

Guía de beneficios del empleado

2025



Agropur inc.

Contenido

Información de contacto para los beneficios.....	4
Programa de asistencia al empleado	5
Asesoramiento financiero	5
Asistencia en materia de cuidados.....	5
Plan médico	6
Programa de bienestar.....	8
Medicamentos recetados	9
Beneficios federales y estatales	10
Recetas de venta por correo internacional gratuitas.....	10
Cuenta de ahorros para la salud	11
Cobertura dental	12
Cobertura de la vista.....	12
Seguro de vida y AD&D	14
Beneficios adicionales de MetLife	15
Incapacidad y licencia.....	16
Accidente.....	16
Plan de jubilación 401k.....	18
Legal.....	19
Plan de salud de Agropur inc.: Información y avisos importantes	21

Le damos la bienvenida

Si usted está en su mejor momento, nosotros también lo estamos. Agropur ofrece una serie de beneficios y programas para ayudarlo a mantenerse sano física, mental y económicamente. Nos comprometemos a brindar recursos y ayuda que faciliten la elección de los beneficios más adecuados para usted. El objetivo de esta guía es ofrecerle una descripción general de los programas de beneficios ofrecidos por Agropur para el año del plan 2025.

Algunas cosas que debe saber antes de inscribirse

1. Sin acción, no hay cobertura

Si no toma medidas y no confirma sus elecciones, o renuncia a ellas, antes de la fecha límite de inscripción, se renunciará automáticamente a todos los beneficios no proporcionados por el empleador para 2025.

2. Fecha de entrada en vigencia de los beneficios

Una vez que sea elegible, debe completar su inscripción en el plazo de 30 días. Sus elecciones entrarán en vigencia el primero del mes luego de un mes de empleo. Algunos beneficios tienen "emisión de garantía" solo en su primera oportunidad, así que considere con atención esto antes de renunciar a cualquier cobertura.

3. Su elegibilidad

Como empleado de Agropur que trabaja 30 horas semanales o más de forma regular, es elegible para recibir todos los beneficios contenidos en esta guía.

Si ha sido contratado para trabajar menos de 30 horas semanales, revisamos anualmente las oportunidades de inscripción en función del promedio de horas trabajadas. Además, a los empleados que pasen de empleado a tiempo parcial a uno a tiempo completo se les ofrecerá cobertura y son elegibles para recibirla el primer día del mes siguiente a un mes después de la fecha del cambio de situación.

Los empleados regulares a tiempo parcial son elegibles para recibir 401(k), EAP y tiempo libre.

4. Elegibilidad de las personas a cargo

Las personas a su cargo elegibles también pueden inscribirse en nuestros beneficios.

- Cónyuge legítimo
- Hijos a cargo, incluidos hijastros, bajo tutela legal y adopción, hasta los 26 años
- Nietos solteros adoptados
- Niños discapacitados física o mentalmente mayores de 26 años si cumplen los criterios específicos establecidos por Anthem de Wisconsin

Nota especial – Si usted y su cónyuge o dependiente ambos trabajan en Agropur, la cobertura de beneficios no puede ser proporcionada por duplicado. Es decir, no pueden estar los dos cubiertos por más de un plan médico, de vida e incapacidad, accidentes, etc. Los proveedores no pagarán coberturas duplicadas bajo el mismo plan.

5. Avisos obligatorios

Al final de esta guía encontrará avisos importantes.

Cómo inscribirse

1. Inicie sesión en su cuenta de Workday.
2. Diríjase a la bandeja de entrada.
3. Seleccione la tarea Cambio de inscripción abierta.
 - Si es un empleado nuevo, seleccione Cambio en beneficios: empleado nuevo.
4. Revise sus elecciones, seleccione Acepto y haga clic en Enviar.
5. Imprima o guarde su página de confirmación y consérvela para futuras consultas.

Cambios durante el año del plan

Podrá cambiar sus elecciones de beneficios fuera del período de inscripción abierta únicamente si tiene un evento de vida calificado, como por ejemplo:

- Incorporación de personas a su cargo por nacimiento, adopción o tutela legal
- Matrimonio
- Divorcio, separación legal o anulación
- Cambio de situación laboral del cónyuge o de una persona a su cargo, incluido el cese o el comienzo del empleo
- La pérdida de personas a cargo debido a la pérdida de elegibilidad, el fallecimiento, o la colocación en adopción de la persona a su cargo
- El empleado o su cónyuge son elegibles para recibir Medicare o Medicaid
- Reducción del horario laboral del empleado a menos de 30 horas semanales
- Sentencia, decreto u orden judicial que obligue al cónyuge o cónyuge anterior a brindarles cobertura a los hijos a cargo
- Pérdida o ganancia de elegibilidad de una persona a su cargo del plan de beneficios del empleador
- Inscripción abierta en el mercado público de intercambios
- Inscripción abierta del empleador del cónyuge o la persona a cargo

Los cambios se deben hacer en Workday en el plazo de 30 días a partir del evento. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Centro de Servicios para Empleados llamando al **866-445-8885**.

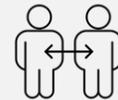
Costo de los beneficios para 2025

Muchos de los costos de los beneficios se determinan en función de tasas personalizadas. Consulte Workday o la hoja de tasas de beneficios incluida en esta guía.



Acceda a la información sobre beneficios desde el trabajo o desde casa.

Escanee el código QR o visite <https://agropurus.eebenefits.info/>



Necesario para la inscripción

Deberá brindar constancia de la condición de dependiente, como la licencia matrimonial en caso de cónyuge o el certificado de nacimiento/adopción/tutela en caso de un hijo. Comuníquese con el Centro de Servicios para Empleados si no tiene, y necesitará obtener, la constancia de dependencia solicitada en el momento de la inscripción.

También necesitará los nombres, la fecha de nacimiento, el número de seguro social, el sexo y la dirección de las personas a su cargo.



Confirmación necesaria de la elegibilidad del dependiente en 2025

Agropur se asociará con SISCO, una empresa externa de servicios administrativos, para verificar la elegibilidad de TODOS los dependientes inscritos en el Plan de salud de Agropur a partir del 1 de enero de 2025. La elegibilidad del dependiente no siempre es fácil de comprender y queremos asegurarnos de que aquellos inscritos tengan cobertura en caso de que se produzca una reclamación significativa en el futuro. Verificar la elegibilidad también nos ayuda a manejar los costos.

Esté atento a un correo en su hogar por parte de SISCO a principios de 2025 en el cual se le pide que tome medidas para mantener inscritos a sus dependientes en el Plan de salud de Agropur.

Información de contacto para los beneficios

Contacto de beneficios de Agropur

Centro de servicios para empleados		866-445-8885	Employee.service.us@agropur.com
Cobertura	Proveedor:	Número de teléfono	Sitio web/correo electrónico/aplicación móvil
Plan 401k	Fidelity Investments	800-835-5095	www.netbenefits.com Aplicación móvil: NetBenefitsapp
Seguro de accidente, enfermedad crítica, indemnización hospitalaria	MetLife	800-438-6388	www.metlife.com/mybenefits Aplicación móvil: Aplicación MetLife US
Cobertura dental ID de grupo: 261804	MetLife	800-942-0854	www.metlife.com/mybenefits Aplicación móvil: Aplicación MetLife US
Asistencia a personas mayores y con necesidades especiales	HomeThrive	888-777-2199	https://app.homethrive.com/general/home Código de registro: agropur contact@homethrive.com
Programa de asistencia al empleado	MetLife TELUSHealth	888-319-7819	TELUS Health One Nombre de usuario: metliffeap Contraseña: eap Aplicación móvil: TELUS Health One
Asistencia para los beneficios federales y estatales	FEDlogic	877-837-4196	services@fedlogicgroup.com https://fedlogicgroup.com/
Cuenta de gastos flexibles Cuenta de ahorros para gastos médicos	UMB	877-743-9482 (FSA) 866-520-4472 (HSA)	www.umb.com/benefit-accounts Aplicación móvil: UMB - cuenta de gastos de beneficios
Recetas de venta por correo internacional gratuitas	CANARx	866-893-6337	www.canarx.com ID de grupo: AGROPUR
Asesoramiento financiero independiente	Francis LLC	866-232-6457	https://francisway.com/agropur Aplicación móvil: Francis LLC
Licencia e incapacidad	MetLife	877-638-8262	www.metlife.com/mybenefits Aplicación móvil: Aplicación MetLife US
Seguro Legal	LegalShield	888-807-0407	https://benefits.legalshield.com/agropur
Cobertura médica	Anthem of WI	833-578-4439	www.anthem.com Aplicación móvil: Sydney Health
Medicamentos con receta	Beneficios de recetas mediante Express Scripts	800-334-8134	http://member.rxbenefits.com customercare@rxbenefits.com Aplicación móvil: Express Scripts
Cobertura de la vista ID de grupo: 261804	MetLife	955-638-3931	www.metlife.com/mybenefits Aplicación móvil: Aplicación MetLife US
Programa de bienestar	HealthCheck360	866-511-0360	support@myhealthcheck360.com www.myhealthcheck360.com Código de la empresa: AGPUR ID única: Últimos 4 dígitos del número del Seguro social Aplicación móvil: myHC360+

Programa de asistencia al empleado

MetLife TELUSHealth

Todos necesitamos ayuda de vez en cuando. Los problemas son parte de nuestra vida diaria. Agropur se asoció con TELUS Health para proporcionar un Programa de asistencia al empleado (EAP) que le proporciona a usted y a su familia acceso a asesores y servicios que son completamente confidenciales.

Programa de asistencia al empleado

Estrés, depresión y ansiedad

Problemas de pareja, divorcio

Problemas familiares y parentales

Soluciones para la vida laboral, desde encontrar cuidado para niños a contratar un contratista

Asesoramiento jurídico en adopción, divorcio, testamentos y más

Hasta cinco sesiones de asesoramiento por empleado o dependiente por incidente por año sin costo.

Puede elegir entre sesiones en persona con un proveedor o consultas telefónicas convenientes.



Aplicación móvil: TELUS Health One
[TELUS Health One](#)
 Nombre de usuario: metlifeeap
 Contraseña: eap
 888-319-7819

Terapia cognitivo-conductual (CBT)

Programa virtual de terapia cognitivo-conductual guiado por un terapeuta con licencia. Atraviese módulos estructurados como parte de su camino hacia una mejor salud mental.

Desde la comodidad de su hogar. Cuando le convenga. A su propio ritmo.

