califique, debe ofrecerse la continuidad de la cobertura de COBRA a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos a cargo podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del plan debido al evento que califique. En virtud del plan, los beneficiarios calificados que elijan la continuidad de la cobertura de COBRA deben pagar por esa continuidad.

Será beneficiario calificado si pierde la cobertura del plan porque se produce uno de los siguientes eventos que califican:

- se reducen sus horas de trabajo, o
- finaliza su relación laboral por cualquier motivo que no sea una falta grave por su parte.
- Su cónyuge será un beneficiario calificado si pierde la cobertura del plan debido a alguno de los siguientes eventos que califican:
 - se reducen sus horas de trabajo;
 - finaliza su relación laboral por cualquier motivo que no sea una falta grave por su parte;
 - fallece;
 - tiene derecho a beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o

- se divorcia o se separa legalmente.
- Los hijos a cargo se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del plan debido a los siguientes eventos que califican:
 - se reducen sus horas de trabajo;
 - finaliza su relación laboral por cualquier motivo que no sea una falta grave por su parte;
 - fallece;
 - tiene derecho a beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
 - se divorcia o se separa legalmente;
- la persona a cargo deja de tener derecho a la cobertura del plan como “hijo a cargo”.

¿Cuándo está disponible la continuidad de la cobertura de COBRA?

El plan ofrecerá la continuidad de la cobertura de COBRA a los beneficiarios que reúnan los requisitos solo después de que se haya notificado al Departamento de Recursos Humanos que se ha producido un hecho que califica. El empleador debe notificar al Departamento de Recursos Humanos los siguientes eventos que califican:

- finalización de la relación laboral o reducción de las horas de trabajo;
- muerte del empleado;
- el empleado tiene derecho a beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos que califiquen (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o pérdida del derecho a cobertura de un hijo a cargo como tal), debe notificarlo al Departamento de Recursos Humanos en un plazo de 60 días después de que se produzca el evento que califique. Deberá proporcionar este aviso al Departamento de Recursos Humanos. El requisito de notificación en un plazo de 60 días comienza en la última de estas fechas: (a) la determinación de discapacidad por parte de la Seguridad social (b) la fecha de finalización/reducción de horas (c) la fecha de pérdida de cobertura debido al evento que califique.

¿Cómo se ofrece la continuidad de la cobertura de COBRA?

En cuanto el Departamento de Recursos Humanos reciba la notificación de que se ha producido un evento que califica, se ofrecerá la continuidad de la cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios que cumplan los requisitos. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la continuidad de la cobertura de COBRA. Los empleados con cobertura pueden elegir la continuidad de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuidad de la cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuidad de la cobertura COBRA es una prolongación temporal de la cobertura que suele durar 18 meses debido a la finalización de la relación laboral o a la reducción de las horas de trabajo. Determinados eventos que califican, o un segundo evento que califique durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas de ampliar este período de 18 meses de continuidad de la cobertura de COBRA:

Prórroga por discapacidad del período de 18 meses de continuidad de la cobertura de COBRA

Si la Seguridad social determina que usted o algún miembro de su familia que cuente con la cobertura del plan está discapacitado y usted lo notifica oportunamente al Departamento de Recursos Humanos,

usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuidad de la cobertura de COBRA, hasta un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuidad de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la continuidad de la cobertura de COBRA.

Para ello, el beneficiario calificado debe proporcionar la determinación de discapacidad de la Seguridad social al administrador del plan de beneficios en un plazo de 60 días y antes de que se agote el período original de 18 meses. Asimismo, debe notificar al Departamento de Recursos Humanos en un plazo de 30 días si la Seguridad social emite una resolución definitiva por la que se determina que la persona ya no está discapacitada.

Prórroga del período de 18 meses de continuidad de la cobertura del segundo evento que califica

Si durante los 18 meses de continuidad de la cobertura de COBRA su familia sufre otro evento que califique, el cónyuge y los hijos a cargo de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuidad de la cobertura de COBRA por un máximo de 36 meses, si se notifica debidamente al Departamento de Recursos Humanos acerca del segundo evento que califica. Si el empleado o antiguo empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o separa legalmente; o si el hijo a cargo deja de reunir los requisitos del plan como hijo a cargo, esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y los hijos a cargo que obtengan la continuidad de la cobertura de COBRA. Esta prórroga solo está disponible si el segundo evento que califique hubiera provocado que el cónyuge o el hijo a cargo perdiera la cobertura del plan de no haberse producido el primer evento que califique.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la continuidad de la cobertura de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuidad de la cobertura de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través de Health Insurance Marketplace, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) u otras opciones de cobertura de planes colectivos de salud (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones podrían ser más económicas que la continuidad de la cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en vez de tener la continuidad de la cobertura de COBRA una vez que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

Por lo general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando cumpla los requisitos por primera vez porque sigue trabajando, después del período de inscripción inicial de Medicare, dispone de un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que se inicia en la primera de las siguientes fechas:

- el mes siguiente a la finalización de la relación laboral; o
- el mes después de que finalice la cobertura del plan de salud colectivo en función de su empleo actual.

