



Guía de Beneficios para 2023

ELIJA LOS MEJORES BENEFICIOS PARA USTED Y SU FAMILIA.

McCoy Corporation se esfuerza por brindarles a usted y a su familia un paquete de beneficios amplio y valioso. Queremos asegurarnos de que usted esté aprovechando al máximo nuestros beneficios y esa es la razón por la cual hemos preparado esta Guía de Beneficios.

Esta guía describirá todos los distintos beneficios de McCoy Corporation a fin de que usted pueda identificar cuáles son los mejores para usted y su familia.

Las elecciones que usted haga durante la inscripción abierta entrarán en vigencia el 1 de enero de 2023. Consulte la página 3 para obtener más información sobre los periodos de elegibilidad. Si tiene preguntas sobre cualquiera de los beneficios mencionados en esta guía, no dude en comunicarse con el equipo de beneficios.

ÍNDICE

Contactos importantes 2

Elegibilidad..... 3

Plan Buy-Up PPO: Blue Cross Blue Shield/Prime Therapeutics..... 4

Plan Base PPO: Blue Cross Blue Shield/Prime Therapeutics 5

Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos 6

Plan HDHP elegible para HSA: Blue Cross Blue Shield/Prime Therapeutics 7

Créditos de bienestar de McCoy..... 8

Programa de Asistencia para Dejar de Fumar de McCoy’s 9

Adónde ir para recibir atención médica 10

Por qué usar un proveedor de la red..... 11

Información sobre las visitas virtuales..... 12

Airrosti 13

Plan dental: Guardian 14

Plan de cuidado de la vista: Guardian..... 15

Planes por discapacidad 16

Seguro de vida básico / fallecimiento y desmembramiento por accidente (AD&D) y Seguro de vida voluntario: NY Life 17

Cuentas de gastos flexibles: WEX Benefits 18

Bienestar financiero..... 20

McCoy’s Precious Cargo Club..... 21

Licencias y tiempo libre 22

Programa de Asistencia a Empleados: Resources for Living..... 23

Fondo para Crisis de Empleados Dennis P. McCoy 24

Aportaciones bisemanales de los empleados..... 25

Cambios en las elecciones 26

Programa de control de la diabetes de Livongo 27

Aplicación Workday: Autenticación de Microsoft 28

Avisos sobre beneficios de salud y bienestar de McCoy Corporation 32

Si usted (o sus dependientes) cuentan con Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones para su cobertura de medicamentos con receta. Consulte la página 36 para más detalles.

CONTACTOS IMPORTANTES

A lo largo del año del plan, usted tendrá preguntas sobre sus beneficios como empleado. Si necesita asistencia personal o tiene una pregunta general sobre sus beneficios como empleado, llame a los siguientes números:

	N.º de Póliza	Teléfono	Sitio web o correo electrónico
Equipo de Beneficios de McCoy's		866-690-9357	Benefits@mccoys.com
Plan médico Blue Cross Blue Shield of Texas (Red PPO Blue Choice)	301636	866-245-6747	BCBSTX.com
Visita virtual MD Live	301636	888-680-8646	MDLIVE.com/bcbstx
Plan dental Guardian	481700	800-541-7846	GuardianAnytime.com
Plan de cuidado de la vista Guardian (Red VSP)	481700	877-393-7363	GuardianAnytime.com
Discapacidad a corto plazo		866-690-9357	Benefits@mccoys.com
Discapacidad a largo plazo NY Life		800-362-4462	NY Life.com
Seguro de vida / fallecimiento y desmembramiento por accidente (AD&D) NY Life	FLX-968263	800-362-4462	NY Life.com
Programa de Asistencia a Empleados Resources for Living		888-238-6232	www.resourcesforliving.com SN: McCoys PW: EAP
Cuenta de Gastos Flexibles y Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos Wex Benefits	17250	1-833-CALL-WEX	www.wexinc.com
401K Voya	555376	800-584-6001	VoyaRetirementPlans.com
Asesor Financiero NFP		800-959-0071	NFP.com/Retirement

POR FAVOR, COMUNÍQUESE CON EL EQUIPO DE BENEFICIOS PARA OPERACIONES DE INSCRIPCIÓN Y VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD.

ELEGIBILIDAD

¿QUIÉNES SON ELEGIBLES?

Si usted es un empleado activo que trabaja 37 horas o más por semana, es elegible para inscribirse en el programa de beneficios de McCoy Corporation el primer día del mes siguiente a un periodo de espera de 60 días. La elegibilidad para el beneficio por discapacidad a corto plazo ocurre una vez que se cumple un año de servicio a tiempo completo. La elegibilidad para el beneficio por discapacidad a largo plazo ocurre una vez que se cumplen tres años de servicio a tiempo completo. Si usted es un empleado activo que trabaja 30 horas o más por semana, es elegible para inscribirse en nuestro plan médico. La elegibilidad se determina mediante el uso de dos métodos:

1. Usted fue contratado con la expectativa de trabajar 30 horas o más por semana. La elegibilidad ocurriría el primer día del mes siguiente a un periodo de espera de 60 días.
2. Usted fue contratado y se desconocía cuántas horas trabajaría. Se lo colocará en un grupo de medición. El periodo de medición es de 12 meses. Nuestro periodo de medición estándar para la inscripción de 2023 es del 22/10/2022 al 02/11/2023. Si, conforme a lo considerado, usted cumplió el requisito de 30 horas o más durante este periodo de medición, se le ofrecerán beneficios con vigencia a partir del 1 de enero de 2023. Si usted no cumplió con el requisito de 30 horas durante este periodo de medición, sus horas se revisarán mensualmente y, si cumple tal requisito, se le ofrecerán beneficios en esa oportunidad.