- Ansiedad
- Depresión
- Ayuda en situaciones traumáticas
- Abuso de sustancias
- Sueño
- Manejo del dolor
- Duelo y pérdida
- Agotamiento



Aplicación móvil: TELUS Health CBT
metlife.cbt.telushealth.com

Asesoramiento financiero

Francis LLC

Los beneficios de bienestar financiero de nuestra empresa están conectados con planificadores financieros realistas que educan, asesoran y orientan, sin ningún interés comercial, para ayudarlo alcanzar un equilibrio entre el trabajo, la vida y las finanzas. Su planificador financiero lo ayudará a establecer prioridades y a lograr sus objetivos financieros sin juicios ni jerga financiera. Este servicio se ofrece como un beneficio del empleado y no hay copagos por sesión, por lo que se puede reunir con un planificador financiero las veces que quiera.

¡Conectarse con un planificador financiero es fácil!
Conéctese de una de las siguientes tres maneras:



Visite FrancisWay.com/Agropur



Llame al 866-232-6457



Descargue su aplicación móvil.

Escanee el código QR o busque Francis LLC en Google Play o la Tienda de Apple. La aplicación le permite seleccionar un planificador financiero, comenzar a mandarle mensajes e incluso obtener un plan de bienestar financiero mediante su herramienta de evaluación: MAP.

Asistencia en materia de cuidados

HomeThrive

Cuidar de un familiar puede ser confuso y abrumador, en especial cuando usted también trabaja. Ya sea que necesite un poco de ayuda o mucha, los expertos en HomeThrive están disponibles para guiarlo y asistirlo gratuitamente. **Reciba ayuda para un adulto mayor o una persona dependiente con necesidades especiales.**

Póngase en contacto con HomeThrive para recibir acceso ilimitado a su propio trabajador social de nivel de máster (conocido como Guía en materia de cuidados) y a una plataforma digital con consejos, herramientas y servicios de ayuda.

<https://app.homethrive.com/general/home>
 Código de registro: Agropur

Plan médico

Anthem de Wisconsin

Puede elegir entre dos planes de salud administrados por Anthem de Wisconsin. Ambos planes son planes de salud con deducible alto (HDHP) calificados que le permiten acceder a una cuenta de ahorros para la salud. Además, Agropur ofrece un seguro por accidente a través de Voya sin costo alguno para los inscritos.

Cómo funciona su cobertura médica

El plan le permite visitar a cualquier médico y centro de salud que elija —sin embargo, obtendrá la mejor cobertura cuando elija un proveedor dentro de la red—. Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite www.anthem.com/find-care.

- Seleccione lo siguiente: Búsqueda básica como invitado
 - Plan médico o red
 - Estado donde se ofrece el plan: Wisconsin
 - Cómo obtiene el seguro de salud: Medi-Cal (patrocinado por el empleador)
 - Plan o red:
 - Dentro de Wisconsin: POS de Blue Preferred (seleccione red)
 - Fuera de Wisconsin: Blue Access PPO

Deducible →	Coseguro →	Máximo de gastos de bolsillo
Usted paga el 100 % hasta alcanzar el deducible. <i>La atención preventiva dentro de la red está cubierta al 100 % y no está sujeta al deducible.</i>	Una vez que alcance el deducible, el plan empezará a pagar un porcentaje de sus gastos de atención médica elegibles.	Una vez que alcance el máximo de gastos de bolsillo, el plan pagará el 100 % de los gastos elegibles durante el resto del año del plan.

Si tiene cobertura familiar

Cada miembro de la familia inscrito en un plan HDHP cuenta con un deducible individual denominado deducible integrado. Del mismo modo, cada miembro de la familia inscrito en un plan HDHP cuenta con un máximo individual de gastos de bolsillo denominado máximo de gastos de bolsillo integrado. El deducible familiar y el máximo de gastos de bolsillo pueden alcanzarse con cualquier combinación de gastos de atención médica de su familia. Una persona de su familia no pagará más que el deducible integrado antes de que el plan comience a pagar un porcentaje de sus gastos de atención médica elegibles y no pagará más que el máximo individual de gastos de bolsillo.



Descargue la aplicación Sydney Health

Acceda cómodamente y sobre la marcha a su plan de salud:

- Encuentre atención y compare costos
- Vea qué tiene cubierto
- Verifique reclamaciones
- Acceda a tarjetas de identificación digitales

También puede crear una cuenta en www.anthem.com/register para acceder a las mismas funcionalidades desde su computadora.

Comparación de los planes médicos

Plan médico	HDHP 1		HDHP 2		Copay Plan	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual						
Individual	\$3,300	\$4,000	\$5,000	\$6,000	\$1,500	\$3,000
Familiar	\$6,600	\$8,000	\$10,000	\$12,000	\$3,000	\$6,000
Coseguro	20 %	40 %	20 %	40 %	20 %	40 %
Límite anual máximo de gastos de bolsillo						
Individual	\$4,000	\$4,700	\$6,000	\$7,000	\$3,000	\$6,000
Familiar	\$8,000	\$9,400	\$12,000	\$14,000	\$6,000	\$12,000
Servicios <i>Lo que paga usted una vez alcanzado el deducible</i>	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención preventiva	Cobertura del 100 %	40 %	Cobertura del 100 %	40 %	Cobertura del 100 %	40 %
Telesalud a través de LiveHealthOnline Plan médico Terapia y psiquiatría	Usted paga \$59 Usted paga un 20 %		Usted paga \$59 Usted paga un 20 %		Usted paga \$0 Usted paga \$60	
Visita a consultorio de un médico de atención primaria	Usted paga un 20 %	Usted paga un 40 %	Usted paga un 20 %	Usted paga un 40 %	Usted paga \$30	Usted paga un 40 %
Visita a consultorio de un médico especialista	Usted paga un 20 %	Usted paga un 40 %	Usted paga un 20 %	Usted paga un 40 %	Usted paga \$60	Usted paga un 40 %
Atención de urgencia	Usted paga un 20 %	Usted paga un 40 %	Usted paga un 20 %	Usted paga un 40 %	Usted paga \$75	Usted paga un 40 %
Sala de emergencias	Usted paga un 20 %		Usted paga un 20 %		Usted paga \$250	
Hospitalización	Usted paga un 20 %	Usted paga un 40 %	Usted paga un 20 %	Usted paga un 40 %	Usted paga un 20 %	Usted paga un 40 %

Recursos de Anthem de Wisconsin

LiveHealth Online | No es necesario pedir cita para que un médico evalúe su estado de salud. Visite a un terapeuta certificado en cuatro días o menos. Haga una consulta con un psiquiatra en un plazo de dos semanas.

Building Healthy Families | Apoyo personalizado y digital tanto si está intentando concebir, esperando o criando un hijo.

Línea de enfermería 24/7 | Acceso a una enfermera registrada para ayudarlo a encontrar un proveedor, brindarle una derivación a LiveHealth Online para una visita por video con un médico colegiado, inscribirse en programas de gestión de la salud y ofrecerle recursos.

Gestión de casos | Enfermeras respaldadas por expertos clínicos que lo ayudarán en los momentos de estrés abogando por su tratamiento, revisando su plan de salud y poniéndolo en contacto con recursos para garantizarle la mejor atención posible.

Programa de bienestar

HealthCheck360

Agropur se asocia con HealthCheck360 para ofrecer un programa de bienestar que lo ayuda a mantener su salud como prioridad. El programa es voluntario y está disponible para todos los empleados y cónyuges elegibles a los beneficios que estén inscritos en el plan de salud.

Cree su cuenta de myHealthCheck360 para acceder a las funciones del programa de bienestar.

- Lleve un seguimiento de su salud y métricas de actividad como pasos, comida, peso y sueño.
- Compita en desafíos de bienestar
- Acceda a blogs de bienestar
- Póngase en contacto con un coach de salud para obtener una ayuda personalizada para cumplir sus objetivos de bienestar.



Cree su cuenta myHealthCheck360.

Disponible para todos aquellos empleados y cónyuges elegibles que estén inscritos en el plan de salud.

Escanee el código QR o visite www.myhealthcheck360.com

Código de la empresa: AGPUR
Id. única: Últimos 4 dígitos del SSN

Descuentos en la prima médica

Todos los años, usted y su cónyuge son invitados a realizarse un examen biométrico para controlar su salud al identificar cualquier riesgo y hacer un seguimiento de los cambios en su bienestar general. Su participación incluye la realización de un examen biométrico y una encuesta de evaluación de riesgos para la salud.

- Puede realizar su examen biométrico mediante una de las siguientes tres opciones:
 - Los exámenes in-situ se llevarán a cabo en la mayoría de los sitios a principios del otoño. Esté atento a la información que se compartirá cada verano.
 - Su médico de atención primaria puede completar el formulario de HealthCheck360 y presentarlo.
 - Puede visitar una sucursal local de LabCorp.
- La encuesta de Evaluación de riesgos para la salud (HRA) estará disponible en línea al mismo tiempo cada año. La encuesta hace preguntas sobre sus elecciones de estilo de vida y no repercute en el puntaje de su examen biométrico. Se combinan las respuestas de la encuesta junto con los resultados de su examen biométrico para proporcionarle un Informe sobre el perfil de riesgo para la salud.

Medicamentos recetados

RxBenefits con tecnología de Express Scripts

Los medicamentos recetados están incluidos en la cobertura de su plan de salud. Primero tendrá que alcanzar el deducible antes de que comience el coseguro. Los medicamentos considerados preventivos están cubiertos sin costo alguno para usted. Se puede acceder a la red de farmacias incluidas en el plan de salud comunicándose con RxBenefits o creando su cuenta de Express Scripts para buscar en línea o a través de la aplicación móvil.

Medicamentos recetados	HDHP 1		HDHP 2		Copay Plan	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Medicamentos preventivos según la ACA	Usted paga \$0	N/A	Usted paga \$0	N/A	Usted paga \$0	N/A
Genérico	Usted paga un 20 %	N/A	Usted paga un 20 %	N/A	Usted paga \$10	N/A
Marca	Usted paga un 20 %	N/A	Usted paga un 20 %	N/A	Usted paga \$35	N/A
Marca no preferida	Usted paga un 20 %	N/A	Usted paga un 20 %	N/A	Usted paga \$70	N/A
Especialidad	Usted paga un 20 %	N/A	Usted paga un 20 %	N/A	Usted paga \$150	N/A

¿Qué es un formulario?

Un formulario es la lista de medicamentos cubiertos por el plan de salud. Contar con una lista de medicamentos preferidos permite al plan de salud gestionar mejor los costos. Si se entera de que un medicamento recetado no está incluido en el formulario, colabore con su proveedor para revisar las marcas equivalentes disponibles en el formulario. Comuníquese con RxBenefits para obtener ayuda.