Es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte B y que tenga una interrupción en la cobertura si decide más adelante que quiere la Parte B si no se inscribe en Medicare y elige en su lugar la continuidad de la cobertura de COBRA. Si elige la continuidad de la cobertura de COBRA y más tarde se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuidad de la cobertura de COBRA, el plan puede finalizarla. Ahora bien, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en la fecha de elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no podrá interrumpirse por tener derecho a Medicare, aunque se inscriba en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección

de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuidad de la cobertura de COBRA como en Medicare, por lo general, este último pagará primero (pagador primario) y la continuidad de la cobertura de COBRA pagará en segundo lugar. Algunos planes pueden pagar como si se tratara de un seguro secundario a Medicare, aunque usted no esté inscrito en Medicare.

Para obtener más información, visite www.medicare.gov/medicare-and-you.

Si tiene preguntas:

En caso de tener preguntas relativas a su plan o a sus derechos de continuidad de la cobertura de COBRA, comuníquese con la persona o personas de contacto que se indican a continuación.

Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Retiro del Empleado (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud colectivos, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos más cercana a su zona o visite www.dol.gov/ebsa.

(Las direcciones y números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de la EBSA están disponibles en el sitio web de la EBSA).

Para obtener más información sobre Marketplace, visite www.HealthCare.gov.

Informe a su plan de los cambios de domicilio

Para proteger los derechos de su familia, comuníquese todo cambio de domicilio de los miembros de su familia al Departamento de Recursos Humanos. Asimismo, debe conservar una copia como registro de todas las notificaciones que envíe al Departamento de Recursos Humanos.

Información de contacto del plan

Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos al 515-266-5173.

Cobertura acreditable y no acreditable de la Parte D de Medicare

En el caso de que usted o la persona a su cargo reúnan los requisitos para acogerse al programa de farmacia de la Parte D de Medicare, pero opten por aplazarlo, usted o el miembro de su familia que reúna los requisitos deben asegurarse de elegir un plan médico con "cobertura acreditable". La cobertura de medicamentos recetados se considera acreditable si es al menos tan generosa como la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. El Plan con Copagos y el HDHP1 cumplen con los criterios de cobertura acreditable y pueden seleccionarse sin penalización para el programa de farmacia de la Parte D de Medicare. Si usted o un miembro de su familia que reúna los requisitos pronto podrán acogerse al programa de farmacia de la Parte D de Medicare, una vez elegido, podrá seleccionar el Plan con Copagos o el HDHP1 sin que su plan de farmacia de Medicare incurra en ninguna penalización futura. El plan HDHP2 se considera no acreditable. Un plan de cobertura de medicamentos recetados se considera no acreditable cuando el monto que el plan espera pagar por los medicamentos recetados de las personas es inferior al que se espera que pague la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Este aspecto es importante porque, en la mayoría de los casos, obtendrá mayor ayuda con los costos de sus medicamentos si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si bien aún puede elegir este plan, usted o el familiar que reúna los requisitos podrían enfrentar una penalización de la Parte D de Medicare por retrasar la inscripción en el programa sin contar con una cobertura acreditable. Puede consultar el sitio web de la empresa para revisar los avisos de cobertura acreditable

de Medicare Parte D y de cobertura no acreditable de Medicare Parte D.

Opciones de cobertura del Health Insurance Marketplace y su cobertura médica

Parte A: Información general

Cuando las partes principales de la ley de atención médica entraron en vigencia en 2014, hubo una nueva forma de comprar el seguro médico: el Health Insurance Marketplace. Para asistirlo mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso ofrece información básica sobre el nuevo Marketplace y la cobertura de salud en función del empleo que ofrece el empleador.

¿Qué es el Health Insurance Marketplace?

El Marketplace está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Marketplace ofrece un “punto único de compra” para buscar y comparar opciones en cuanto a seguros médicos privados. Es posible que también pueda optar por un nuevo tipo de crédito fiscal que reduzca su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médicos a través del Marketplace comenzó en octubre de 2013.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas del seguro médico en el Marketplace?

