

Guía de inscripción de beneficios
Tiempo Completo
2023



Contatos y Recursos Claves de Seguros

	Teléfono	Sitio web
Médica UnitedHealthcare	1-844-333-8728	www.myuh.com
Kaiser	1-800-813-2000	www.kaiserpermanente.org
Dental Delta Dental	1-800-448-3815	www.deltadentalmn.org
Visión UnitedHealthcare	1-800-638-3120	www.myuhcvision.com
Vida e Incapacidad Mutual de Omaha	Reclamos de Vida 800-775-8805 Reclamos por Incapacidad: 800-877-5176	www.mutualofomaha.com
Programa de Asistencia al Empleado (EAP) Mutual de Omaha	1-800-316-2796	www.mutualofomaha.com/eap
Cuenta de Gastos Flexibles UnitedHealthcare	1-844-333-8728	www.myuhc.com
Acuerdo de Reembolso de Salud (HRA) & COBRA UnitedHealthcare	1-844-333-8728	www.myuhc.com

¿Preguntas? Llame a un representante de Recursos Humanos con preguntas:

Medio Oeste		
Contacto	Teléfono	Ubicación
Elizabeth Martínez-Perez – Inglés, Español	651-768-3335	IL
Joyce Hagensick – Inglés	651-768-3327	MN, GA, IL
Christian Poe – English, Karen	651-768-3359	MN
Sandy Lavold – Inglés, Español	651-768-3350	MN, GA, IL
Costa Oeste		
Contacto	Teléfono	Ubicación
Abigail Garcia – Inglés, Español	503-621-9710 x101	SI
Tania Vargas - Inglés, Español	503-868-7882 x108	DAY, YAM, SS, SI
Mary Brown – Inglés	503-662-3244 x3004	YAM, SS, DAY, SI
Sandra Sigüenza – Ingles, Español	503-868-7882 x146	DAY, YAM, SS, SI
Lupe Ramirez – English, Español	651-768-3359	DAY

La información de esta Guía de Inscripción se presenta con fines ilustrativos y se basa en información proporcionada por el empleador. El texto contenido en esta guía se tomó de varias descripciones resumidas del plan e información sobre beneficios. Si bien se tomó todo lo posible para informar con precisión sus beneficios, siempre son posibles discrepancias o errores. En caso de discrepancia entre la Guía y los documentos del plan reales, prevalecerán los documentos reales del plan. Toda la información es confidencial, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. Si tiene alguna pregunta sobre su Guía, póngase en contacto con Recursos Humanos.

Tabla de Contenido

Eligibilidad	1
Seguro Médico	2
Acuerdo de Reembolso de Seguros (HRA por sus siglas en Inglés) -Preguntas Frecuentes.....	5
Seguro Dental	6
Seguro de Vista.....	7
Cuenta Flexible de Gastos (FSA*)- Preguntas Frecuentes.....	8
Vida Básica, Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D*) y Seguro de Incapacidad	10
Seguro voluntario de vida y desmembramiento accidental voluntario (AD&D*).....	11
Salud y Bienestar	14
Programa de Asistencia al Empleado (EAP*)	15
Asistencia al Viajero.....	16
Aspectos importantes.....	17
Avisos y Divulgaciones Legales*	18

Este resumen no es un documento legal y no reemplaza ni reemplaza la “Evidencia de Cobertura”, la política o la Descripción del Plan Resumen. Consulte la Evidencia de Cobertura/Póliza de Seguro/Descripción del Plan resumen para obtener una descripción de la cobertura, los criterios de elegibilidad, los términos de control, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura.

Esta traducción se ha realizado con el mejor conocimiento y capacidad del traductor. En caso de discrepancia, prevalecerá la versión en inglés.

Bailey Nurseries se reserva el derecho de terminar, suspender, retirar, reducir o modificar los beneficios descritos en la Evidencia de Cobertura/política/Descripción del Plan Resumen en su totalidad o en parte, en cualquier momento. Ninguna declaración en este o cualquier otro documento y ninguna representación oral debe ser interpretada como una renuncia a este derecho. Este resumen es propiedad confidencial de Bailey's Nurseries.



1. Empleados regulares a tiempo completo que trabajan un promedio mínimo de 30 horas por semana durante todo el año.
2. Empleados que han trabajado durante 12 meses continuos, trabajando un promedio de 30 horas por semana.

Cuando inscribirse

Habrá una oportunidad anual de inscripción abierta cada año antes del 1 de enero, nuestra fecha de renovación, además de su elegibilidad inicial.

NOTA: Una vez que haya hecho sus elecciones, no podrá cambiarlas hasta el próximo período de inscripción abierta a menos que experimente un evento de vida calificado o situación laboral.

Cómo Inscribirse

Su registro de datos personales debe incluir datos de nivel mínimo de acuerdo con la regulación sanitaria. Antes de comenzar su inscripción en línea, debe asegurarse de que tener los siguientes datos disponibles para usted y sus dependientes cubiertos:

- Fecha(s) de nacimiento(s)
- Número(s) de seguro social (s)
- Dirección física, si es diferente de su dirección

Ya sea que planee participar o no en nuestros beneficios patrocinados por el grupo, debe completar el proceso de inscripción de beneficios identificando sus decisiones (es decir, inscripción o renuncia).

Las nuevas contrataciones y/o los empleados elegibles recién beneficiados deben completar el proceso de inscripción de beneficios dentro de los 60 días de su cambio de estatus de contratación o empleo a una bene-posición elegible para encajar. Si un empleado experimenta un evento de vida que califica, el empleado debe notificar inmediatamente a Recursos Humanos del evento. Si no se notifica a Recursos Humanos y se completa el proceso de inscripción de beneficios en 30 días, puede resultar en la pérdida de elegibilidad de beneficios hasta el próximo período de inscripción abierta.

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN LÍNEA

Www.bailey.Bswift.cPara

Nombre de usuario: primera inicial de su primer nombre y el de su apellido + los últimos 4 dígitos del número de su Seguro Social.

Ejemplo 1: Jsmith1234

Ejemplo 2: PRodriguez-Garcia5678

Ejemplo 3: LPerezLopez9876

Clave:

Los últimos 4 dígitos de su Seguro Social

Seguro Médico

Bailey Nurseries, Inc. patrocina dos planes diferentes con UnitedHealthcares y un plan con Kaiser, para esos empleados en Oregon. Es importante comparar los beneficios pagaderos para entender qué opción se adaptará mejor a sus necesidades. Los niños dependientes de hasta 26 años son elegibles independientemente de su estado civil.

UnitedHealthcares: Los planes que aparecen en la siguiente tabla son para redes de proveedores de UnitedHealthcares. El diseño de los planes no han cambiado en relación a los del año 2022, con \$500 de deducible y \$2,500 de deducible. Usted tiene la libertad de utilizar proveedores dentro y fuera de estas redes de proveedores, pero siempre recibe el más alto nivel de beneficios al buscar atención de proveedores dentro de la red.

Ambas opciones del plan proporcionan una cobertura del 100% para servicios de atención preventiva, como y exámenes de la vista, vacunas, visitas a los niños y exámenes de cáncer. Tenga en cuenta, sin embargo, que un plan es un plan de beneficios de seguro tradicional con deducibles más bajos, un beneficio de copago de visita a la oficina pero requisitos de contribución más altos. El otro plan es un plan de salud de alto deducible que cuenta con un acuerdo de reembolso de salud (HRA, por sus) que está diseñado para reembolsarle ciertos gastos de su bolsillo.

A continuación se muestra una comparación de beneficios de las opciones de seguro médico que puede seleccionar en 2023. Los gastos descritos a continuación se aplican cuando busca atención dentro de la red de proveedores de UnitedHealthcare. Se pueden aplicar costos adicionales de su bolsillo si sale de la red.

Dentro de la red	UnitedHealthcare Plan deducible de \$500	UnitedHealthcare Plan deducible de \$2,500
Deducible		
Individuo	\$500	\$2,500
Familia	\$1,000	\$5,500
Maximo Fuera del bolsillo		
Individuo	\$3,000	\$3,500
Familia	\$6,000	\$7,000
Cuidado Preventivo		
Exámenes preventivos de rutina física, vacunas, exámenes preventivos, y un examen de la vista rutinario	100% de Cobertura	100% de Cobertura
Visitas a la oficina del médico		
Cuidado primario	\$30 co-pago	80% después del deducible
Cuidado especializado	\$30 co-pago	
Coseguro general	80% de cobertura después del deducible	80% de cobertura después del deducible
Farmacia		
Genérica	\$12 de co-pago	\$10 co-pago
Formulado	\$35 de co-pago	\$40 co-pago
No- Formulada	\$60 de co-pago	\$60 co-pago
Especialidad	20% de co-seguro	20% de co-seguro
Acuerdo de Reembolso de Salud (HRA)		
Individuo	No disponible	Año completo (el importe se prorrateará en función de la fecha de entrada del plan)
Familia		\$600
		\$1,200

Para encontrar un doctor, hospital, laboratorio, y otros proveedores en su redon myuhc.com, siga los siguientes pasos:

1. Inicie sesión en myuhc.com. Cree una cuenta eligiendo "Registrarse ahora".
2. Haga clic en Buscar atención y costos. Es posible que deba cambiar su ubicación para buscar proveedores cerca de usted.
3. Haga clic en Directorio médico.
4. Seleccione el tipo de atención médica o ingrese un nombre o servicio y haga clic en Buscar.
5. Para localizar un proveedor de atención primaria, haga clic en Personas.
6. Elija el tipo de proveedor de atención primaria.
7. Si ya conoce el nombre del médico, el grupo médico o el hospital que está buscando, seleccione todos los proveedores de atención primaria. Luego, en el campo de búsqueda abierto, ingrese el texto y haga clic en Filtrar.