Cómo entender su cobertura

RxBenefits es un gestor de farmacias independiente de Anthem de Wisconsin. Sin embargo, toda su información está cómodamente incluida en la misma tarjeta de identificación. RxBenefits utiliza Express Scripts para surtir sus medicamentos.



RxBenefits
800-334-8134
<http://member.rxbenefits.com>
CustomerCare@RxBenefits.com

- Acceda a la autorización previa en tiempo real
- Estado de las reclamaciones
- Información sobre los beneficios y preguntas sobre la cobertura
- Red de farmacias
- Recetas por correo y de medicamentos especializados



Express Scripts
www.express-scripts.com
Aplicación móvil: Express Scripts

- Comparación de precios de medicamentos en varias farmacias
- Red de farmacias
- Solicitudes de pedidos por correo y comprobación de estados
- Recarga y renovación de recetas

Cómo surtir una receta

Utilice su nueva tarjeta de identificación de Anthem de Wisconsin para surtir una receta en la farmacia. Si le dicen que el plan no cubre su receta, comuníquese con RxBenefits para que se lo expliquen. Puede ser que se necesite una autorización previa antes de surtir una receta o que el medicamento no esté incluido en el formulario y su proveedor tenga que recetarle una marca diferente.

Para recibir recetas por correo, comuníquese con su médico para solicitar una receta para 90 días y que la recete directamente a Express Scripts. Si ya tiene una receta para 90 días, cree su cuenta en línea con Express Scripts y localice el formulario de pedido por correo en Formularios y tarjetas, y siga las instrucciones del formulario.

Para obtener más información sobre los beneficios de su plan médico, incluida la cobertura de accidentes y de medicamentos recetados, visite <https://agropurus.eebenefits.info/>. También puede comunicarse directamente con las aseguradoras utilizando la información de contacto de la página 5.

Obtenga más información en los documentos completos del plan. Si los beneficios descritos en la presente son diferentes de algún modo a la descripción resumida del plan, esta última tendrá prevalencia.

Beneficios federales y estatales

FEDlogic

Agropur se ha asociado con FEDlogic para proporcionarle a usted y a los miembros de su familia información y asesoramiento sobre los beneficios estatales y federales. El servicio es confidencial, ilimitado y gratuito para usted como empleado de Agropur.

Motivos para llamar a FEDlogic

- Ha alcanzado o se acerca a la edad necesaria para Medicare o a la edad jubilatoria
- Usted o un miembro de su hogar ha sido diagnosticado recientemente con una enfermedad grave (ELA, cáncer o diálisis)
- Necesita ayuda para navegar por Medicaid o el Mercado de opciones de seguro.
- Tiene un hijo con discapacidad o que nació prematuro.
- Su cónyuge ha fallecido recientemente.

Cómo funciona

1	Realice una cita para una consulta telefónica.	Llame al 877-837-4196 para programar una cita con uno de nuestros expertos en beneficios federales y estatales. Asegúrese de hacer la cita en un momento en que los miembros de la familia estén disponibles para escuchar y hacer preguntas. Las llamadas suelen durar una hora.
2	Cuéntenos su historia, haga preguntas y aprenda.	Los expertos escucharán su historia y comprenderán sus necesidades, y lo aconsejarán con información no sesgada para que pueda tomar las mejores decisiones para su situación.
3	Inscríbese a los beneficios	Una vez que esté seguro de que dispone de toda la información necesaria para tomar la mejor decisión para usted y su familia, los expertos lo guiarán a través del proceso de solicitud y aprobación de los programas federales y estatales vigentes.
4	Relájese y celebre	A falta de información y asesoramiento, muchas personas no aprovechan todos los beneficios que pagaron. Ahora tendrá la tranquilidad de saber que está recibiendo todos los beneficios que se merece.

Recetas de venta por correo internacional gratuitas

CANARx

CANARx les permite a los miembros del Plan de salud de Agropur que reciban medicamentos de marca sin costo. Los medicamentos están disponibles mediante farmacias internacionales en Canadá, el Reino Unido y Australia. Si toma un medicamento elegible y decide inscribirse, el medicamento puede ser enviado directamente a su hogar en el contenedor original sellado del fabricante.

Ejemplos de medicamentos comunes disponibles

Eliquis	Jardiance	Ventolin
Xarelto	Advair	Farxiga
Symbicort	Januvia	Flovent

Cómo funciona

1	Verifique si su medicamento está disponible	<ul style="list-style-type: none"> • Diríjase a canarx.com • Seleccione "Ver su plan" en la esquina superior derecha. ID web: AGROPUR • Seleccione "Medicamentos cubiertos" en la esquina superior derecha. • Elija el plan médico al que se inscribe. • Busque su medicamento.
2	Inscríbese en línea	<p>Si su medicamento está disponible, elija "Inscribirse" y rellene el formulario en línea. Necesitará tener la siguiente información disponible:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lista de sus medicamentos actuales • ID con fotografía • El nombre y número de teléfono de quien lo receta
3	Conéctese con CANARx	<p>Después de inscribirse en línea, un representante de CANARx lo llamará para confirmar su inscripción y compartir detalles sobre la entrega de sus medicamentos.</p>
4	Reciba sus medicamentos	<p>¡Esté atento a la llegada de sus medicamentos por correo! CANARx lo contactará de nuevo antes de que se venza su receta para confirmar si todavía toma esos medicamentos y para ayudarlo a resurtir su receta.</p>

Cuenta de ahorros para la salud

UMB

Al inscribirse en el plan de salud con deducible alto de Agropur, puede ser elegible para abrir una cuenta de ahorros para la salud libre de impuestos. El dinero de su HSA se traspasa de un año a otro para que pueda tener presupuesto para gastos actuales y futuros. Además, la cuenta le pertenece, así que puede conservarla incluso si cambia de trabajo o se jubila.

Para ser elegible para una HSA:

- Debe estar cubierto por uno de los planes de salud de Agropur
- No puede estar cubierto por ningún otro plan de salud, incluida la FSA de su cónyuge
- No puede estar inscrito en Medicare, TRICARE o beneficios de VA
- No puede figurar como persona a cargo en la declaración de la renta de otra persona

HSA

Pague por gastos elegibles médicos, dentales, de visión y de recetas, como:

- Deducibles
- Coseguro
- Medicamentos recetados
- Otros gastos relacionados con la salud

Visite www.irs.gov y busque la Publicación 502 del IRS para conocer más acerca de gastos elegibles.

Límite de contribución anual de 2025	Individual	\$4,300
	Familiar	\$8,550
	Contribución complementaria (55 años o más)	\$1,000
	Traspaso	Monto total

¿Cómo utilizo mi HSA?

Después de inscribirse, recibirá una carta de bienvenida de UMB por correo. Se incluirá su número de cuenta. Recibirá otra carta por separado que incluye su tarjeta de débito Visa de UMB y el contrato de titular de la tarjeta. Una vez que reciba su carta de bienvenida, podrá crear su cuenta en línea en www.hsa.umb.com



Opte por los estados de cuenta electrónicos en las preferencias de su cuenta para evitar un cargo trimestral de \$1.50 por estados de cuenta impresos.



Asigne un beneficiario en las preferencias de su cuenta.

Opciones de inversión

Una HSA es también un potente vehículo de inversión y puede ser un complemento inteligente a su estrategia de jubilación. Cuando se utiliza para gastos médicos elegibles, el dinero ingresa a una HSA, crece y sale de ella, todo libre de impuestos. Esto significa que nunca tendrá que pagar impuestos cuando utilice el dinero de la HSA. Ninguna otra cuenta de inversión ofrece este beneficio.

Saldo de la HSA	Opciones de inversión
<\$1,000	N/C
>\$1,000	Elija entre una amplia variedad de fondos disponibles a través de la HSA Saver de UMB.

Cobertura dental

MetLife

MetLife utiliza el proveedor de la red PDP Plus (Dentista preferido). Puede sacar provecho de sus beneficios al usar un proveedor dentro de la red.

Encuentre un proveedor dentro de la red cerca de usted en [metlife.com/mybenefits](https://www.metlife.com/mybenefits) o llame al 800 -942-0854.

Cobertura dental	Dentro de la red
Deducible anual	\$50 por persona \$150 por familia
Beneficio anual máximo	\$1,500 por persona
Cantidad máxima para ortodoncia	\$1,500 por persona
El plan paga	
Diagnóstico y cuidado preventivo Exámenes bucales, radiografías, limpiezas, selladores, tratamiento con flúor (una vez por año para niños hasta los 19 años)	100% cubierto <i>Exento de deducible, no cuenta para el beneficio anual máximo.</i>
Servicios básicos Amalgama, empastes de resina, cirugía bucal, endodoncia, periodoncia, anestesia general.	Usted paga el 20% después del deducible
Servicios especiales Resinas, coronas, puentes fijos/extraíbles, dentadura parcial o completa, arreglos de coronas y puentes, implantes	Usted paga el 50% después del deducible
Ortodoncia Niños y adultos	Usted paga el 50%

Para más información, consulte la documentación completa del plan. Si los beneficios aquí descritos entran en conflicto de alguna manera con la Descripción resumida del plan, prevalecerá la Descripción resumida del plan.



En este video encontrará instrucciones sobre cómo registrar su cuenta de MyBenefits con MetLife.

Cobertura de la vista

MetLife mediante VSP

MetLife utiliza la red de proveedores VSP. Si visita un proveedor dentro de la red, no debe presentar ninguna reclamación, simplemente pague su copago y, si corresponde, cualquier monto que supere su asignación. Si visita un proveedor fuera de la red, pagará por los servicios al momento de su visita y luego presentará una reclamación para obtener un reembolso.

Encuentre un proveedor dentro de la red cerca de usted en [metlife.com/mybenefits](https://www.metlife.com/mybenefits) o llame al 855 -638-3931.

Cobertura de la vista	Dentro de la red
Examen	\$10 copago
Lentes Unifocales, bifocales con línea, trifocales con línea y lenticulares.	\$25 copago <i>Incluye: protección ultravioleta, lentes de policarbonato para niños dependientes.</i>
Mejoras de las lentes Progresivas estándar y tintes rosa I & II incluidos sin costo adicional.	Progresivas premium: \$95-\$105 de copago Progresivas personalizadas: \$150-\$175 de copago Policarbonato estándar: unifocal hasta \$31 de copago, multifocal hasta \$35 de copago Protección contra rayaduras: hasta \$17-\$33 de copago Tintes: plástico sólido \$15 de copago, tinte plástico en degradé \$17 de copago Antirreflejo: hasta \$41-\$85 de copago Fotocromáticas: hasta \$47-\$82 de copago Filtro de luz azul: hasta \$15 de copago
Marcos	\$170 de asignación \$190 de asignación en marcas destacadas 20% de ahorro en el saldo que supere su asignación \$90 de asignación en Costco
Lentes de contacto <i>En lugar de anteojos</i>	\$170 de asignación Hasta \$60 de copago (adaptación y evaluación)

Frecuencias	
Exámenes	1 cada 12 meses
Lentes o lentes de contacto	1 cada 12 meses
Marcos	1 cada 24 meses

Cuenta de gastos flexibles

UMB

Las cuentas de gastos flexibles (FSA) pueden ahorrarle dinero en gastos elegibles porque no debe pagar impuestos sobre el monto contribuido a la cuenta. Sin embargo, usar una FSA requiere planificación cuidadosa para obtener los beneficios financieros.