Puede reunir los requisitos para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumpla determinados estándares. El ahorro en la prima al que puede optar depende de los ingresos de la familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta a la elegibilidad para el ahorro en la prima a través del Marketplace?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica de su empleador que cumpla determinados estándares, no podrá optar por un crédito fiscal a través del Marketplace y es posible que desee inscribirse en el plan médico de su empleador. No obstante, si su empresa no le ofrece ningún tipo de cobertura o no le ofrece una cobertura que cumpla determinados estándares, puede optar por un crédito fiscal que reduzca la prima mensual o por una reducción de determinados gastos compartidos. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubre a usted (y no a otros miembros de su familia) es superior al 9.5 % de sus ingresos familiares del año, o si la cobertura que ofrece su empleador no cumple la norma de “valor mínimo” establecida por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, puede ser elegible para un crédito fiscal. Un plan de salud que patrocine el empleador cumple la “norma de valor mínimo” si el porcentaje del plan en cuanto a los costos totales del beneficio permitido que cubre el plan no es inferior al 60 % de esos costos.

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que ofrece su empleador, es posible que pierda el aporte del empleador (si lo hubiera) a la cobertura que ofrece. Por otra parte, este aporte del empleador, así como el aporte del empleado a la cobertura que ofrece el empleador, suele excluirse de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del mercado de seguros se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que le ofrece su empleador, consulte la descripción resumida del plan o comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos al 515-266-5173.

El Marketplace puede ayudar a evaluar las opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Marketplace y su costo. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluida

una solicitud de cobertura de seguro médico en línea e información de contacto de un Health Insurance Marketplace en su zona. En el caso de que decida completar una solicitud de cobertura en el Marketplace, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos para obtener información adicional sobre el plan que será necesaria para su solicitud.

La información que figura a continuación en la Parte B será necesaria para completar una solicitud de cobertura en el Marketplace.

Parte B: Información sobre la cobertura de salud que ofrece su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud que ofrezca su empleador. Se le pedirá esta información en el caso de que decida completar una solicitud de cobertura en el Marketplace.

- **Nombre del empleador:** The Rasmussen Group, Inc
- **Número de identificación del empleador (EIN):**
Disponible previa solicitud
- **Dirección del empleador:**
PO Box 3333 - 5550 NE 22nd Street
- **Número de teléfono del empleador:** 515-266-5173
- **Ciudad:** Des Moines
- **Estado:** Iowa
- **Código postal:** 50316
- **¿Con quién podemos comunicarnos para obtener información sobre la cobertura de salud para empleados en este puesto de trabajo?**
Departamento de Recursos Humanos
- **Número de teléfono (si es diferente del anterior)**
- **Correo electrónico:**
HR@rasmussengroup.com

Aquí encontrará información básica sobre la cobertura de salud que ofrece su empleador:

En calidad de empleador, ofrecemos un plan de salud a todos los empleados a tiempo completo y a los empleados estacionales que trabajen 30 horas semanales una vez cumplido el período de carencia inicial.

En cuanto a las personas a cargo, ofrecemos un plan de salud al cónyuge y a los hijos, incluidos los hijastros, hasta los 26 años de edad de los empleados que reúnan los requisitos necesarios y que elijan la cobertura para personas a cargo y abonen la prima adicional.

Esta cobertura cumple la norma de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted pretende ser asequible, en función del salario del empleado.

Aunque su empleador pretenda que su cobertura sea asequible, es posible que pueda acceder a un descuento en la prima a través del Marketplace. El Marketplace utilizará sus ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si puede acceder a un descuento en la prima.

Si decide buscar cobertura en el Marketplace, HealthCare.gov lo guiará en el proceso. Aquí encontrará la información del empleador que deberá ingresar cuando visite HealthCare.gov para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

La información que aparece a continuación corresponde a la Herramienta de cobertura para empleadores del Marketplace. Es opcional que los empleadores completen esta sección.

1. ¿En la actualidad, el empleado es elegible para la cobertura que ofrece este empleador, o será elegible en los próximos 3 meses? Sí

2. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple la norma de valor mínimo? Sí

Un plan de salud que patrocine el empleador cumple la "norma de valor mínimo" si el porcentaje del plan en cuanto a los costos totales del beneficio permitido que cubre el plan no es inferior al 60 % de esos costos (*Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986*).

3. Para el plan de menor costo que cumpla la norma de valor mínimo que se ofrece solo al empleado (no incluya los planes familiares):

Si el empleador tiene programas de bienestar, indique la prima que pagaría el empleado si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento en función de los programas de bienestar.

- ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$171.77
- ¿Con qué frecuencia? Mensual

Si el año del plan terminará pronto y sabe que los planes de salud que se ofrecen cambiarán, pase a la siguiente pregunta. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

4. ¿Qué cambios hará el empleador para el nuevo año del plan?

___ El empleador no ofrecerá cobertura de salud.

___ El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima del plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla con la norma de valor mínimo. (La prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar. Consulte más arriba).

- ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$_____
- ¿Con qué frecuencia? Mensual

Ley de derechos sobre salud y cáncer de las mujeres

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre Salud y Cáncer de las Mujeres de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciban beneficios vinculados a la mastectomía, la cobertura se ofrecerá de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

- todas las fases de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- la cirugía y reconstrucción de la otra mama para obtener un aspecto simétrico;
- la prótesis; y
- el tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles, copagos y coseguros que correspondan a otros beneficios médicos y quirúrgicos que se ofrezcan en virtud de su plan médico. Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame al administrador de su plan al 515-266-5173.

Ley de protección de la salud de madres y recién nacidos (NMHPA)

En general, y en virtud de la legislación federal, los emisores de los

planes de salud colectivos y seguros médicos no pueden restringir los beneficios por estancia hospitalaria en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas tras un parto natural o menos de 96 horas tras una cesárea. No obstante, la legislación federal no prohíbe, en general, que el profesional que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, en virtud de la legislación federal, exigir que un profesional médico obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estancia que no supere las 48 horas (o 96 horas).

Asistencia para el pago de primas de Medicaid y del Programa de seguro médico para niños (CHIP)

Si usted o sus hijos cumplen los requisitos para acogerse a Medicaid o CHIP y tiene derecho a la cobertura de salud de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia para el pago de primas que pueda ayudarlo a pagar la cobertura mediante los fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero es posible que puedan comprar una cobertura de seguro individual a través del Health Insurance Marketplace. Para obtener más información, visite www.HealthCare.gov.

Si usted o las personas a cargo ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los Estados que se indican a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su Estado para saber si dispone de asistencia para el pago de primas.

Si usted o las personas a cargo NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguna de las personas a cargo podría reunir los requisitos para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, marque 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para saber cómo solicitarlo. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan que patrocine el empleador.

Si usted o las personas a cargo reúnen los requisitos para recibir asistencia para el pago de las primas de Medicaid o CHIP, así como los requisitos del plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empresa si aún no lo ha hecho. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial", y debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de que se determine que reúne los requisitos para la ayuda con las primas. Si tiene alguna pregunta sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para acceder a la ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA: Medicaid

Sitio web de HIPP: <https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-at-to-z/hipp>
Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562

ALASKA: Medicaid

Programa de pago de primas del seguro médico de AK
Sitio web: <http://myakhipp.com/>
Teléfono: 1-866-251-4861
Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com

Elegibilidad de Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS: Medicaid

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

CALIFORNIA: Medicaid

Sitio web:
Programa de pago de primas del seguro médico (HIPP)
<http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

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

Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/>
Centro de contacto para afiliados de Health First Colorado
1-800-221-3943/Servicio de relevo del estado 711
CHP+: <https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus>
Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de relevo del estado 711
Programa Health Insurance Buy-In (HIBI): <https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program>
Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA: Medicaid

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

GEORGIA: Medicaid

Sitio web de GA HIPP: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>
Teléfono: 678-564-1162, Presione 1
Sitio web de GA CHIPRA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>
Teléfono: (678) 564-1162, Presione 2

INDIANA: Medicaid

Healthy Indiana Plan para adultos de 19 a 64 años con bajos ingresos
Sitio web: <http://www.in.gov/fssa/hip/>
Teléfono: 1-877-438-4479
Todos los demás Medicaid
Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>
Teléfono 1-800-457-4584

IOWA: Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid:
<https://dhs.iowa.gov/ime/members>
Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366
Sitio web de Hawki:
<http://dhs.iowa.gov/Hawki>
Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
Sitio web de HIPP: <https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp>
Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562

KANSAS: Medicaid

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

KENTUCKY: Medicaid

Sitio web del Programa integrado de pago de primas del seguro médico de Kentucky (KI-HIPP):
<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
Teléfono: 1-855-459-6328
Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: <https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx>
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov>

LOUISIANA: Medicaid

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

MAINE: Medicaid

Sitio web de inscripciones: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: Servicio de relevo 711 de Maine
Página web de primas de seguros médicos privados:
<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
Teléfono: 1-800-977-6740.
TTY: Servicio de relevo 711 de Maine