Para encontrar un médico ANTES de registrarse como miembro, siga estos pasos:

1. Inicie sesión en myuhc.com y seleccione Buscar un proveedor.
2. Seleccione Directorio médico.
3. Seleccione Planes individuales y de empleador.
4. Seleccione Choice Plus.
5. Ingrese su ubicación y sus criterios de búsqueda por Categoría.

Le recomendamos que aproveche los programas de UnitedHealthcare disponibles para usted a través de la cobertura con Bailey Nurseries, Inc. Estos programas incluyen:

- **Farmacia de pedidos por correo:** Reciba un suministro de tres meses, pero pague solo dos meses a través de OptumRx. Myuhc.com
- **Check.Choose.Go:** compare las opciones de atención rápida para ayudar a mantener bajos los costos. Recibir atención en el mejor lugar para su afección podría ahorrarle hasta \$ 1,900 en comparación con una visita a la sala de emergencias. Para obtener más detalles sobre las opciones de atención rápida, visite uhc.com/checkchoosgo.
- **Visitas virtuales:** chatee por video con un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin configurar cuentas o aplicaciones adicionales. Pero, si prefiere hablar con un médico, simplemente puede realizar una visita virtual por teléfono. Las 3 Primeras visitas son gratuitas. Visite myuhc.com/virtualvisits o llame al 1-855-615-8335 para obtener más información. Cada miembro de la familia cubierto recibe tres visitas gratuitas durante el año del plan.
- **Real Appeal:** Real Appeal es un programa de pérdida de peso en línea que brinda orientación personal para ayudarlo a usted y a sus familiares elegibles a perder peso y no recuperarlo. Obtenga apoyo con entrenamiento 1-1 y kits de éxito con \$ 0 de su bolsillo. Obtenga más información y comience hoy mismo en success.realappeal.com.
- **Programas de descuento:** ¡Se ofrecen descuentos en lentes de contacto, audífonos, clubes de salud, restaurantes y más! Obtenga más información en uhc.com/benefithub.
- **Simply Engaged (Rally):** Regístrese en myuhc.com y regístrese cada vez que haga ejercicio para obtener una tarjeta de regalo de \$20.

UHC Programa de Asistencia al Empleado (EAP por sus siglas en Ingles)

El Programa de Asistencia al Empleado brinda apoyo y recursos para ayudarlo a usted y a su familia con una variedad de problemas que incluyen:

- Manejo del estrés, la ansiedad y la depresión
- Mejorar las relaciones en el hogar o el trabajo
- Obtener orientación sobre cuestiones legales y financieras
- Lidando con el estrés ocupacional y apoyo para el agotamiento
- Abordar los problemas de abuso de sustancias

Este servicio EAP se brinda a todos los empleados y sus familias que están inscritos en un plan médico UHC de Bailey Nurseries.

Empiece hoy mismo - llame a EAP 24/7 a 1-888-887-4114.

Seguro Médico (continuación)

Plan Kaiser: A continuación, se presenta un resumen de beneficios de una opción de seguro médico SOLAMENTE disponible para empleados de Oregón. Los gastos descritos a continuación se aplican cuando busca atención dentro de la red de proveedores de Kaiser. Tenga en cuenta que no hay cobertura cuando se utiliza un proveedor fuera de la red.

Dentro de la red	Emperador Plan deducible de \$1,500 (Disponible SOLAMENTE para empleados de Oregon)
Deducible Individual Familia	 \$1,500 \$4,500
Out-of-Pocket Max Individual Familia	 \$5,500 \$11,000
Cuidado Preventivo Exámenes preventivos de rutina física, vacunas, exámenes preventivos.	Cubierto 100%
Visitas a la oficina del médico Cuidado primario Cuidado especializado	 Co-pago de \$25 Co-pago de \$35
Coseguro general	80% cobertura después del deducible
Farmacia Genérico Marca preferida No preferido	 Co-pago \$20 Co-pago \$40 Co-pago \$60

Saque el máximo provecho de su plan de salud

- **Farmacia de pedidos por correo:** Omita la línea de farmacia y haga que sus medicamentos se entreguen a su casa. La entrega es gratuita, y la mayoría de los miembros ahorran 1 copago en un suministro de 90 días.
- **Programa de asistencia para empleados:** controle el estrés, mejore las relaciones en el hogar o reciba orientación sobre inquietudes legales y financieras a través del EAP de UHC. Llame hoy al 1-888-887-4114 para acceder a recursos sin costo adicional.
- **Consejos para enfermeras las 24 horas del tiempo, los 7 días de la semana:** Si no está seguro de qué tipo de atención necesita, puede llamar a nuestras enfermeras de asesoramiento en cualquier momento. Te ayudarán a averiguar qué tipo de atención es la mejor para tu síntoma o afección, te ayudarán a decidir dónde ir para recibir atención médica e incluso a programar una cita de rutina para ti, si es apropiado.
- **Cuidado de viaje:** Podemos ayudarle a prepararse para viajar comprobando si necesita una vacuna, obteniendo una recarga de recetas antes de que te vayas, y más. Simplemente llame a nuestra línea de viaje 24/7 Away From Home al 951-268-3900 o visite kp.org/travel.
- **Herramientas de bienestar en línea:** Visite kp.org/healthyliving para artículos útiles, información de bienestar, calculadoras de salud, videos, canales de música, podcasts y recetas de chefs de clase mundial.
- **Programas de estilo de vida saludable:** Conéctese a una mejor salud. Nuestros programas en línea pueden ayudarlo a perder peso, dejar de fumar, reducir el estrés, dormir mejor y más, todo sin costo alguno. Más información en kp.org/healthylifestyles.
- **Tarifas reducidas para los miembros:** Miembros reciben tarifas especiales en una variedad de productos y servicios relacionados con la salud -como membresías de gimnasio, terapia de masaje, y más. Echa un vistazo a tus opciones en p.org/choosehealthy.

Cuenta de Reembolso de Salud (HRA)

Preguntas Frecuentes

El Acuerdo de Reembolso de Salud (HRA) es un plan de beneficios adicional SOLAMENTE disponible para aquellas personas que se inscriben en la opción de plan deducible de \$2,500 de UnitedHealthcare. La HRA* no está disponible con ningún otro plan de beneficios de seguro médico. UnitedHealthcare es el administrador.

P: ¿Qué es un HRA?

R: Las HRA son cuentas de ahorro sin impuestos que se financian a través de contribuciones de los empleadores. El participante puede ser reembolsado por gastos calificados, que incluyen deducibles y coseguro.

P: ¿Quién puede contribuir a mi HRA?

R: Su empleador contribuye con \$600 para la cobertura solo para empleados y \$1,200 para la cobertura familiar. Estas contribuciones son montos anuales en dólares. Las contribuciones de los empleados recién elegibles se prorratearán en función de la fecha de entrada/elegibilidad del plan.

P: ¿Cómo puedo ver mi saldo de HRA?

R: Puede ver el saldo de su HRA en cualquier momento en www.myuhc.com (or call customer service 844-333-8728)

P: ¿Qué puedo pagar con mis dólares HRA?

R: Los gastos médicos calificados generalmente incluyen diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades o tratamiento para cualquier parte de la función del cuerpo. Los gastos médicos cosméticos, dentista, y visión y los gastos que benefician su salud general (como los honorarios del club de salud) no son elegibles. **Los medicamentos recetados, gastos de dentista y oculista no están cubiertos con los dólares del HRA**

P: ¿Qué pasa si tengo una FSA y una HRA a través de mi empleador? ¿Cuál paga primero los gastos médicos calificados?

R: Los gastos elegibles bajo ambos planes serán pagados por fondos de su HRA primero.

P: ¿Qué sucede si uso fondos en mi HRA para gastos no médicos?

R: No se le permite usar fondos en su HRA* para gastos no calificados. Si lo hace, recibirá una solicitud para reembolsar los fondos.

P: ¿Cómo accedo a mi cuenta de HRA?

R: Si está inscrito, tendrá una cuenta en línea con UnitedHealthcare (www.myuhc.com). UnitedHealthcare procesará los reclamos a su favor. O contacte a UHC al **844-333-8728**. La explicación de beneficios (EOB) no se envía por correo y se puede acceder a ella en el sitio web de UHC o llamar a UHC al 844-333-8728.

P: ¿Necesito conservar mis recibos y otra documentación?

R: Aunque no es requerido usted envíe los recibos a UHC, es la mejor práctica el guardar sus recibos.