Hay tres tipos de FSA entre los que elegir.

FSA de salud

Pague por gastos elegibles médicos, dentales, de visión y de recetas, como:

- Deducibles
- Copagos
- Coseguro
- Otros gastos relacionados con la salud

Límite de contribución anual	\$3,200*
------------------------------	----------

Su elegibilidad para una FSA puede malinterpretarse si usted o su cónyuge utilizan actualmente una HSA. Consulte al administrador del plan o al capital humano para obtener más información.



¿Es una FSA de salud adecuada para usted?

<https://vimeo.com/user17537651/review/466344472/73e75dfa14>

FSA de uso limitado

Si contribuye a una HSA, solo podrá utilizar una FSA de salud para gastos dentales y de visión.

Límite de contribución anual	\$3,200*
------------------------------	----------



¿Es una FSA de uso limitado adecuada para usted?

<https://vimeo.com/466344045/196b8134fc>

*\$3,200 es el límite de contribución del IRS para 2024. El límite de 2025 no se dio a conocer en el momento de la impresión de esta Guía.

FSA para atención de personas a cargo

Aparte dinero libre de impuestos para la atención de niños menores de 13 años, sus padres adultos mayores o que estén a su cargo y que no puedan cuidarse a sí mismos. Cubra los gastos de atención mientras trabaja, como:

- Preescolar
- Campamento diurno de verano
- Programas antes y después de la escuela
- Cuidado para adultos mayores

Límite de contribución anual	Casado (hacen presentaciones por separado)	\$2,500
	Soltero/casado (hacen presentaciones en conjunto)	\$5,000

Notas importantes

En cada cuenta debe realizar una elección por separado. Los fondos no pueden pasarse de una cuenta a otra. Las contribuciones no pueden modificarse a menos que tenga un evento de vida calificado, y deben efectuarse en el plazo de 30 días a partir del evento.

Para obtener más información sobre la comparación de cada tipo de FSA, visite <https://hsa.umb.com/fsa>

Todas las cuentas son del tipo "úselo o piérdalo". El año del plan de la FSA es del 1 de enero al 31 de diciembre. Puede presentar las reclamaciones de 2024 hasta el 15 de marzo de 2025.

Visite www.irs.gov y busque las publicaciones del IRS
502 (atención médica y dental)
503 (cuidado de personas a cargo)
para conocer más acerca de gastos elegibles.

¿Cómo utilizo mi FSA?

Después de inscribirse, recibirá una carta de bienvenida y una tarjeta de débito Visa para gastos flexibles de UMB. Una vez que reciba su carta de bienvenida, podrá crear su cuenta en línea en www.umb.com/benefit-accounts.

Seguro de vida y AD&D

MetLife

El seguro de vida protege a sus seres queridos financieramente en caso de su fallecimiento. El seguro de muerte y desmembramiento accidental (AD&D) proporciona un beneficio adicional en caso de fallecimiento o si sufre de otra pérdida catastrófica cubierta debido a un accidente cubierto.

Seguro de vida básico y AD&D

Monto del beneficio*	Seguro de vida: 1 vez el salario anual básico hasta \$150,000 AD&D 1 vez el salario anual básico hasta \$150,000
Costo del beneficio	El empleador paga, ¡sin costo para usted!

Para mayor protección, puede comprar un seguro de vida voluntario para usted, su cónyuge o sus hijos dependientes.

Seguro de vida temporal voluntario y AD&D

Monto del beneficio Requerirá una elección combinada para el Seguro de Vida y AD&D.	Empleado: Hasta 7 veces su ingreso anual en incrementos de \$10,000. Máximo: \$1,000,000. Cónyuge: Hasta un 100% del monto de cobertura del empleado en incrementos de \$5,000. Máximo \$250,000 [^] Hijo(s): Hasta \$25,000 en incrementos de \$1,000. [^]
Monto de la garantía de emisión de póliza¹	Empleado: \$200,000 sin evidencia de asegurabilidad para los empleados nuevos. Cónyuge: \$50,000 sin evidencia de asegurabilidad para los empleados nuevos. Hijo(s): \$25,000 sin evidencia de asegurabilidad para los recientemente elegibles.
Costo del beneficio	Para ver sus tarifas personalizadas, inicie sesión en Workday o consulte la hoja de tarifas.

Conforme a ADEA, los beneficios pueden verse reducidos para empleados que tienen más de 65 años.

* El valor de los beneficios del seguro de vida financiado por la empresa que supere los \$50,000 está sujeto a impuestos.

[^] Las elecciones de dependientes exigen que el empleado esté inscrito.

¹ Si se inscribe cuando se lo ofrecen por primera vez, puede recibir hasta el monto indicado sin tener que responder preguntas médicas.



Conozca más sobre el Seguro de vida colectivo

<https://vimeopro.com/cottinghambutler/cb-videos/video/200200915>

Oferta especial de inscripción abierta

MetLife tiene una oferta especial de inscripción abierta por única vez durante la inscripción abierta 2024, para la cobertura con entrada en vigencia el 1 de enero de 2025.

Todos los empleados elegibles pueden elegir hasta \$200,000 de cobertura del Seguro de vida voluntario y AD&D, siempre y cuando no exceda 7 veces su ingreso anual, sin estar sujeto a suscripción. Esto les permite a los empleados sin cobertura y a aquellos que querían incrementar su cobertura, una oportunidad para elegir la cobertura sin la necesidad de completar una declaración de salud.

Todas las inscripciones nuevas y los aumentos al seguro de vida voluntario y AD&D del cónyuge requerirán de una evidencia de asegurabilidad.



Recuerde actualizar sus beneficiarios.

Es importante actualizar sus beneficiarios y asegurarse periódicamente que sean correctos. Tener beneficiarios desactualizados hará que se dificulte el pago del beneficio a la persona correcta en caso de que alguna vez sea necesario.

Requisito de actividad laboral:

Los nuevos inscritos deben estar trabajando activamente en la fecha de entrada en vigencia para que la cobertura esté activa. En caso contrario, la cobertura suscrita entrará en vigencia en el momento en que el afiliado vuelva a estar activo en el trabajo/ser elegible.

Revise los documentos del plan para obtener detalles del plan, incluidas las exclusiones y limitaciones. Este aspecto destacado del plan es un resumen que se le proporciona para que comprenda su cobertura de seguro. Los detalles pueden diferir de estado a estado. Si los términos de este resumen de los aspectos destacados del plan o su certificado difieren de su póliza, la póliza prevalecerá.

Beneficios adicionales de MetLife

MetLife ofrece servicios adicionales sin costo como parte de los beneficios de seguro de vida. No necesita elegir estos beneficios para utilizarlos.

Disponible para todos los empleados

<p>Willscenter.com</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrarse como usuario nuevo • Siga las instrucciones para crear su documento en línea 	<p>Tener un testamento es una de las cosas más importantes que puede hacer por su familia. Tiene acceso a los servicios de preparación de testamentos en línea de MetLife mediante SmartLegalForms para crear un testamento vinculante, testamento vital o asignar un poder notarial.</p>
<p>Apoyo para personas en duelo 888-319-7819 Metlifegc.lifeworks.com</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de usuario: metlifeassist • Contraseña: support 	<p>El duelo adopta muchas formas y nos afecta de diferentes maneras. Tanto si se trata de hacer frente a una pérdida como a un cambio importante en la vida, los asesores y servicios profesionales de LifeWorks US Inc. están preparados para proporcionarle apoyo a usted y a su familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo confidencial 24 horas al día, 7 días a la semana: pérdida de un ser querido, pérdida del trabajo, diagnóstico médico grave, divorcio • Consulta legal y financiera confidencial: 30 minutos de consulta para ayudar con una pérdida o 1 hora de consulta con un planificador financiero certificado para ayudar con educación, estrategias y opciones.
<p>Servicio de planificación de funerales 866-853-0954 finalwishesplanning.com</p>	<p>Perder a un ser querido puede ser uno de los momentos más difíciles de la vida. Mediante Dignity Memorial, usted y su familia tienen acceso a asesores compasivos y descuentos en servicios funerarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descuentos de hasta 10% en servicios funerarios, de cremación y cementerio. • Asistencia especializada y servicios de planificación 24 horas al día, 7 días a la semana • Servicios de viaje por duelo
<p>Asistencia de viajes metlife.com/travelassist</p>	<p>Reciba acceso a servicios de emergencia mientras viaja: ayuda médica, legal, de transporte y financiera las 24 horas al día, los 365 días del año cuando está a 100 o más millas de distancia de su hogar.</p>

Disponible para empleados con seguro de vida voluntario

<p>Preparación de testamentos 800-821-6400</p>	<p>Proteja el futuro financiero de su familia con los servicios de preparación de testamentos. Elija entre más de 18,000 abogados de la red, en persona o por teléfono, para realizar una consulta personalizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso ilimitado para hablar con un abogado tantas veces como sea necesario para preparar, actualizar o revisar un testamento.
<p>Resolución patrimonial 800-821-6400</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas individuales ilimitadas para hablar con un abogado sobre la autenticación de un patrimonio. Elija de una red de más de 18,000 abogados. • Preparación y representación ante los tribunales: recepción de documentos sucesorios preparados y representación profesional ante los tribunales para ayudar a ejecutar la transferencia de los bienes sucesorios de la herencia. • Ayuda con la correspondencia y las declaraciones fiscales
<p>Planificación patrimonial digital Legalplans.com/estateplanning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cree un nombre de usuario y contraseña • Siga las instrucciones para crear su documento en línea 	<p>Cree documentos de planificación patrimonial desde la comodidad de su hogar con verificación de identidad en tiempo real y video notario. Incluido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Última voluntad y testamento • Instrucciones médicas anticipadas (testamento vital) • Poder financiero duradero

Incapacidad y licencia

MetLife

En caso de que quede incapacitado debido a una lesión o enfermedad que no esté relacionada al trabajo, los beneficios de ingresos por incapacidad pueden proporcionar un reemplazo parcial de los ingresos perdidos. Agropur ofrece tanto la cobertura por incapacidad a corto plazo (STD) o incapacidad a largo plazo (LTD) a los empleados elegibles.