MASSACHUSETTS: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>
Teléfono: 1-800-862-4840
TTY: (617) 886-8102

MINNESOTA: Medicaid

Sitio web:
<https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp>
Teléfono: 1-800-657-3739

MISSOURI: Medicaid

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

MONTANA: Medicaid

Sitio web: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
Teléfono: 1-800-694-3084
Correo electrónico: HHSHIPPPProgram@mt.gov

NEBRASKA: Medicaid

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

NEVADA: Medicaid

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

NEW HAMPSHIRE: Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>
Teléfono: 603-271-5218

Número de teléfono gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218

NEW JERSEY: Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid:
<http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>
Teléfono de Medicaid: 609-631-2392
Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710

NEW YORK: Medicaid

Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Teléfono: 1-800-541-2831

NORTH CAROLINA: Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>
Teléfono: 919-855-4100

NORTH DAKOTA: Medicaid

Sitio web: <http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/>
Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA: Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>
Teléfono: 1-888-365-3742

OREGON: Medicaid

Sitio web: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
<http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html>
Teléfono: 1-800-699-9075

PENNSYLVANIA: Medicaid

Sitio web: <https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx>
Teléfono: 1-800-692-7462

RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>
Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)

SOUTH CAROLINA: Medicaid

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

SOUTH DAKOTA: Medicaid

Sitio web: <http://dss.sd.gov>
Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS: Medicaid

Sitio web: <http://gethipptexas.com/>
Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH: Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <https://medicaid.utah.gov/>
Sitio web de CHIP: <http://health.utah.gov/chip>
Teléfono: 1-877-543-7669

VERMONT: Medicaid

Sitio web: <http://www.greenmountaincare.org/>
Teléfono: 1-800-250-8427
VIRGINIA: Medicaid y CHIP
Sitio web: <https://www.coverva.org/en/famis-select>

<https://www.coverva.org/en/hipp>
Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924
Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON: Medicaid

Sitio web: <https://www.hca.wa.gov/>
Teléfono: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/>
<http://mywvhpp.com/>
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700
Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN: Medicaid y CHIP

Sitio web:
<https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>
Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING: Medicaid

Sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>
Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si algún otro estado ha agredido un programa de asistencia para primas desde el 31 de julio de 2022, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

el Departamento de Trabajo de Estados Unidos
Administración de la seguridad de beneficios para empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos
Centros de servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

Rasmussen Group Human Resources

5550 NE 22nd Street | Des Moines, IA 50313

hr@rasmussengroup.com | 515.266.5173

Fulcrum Benefits | 515.278.1800

Médicas	Odontología	Oftalmología
Wellmark 800.524.9242 www.wellmark.com	Delta Dental de Iowa 800.544.0718 www.deltadentalia.com	Plan de servicios oftalmológicos (VSP) 800.877.7195 www.vsp.com
Plan de retiro 401(k)	Vida, accidentes, discapacidad	Programa de asistencia al empleado
Principal Financial Group 800.547.7754 www.principal.com	Lincoln Financial 800.423.2765 www.lincolnfinancial.com	Empleado y recursos familiares 800.327.4692 www.efr.org
Cuenta de ahorro para gastos médicos	Cuentas de gastos flexibles	Portal Work Well de Rasmussen
Fidelity 800.544.3716 www.netbenefits.com	Ameriflex 888.868.3539 www.myameriflex.com	Navigate Wellbeing 888.282.0822 www.rasmussenworkwell.com



THE RASMUSSEN GROUP

HARD WORK'S WORTH IT.



Acerca de esta guía

En esta Guía de beneficios encontrará breves resúmenes de los planes a los que pueden acogerse los empleados que sean elegibles. La guía es solo una referencia. No es un documento legal y no debe interpretarse como una garantía de beneficios ni de continuidad en el empleo en The Rasmussen Group, Inc. Todos los planes de beneficios se rigen por pólizas base, contratos y documentos del plan. Toda discrepancia entre cualquier información que se brinde a través de este resumen y los términos reales de dichas pólizas, contratos y documentos del plan se regirán por los términos de dichas pólizas, contratos y documentos del plan. The Rasmussen Group, Inc. se reserva el derecho a modificar, suspender o finalizar cualquier plan de beneficios, en su totalidad o en parte, en cualquier momento.

Puede obtener un Resumen de beneficios y cobertura para cualquier plan de beneficios si se comunica con el Departamento de Recursos Humanos de The Rasmussen Group, Inc. al teléfono 515-266-5173, o si visita el sitio web de The Rasmussen Group, Inc. en www.rasmussengroup.com en la sección Recursos para los empleados.