P: ¿Qué es el proceso de reclamos de HRA?

R: Su médico enviará los recibos a UnitedHealthcare, donde UHC procesará sus reclamos y proveerá una explicación de beneficios a usted y a su doctor. Es importante que usted **no pague** el recibo de su doctor antes de que esto pase, **ESPERE** para darle tiempo a UnitedHealthcare para pagar el reclamo de sus fondos de HRA*, si hay fondos disponibles.

P: ¿Qué sucede si no tengo fondos en la cuenta HRA para pagar el recibo?

R: UnitedHealthcare pagará al doctor o a la clínica directamente con los fondos disponibles. Usted necesitará pagar a la clínica por aquellas cantidades que excedan su balance.

Nota: si usted también está inscrito en la FSA, los fondos disponibles en el FSA aplicarán cuando los fondos de su HRA estén agotados. Vea la sección de FSA para detalles adicionales

P: ¿Qué pasa si termino el empleo?

R: Si usted se va de Bailey Nurseries, Inc., no puede llevar su HRA* con usted. Los fondos restantes en su HRA no se le pueden pagar a menos que los gastos ya se hayan incurrido antes de que su seguro haya terminado.

P: ¿Qué sucede con los fondos dejados en mi HRA al final del año?

R: Los fondos se transferirán al siguiente año del plan a un máximo de \$4,999.99. Los saldos se transfieren a mediados de abril.

P: ¿Cómo accedo a la información de mi plan?

R: Acceda al portal seguro UnitedHealthcare en www.myuhc.com o baje la aplicación UnitedHealthcare en su iPhone o Android.

P: ¿Qué hago si necesito ayuda para iniciar sesión o estoy bloqueado fuera del inicio de sesión del miembro?

R: Si necesita ayuda con su nombre de usuario y contraseña, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Group **844-333-8728**.

Seguro Dental

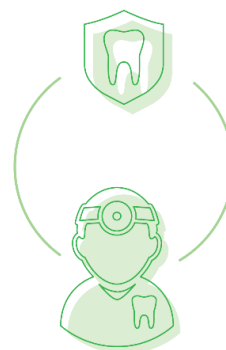
El seguro dental del grupo está suscrito y administrado por **Delta Dental**. Este programa cuenta con una red de proveedores, pero nuestro plan le permite buscar tratamiento del dentista de su elección. Siempre experimenta el bolsillo más bajo buscando atención de un proveedor participante. Los cónyuges por matrimonio legal e hijos dependientes hasta los 26 años son elegibles independientemente de su estado civil.

Servicios	Cantidad que paga en PPO de Delta Dental	Cuenta en la que paga Delta Dental Premier	Cantidad que paga fuera de la red
Maximo Año Calendario	\$2,000	\$2,000	\$1,000
Deducible Individuo	N/A	N/A	\$25 \$75
Servicios Preventivos Chequeos, limpiezas de dientes, rayos X	Cobertura del 100%	Cobertura del 100%	Cobertura del 100%
Servicios Basicos Reparacion de caries, textracciones de dientes/muelas, tratamientos de conductos, enfermedades de las encias	Cobertura del 100%	Cobertura del 100%	80% de cobertura despues dle deducible
Servicos Mayores Coronas, puesntes, dentaduras postizas	Cobertura del 60%	Cobertura del 60%	50% de cobertura despues dle deducible
Orthodoncistas Disponioble para adultos y niños	50% de cobertura \$2,000 Máximo por vida	50% de cobertura \$2,000 Máximo por vida	50% de cobertura \$500 Máximo por vida

Las ventajas de consultar a un dentista de la red incluyen:

(Delta Dental PPO™ / Delta Dental Premier®)

- Ahorros de la red en servicios cubiertos
- Sin facturación de saldo, lo que significa que los dentistas dentro de la red no le facturarán la diferencia entre la tarifa máxima permitida y lo que normalmente cobran



Encuentre una herramienta de dentista

1. Visite DeltaDentalMN.org y haga clic en el enlace "Find A Dentist"
2. Seleccione si desea encontrar un dentista dentro de la red o buscar un nuevo dentista. Luego puede buscar por nombre, ubicación o red

Delta Dental PPO le brinda los costos de desembolso más bajos. Los dentistas dentro de la red acuerdan aceptar tarifas más bajas para los procedimientos, lo que brinda mayores descuentos que resultan en ahorros para los miembros de Delta Dental.

Delta Dental Premier es una de las redes dentales más grandes del país. Existe una tarifa máxima permitida más alta para la red Premier, lo que significa que sus costos de desembolso serán ligeramente más altos que los de la red PPO.

Seguro de Vista

El seguro de la vista está disponible para monturas de vidrio, lentes de contacto. Esta cobertura se ofrece a través de **UnitedHealthcare** para el 2023. **NOTA: Los exámenes de la vista no forman parte de este beneficio.** Revise los beneficios de su plan médico para conocer la cobertura de exámenes. Los hijos dependientes hasta los 26 años son elegibles para la cobertura. Su red es Spectera Eyecare Networks.

Servicios	Cantidad que paga dentro de la red	Cantidad que paga fuera de la red
Copagos Materiales Ajuste de lentes de contacto	\$15 \$15	Los copagos por visitas fuera de la red se deducen de los reembolsos.
Marcos	\$130 subsidio minorista	Hasta \$45 al por menor
Ajuste de lentes de contacto (formulado)	Cubierto despues del co-pago	Hasta \$210 al por menor
Ajuste de lentes de contacto (no formulado)	No cubierto	No cubierto
Lentes (estándar) por par Bifocal Monofocal Trifocal Lenticular	Cubierto en su totalidad Cubierto en su totalidad Cubierto en su totalidad Cubierto en su totalidad	Hasta \$40 al por menor Hasta \$60 al por menor Hasta \$80 al por menor Hasta \$80 al por menor
Actualización progresiva de lentes	Hasta \$250	
Lentes de contacto Formulario cubierto No incluido en el formulario Lentes necesarios	Hasta 4 cajas Hasta \$105 100%	Hasta \$ 105 Hasta \$ 105 Hasta \$ 210
Descuentos en materiales cubiertos (basado en la fecha de servicio) Marcos Opciones de lentes Descuentos de vision - laser	30% de descuento sobre lo asignado 20% -60% de descuento minorista Hasta un 35%	Los minoristas incluyen: 1-800 Contacts Crown Vision Center Costco Optical CVS Optical Center Target Optical Eye Boutique Visionworks Eye Care Center Vision Works JCPenny Optical Sam's Club Walmart Vision Shopko Eyecare Center ... Y muchos otros proveedores
Servicios / Frecuencia Marco Ajuste de Lentes de contacto Lentes de contacto	24 meses 12 meses 12 meses 12 meses	

Visite myuhc.vision.com para encontrar un oculista dentro de la red cerca de usted.

Warby Parker hace que sea fácil encontrar los lentes de contacto o los anteojos adecuados para usted: simplemente compre en línea o en las tiendas para encontrar su estilo con beneficios especiales que solo se ofrecen a través de UnitedHealthcare. Visite warbyparker.com/united.



Las tarjetas de visión no se envían por correo. Se puede encontrar una copia en el sitio de UHC o se puede solicitar llamando al Servicio de atención al cliente de UHC Vision. No necesita una tarjeta para ver a un proveedor. Proporcione su SSN y el nombre de la empresa y el proveedor podrá buscar su cobertura.

Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)

¡NUEVO! Cambio de: Período de Gracia a continuidad.

CAMBIO NUEVO en el plan del 2023: Bailey Nurseries está cambiando de un Período de Gracia a un plan anual de Cuenta de Gastos Flexibles continuados. Para sus contribuciones realizadas en el plan del 2023, usted podrá transferir hasta \$ 570 de su balance para usarlo hasta el 31/12/2024.

Para miembros inscritos en este plan en el 2022: si contribuyó a una FSA en el 2022, usted aun puede usar si "Período de gracia" en 2023 para incurrir en reclamos. Tendrá hasta el 15/3/2023 para incurrir en reclamos contra el dinero del año anterior y luego hasta el 31/3/2023 para presentar esos reclamos.

Participar en el plan FSA es una excelente manera de reducir el costo de su bolsillo en gastos de atención médica. Puede ahorrar en impuestos estatales, federales y FICA al participar en estos programas. Elija la cantidad para todo el Año del Plan. Las deducciones de nómina se distribuirán uniformemente a lo largo del año calendario.

- El monto máximo que puede elegir para la cuenta de Reembolso de atención médica para gastos flexibles es \$2,850.
- La Cuenta de Gastos Flexibles "úsela o piérdala". Si no gasta los dólares que elige dentro del plazo apropiado, perderá los dólares restantes.

Preguntas frecuentes de la Cuenta de Gastos Flexibles (FSA*)

Medical FSA

P: ¿Hay cantidades mínimas y máximas que puedo aportar?

R: Sí. La cantidad mínima es de \$120 al año. La cantidad máxima es \$2,850.

P: ¿Cómo me reembolsan mis gastos?