Incapacidad a corto plazo

Monto del beneficio	Reemplaza el 60% de sus ingresos, hasta \$2,500 por semana
El beneficio comienza	Lesión: 1er día Enfermedad: después de 7 días
Duración del beneficio	Hasta 26 semanas

Incapacidad a largo plazo

Monto del beneficio	Reemplaza el 60% de sus ingresos, hasta \$10,000 por mes
El beneficio comienza	Después de un período de 180 días
Duración del beneficio	Hasta la edad de jubilación del Seguro Social

Limitaciones por enfermedades preexistentes:

Si presenta una reclamación dentro del periodo de exclusión posterior a la fecha de entrada en vigencia de su plan, la empresa de seguro la revisará para determinar si la condición ya existía durante el período inmediatamente anterior. De ser así, se le pueden denegar los beneficios.

Revise los documentos del plan para obtener detalles del plan, incluidas las exclusiones y limitaciones. Este aspecto destacado del plan es un resumen que se le proporciona para que comprenda su cobertura de seguro. Si los términos de este resumen de los aspectos destacados del plan o su certificado difieren de su póliza, la póliza prevalecerá.

Solicitud de una licencia

Tan pronto como sepa que necesitará una licencia, póngase en contacto con MetLife para presentar una reclamación. MetLife lo ayudará a determinar qué tipos de licencia se aplican a su situación (la Ley de licencia familiar y médica, Licencia por paternidad, licencia por Incapacidad a corto plazo, etc.) y le informará lo que debe hacer. También debe notificar a su supervisor sobre la próxima licencia tan pronto como sepa.

metlife.com/mybenefits | 877-638-8262

Seleccione sus preferencias de comunicación durante la conversación inicial sobre su reclamación para asegurarse de recibir todas las comunicaciones futuras sobre su licencia.

Accidente

MetLife

El seguro de accidentes complementa el plan médico con pagos fijos por un accidente cubierto. Puede usar el beneficio de pago como lo desee, en gastos mensuales, deducibles, cuidado de niños, cualquier cosa que ayude a su familia a recuperarse con menos estrés.

Aspectos destacados de la cobertura

Hospitalización por accidente

Cuidado general por accidente

Lesiones por accidente

Muerte y desmembramiento accidentales

Beneficio de examen médico

Consulte la siguiente página para obtener instrucciones sobre cómo presentar una reclamación.

\$100/miembro cubierto con prueba de un examen médico cubierto, como análisis de sangre para triglicéridos o colesterol, mamografía, examen oftalmológico o dental.

Aquí hay un ejemplo del pago del beneficio

La hija de Kathy, Molly, iba a la escuela en bicicleta. En el camino, se cayó al suelo y quedó inconsciente y la llevaron a la sala de emergencias local en ambulancia para su tratamiento. El doctor le diagnosticó una conmoción cerebral y un diente roto. Pidió hacerle una tomografía computada para comprobar que no haya fracturas faciales ya que la cara de Molly estaba muy hinchada. Molly fue enviada a su médico de atención primaria para que le hiciera un tratamiento de seguimiento y su dentista le reparó el diente roto con una corona.

Incidente cubierto	Monto del beneficio
Ambulancia (por tierra)	\$300
Cuidado de emergencia	\$150
Seguimiento del médico (\$75 x 2)	\$150
Pruebas médicas	\$150
Conmoción cerebral	\$250
Diente roto (arreglado con una corona)	\$250
Beneficios totales pagados por el plan	\$1,250

Requisito de actividad laboral:

Los nuevos inscritos deben estar trabajando activamente en la fecha de entrada en vigencia para que la cobertura esté activa. En caso contrario, la cobertura suscrita entrará en vigencia en el momento en que el afiliado vuelva a estar activo en el trabajo/ser elegible.

Revise los documentos del plan para obtener detalles del plan, incluidas las exclusiones y limitaciones. Este aspecto destacado del plan es un resumen que se le proporciona para que comprenda su cobertura de seguro. Los detalles pueden diferir de estado a estado. Si los términos de este resumen de los aspectos destacados del plan o su certificado difieren de su póliza, la póliza prevalecerá.

Enfermedad crítica

MetLife

El seguro de enfermedades críticas proporciona un pago único luego de un diagnóstico. Utilice los fondos como desee, para hacer frente a gastos ordinarios o pagar los gastos médicos de bolsillo para la atención médica.

Aspectos destacados de la cobertura

Monto del beneficio	<p>Empleado: \$5,000 - \$50,000 incrementos de \$5,000</p> <p>Cónyuge: 50% del monto de la cobertura del empleado</p> <p>Hijos: 50% del monto de la cobertura del empleado</p>
100% del monto de la cobertura elegida	Tumor cerebral benigno, cáncer invasivo, coma, pérdida de la capacidad para hablar, escuchar o ver, parálisis de dos o más extremidades, infarto, insuficiencia renal, trasplante de órgano principal, ELA, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, distrofia muscular, enfermedad de Parkinson, lupus eritematoso sistémico, quemadura grave
50% del monto de la cobertura elegida	Bypass coronario, paro cardíaco súbito,
25% del monto de la cobertura elegida	Cáncer no invasivo, enfermedad de Huntington, demencia, accidente isquémico transitorio, con hospitalización de tres días consecutivos: meningitis cerebroespinal, COVID-19, difteria, encefalitis, enfermedad del legionario, malaria, fascitis necrotizante, osteomielitis, rabia, tétano, tuberculosis
Cáncer de piel	10% del monto del beneficio, no menos de \$250
Enfermedades infantiles 100% del monto de la cobertura	Parálisis cerebral, labio leporino o paladar hendido, fibrosis quística, diabetes (tipo 1), síndrome de Down, anemia falciforme, espina bífida.
Beneficio por recurrencia	Pagadero para una enfermedad que surge de nuevo transcurridos 90 días desde el suceso original.
Beneficio de examen médico	\$100/miembro cubierto con prueba de un examen médico cubierto, como análisis de sangre para triglicéridos o colesterol, mamografía, examen oftalmológico o dental.

Indemnización hospitalaria

MetLife

Si usted es hospitalizado, el seguro de Indemnización hospitalaria puede ayudarlo con los gastos de bolsillo y los gastos médicos más allá de lo que cubre su plan de seguro médico. **Esto incluye tanto cirugías planificadas como imprevistas y parto, no existen enfermedades preexistentes en el plan.**

Aspectos destacados de la cobertura

Admisión	\$1,000 por el día de la admisión
Admisión complementaria a la UTI	\$2,000 por el día de la admisión
Confinamiento pagado por hasta 30 días por año	\$100 por día
Confinamiento complementario en la UTI pagado por hasta 15 días por año	\$200 por día
Beneficio de examen médico	\$100/miembro cubierto con prueba de un examen médico cubierto, como análisis de sangre para triglicéridos o colesterol, mamografía, examen oftalmológico o dental,

Solicite su beneficio de examen médico

Los planes de accidente, enfermedad crítica e indemnización hospitalaria ofrecen cada uno un beneficio de \$100 por miembro cubierto por la realización de un examen médico anual. ¡Piense cómo este reembolso ayuda a compensar el costo de elegir estos beneficios!



Inicie sesión en su cuenta de [MetLife.com/mybenefits](https://www.metlife.com/mybenefits) o llame al 1-800-438-6388 para presentar su reclamación. Se le pedirá que proporcione la información de contacto de su proveedor de salud, la fecha y el lugar del examen.

Requisito de actividad laboral:

Los nuevos inscritos deben estar trabajando activamente en la fecha de entrada en vigencia para que la cobertura esté activa. En caso contrario, la cobertura suscrita entrará en vigencia en el momento en que el afiliado vuelva a estar activo en el trabajo/ser elegible.

Revise los documentos del plan para obtener detalles del plan, incluidas las exclusiones y limitaciones. Este aspecto destacado del plan es un resumen que se le proporciona para que comprenda su cobertura de seguro. Los detalles pueden diferir de estado a estado. Si los términos de este resumen de los aspectos destacados del plan o su certificado difieren de su póliza, la póliza prevalecerá.

Plan de jubilación 401k

Fidelity Investments

Agropur les ofrece a los empleados elegibles la oportunidad de participar en un plan 401 (k) proporcionado por Fidelity. Invierta en su futuro.

Elegibilidad e inscripción

Puede participar del plan 401(k) si:

- Tiene al menos 18 años y
- Ha cumplido 30 días de servicio
- Los empleados de temporada y pasantes que tienen 18 años o que han cumplido 1 año de servicio y 500 horas.

Inscripción automática

Una vez elegible, se lo inscribirá automáticamente a una tasa de contribución del 4% antes de impuestos. Puede elegir aumentar o disminuir la tasa de contribución. Sus contribuciones serán invertidas en el fondo de fecha objetivo por defecto del plan más cercano al año en que podría jubilarse en función de su edad actual.

Contribuciones del empleado

Puede contribuir hasta el 85% de sus ingresos elegibles hasta alcanzar el límite anual del IRS antes de impuesto o Roth. Siempre se le confiere el 100% de sus contribuciones personales y de cualquier ganancia de inversión sobre estas cantidades.

Contribuciones de la empresa

Contribuciones de contrapartida de la empresa

Los empleados elegibles para la contribución de contrapartida de la empresa incluyen:

- El 1 del mes siguiente a los 6 meses de servicio continuo para todos los empleados que cumplan las normas de elegibilidad.

Una vez elegible, Agropur igualará el 100% de cada dólar que usted contribuya, hasta el 4% de su salario por cheque de pago. Siempre se le confiere el 100% de las contribuciones de contrapartida de la empresa y de cualquier ganancia de inversión sobre estas cantidades.

Contribuciones no discrecionales de la empresa

Una vez que reúna los requisitos para recibir la Contribución de contrapartida de la empresa, Agropur anualmente hará una contribución única adicional no electiva del 3% a su cuenta 401(k). El periodo de adquisición de derechos para esta contribución se basa en un calendario de 5 años.

Límites del IRS para el año 2024

- \$23,000
- Personas con 50 años o más: adicional de \$7,500

¿Está listo para inscribirse en el 401k?

Para acceder a su cuenta, hacer cambios a su plan o nombrar un beneficiario para su plan 401(k), debe visitar www.netbenefits.com o llamar a Fidelity Investments directamente al (800) 835-5095.

Nombre un beneficiario

Es importante nombrar un beneficiario para su cuenta de ahorros para la jubilación ya que esta persona recibirá sus beneficios en caso de fallecimiento. Para actualizar su beneficiario:

- Inicie sesión en Fidelity
- Seleccione Perfil, luego Beneficiarios
- Siga los pasos



Escanee para descargar la aplicación NetBenefits para teléfonos inteligentes y iPads

Protéjase contra el ciber fraude.