R: usted puede usar la tarjeta de débito de UnitedHealthcare para pagar gastos que califiquen. Sin embargo, si usted está inscrito en el plan de HRA* de UnitedHealthcare de 2500 usted no podrá utilizar su tarjeta de débito, para los gastos médicos que califiquen que están también cubiertos por los fondos del HRA*. En su lugar UnitedHealthcare pagará esos gastos médicos automáticamente hasta que los fondos de HRA* se agoten.

Para esos gastos como prescripciones, dentales, visión u otros gastos, usted puede realizar los reclamos en línea, por fax, móvil app, o por correo completando un formato de solicitud de reclamo incluyendo los recibos. Usted puede visitar a UnitedHealthcare para hacer un reclamo en línea o imprimir el formato de reclamo. Participantes pueden también agregar sus dependientes e información de depósito directo usando el portal. El portal de FSA* UnitedHealthcare puede accederse en www.myuhc.com. Servicio al cliente puede acceder llamando gratis al **844-333-8728**.

Tome en cuenta, que cuando usted tiene ambas cuentas de HRA y FSA, los fondos de la cuenta HRA se usan primero. Después se aplicarán los fondos de FSA.

P: Si utilizo mi tarjeta de débito de UnitedHealthcare para pagar gastos médicos que clasifiquen, ¿necesito mantener mis recibos y otra documentación?

R: Sí. Todos los gastos elegibles deben ser validados. Algunos gastos pagados con su tarjeta de débito de UnitedHealthcare pueden ser validados electrónicamente, pero siempre debe conservar sus recibos y otra documentación para fines fiscales y en caso de que se necesiten para validar sus gastos.

P: ¿Qué sucede si no proporciono un recibo cuando sea solicitada?

R1: Se le enviarán varias solicitudes para enviar documentación aceptable. Si no proporciona la información solicitada dentro del plazo especificado, su reclamo será denegado y su tarjeta de débito puede ser suspendida.

R2: El último día para presentar documentación para reclamaciones no fundamentadas es antes del 30 de junio (cierre del año del plan del año siguiente), entonces se considerará ingreso imponible y (o) se requerirá el reembolso.

P: ¿Qué fondos están disponibles para mí al comienzo de mi año de plan?

R: La cantidad total que eligió reservar para el año está disponible para usted el primer día del plan año.

P: ¿ Puedo solicitar el reembolso de la FSA* por los servicios elegibles que recibí antes de que comience el año del plan si no se me factura hasta después del inicio del año del plan?

R: No. De acuerdo con las pautas del IRS, se incurre en un gasto en el momento en que se proporciona el servicio, no cuando se le factura o cuando paga por el servicio.

P: ¿ Puedo ser reembolsado por el deducible de mi conyugue, copagos u otros gastos médicos de su propio bolsillo?

R: Sí. Su FSA se puede utilizar para cubrir los gastos médicos de su propio bolsillo que califiquen incurridos por cualquier miembro de su familia reclamado como dependiente de sus declaraciones de impuestos, o por hijos solteros hasta los 26 años.

P: ¿ Qué sucede si al enviar un reclamo por una cantidad mayor que la que tengo en mi cuenta FSA?

R: El monto total que usted ha elegido para su cuenta esta disponible para usted el primer día que su cobertura es efectiva. Si usted hace un reclamo por una cantidad mayor de lo que hay en la cuenta, a usted se le reembolsara (hasta lo elegido en el plan anual). Las deducciones de su cheque de pago continuaran reflejándose en su FSA durante el año.

P: ¿Qué pasa si yo hago un reclamo por una cantidad mayor de la que tengo en mi cuenta FSA* en ese momento?

R: La cantidad total que eligió apartar está disponible para usted el primer día que su cobertura entre en vigencia. Si presenta un reclamo por un monto mayor al que está en su cuenta, se le reembolsará (hasta el monto total elegido para el año del plan). Las deducciones de su cheque de pago continuarán ingresando en la FSA durante el año.

P: ¿Qué pasa si no uso todo el dinero de en mi cuenta antes del final del año del plan?

R: Si contribuyó a una FSA en 2022, tiene derecho al "Período de gracia" en 2023 para incurrir en reclamos. Tendrá hasta el 15/3/2023 para incurrir en reclamos contra el dinero del año anterior y luego hasta el 31/3/2023 para presentar esos reclamos.

NUEVO para el año del plan 2023: Bailey Nurseries está cambiando de un período de gracia a un traspaso anual. Para las contribuciones realizadas para el año del plan 2023, podrá transferir hasta \$ 570 para usar hasta el 31/12/2024. **Cualquier saldo superior a \$570 al 31/12/2023 se perderá y no será reembolsable.**

Las solicitudes de reembolso de 2023 se aceptarán hasta el 31 de marzo de 2024.

P. ¿ Puedo cambiar la cantidad de dinero que contribuye en mi FSA* a mitad del año del plan?

R: No. No puede cambiar el monto de su elección hasta el próximo período de inscripción a menos que experimente un cambio de estado. Un cambio de estatus incluye el matrimonio, el divorcio, el nacimiento o la adopción de un hijo, la muerte de un miembro de la familia o un cambio de estatus laboral para usted o su cónyuge.

P. ¿ Tengo que inscribirme en beneficios médicos con la Compañía para participar en la FSA*?

R: No. Usted no tiene que elegir ningún otro beneficio para participar.

P. ¿Qué pasa si mi relación de empleo con la compañía termina?

R: Si, su relación de empleo termina con Bailey Nurseries, su FSA* termina en la fecha de su terminación de empleo y cualquier gasto incurrido en el año, debe de haber sido en esa fecha o antes de esa fecha.

Seguro Básico de Vida, y Muerte Accidental & Desmembramiento (AD&D*) e Incapacidad Seguro

Bailey Nurseries, Inc. proporciona seguro de vida básica, muerte accidental y desmembramiento (AD&D*) y seguro de incapacidad sin costo para los empleados. La cobertura se proporciona a través de Mutual of Omaha Insurance Company. La póliza de seguro de vida paga a los beneficiarios al morir, ya sea que la muerte se deba a causas naturales o a un accidente. La póliza de AD&D* paga a los beneficiarios en caso de muerte debido a un accidente. Bailey Nurseries también paga las pólizas de vida de los dependientes de los empleados. Los dependientes incluyen cónyuges y/o hijos solteros hasta los 26 años.

Bailey Nurseries proporciona cobertura para discapacidad a corto y a largo plazo. Estas pólizas pagan el 60% de los ingresos base mensuales en el caso de que un empleado no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión grave que es no está relacionado con el trabajo.

La siguiente tabla resume los beneficios pagados por el empleador.

Vida básica y AD&D	Bailey Nurseries, Inc. paga el costo total de la prima
Vida de los empleados	1x Ganancias Anuales, redondeadas al siguiente más alto \$1,000 a un máximo de
AD&D del empleado	La cantidad es igual al beneficio vital
Vida del cónyuge	\$2,000
Niño(s) Vida	\$2,000 (niño soltero)
Reducción de beneficios	El valor nominal se reduce al 65% a los 65 años y al 50% a los 70; Jubilación
Elegibilidad	1 del mes siguiente a 60 días de empleo
Incapacidad a corto	Bailey Nurseries, Inc. paga el costo total de este beneficio
Importe del beneficio	60% del salario base
Período de espera de	7 días
Duración del beneficio	Hasta 90 días
Elegibilidad	Después de 12 meses consecutivos de empleo
Discapacidad a largo	Bailey Nurseries, Inc. paga el costo total de la prima
Importe del beneficio	60% de los ingresos mensuales hasta \$10,000
Período de espera de	90 días, los beneficios comienzan el día 91
Duración máxima del	Más tarde de 65 años o la edad normal de jubilación del Seguro Social
Condición preexistente	Es posible que no sea elegible para beneficios si ha recibido tratamiento para una afección dentro de los 3 meses anteriores a su fecha de entrada en vigor, hasta usted ha estado cubierto bajo la póliza durante 12 meses
Limitaciones de beneficios	Enfermedad mental: 24 meses; Abuso de sustancias: 24 meses
Elegibilidad	1 del mes siguiente a 60 días de empleo

Seguro de Vida Voluntaria y Muerte Accidental Voluntaria Seguro de & Desmembramiento (AD&D*)

Seguro de Vida Voluntaria y Muerte accidental voluntaria y desmembramiento (AD&D) está disponible a tarifas de grupo. Este es un plan de beneficios pagados por un empleado 100% y las primas se deducen a través de la nómina en un post-impuestos para la Igualdad Voluntaria. Si un empleado o cónyuge elige más de el importe de la Emisión de Garantía, una Prueba de Asegurabilidad (EOI por sus siglas en Inglés) y se necesitara completar un cuestionario médico. Póngase en contacto con Recursos Humanos para obtener información adicional.