Asegúrese de establecer una cuenta en línea con Fidelity y revisar su cuenta periódicamente. Es una buena práctica tener activada la autenticación de 2 factores en el inicio de sesión.

Considere activar MyVoice la próxima vez que llama a Fidelity, lo que creará un reconocimiento de voz único para mayor protección.

Fondos de inversión

Una variedad de opciones de inversión para que pueda elegir la combinación correcta para usted o hágalo más fácil eligiendo un fondo con fecha objetivo.

Acceso a su saldo

Préstamos

El plan de jubilación está pensado para el futuro, pero entendemos que hay cosas que pasan en la vida. Por lo tanto, puede ser elegible para pedir un préstamo a su cuenta.

Retiros

Puede retirar sus fondos cuando alcance los 59 años y medio, rescinda su empleo, se jubile, quede incapacitado de forma permanente o muera. Consulte la Descripción resumida del plan o llame a Fidelity para obtener ayuda.

Transferencias

Puede transferir las contribuciones antes de impuestos y Roth de otro plan elegible. Si usted es un empleado nuevo o recientemente elegible, recibirá información de Fidelity sobre cómo inscribirse y registrar su cuenta.

Póngase en contacto con Fidelity al 800-835-5095 para obtener más información.

Legal

LegalShield

Por una cuota mensual, puede tener acceso a un equipo de abogados de primera calidad que lo ayudarán a ocuparse de los imprevistos, como no, de la vida.

El beneficio legal le ofrece servicios legales a usted, a su cónyuge y a los hijos a su cargo menores de 26 años que nunca se hayan casado y que vivan en casa o cursen estudios universitarios a tiempo completo, a los hijos a su cargo menores de 19 años de los que el afiliado sea tutor legal, y/o a los hijos con discapacidades físicas o mentales que vivan en casa.

	Costo habitual de un abogado	Costo de LegalShield
Consulta legal general	\$275	\$0
Preparación de testamentos	\$1,700	\$0
Representación en problemas de tránsito	\$800	\$0
Preparación de un contrato de compraventa	\$1,200	\$0
Revisión de un contrato por ausencia/alquiler	\$800	\$0
Preparación de un acuerdo prenupcial	\$2,500	\$0
Total	\$7,275	\$10.62 por período de pago bimensual \$255 <i>anualmente</i>

La base del costo promedio de los costos habituales de un abogado indicados con anterioridad se basan en el estado de Wisconsin. Los bufetes de abogados determinan los costos exactos. La tasa promedio por hora se basa en las tasas por hora más bajas y más altas del bufete proveedor de LegalShield.



¿Tiene preguntas sobre sus beneficios después de revisar esta Guía?

Póngase en contacto con el Centro de servicios para empleados para obtener ayuda.

866-445-8885 | employee.service.us@agropur.com

Usted y su familia tienen acceso a la información sobre los beneficios en cualquier momento en línea en <https://agropurus.eebenefits.info>

Plan de salud de Agropur inc.: Información y avisos importantes

Disponibilidad del Resumen de beneficios de la cobertura (SBC)

Según lo exige la Ley de cuidado de salud asequible, los SBCs están disponibles en <https://agropurus.eebenefits.info/>. Los SBCs resumen información importante sobre las opciones de cobertura de salud de forma estándar para ayudarlo a comparar entre diferentes opciones. Si quisiera recibir una copia en papel gratis de los SBCs, puede enviar un correo electrónico al ESC al employee.service.us@agropur.com

Beneficios durante un Permiso de Ausencia

Sus beneficios médicos pueden ser protegidos y mantenidos durante un permiso de ausencia, como un permiso que califica bajo la Ley de Permiso Médico Familiar. Sin embargo, otros permisos pueden hacer que no pueda participar en el plan médico. Si se pierde la cobertura debido a un permiso de ausencia, es posible que tenga derecho a continuar la cobertura bajo COBRA. Del mismo modo, si deja de tener derecho a los beneficios médicos debido a un permiso de ausencia por motivos militares, puede tener derecho a continuar esa cobertura bajo la ley USERRA. Por favor, póngase en contacto con su Departamento de Recursos Humanos o con su gerente para obtener más información sobre que beneficios están protegidos y se mantienen durante un permiso de ausencia y para obtener más información sobre FMLA, COBRA y USERRA. ❖

Asistencia para el Pago de Primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)

Si un Empleado o el niño de un Empleado son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para obtener la cobertura médica de un empleador, el estado puede tener un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si un empleado o su niño/a no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero quizás puedan comprar una cobertura de seguro individual mediante el Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si un empleado o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los Estados que se mencionan a continuación, pueden ponerse en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si está disponible la asistencia para el pago de primas.

Si un Empleado o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y piensan que ellos (o cualquiera de sus dependientes) pueden ser elegibles para cualquiera de estos programas, pueden ponerse en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o llamar al **1-877-KIDS NOW** (1-877-543-7669) o visitar espanol.insurekidsnow.gov/ para averiguar cómo solicitar este servicio. Si califican, deben preguntar si el estado tiene un programa que pueda ayudar a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si un Empleado o sus dependientes son elegibles para la asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o CHIP, así como también son elegibles para obtener el plan de su empleador, el empleador debe permitirle al Empleado inscribirse en el plan del empleador si todavía no están inscritos. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y **el Empleado debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días en que se determine que es elegible para recibir la asistencia para el pago de primas**. Si el empleado tiene preguntas sobre la inscripción en el plan del empleador, debe ponerse en contacto con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llamar al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Los empleados que viven en uno de los siguientes estados pueden ser elegibles para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud del empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2024. V 0.3.0. El aviso de CHIP más reciente se puede encontrar en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/chipra>. Comuníquese con el estado respectivo para obtener más información sobre la elegibilidad:

ALABAMA – Medicaid

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

ALASKA – Medicaid

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

ARKANSAS – Medicaid

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

CALIFORNIA – Medicaid

Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program
Sitio web: <http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

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

Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/es>
Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/retransmisor del estado: 711
Sitio web de CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711
Sitio web del programa de compra de seguro de salud (HIBI), por sus siglas en inglés: <https://www.mycohibi.com/>
Atención 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, Presiona 1
Sitio web de GA CHIPRA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/t hird-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>
Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2

INDIANA – Medicaid

Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64

Sitio web: <https://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 HIPAA: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>
Teléfono: 1-800-792-4884
Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY – Medicaid

Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP):
<https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
Teléfono: 1-855-459-6328
Por correo electrónico:
KIHIPPPROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP:
<https://kynect.ky.gov>
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Medicaid de Kentucky:
<https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA – Medicaid

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

MAINE – Medicaid

Sitio web por inscripción:
https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: Maine relay 711
Página web por primos de seguro de salud privado:
<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web:
<https://www.mass.gov/masshealth/pa>
Teléfono: 1-800-862-4840
TTY: 711

MINNESOTA – Medicaid

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

MISSOURI – Medicaid

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

MONTANA – Medicaid

Sitio web: <https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
Teléfono: 1-800-694-3084
Por correo electrónico:
HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

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

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
Teléfono gratuito para el programa de 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.hhs.nd.gov/healthcare>
Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

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

OREGON – Medicaid

Sitio web:
<https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx>
Teléfono: 1-800-699-9075

PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx>
Teléfono: 1-800-692-7462
Sitio web de CHIP:
<https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx>
Teléfono de CHIP: 1-800-986-JIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP

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

SOUTH CAROLINA – Medicaid

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

SOUTH DAKOTA – Medicaid y CHIP

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

TEXAS – Medicaid

Sitio web:
<https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico>
Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIP

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

VERMONT – Medicaid

Sitio web: <https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program>
Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web:
<https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>
<https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>
Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid

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

WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP

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

WISCONSIN – Medicaid y CHIP

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

WYOMING – Medicaid

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

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de enero de 2024, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de
Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencias/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios
Humanos de EE.UU.
Centros para Servicios de Medicare y
Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext.
6156 ❖

Aviso sobre el programa de bienestar

El Programa de bienestar de Agropur es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa se administra de acuerdo con las normas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación de Información Genética de 2008 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico, según corresponda, entre otros. Si elige participar en el programa de bienestar, se le pedirá que complete una evaluación voluntaria de riesgos de salud o "HRA" que haga una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si tiene o tuvo ciertas afecciones médicas. También se le pedirá que realice un examen biométrico, que incluirá un análisis de glucosa en sangre, colesterol y nicotina. No está obligado a realizar la Evaluación de riesgos para la salud ni participar del análisis de sangre ni ningún otro examen médico. Los empleados que decidan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo económico de descuento en su prima médica. Aunque los empleados no están obligados a completar la HRA o participar en el examen biométrico, solo los empleados que lo hagan recibirán el incentivo.

La información de su HRA y los resultados de su examen biométrico se utilizarán para brindarle información que lo ayudará a comprender su salud actual y sus riesgos potenciales, y también se pueden usar para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar. También se le recomienda que comparta sus resultados o inquietudes con su proveedor médico.

La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud personal identificable. Aunque el programa de bienestar y Agropur podrán utilizar información global que recopilen para diseñar un programa basado en los riesgos para la salud detectados en el lugar de trabajo, el Programa de bienestar de Agropur nunca divulga su información personal, excepto que sea necesario para

responder a una solicitud de usted para una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar o según lo permita expresamente la ley. La información médica que lo identifica personalmente que se proporciona en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y nunca podrá utilizarse para tomar decisiones con respecto a su empleo. Su información de salud no será vendida, intercambiada, transferida o divulgada de otra manera, excepto en la medida permitida por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni se le exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información de salud como una condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con el fin de proporcionarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. La única persona que recibirá su información de salud de identificación personal son los enfermeros registrados o asesores de salud de HealthCheck360 para proporcionarle los servicios conforme al programa de bienestar. Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus registros de personal, la información almacenada electrónicamente se cifrará y no se utilizará ninguna información que proporcione como parte del programa de bienestar para tomar una decisión de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier violación de datos, y en el caso de que ocurra una violación de datos que involucre información que usted proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato. ❖

Aviso de Protección al Paciente

Si el Plan de salud de Agropur inc. generalmente exige la designación de un proveedor de atención primaria, tiene el derecho de designar cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y esté disponible para aceptarlo a usted y los miembros de su familia. Si el plan o la cobertura del seguro médico designa automáticamente un proveedor de atención primaria, usted podrá designar un nuevo proveedor. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria, y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, póngase en contacto con Recursos Humanos. ❖

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, por sus siglas

en inglés). Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y el 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 conseguir un aspecto simétrico.
- Prótesis.
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. ❖

Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

Los planes de salud colectivos y los emisores de seguros médicos que ofrecen una cobertura de seguro médico colectivo generalmente no pueden, de acuerdo con la ley federal, restringir las prestaciones de estancias en el hospital, que estén relacionadas con el alumbramiento, para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas luego de un parto natural o menos de 96 horas luego de una cesárea. Sin embargo, la ley federal no le prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, luego de consultarlo con la madre, darle el alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 o 96 horas, según corresponda. Además, ningún plan de salud colectivo o emisor puede solicitar que un proveedor obtenga una autorización del Plan o del emisor de seguro para recetar una estancia que no excede las 48 horas (o 96 horas). ❖

Órdenes de Manutención Médica de Menores

Un Plan de Prestaciones Íntegro debe reconocer ciertos documentos jurídicos presentados al Administrador del Plan por los participantes o sus representantes. El Administrador del Plan puede recibir órdenes judiciales que solicitan la manutención de niños, incluida la cobertura de los beneficios de salud. El Patrocinador del Plan debe reconocer una Orden Calificada de Manutención Médica de Menores (QMCSO, por sus siglas en inglés), de acuerdo a la sección 609(a)(2)(B) de ERISA, bajo cualquier Plan de Prestaciones Íntegro que proporcione cobertura de beneficios de salud.