Vida voluntaria	El empleado paga el costo total de la prima
Vida voluntaria de los empleados	- Incrementos de \$10,000 - Hasta 5 veces el salario hasta un máximo de \$500,000 - Emisión de garantía de \$100,000 en elegibilidad inicial (no se requiere EOI) - Durante la inscripción abierta puede aumentar hasta dos incrementos de cobertura hasta Monto Garantizado
Vida voluntaria del cónyuge	- Incrementos de \$5,000 - Hasta \$250,000 o 100% del beneficio del empleado - Emisión de Garantía del 100% del Beneficio del Empleado en la elegibilidad inicial, hasta \$25,000 - Durante la inscripción abierta puede aumentar hasta dos incrementos de cobertura hasta
Niño(s) Vida Voluntaria	- Incrementos de \$2,000 - Hasta \$10,000
Reducción de beneficios	El valor facial se reduce al 65% a los 65 años y al 50% a los 70 años
Elegibilidad	El Seguro de Vida Voluntario está disponible para todos los empleados, sus cónyuges e hijos dependientes solteros hasta el edad de 26 años. El empleado debe inscribirse para que los cónyuges y/o hijos se inscriban.
Muerte accidental voluntaria & Desmembramiento (AD&D)	El empleado paga el costo total de la prima
AD&D voluntario para empleados	- Incrementos de \$10,000 - Hasta 5 veces el salario hasta \$500,000
Cónyuge AD&D voluntario	- Incrementos de \$10,000 - Hasta el 100% de la cantidad elegida por los empleados
Niños (as) AD&D voluntarios	- Incrementos de \$2,000 - Hasta \$20,000
Reducción de beneficios	El valor facial se reduce al 65% a los 65 años y al 50% a los 70 años
Elegibilidad	El seguro de AD&D está disponible para todos los empleados elegibles, sus cónyuges e hijos dependientes solteros hasta edad de 26 años. El empleado debe inscribirse para que los cónyuges y/o hijos se inscriban.

Seguro de Vida Voluntaria- Tarifas Mensuales

Primas mensuales - Seguro de Vida Voluntario - Empleado										
EDAD	\$10,000	\$20,000	\$30,000	\$40,000	\$50,000	\$60,000	\$70,000	\$80,000	\$90,000	\$100,000
<25	\$0.60	\$1.20	\$1.80	\$2.40	\$3.00	\$3.60	\$4.20	\$4.80	\$5.40	\$6.00
25-29	\$0.60	\$1.20	\$1.80	\$2.40	\$3.00	\$3.60	\$4.20	\$4.80	\$5.40	\$6.00
30-34	\$0.80	\$1.60	\$2.40	\$3.20	\$4.00	\$4.80	\$5.60	\$6.40	\$7.20	\$8.00
35-39	\$1.00	\$2.00	\$3.00	\$4.00	\$5.00	\$6.00	\$7.00	\$8.00	\$9.00	\$10.00
40-44	\$1.70	\$3.40	\$5.10	\$6.80	\$8.50	\$10.20	\$11.90	\$13.60	\$15.30	\$17.00
45-49	\$2.90	\$5.80	\$8.70	\$11.60	\$14.50	\$17.40	\$20.30	\$23.20	\$26.10	\$29.00
50-54	\$4.80	\$9.60	\$14.40	\$19.20	\$24.00	\$28.80	\$33.60	\$38.40	\$43.20	\$48.00
55-59	\$7.30	\$14.60	\$21.90	\$29.20	\$36.50	\$43.80	\$51.10	\$58.40	\$65.70	\$73.00
60-64	\$11.30	\$22.60	\$33.90	\$45.20	\$56.50	\$67.80	\$79.10	\$90.40	\$101.70	\$113.00
65-69	\$6,500	\$13,000	\$19,500	\$26,000	\$32,500	\$39,000	\$45,500	\$52,000	\$58,500	\$65,000
	\$11.64	\$23.27	\$34.91	\$46.54	\$58.18	\$69.81	\$81.45	\$93.08	\$104.72	\$116.35
70-74	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	\$25.95	\$51.90	\$77.85	\$103.80	\$129.75	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
75-79	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	\$25.95	\$51.90	\$77.85	\$103.80	\$129.75	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
80-99	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	\$25.95	\$51.90	\$77.85	\$103.80	\$129.75	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Primas mensuales – Seguro de Vida voluntario para conyugue										
EDAD	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	\$30,000	\$35,000	\$40,000	\$45,000	\$50,000
0-29	\$0.30	\$0.60	\$0.90	\$1.20	\$1.50	\$1.80	\$2.10	\$2.40	\$2.70	\$3.00
30-34	\$0.40	\$0.80	\$1.20	\$1.60	\$2.00	\$2.40	\$2.80	\$3.20	\$3.60	\$4.00
35-39	\$0.50	\$1.00	\$1.50	\$2.00	\$2.50	\$3.00	\$3.50	\$4.00	\$4.50	\$5.00
40-44	\$0.85	\$1.70	\$2.55	\$3.40	\$4.25	\$5.10	\$5.95	\$6.80	\$7.65	\$8.50
45-49	\$1.45	\$2.90	\$4.35	\$5.80	\$7.25	\$8.70	\$10.15	\$11.60	\$13.05	\$14.50
50-54	\$2.40	\$4.80	\$7.20	\$9.60	\$12.00	\$14.40	\$16.80	\$19.20	\$21.60	\$24.00
55-59	\$3.65	\$7.30	\$10.95	\$14.60	\$18.25	\$21.90	\$25.55	\$29.20	\$32.85	\$36.50
60-64	\$5.65	\$11.30	\$16.95	\$22.60	\$28.25	\$33.90	\$39.55	\$45.20	\$50.85	\$56.50
65-69	\$3,250	\$6,500	\$9,750	\$13,000	\$16,250	\$19,500	\$22,750	\$26,000	\$29,250	\$32,500
	\$ 5.82	\$11.64	\$17.45	\$23.27	\$29.09	\$34.91	\$40.72	\$46.54	\$52.36	\$58.18

Beneficios y cantidades de las primas reflejan deducciones basadas evedad.

El beneficio del conyugue finaliza cuando el empleado cumple 70 años, independientemente a edad del conyugue.

Seguro voluntario para hijos(as) - Prima quincenal										
Monto del beneficio	\$2,000	\$4,000	\$6,000	\$8,000	\$10,000					
Primas quincenales	\$0.17	\$0.33	\$0.66	\$0.50	\$0.83					

Seguro Voluntario AD&D – Tarifas Mensuales

Primas para la cobertura AD&D - Empleado solo										
Monto del beneficio	\$10,000	\$50,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000	\$250,000	\$300,000	\$350,000	\$400,000	\$500,000
Prima mensual	\$0.25	\$1.25	\$2.50	\$3.75	\$5.00	\$6.25	\$7.50	\$8.75	\$10.00	\$12.50
Primas para la cobertura AD&D - Conyugue										
Benefit Amount	\$5,000	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$125,000	\$150,000	\$175,000	\$200,000	\$250,000
Monthly Premium	\$0.245	\$1.225	\$2.45	\$3.675	\$4.90	\$6.125	\$7.35	\$8.575	\$9.80	\$12.25
Prima para la cobertura AD&D – Hijos (as)										
Benefit Amount	\$2,000	\$4,000	\$6,000	\$8,000	\$10,000					
Monthly Premium	\$0.066	\$0.132	\$0.198	\$0.264	\$0.33					

Seguro de Vida Voluntaria y D&D Voluntario – Cada dos semanas

Primas Quincenales – Empleado solo										
Edad	\$10,000	\$20,000	\$30,000	\$40,000	\$50,000	\$60,000	\$70,000	\$80,000	\$90,000	\$100,000
<25	\$0.28	\$0.55	\$0.83	\$1.11	\$1.39	\$1.66	\$1.94	\$2.22	\$2.49	\$2.77
25-29	\$0.28	\$0.55	\$0.83	\$1.11	\$1.39	\$1.66	\$1.94	\$2.22	\$2.49	\$2.77
30-34	\$0.37	\$0.74	\$1.11	\$1.48	\$1.85	\$2.21	\$2.58	\$2.95	\$3.32	\$3.69
35-39	\$0.46	\$0.92	\$1.39	\$1.85	\$2.31	\$2.77	\$3.23	\$3.70	\$4.16	\$4.62
40-44	\$0.79	\$1.57	\$2.36	\$3.14	\$3.93	\$4.71	\$5.50	\$6.28	\$7.07	\$7.85
45-49	\$1.34	\$2.68	\$4.01	\$5.35	\$6.69	\$8.03	\$9.37	\$10.70	\$12.04	\$13.38
50-54	\$2.22	\$4.43	\$6.65	\$8.86	\$11.08	\$13.29	\$15.51	\$17.72	\$19.94	\$22.15
55-59	\$3.37	\$6.74	\$10.11	\$13.48	\$16.85	\$20.21	\$23.58	\$26.95	\$30.32	\$33.69
60-64	\$5.22	\$10.43	\$15.65	\$20.86	\$26.08	\$31.29	\$36.51	\$41.72	\$46.94	\$52.15
65-69	\$6,500	\$13,000	\$19,500	\$26,000	\$32,500	\$39,000	\$45,500	\$52,000	\$58,500	\$65,000
	\$5.37	\$10.74	\$16.11	\$21.48	\$26.85	\$32.22	\$37.59	\$42.96	\$48.33	\$53.70
70-74	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	\$11.98	\$23.95	\$35.93	\$47.91	\$59.89	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
75-79	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	\$11.98	\$23.95	\$35.93	\$47.91	\$59.89	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
80-99	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	\$11.98	\$23.95	\$35.93	\$47.91	\$59.89	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Primas Quincenales – Seguro de Vida voluntario para conyugue										
Edad	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	\$30,000	\$35,000	\$40,000	\$45,000	\$50,000
<25	\$0.14	\$0.28	\$0.42	\$0.55	\$0.69	\$0.83	\$0.97	\$1.11	\$1.25	\$1.38
25-29	\$0.14	\$0.28	\$0.42	\$0.55	\$0.69	\$0.83	\$0.97	\$1.11	\$1.25	\$1.38
30-34	\$0.18	\$0.37	\$0.55	\$0.74	\$0.92	\$1.11	\$1.29	\$1.48	\$1.66	\$1.85
35-39	\$0.23	\$0.46	\$0.69	\$0.92	\$1.15	\$1.38	\$1.62	\$1.85	\$2.08	\$2.31
40-44	\$0.39	\$0.78	\$1.18	\$1.57	\$1.96	\$2.35	\$2.75	\$3.14	\$3.53	\$3.92
45-49	\$0.67	\$1.34	\$2.01	\$2.68	\$3.35	\$4.02	\$4.68	\$5.35	\$6.02	\$6.69
50-54	\$1.11	\$2.22	\$3.32	\$4.43	\$5.54	\$6.65	\$7.75	\$8.86	\$9.97	\$11.08
55-59	\$1.68	\$3.37	\$5.05	\$6.74	\$8.42	\$10.11	\$11.79	\$13.48	\$15.16	\$16.85
60-64	\$2.61	\$5.22	\$7.82	\$10.43	\$13.04	\$15.65	\$18.25	\$20.86	\$23.47	\$26.08
65-69	\$3,250	\$6,500	\$9,750	\$13,000	\$16,250	\$19,500	\$22,750	\$26,000	\$29,250	\$32,500
	\$2.69	\$5.37	\$8.06	\$10.74	\$13.43	\$16.11	\$18.80	\$21.48	\$24.17	\$26.85

Beneficios y cantidades de las primas reflejan reducciones basadas a edad.

El beneficio del conyugue finaliza cuando el empleado cumple 70 años, independientemente de la edad del conyugue.

Primas para la cobertura AD&D - Empleado solo										
Monto del Beneficio	\$2,000	\$4,000	\$6,000	\$8,000	\$10,000					
Tarifas quincenales	\$0.17	\$0.33	\$0.66	\$0.50	\$0.83					

Seguro de Vida Voluntario AD&D – Tarifas quincenales

Primas para la cobertura AD&D - Empleado solo										
Monto del beneficio	\$10,000	\$50,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000	\$250,000	\$300,000	\$350,000	\$400,000	\$500,000
Tarifas quincenales	\$0.12	\$0.58	\$1.15	\$1.73	\$2.31	\$2.88	\$3.46	\$4.04	\$4.62	\$5.77
Primas mensuales – Seguro de Vida voluntario para conyugue										
Monto del Beneficio	\$5,000	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$125,000	\$150,000	\$175,000	\$200,000	\$250,000
Tarifas quincenales	\$0.11	\$0.57	\$1.13	\$1.70	\$2.26	\$2.83	\$3.39	\$3.96	\$4.52	\$5.65
Prima para la cobertura AD&D – Hijos (as)										
Monto del beneficio	\$2,000	\$4,000	\$6,000	\$8,000	\$10,000					
Tarifa quincenales	\$0.03	\$0.06	\$0.09	\$0.12	\$0.15					

Salud y Bienestar

Empleados saludables contribuyen a la fortaleza y el éxito de Bailey Nurseries, Inc. Las decisiones que tomamos pueden conducir a vidas más felices y saludables tanto en el hogar como en el trabajo. Para ayudar a mantener y mejorar la salud general de los empleados, Bailey Nurseries, Inc. se complace en anunciar la continuación de un Programa de Incentivos al Bienestar y un aumento en el incentivo.

Para aquellos inscritos en un plan de salud y bienestar en Bailey Nurseries, Inc., un incentivo financiero de **\$468** estará disponible a partir del **2024** para aquellos empleados que participan y documentan ciertas actividades.

Para los empleados regulares de tiempo completo, las siguientes actividades tendrán que ser (o haberse hecho) entre el **1ero de octubre del 2022 y el 30 de septiembre del 2023**:

1. Completar un examen físico preventivo
2. Ir al dentista
3. Participar en un evento voluntario o una campaña de Bailey Wellness

Entonces:

- Complete un formulario de certificación firmado por su médico confirmando la fecha y la naturaleza de la visita
- Complete un formulario de certificación firmado por su dentista confirmando la fecha y la naturaleza de la visita
- Completar la declaración jurada de participación (exámenes y campaña de voluntariado/bienestar)

Devolver los formularios antes del 5 de octubre, 2023 a Recursos Humanos:

Bailey Nurseries, Inc.

Atención: Joyce Hagensick

1325 Bailey Road

Newport, MN 55055

*Los formularios están disponibles en SharePoint/HR/Employee Forms/Wellness Incentive Forms o póngase en contacto con su departamento de **recursos humanos**.*

Una vez completadas con éxito las actividades requeridas, su prima médica para el 2023 se reducirá en \$468 por año (\$39 por mes).

Esta es una situación de ganar-ganar para usted y la compañía. Esperamos que participe.

UnitedHealthcare – Simplemente comprometido(a)

Bailey Nurseries no solo lo recompensa por las opciones saludables, sino que UHC también lo hace. Complete las actividades específicas de salud y bienestar para obtener incentivos y recompensas financieras. Los incentivos financieros obtenidos se proporcionarán a través de tarjetas de regalo, depósitos en cuentas de salud o reducciones de primas. Puede realizar un seguimiento de sus actividades y recompensas a través de Rally, una experiencia digital ~~de~~ usar que respalda su programa con herramientas en línea. Para empezar:

1. Visit myuhc.com
 2. Haga clic en la pestaña Recursos de salud para encontrar un enlace al sitio web de Rally.
- Ver recompensas en el sitio web de Rally para realizar un seguimiento de sus incentivos ganados.



Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

El EAP de Mutual of Omaha ayuda a **TODOS** los empleados de Bailey y sus dependientes elegibles con preocupaciones personales o relacionadas con el trabajo, incluyendo:

- ▶ Bienestar emocional
- ▶ Familia y relaciones
- ▶ Asuntos jurídicos y financieros
- ▶ Estilos de vida saludables
- ▶ Transiciones laborales y de vida

BENEFICIOS DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

- Acceso telefónico ilimitado a los profesionales las 24 horas del día, 7 días a la semana - 24/7
- Asistencia telefónica y remisión
- Servicio para empleados y dependientes elegibles
- Profesionales de salud mental con licencia
- Tres sesiones presenciales* con un consejero (por hogar por año calendario)

*Las visitas cara a cara también se pueden utilizar para consultas de igualdad

No se demore si necesita ayuda

Visite mutualofomaha.com/eap o llame a **800-316-2796** para consultas confidenciales y servicios de recursos.

QUÉ ESPERAR

Puede confiar en su profesional de EAP para evaluar sus necesidades y manejar sus inquietudes de una manera confidencial y respetuosa. Nuestro objetivo es colaborar con usted y encontrar soluciones que respondan a sus necesidades.

Sus beneficios de EAP sona través de su empleador. No hay ningún costo para usted por utilizar los servicios EAP. Si se necesitan servicios adicionales, su EAP le ayudará a localizar

recursos apropiados en su área. Tres sesiones presenciales* con un consejero (por hogar y año calendario).

Asistencia legal y servicios financieros:

- Preparación en línea
- Biblioteca legal y formularios en línea
- Consulta financiera telefónica

Recursos para:

- Herramientas y recursos financieros
- Abuso de sustancias y otras adicciones
- Servicios de asistencia y derivación de atención a dependientes y ancianos

Acceso a una biblioteca de artículos educativos, folletos y recursos a través [de mutualofomaha.com/eap](http://de.mutualofomaha.com/eap)

Para los inscritos en el plan de **UnitedHealthcare**, hay un Programa de Asistencia al Empleado adicional al que tiene acceso sin costo adicional. UHC brinda apoyo y recursos para ayudarlo a usted y a su familia con una variedad de problemas que incluyen:

- Manejo del estrés, la ansiedad y la depresión
- Mejorar las relaciones en casa o en el trabajo.
- Obtención de orientación sobre inquietudes legales y financieras
- Abordar los problemas de uso de sustancias y más!

Empiece hoy mismo - llame a EAP 24/7 a 1-888-887-4114.

Asistencia de viaje

Posición de Travel Assi viaja con usted en todo el mundo, ofreciendo acceso a una red de profesionales que pueden ayudarle con referencias locales médica o proporcionar otros servicios de asistencia de emergencia en lugares extranjeros.