Una QMCSO es una orden emitida por una corte estatal o un órgano administrativo que exige al plan médico del empleador que le proporcione prestaciones al hijo de un empleado que tiene cobertura o es elegible para obtener

cobertura bajo el plan del empleador. Las QMCSO generalmente se aplican a hijos extramatrimoniales o cuyos padres están divorciados. Si la QMCSO es aplicable, el empleado debe pagar la cobertura médica del niño y deberá afiliarse al Plan si todavía no está inscrito.

El Administrador del Plan, cuando recibe una QMCSO, debe notificar al empleado y al niño de inmediato que la orden ha sido recibida y qué procedimientos se llevarán a cabo para determinar si la orden es "calificada". Si el Administrador del Plan determina que la orden es calificada y que el empleado debe proporcionar cobertura para el niño conforme a la QMCSO, las contribuciones para dicha cobertura serán deducidas del salario del empleado en la cantidad que sea necesaria para pagar dicha cobertura. El empleado afectado será notificado una vez que se determine que la orden es calificada. Los participantes y beneficiarios pueden solicitarle al Administrador del Plan, sin cargo, una copia del procedimiento que rige las determinaciones de la QMCSO. ❖

Nuevas Opciones de Cobertura del Mercado de Seguros Médicos y Su Cobertura de Salud

PARTE A: Información General

Cuando las partes principales de la ley de salud entraron en vigencia en 2014, surgió una nueva forma de comprar seguros médicos: el Mercado de Seguros Médicos. Para asistir a los Empleados a evaluar las opciones para ellos y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado y la cobertura de salud laboral ofrecida por el empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudar a los individuos y familias a encontrar seguros médicos que satisfagan sus necesidades y se adapten a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único de compra" donde puede encontrar y comparar las diferentes opciones de seguros médicos privados. Los empleados también pueden ser elegibles para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce la prima mensual inmediatamente. El período de inscripción abierta para la cobertura de seguro médico mediante el Mercado comenzó el 15 de noviembre y terminó el 15 de diciembre. Los individuos deben inscribirse o cambiar los planes antes del 15 de diciembre, para la cobertura que comienza a partir del 1 de enero. Después del 15 de diciembre, los individuos pueden obtener cobertura mediante el Mercado sólo si califican para un período especial de inscripción.

¿Los Individuos Pueden Ahorrar Dinero en las Primas de Seguros Médicos en el Mercado?

Los individuos pueden calificar para

ahorrar dinero y reducir las primas mensuales, pero sólo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en las primas dependerán de los ingresos familiares.

¿La Cobertura de Salud del Empleador Afecta la Elegibilidad para Ahorrar en las Primas mediante el Mercado?

Sí. Si el Empleado tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador y esta cumple ciertos estándares, no serán elegibles para obtener un crédito fiscal mediante el Mercado y puede que deseen inscribirse en el plan de salud del empleador. Sin embargo, un individuo puede ser elegible para obtener un crédito fiscal que reduce su prima mensual u obtener una reducción en los costos compartidos si el empleador no ofrece ninguna cobertura o no ofrece una cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo del plan de un empleador que cubrirá al Empleado (y a ningún otro miembro de su familia) sobrepasa el 8.39% del ingreso familiar anual, o si la cobertura que el empleador proporciona no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley del Cuidado de Salud Asequible, el Empleado puede ser elegible para recibir un crédito fiscal.*

Nota: Si compra un plan de salud mediante el Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud de un empleador, el Empleado puede perder la contribución del empleador (si la hay) para la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador – así como también la contribución del empleado a la cobertura ofrecida por el empleador – a menudo se realizan antes de deducir el impuesto federal y estatal sobre el ingreso. Los pagos del Empleado para la cobertura mediante el Mercado se realizan después de deducir impuestos.

¿Cómo pueden obtener más información los individuos?

Para obtener más información sobre la cobertura ofrecida por el Empleador, verifique la descripción resumida del plan o póngase en contacto con Recursos Humanos.

El Mercado lo puede ayudar a evaluar las opciones de cobertura, incluida la elegibilidad para obtener cobertura mediante el Mercado y su costo. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluida la solicitud en línea para obtener la cobertura de seguro médico y la información de contacto del Mercado de Seguros Médicos en el área.

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales permitidos del beneficio cubierto por el plan no es menos que el 60% de dichos costos. ❖

Derechos Especiales de Inscripción

Si un empleado rechaza la inscripción para él/ella o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que tiene otra cobertura de seguro médico, pueden inscribirse a sí mismos o a sus dependientes en este Plan en el futuro, siempre y cuando soliciten la inscripción dentro de los 30 días después de que finalice su cobertura. La cobertura comenzará conforme a este Plan a más tardar el primer día del primer mes a partir de la fecha en que el plan reciba una solicitud oportuna de inscripción.

Si un empleado adquiere un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse él mismo y sus dependientes siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción. Si un empleado agrega cobertura bajo estas circunstancias, puede agregar cobertura a mitad de año. Para un nuevo cónyuge o dependiente adquirido por matrimonio, la cobertura es efectiva a más tardar el primer día del primer mes a partir de la fecha en que el plan recibe una solicitud oportuna para la inscripción. Cuando se adquiere un nuevo dependiente por nacimiento, adopción o colocación para adopción, la cobertura entrará en vigencia retroactiva a la fecha del nacimiento, adopción o colocación para adopción. El plan no permite adiciones de cobertura a mitad de año, excepto para personas elegibles recientemente y afiliados especiales.

Los individuos que ganan o pierden la Cobertura Medicaid o el Seguro Médico Estatal para Niños (SCHIP)

Si un empleado o su dependiente:

1. estaba cubierto por Medicaid o un programa de seguro médico para niños y dicha cobertura finalizó debido a una pérdida de elegibilidad, o
2. es elegible para obtener asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o el programa de seguro médico estatal para niños, se aplicará un período especial de inscripción bajo este Plan.

El empleado debe solicitar cobertura bajo este Plan dentro de los 60 días después de finalizada dicha cobertura de Medicaid o SCHIP, o dentro de los 60 días de ser elegible para recibir la asistencia para pagos de prima de Medicaid o SCHIP. La cobertura del plan entrará en vigencia en la fecha de finalización de la elegibilidad de Medicaid/programa de seguro médico estatal para niños o la fecha de elegibilidad para recibir la asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o SCHIP. ❖

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE UTILIZA Y DIVULGA LA INFORMACIÓN MÉDICA INDIVIDUAL Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO ATENTAMENTE.

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

El Plan médico colectivo de Agropur inc. (el "Plan"), que incluye las coberturas médicas ofrecidas conforme a los Planes de Agropur inc., están obligados por ley (en virtud de la disposición sobre simplificación administrativa de la norma de privacidad de HIPAA, Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos, de 1996) a tomar medidas razonables para garantizar la privacidad de la información de salud de identificación personal. Se proporciona este Aviso para informarles a los empleados (y sus dependientes) sobre las políticas y procedimientos que Agropur inc. ha implementado y los derechos allí provistos, así como también bajo HIPAA. Estas políticas están destinadas a evitar cualquier divulgación innecesaria de información de salud personal.

Uso y Divulgación de Información de Salud personalmente identificable por parte del Plan que No Necesita la Autorización del Individuo: El plan puede usar o divulgar información de salud (eso quiere decir información de salud protegida (PHI), según lo define la norma de privacidad de HIPAA) para:

1. Pago y Operaciones del Cuidado de la Salud: para poder tomar determinaciones sobre la cobertura y el pago (incluido, entre otros, facturación, gestión de reclamaciones, subrogación y reembolso del plan). Por ejemplo, el Plan puede proporcionar información sobre

la cobertura de un individuo o el tratamiento de salud a otros planes de salud para coordinar el pago de las prestaciones. La información de salud también puede ser usada o divulgada para llevar a cabo operaciones del Plan, como la administración del Plan y para proporcionar cobertura y servicios a los participantes del Plan. Por ejemplo, el Plan puede utilizar la información de salud para proyectar los costos de las prestaciones futuras, para determinar las primas, realizar u organizar la gestión de casos o revisiones médicas, para quejas internas, para realizar auditorías, actividades de planificación y gestión empresarial como la planificación relacionada al análisis, o para contratar una cobertura de contención de pérdidas. Conforme a la Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA), el Plan no usa o divulga información genética a los efectos de la contratación de seguros.

2. Divulgación al Patrocinador del Plan: conforme a lo solicitado para poder administrar los beneficios del Plan. El Plan también puede proporcionar información de salud al patrocinador del plan para permitirle al patrocinador del plan solicitar las mejores licitaciones de las aseguradoras de salud para modificar el Plan o para enmendar el Plan.

3. Requisitos de la Ley: cuando así lo establezca una ley federal, estatal o local.

4. Actividades de Supervisión de la Salud: a un organismo de supervisión de la salud para realizar actividades como auditorías, investigaciones, inspecciones, certificaciones u otros procedimientos relacionados a la supervisión de un plan de salud.

5. Amenazas a la Salud o Seguridad: según lo establecido por la ley, a autoridades de salud pública si el Plan, de buena fe, cree que la

divulgación es necesaria para evitar o reducir una amenaza grave o inminente hacia la salud o seguridad de un individuo o hacia la salud o seguridad del público.

6. Procedimientos Judiciales y Administrativos: durante cualquier procedimiento administrativo o judicial en respuesta a una orden de una corte o tribunal administrativo, en respuesta a una citación, pedido de presentación de prueba u otro proceso similar. El Plan realizará un intento de buena fe de proporcionar un aviso por escrito al individuo para permitirle presentar objeciones.

7. Con el Propósito de Hacer Cumplir la Ley: a un oficial del orden público con el propósito de hacer cumplir ciertas leyes, incluido entre otros, el propósito de identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.

8. Forenses, Examinadores Médicos o Directores de Funerarias: con el fin de identificar una persona fallecida, determinar la causa de muerte u otras tareas según lo autorizado por la ley.

9. Donación de Órganos o Tejido: si la persona es un donante de órganos o tejido, para los fines relacionados a esa donación.

10. Funciones Específicas del Gobierno: para actividades militares, de seguridad nacional e inteligencia, servicios de protección e instituciones penitenciarias y presos.

11. Compensación para Trabajadores: según sea necesario para cumplir con la compensación para trabajadores u otros programas similares.

12. Distribución de Beneficios y Servicios Relacionados a la Salud: para proporcionar información al individuo sobre los beneficios y servicios relacionados a la salud que pueden serle de interés.

Aviso en Caso de Incumplimiento

Agropur inc. está obligada a mantener la privacidad de la PHI; a proporcionarles a los individuos este aviso sobre las obligaciones legales del plan y las prácticas de privacidad con respecto a la PHI; y de notificar a los individuos sobre cualquier violación de su PHI.

Uso y Divulgación de Información de Salud Personal por parte del Plan que Sí Necesita la

Autorización del Individuo: salvo por lo establecido anteriormente, el Plan no usará o divulgará información sin su autorización por escrito. Usted puede cancelar su autorización por escrito en cualquier momento, y el Plan ya no podrá usar o divulgar la información de salud. Sin embargo, el Plan no podrá recuperar cualquier divulgación ya realizada de acuerdo con la Autorización provista antes de ser cancelada. Los siguientes usos y divulgaciones se realizarán sólo con la autorización del individuo: (i) la mayoría de los usos y divulgaciones de los informes de psicoterapia (si son registrados por una entidad cubierta); (ii) usos y divulgaciones de la PHI para fines de marketing, incluidas comunicaciones sobre un tratamiento subsidiado; (iii) divulgaciones que constituyen una venta de la PHI; y (iv) otros usos y divulgaciones que no están descritas en este aviso.

Derechos del Individuo con Respecto a la Información de Salud Personal:

todos los individuos tienen los siguientes derechos bajo las políticas y procedimientos del Plan y según lo exige la norma de privacidad de HIPAA:

Derecho a Solicitar Restricciones

sobre Ciertos Usos y Divulgaciones: un individuo puede solicitarle al Plan que restrinja el uso y la divulgación de su información de salud. El Plan respetará las solicitudes razonables, sin embargo no está obligado a cumplir dicha solicitud a menos

que sea por servicios pagados completamente por el individuo de su propio bolsillo. Si desea solicitar una restricción, debe enviar la solicitud por escrito a un Oficial de Privacidad de HIPAA, en Agropur inc., 3500 E Destination Drive Appleton, WI 54915, 866-445-8885.

Derecho a Examinar y Copiar

Información de Salud: un individuo puede examinar y obtener una copia de su información de salud personal conservada por el Plan. La información solicitada será provista dentro de los 30 días si la información es conservada en el sitio o dentro de los 60 días si la información es conservada fuera del sitio. Sólo se permite una única prolongación de 30 días si el Plan no puede cumplir con el plazo. Se debe presentar una solicitud por escrito a un Oficial de Privacidad de HIPAA en Agropur inc., 3500 E Destination Drive Appleton, WI 54915, 866-445-8885. Si el individuo solicita una copia de su información de salud, el Plan puede cobrar un precio razonable por los costos de copiado, ensamble y gastos de envío, si corresponde, asociados con su solicitud.

Derecho a Enmendar su Información de Salud:

usted le puede solicitar al Plan que enmiende su información de salud si usted siente que es incorrecta o incompleta. El Plan tiene 60 días luego de realizada la solicitud para realizar la modificación. Sólo se permite una única prolongación de 30 días si el Plan no puede cumplir con el plazo. Se debe presentar una solicitud por escrito a un Oficial de Privacidad de HIPAA, en Agropur inc., 3500 E Destination Drive Appleton, WI 54915, 866-445-8885. La solicitud puede ser denegada total o parcialmente y, si esto sucede, el Plan le proporcionará una explicación por escrito de por qué fue denegada.

Derecho a un Informe sobre los

Datos Divulgados: un individuo

puede solicitar una lista de las divulgaciones que el Plan realizó sobre su información de salud durante los seis años previos a su solicitud (o por un período de tiempo específico más corto). Sin embargo, la lista no incluirá las divulgaciones realizadas: (1) para llevar a cabo un tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud; (2) divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2004; (3) a individuos sobre su propia información de salud; y (4) divulgaciones para las cuales el individuo proporcionó una autorización válida.

Se debe utilizar un formulario de informe sobre los datos divulgados para realizar la solicitud y este puede obtenerse si se pone en contacto con un Oficial de Privacidad de HIPAA en Agropur inc., 3500 E Destination Drive Appleton, WI 54915, 866-445-8885. El informe será provisto dentro de los 60 días de presentado el formulario de solicitud. Se permiten 30 días adicionales si no se puede cumplir con este plazo.

Derecho a Recibir Comunicaciones

Confidenciales: un individuo puede solicitar que el Plan se comunique con él de cierta forma o en cierto lugar sobre la información de salud si sienten que la divulgación podría ponerlos en peligro. El individuo debe proporcionar la solicitud por escrito a un Oficial de Privacidad de HIPAA en Agropur inc., 3500 E Destination Drive Appleton, WI 54915, 866-445-8885. El Plan intentará respetar todas las solicitudes razonables.

Derecho a una Copia Impresa de este Aviso:

los individuos pueden solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si han acordado recibir este Aviso de manera electrónica. Deben ponerse en contacto con su Oficial de Privacidad de HIPAA en Agropur inc., 3500 E Destination Drive Appleton, WI 54915, 866-445-8885 para realizar esta solicitud.

Las Obligaciones del Plan: el Plan está obligado por ley a mantener la privacidad de la información de salud personal según se describe en este Aviso y a proporcionar este Aviso sobre sus obligaciones y prácticas de privacidad. El Plan está obligado a cumplir con los términos de este Aviso, que pueden ser enmendados de vez en cuando. El Plan se reserva el derecho a cambiar los términos de este Aviso y de hacer efectivas las nuevas disposiciones del Aviso para toda la información de salud que conserva.

Quejas y Persona de Contacto: si un individuo desea ejercer sus derechos provistos en este Aviso, comunicarse con el Plan sobre sus políticas y procedimientos de privacidad o presentar una queja con el Plan, deben ponerse en contacto con la Persona de Contacto de HIPAA, en Agropur inc., 3500 E Destination Drive Appleton, WI 54915, 866-445-8885. También pueden presentar una queja con el Secretario de Salud y Servicios Humanos si creen que se han violado sus derechos de privacidad. ❖

Aviso importante del Plan de salud de Agropur inc. sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare (cobertura acreditable)

Por favor, lea este aviso cuidadosamente y manténgalo siempre a mano. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Agropur inc. y sobre sus opciones bajo la

cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información lo puede ayudar a decidir si quiere o no afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare. Si usted está considerando afiliarse, debe comparar su cobertura actual, incluido qué medicamentos están cubiertos y a qué costos, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible desde el 2006 para todas las personas que poseen

Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se afilia al Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o si se afilia a un Plan de Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrece la cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan, como mínimo, un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer cobertura por una prima mensual más elevada.

2. Agropur inc. ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan de Agropur inc. prevé, en promedio para todos los participantes, pagar tanto como paga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se la considera una Cobertura Acreditable. Ya que su cobertura actual es una Cobertura Acreditable, usted puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más elevada

(una sanción) si más adelante decide afiliarse al plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede Afiliarse al Plan de Medicamentos de Medicare?

Usted puede afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare la primera vez que es elegible para obtener cobertura de Medicare y todos los años desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si usted pierde su cobertura acreditable actual para medicamentos recetados, por motivos ajenos a usted, también será elegible para afiliarse al plan de medicamentos de Medicare por un Período Especial de Inscripción (SEP) de dos (2) meses.

¿Qué Ocurre con su Cobertura Actual si Decide Afiliarse a un Plan de Medicamentos de Medicare?

Si decide afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Agropur inc. no se verá afectada.

Si decide afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare y abandonar su cobertura actual de Agropur inc., tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán volver a obtener esta cobertura.

¿Cuándo Pagará una Prima Más Elevada (Sanción) para Afiliarse a un Plan de Medicamentos de Medicare?

También debería saber que si abandona o pierde su cobertura actual con Agropur inc. y no se afilia a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los

63 días consecutivos después de finalizada la cobertura, usted puede pagar una prima más elevada (una sanción) para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si usted pasa 63 días consecutivos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede incrementar, como mínimo, un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes, por cada mes que usted no tuvo cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin una cobertura acreditable, su prima puede ser al menos un 19% más elevada que la prima base del beneficiario de Medicare. Puede que usted deba pagar esta prima más elevada (una sanción) mientras tenga una cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, usted puede tener que esperar hasta el mes de octubre siguiente para afiliarse.

Para Obtener Más Información sobre este Aviso o su Cobertura Actual de Medicamentos Recetados

Póngase en contacto con la persona que se menciona abajo para obtener información adicional. **NOTA:** Usted recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del siguiente período en que puede afiliarse al plan de medicamentos de Medicare y si cambia la cobertura de Agropur inc.. Usted también puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para Obtener Más Información sobre sus Opciones Bajo la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare

Puede encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual de "Medicare y Usted". Usted recibirá, por parte de Medicare, una copia de este manual en su

correo todos los años. Usted también puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

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

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte el interior de la contratapa de su copia del manual de "Medicare y Usted" para obtener el número de teléfono) para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

Recuerde: conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide afiliarse a alguno de los planes de medicamentos de Medicare, puede que se le solicite proporcionar una copia de este aviso cuando se afilia para mostrar si usted tiene o no una cobertura acreditable y, por consiguiente, si debe pagar una prima más elevada (una sanción).

Fecha: 1 de septiembre de 2024
Nombre de la Entidad/Remitente:
Agropur inc.
Contacto--Posición/Oficina: Recursos Humanos
Dirección: 3500 E Destination Drive
Appleton, WI 54915
Número de teléfono: 866-445-8885 ❖