Los servicios 24/7 incluyen: asistencia previa a la salida con pasaportes y otros documentos para viajes al extranjero, tipos de cambio de divisas, consulados y embajadas, servicios de traducción telefónica, localización de servicios legales, asistencia con equipaje perdido, robado o retrasado, reemplazo de documentos, localización proveedores médicos, asistencia para obtener medicamentos recetados u otros artículos médicos personales necesarios,



WORLDWIDE TRAVEL ASSISTANCE

Servicios disponibles para viajes de negocios y personales.

Para consultas dentro de los EE. UU. llame a la línea gratuita:

1-800-856-9947

Fuera de los EE. UU. llame por cobrar al:

(312) 935-3658



WORLDWIDE TRAVEL ASSISTANCE

Servicios disponibles para viajes de negocios y personales.

Para consultas dentro de los EE. UU. llame a la línea gratuita:

1-800-856-9947

Fuera de los EE. UU. llame por cobrar al:

(312) 935-3658

Aspectos destacados adicionales

Descuento para la audición de Amplifon

Los beneficios del programa incluyen:

- Soluciones auditivas personalizadas: encontramos la solución que mejor se adapta a su estilo de vida y a su presupuesto de uno de nuestros 10 fabricantes.
- Prueba de 60 días sin riesgo: garantía de devolución del 100% del dinero en la compra de audífonos.
- Garantía de precio bajo de audífonos: si encuentra el mismo producto a un precio más bajo, tráiganos la cotización local y no solo la igualaremos, sino que la superaremos en un 5%.
- Cuidado continuo: seguimiento gratuito de un año, dos años de baterías gratuitas y una garantía de tres años

Acceder a sus beneficios es tan fácil como:

1. Llame a Amplifon al 1-888-534-1747 y un integrante de Atención al Paciente, lo ayudará a encontrar un proveedor de atención auditiva cerca de usted.
2. Nuestro integrante, explicará el proceso de Amplifon, solicitará su información de correo y le ayudará a hacer un punto con un proveedor de atención auditiva.
3. Amplifon le enviará información a usted y al proveedor de atención auditiva. Esto asegurará sus descuentos de Amplifon se activan.

Para obtener más información, visite: amplifonusa.com/mutualofomaha

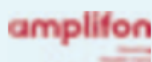
Para obtener más información, visite amplifonusa.com/mutualofomaha



Conserve Esta Tarjeta Para Acceder En El Futuro a Los Sigüientes Beneficios:

- Descuentos en pruebas auditivas
- Garantía de precio bajo
- Período de prueba de 60 días libre de riesgos
- 2 años de baterías con su compra

Para Activar Su Beneficio,
Comuníquese Al
1-888-534-1747 HOY!



¡Oferta Especial!

¡Comuníquese hoy mismo y coordine una cita GRATUITA para una prueba de auditiva!

Traiga esta oferta a su cita.

¡Llame Hoy Mismo Al 1-888-534-1747!

Esto no es un examen médico y su único fin es asistirlo en la selección de un dispositivo de amplificación.

Centro de Recursos de Beneficios

Comuníquese con el Centro de Recursos de Beneficios de USI (BRC) para obtener ayuda gratuita y confidencial sobre cualquiera de sus beneficios a través de Bailey's. También pueden defenderlo en cuestiones como preguntas sobre reclamaciones y ayudarlo a redactar una apelación.

- Preguntas sobre el plan de beneficios y la política
- Reclamos, preguntas o problemas
- Transición del cuidado de atención al cambiar de proveedores
- Conceptos básicos de Medicare
- Asistencia para presentar una apelación

Llame al 855-874-0742 o envíe un correo electrónico a BRCMT@usi.com de lunes a viernes de 9:00 a. M. A 6:00 p. M



Important Legal Notices Affecting Your Health Plan Coverage

THE WOMEN'S HEALTH CANCER RIGHTS ACT OF 1998 (WHCRA)

If you have had or are going to have a mastectomy, you may be entitled to certain benefits under the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 (WHCRA). For individuals receiving mastectomy-related benefits, coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient, for:

- All stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;
- Surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance;
- Prostheses; and
- Treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedema.

These benefits will be provided subject to the same deductibles and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under this plan.

NEWBORNS ACT DISCLOSURE - FEDERAL

Group health plans and health insurance issuers generally may not, under Federal law, restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child to less than 48 hours following a vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section. However, Federal law generally does not prohibit the mother's or newborn's attending provider, after consulting with the mother, from discharging the mother or her newborn earlier than 48 hours (or 96 hours as applicable). In any case, plans and issuers may not, under Federal law, require that a provider obtain authorization from the plan or the insurance issuer for prescribing a length of stay not in excess of 48 hours (or 96 hours).

WELLNESS PROGRAM DISCLOSURE

Your health plan is committed to helping you achieve your best health. Rewards for participating in a voluntary wellness program are available to all employees. Employees who choose to participate in the wellness program will receive an annual premium incentive \$468 for participating in certain health-related activities (preventive exams with physician, dentist and participation in a wellness campaign or volunteering).

If you think you might be unable to meet a standard for a reward under this wellness program, you might qualify for an opportunity to earn the same reward by different means. Contact Joyce Hagensick in HR and we will work with you to find a wellness program with the same reward that is right for you in light of your health status.

You may not be discriminated against in employment because of the medical information you provide as part of participating in the wellness program, nor may you be subjected to retaliation if you choose not to participate.

PATIENT PROTECTION MODEL DISCLOSURE

Bailey Nurseries generally allows the designation of a primary care provider. You have the right to designate any primary care provider who participates in our network and who is available to accept you or your family members. For information on how to select a primary care provider, and for a list of the participating primary care providers, contact the UnitedHealthcare of Kaiser at contact information provided in this guide.

You do not need prior authorization from Bailey Nurseries or UnitedHealthcare or from any other person

(including a primary care provider) in order to obtain access to obstetrical or gynecological care from a health care professional in our network who specializes in obstetrics or gynecology. The health care professional, however, may be required to comply with certain procedures, including obtaining prior authorization for certain services, following a pre-approved treatment plan, or procedures for making referrals. For a list of participating health care professionals who specialize in obstetrics or gynecology, contact the UnitedHealthcare or Kaiser at the contact information provided in this guide.

STATEMENT OF ERISA RIGHTS

As a participant in the Plan you are entitled to certain rights and protections under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (“ERISA”). ERISA provides that all participants shall be entitled to:

Receive Information about Your Plan and Benefits

- Examine, without charge, at the Plan Administrator’s office and at other specified locations, the Plan and Plan documents, including the insurance contract and copies of all documents filed by the Plan with the U.S. Department of Labor, if any, such as annual reports and Plan descriptions.
- Obtain copies of the Plan documents and other Plan information upon written request to the Plan Administrator. The Plan Administrator may make a reasonable charge for the copies.
- Receive a summary of the Plan’s annual financial report, if required to be furnished under ERISA. The Plan Administrator is required by law to furnish each participant with a copy of this summary annual report, if any.

Continue Group Health Plan Coverage

If applicable, you may continue health care coverage for yourself, spouse or dependents if there is a loss of coverage under the plan as a result of a qualifying event. You and your dependents may have to pay for such coverage. Review the summary plan description and the documents governing the Plan for the rules on COBRA continuation of coverage rights.

Prudent Actions by Plan Fiduciaries

In addition to creating rights for participants, ERISA imposes duties upon the people who are responsible for operation of the Plan. These people, called “fiduciaries” of the Plan, have a duty to operate the Plan prudently and in the interest of you and other Plan participants.

No one, including the Company or any other person, may fire you or discriminate against you in any way to prevent you from obtaining welfare benefits or exercising your rights under ERISA.

Enforce your Rights

If your claim for a welfare benefit is denied in whole or in part, you must receive a written explanation of the reason for the denial. You have a right to have the Plan review and reconsider your claim.

Under ERISA, there are steps you can take to enforce these rights. For instance, if you request materials from the Plan Administrator and do not receive them within 30 days, you may file suit in federal court. In such a case, the court may require the Plan Administrator to provide the materials and pay you up to \$110 per day, until you receive the materials, unless the materials were not sent due to reasons beyond the control of the Plan Administrator. If you have a claim for benefits which is denied or ignored, in whole or in part, and you have exhausted the available claims procedures under the Plan, you may file suit in a state or federal court. If it should happen that Plan fiduciaries misuse the Plan’s money, or if you are discriminated against for asserting your rights, you may seek assistance from the U.S. Department of Labor, or you may file suit in a federal court. The court will decide who should pay court costs and legal fees. If you are successful, the court may order the person you have sued to pay these costs and fees. If you lose (for example, if the court finds your claim is frivolous) the court may order you to pay these costs and fees.

Assistance with your Questions

If you have any questions about your Plan, this statement, or your rights under ERISA, you should contact the

nearest office of the Employee Benefits and Security Administration, U.S. Department of Labor, listed in your telephone directory or the Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits and Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210.

CONTACT INFORMATION

Questions regarding any of this information can be directed to:

Joyce Hagensick
1325 Bailey Road
St. Paul, Minnesota United States 55119
651-768-3327
joyce.hagensick@baileynursery.com

OMB 0938-0990

Important Notice from Bailey Nurseries, Inc. About Your Prescription Drug Coverage and Medicare

Please read this notice carefully and keep it where you can find it. This notice has information about your current prescription drug coverage with Bailey Nurseries and about your options under Medicare's prescription drug coverage. This information can help you decide whether or not you want to join a Medicare drug plan. If you are considering joining, you should compare your current coverage, including which drugs are covered at what cost, with the coverage and costs of the plans offering Medicare prescription drug coverage in your area. Information about where you can get help to make decisions about your prescription drug coverage is at the end of this notice.

There are two important things you need to know about your current coverage and Medicare's prescription drug coverage:

1. Medicare prescription drug coverage became available in 2006 to everyone with Medicare. You can get this coverage if you join a Medicare Prescription Drug Plan or join a Medicare Advantage Plan (like an HMO or PPO) that offers prescription drug coverage. All Medicare drug plans provide at least a standard level of coverage set by Medicare. Some plans may also offer more coverage for a higher monthly premium.
2. Bailey Nurseries has determined that the prescription drug coverage offered by the UnitedHealthcare or Kaiser plans are, on average for all plan participants, expected to pay out as much as standard Medicare prescription drug coverage pays and is therefore considered Creditable Coverage. Because your existing coverage is Creditable Coverage, you can keep this coverage and not pay a higher premium (a penalty) if you later decide to join a Medicare drug plan.

When Can You Join A Medicare Drug Plan?

You can join a Medicare drug plan when you first become eligible for Medicare and each year from October 15th to December 7th.

However, if you lose your current creditable prescription drug coverage, through no fault of your own, you will also be eligible for a two (2) month Special Enrollment Period (SEP) to join a Medicare drug plan.

What Happens to Your Current Coverage If You Decide to Join A Medicare Drug Plan?

If you decide to join a Medicare drug plan, your current Bailey Nurseries coverage will not be affected.

Current prescription drug coverage is:

1. \$500 Deductible Plan

UnitedHealthcare:

Retail – 31-Day Supply - \$12 for generic drugs; \$35 for preferred brand and \$60 for non-preferred brand.

Retail/Mail-Order – 90-Day Supply - \$24 for generic drugs; \$70 for preferred brand and \$120 for non-preferred brand.

2. \$2500 High-Deductible Health Plan

UnitedHealthcare:

Retail – 31-Day Supply - \$10 for generic drugs; \$40 for preferred brand and \$60 for non-preferred brand.

Retail/Mail-Order – 90-Day Supply - \$20 for generic drugs; \$80 for preferred brand and \$120 for non-preferred brand.

3. Kaiser \$500 Deductible Plan

Retail – 31-Day Supply - \$20 for generic drugs; \$40 for preferred brand and \$60 for non-preferred brand.

Retail/Mail-Order – 90-Day Supply - \$40 for generic drugs; \$80 for preferred brand and \$120 for non-preferred brand.

If you do decide to join a Medicare drug plan and drop your current coverage, be aware that you and your dependents may not be able to get this coverage back.

When Will You Pay A Higher Premium (Penalty) To Join a Medicare Drug Plan?

You should also know that if you drop or lose your current coverage with Bailey Nurseries and don't join a Medicare drug plan within 63 continuous days after your current coverage ends, you may pay a higher premium (a penalty) to join a Medicare drug plan later.

If you go 63 continuous days or longer without creditable prescription drug coverage, your monthly premium may go up by at least 1% of the Medicare base beneficiary premium per month for every month that you did not have that coverage. For example, if you go nineteen months without creditable coverage, your premium may consistently be at least 19% higher than the Medicare base beneficiary premium. You may have to pay this higher premium (a penalty) as long as you have Medicare prescription drug coverage. In addition, you may have to wait until the following October to join.

For More Information About This Notice Or Your Current Prescription Drug Coverage...

Contact the person listed below for further information. **NOTE:** You'll get this notice each year. You will also get it before the next period you can join a Medicare drug plan, and if this coverage through Bailey Nurseries changes. You also may request a copy of this notice at any time.

For More Information About Your Options Under Medicare Prescription Drug Coverage...

More detailed information about Medicare plans that offer prescription drug coverage is in the "Medicare & You" handbook. You'll get a copy of the handbook in the mail every year from Medicare. You may also be contacted directly by Medicare drug plans.

For more information about Medicare prescription drug coverage:

- Visit www.medicare.gov
- Call your State Health Insurance Assistance Program (see the inside back cover of your copy of the “Medicare & You” handbook for their telephone number) for personalized help
- Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

If you have limited income and resources, extra help paying for Medicare prescription drug coverage is available. For information about this extra help, visit Social Security on the web at www.socialsecurity.gov, or call them at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Remember: Keep this Creditable Coverage notice. If you decide to join one of the Medicare drug plans, you may be required to provide a copy of this notice when you join to show whether or not you have maintained creditable coverage and, therefore, whether or not you are required to pay a higher premium (a penalty).

Date:	October 7, 2022
Name of Entity/Sender:	Bailey Nurseries, Inc.
Contact--Position/Office:	Human Resources
Address:	1325 Bailey Road, Newport, MN 55055
Phone Number:	651-768-3327

CMS Form 10182-CC

Updated April 1, 2011

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0990. The time required to complete this information collection is estimated to average 8 hours per response initially, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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

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

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

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

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son

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

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid	ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
ALASKA – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program 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+)	KENTUCKY – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx
FLORIDA – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Sitio web: https://www.flmedicaidtplecovery.com/flmedicaidtplecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268	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)

GEORGIA – Medicaid	MAINE – 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/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, Presiona 2	Sitio web por inscripción: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página Web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711
INDIANA - Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: (617) 886-8102
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	MINNESOTA – Medicaid
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	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
KANSAS – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884	Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HHSHIPProgram@mt.gov	Sitio web: https://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
NEBRASKA – Medicaid	OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178	Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742

NEVADA – Medicaid	OREGON – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid	PENSILVANIA – 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 HIP: 1-800-852-3345, ext. 5218	Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – 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	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)
NUEVA YORK – Medicaid	TEXAS – Medicaid
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	Sitio web: http://pontehiptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	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
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid	VERMONT – Medicaid
Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825	Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: https://www.coverva.org/es/famis-select https://www.coverva.org/es/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002

WEST VIRGINIA – Medicaid	WYOMING – Medicaid
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)	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/mcicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2022, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.

Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol

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. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

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

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

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2023)



Nuevas opciones de cobertura en el mercado seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado
OMB N.º 1210-0149
(caduca el 30-6-2023)

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con _____.

El mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

3. Nombre del empleador Bailey Nurseries		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 41-0910672	
5. Dirección del empleador 1325 Bailey Road Newport, MN 55055		6. Número de teléfono del empleador 651-459-9744	
7. Ciudad Newport	8. Estado MN	9. Código postal 55055	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Joyce Hagensick			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba) 651-768-3327		12. Dirección de correo electrónico Joyce.hagensick@baileynursery.com	

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

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

- ☒ Todos los empleados.
☐ Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes:

Empleados regulares a tiempo completo que trabajan un promedio mínimo de 30 horas por semana durante todo el año.

- En cuanto a los dependientes:

- ☒ Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes:

Cónyuges por matrimonio legal e hijos.

- ☐ No ofrecemos cobertura médica.

- ☒ Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite CuidadoDeSalud.gov para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita CuidadoDeSalud.gov para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

**SUMMARY ANNUAL REPORT'S
For BAILEY NURSERIES, INC. HEALTH AND WELFARE PLAN**

This is a summary of the annual report of the BAILEY NURSERIES, INC. HEALTH AND WELFARE PLAN, EIN 41-0910672, Plan No. 555, for period 01/01/2021 through 12/31/2021. The annual report has been filed with the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, as required under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA).

BAILEY NURSERIES, INC. has committed itself to pay certain self-funded Medical claims incurred under the terms of the plan.

Insurance Information

The plan has contracts with KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN OF THE NORTHWEST, MUTUAL OF OMAHA INSURANCE COMPANY, NATIONAL GUARDIAN LIFE INSURANCE COMPANY, and UNITED OF OMAHA LIFE INSURANCE COMPANY to pay Medical, Vision, Life Insurance, Long-term Disability and Accidental Death and Dismemberment, and Employee Assistance Program claims incurred under the terms of the plan. The total premiums paid for the plan year ending 12/31/2021 were \$735,177.

Your Rights to Additional Information

You have the right to receive a copy of the full annual report, or any part thereof, on request. The items listed below are included in that report:

- insurance information, including sales commissions paid by insurance carriers;

To obtain a copy of the full annual report, or any part thereof, write or call the office of BAILEY NURSERIES, INC. at 1325 BAILEY ROAD, NEWPORT, MN, 55055 or by telephone at 651-459-9744.

You also have the legally protected right to examine the annual report at the main office of the plan (BAILEY NURSERIES, INC., 1325 BAILEY ROAD, NEWPORT, MN, 55055) and at the U.S. Department of Labor in Washington, D.C., or to obtain a copy from the U.S. Department of Labor upon payment of copying costs. Requests to the Department should be addressed to: Public Disclosure Room, Room N1513, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.