¿QUIÉNES PUEDEN INSCRIBIRSE EN EL PLAN?

Usted puede inscribir a sus dependientes elegibles en los programas médico, dental, de cuidado de la vista y de seguro de vida voluntario. Sus dependientes elegibles incluyen los siguientes:

- Cónyuge legal
- Hijos naturales
- Hijos adoptados
- Hijastros
- Niños de quienes sea tutor legal
- Niños a quienes usted deba proporcionar cobertura de salud en virtud de una orden calificada de cobertura médica para menores

PLAN MÉDICO: BLUE CROSS BLUE SHIELD OF TEXAS (BCBSTX)

Los planes de salud Buy-Up, Base y de Deducible Alto (HDHP/HSA) de McCoy's son organizaciones de proveedores preferidos (PPO). Una PPO ofrece dos niveles de cobertura: una para atención proporcionada por proveedores o centros de la red de BCBSTX y otra para proveedores o centros no pertenecientes a la red. Usted recibirá el máximo nivel de beneficios si elige mantenerse dentro de la red. Si elige mantenerse dentro de la red, no deberá pagar ningún cargo que exceda la cantidad permitida por BCBSTX para los servicios cubiertos. Más adelante en la guía se incluye información sobre cómo acceder a atención médica virtual a través de la plataforma MDLive. También puede encontrar un proveedor de BCBSTX visitando el sitio web en www.bcbstx.com. Haga clic en "Find a Doctor or Hospital" (Encontrar un médico u hospital).

- El reembolso de tratamiento fuera de la red se basa fundamentalmente en un porcentaje de las cuotas publicadas permitidas por Medicare.
- El uso de proveedores y centros fuera de la red puede dar lugar a facturación de saldos.
- Los copagos por atención médica y por medicamentos con receta se tomarán en cuenta para el máximo de gastos de bolsillo.

PLAN BUY-UP PPO: BLUE CROSS BLUE SHIELD/PRIME THERAPEUTICS

Información del plan	Buy-Up PPO	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$2,000 por persona \$4,000 por familia	\$4,000 por persona \$8,000 por familia
Máximo anual de gastos de bolsillo**	\$5,000 por persona \$10,000 por familia	\$10,000 por persona \$20,000 por familia
Hospitalización	Copago de \$500; luego 20% después del deducible	Copago de \$500; luego 40% después del deducible
Cuidado preventivo: <i>Cuidado rutinario de bebés y niños, exámenes físicos anuales, laboratorio y radiografías de cuidado preventivo</i>	0%; no se aplica el deducible	40%, después del deducible
Visitas virtuales: MD Live	Sin cargo	
Visita al consultorio del médico de cabecera	Copago de \$40	40%, después del deducible
Visita al consultorio del especialista	Copago de \$40	40%, después del deducible
Examen de la vista: <i>Sin refracción, uno cada 2 años</i>	Copago de \$40	40%, después del deducible
Cirugía en consultorio	Incluida en el copago de la visita al consultorio	40%, después del deducible
Cirugía ambulatoria	20%, después del deducible	40%, después del deducible
Cirugía con internación	20%, después del deducible	40%, después del deducible
Cuidado urgente	Copago de \$50	40%, después del deducible
Laboratorio y radiografías: <i>Excluye diagnóstico mayor</i>	Incluidos en el copago de la visita al consultorio	40%, después del deducible
Diagnóstico mayor	20%, después del deducible	40%, después del deducible
Cuidado de emergencia (centro): <i>Los cargos del médico de la sala de emergencias se aplican al deducible; luego 20%</i>	Copago de \$350 (emergencia verdadera)	
Cuidado quiropráctico: <i>Limitado a 20 visitas por año</i>	Copago de \$40	40%, después del deducible
Terapia física: <i>Limitada a 30 visitas por año</i>	Copago de \$40	40%, después del deducible
Salud mental/Servicios de dependencia de sustancias químicas		
Cuidado como paciente internado: <i>Hospital</i>	20%, después del deducible	40%, después del deducible
Visitas como paciente ambulatorio	Copago de \$40	40%, después del deducible
Medicamentos con receta: Prime Therapeutics		
Farmacia minorista: Suministro de 31 días		
Nivel 1	20%; mín. \$10/máx. \$25	Sin cobertura
Nivel 2	30%; mín. \$30/máx. \$50	
Nivel 3	40%; mín. \$50/máx. \$75	
Suministros para la diabetes: <i>Es posible que ciertos suministros no estén disponibles a través de la farmacia</i>	0%; no se aplica el deducible	40%, después del deducible
Pedidos por correo: Suministro de 90 días	2 veces el precio minorista	Sin cobertura

PLAN BASE PPO: BLUE CROSS BLUE SHIELD/PRIME THERAPEUTICS

Información del plan	Base PPO	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$4,000 por persona \$8,000 por familia	\$8,000 por persona \$16,000 por familia
Máximo anual de gastos de bolsillo**	\$7,150 por persona \$14,300 por familia	\$14,300 por persona \$28,600 por familia
Hospitalización	Copago de \$500; luego 30% después del deducible	Copago de \$500; luego 50% después del deducible
Cuidado preventivo: <i>Cuidado rutinario de bebés y niños, exámenes físicos anuales, laboratorio y radiografías de cuidado preventivo</i>	0%; no se aplica el deducible	50%, después del deducible
Visitas virtuales: MD Live	Sin cargo	
Visita al consultorio del médico de cabecera	Copago de \$40	50%, después del deducible
Visita al consultorio del especialista	Copago de \$50	50%, después del deducible
Examen de la vista: <i>Sin refracción, uno cada 2 años</i>	Copago de \$40	50%, después del deducible
Cirugía en consultorio	Incluida en el copago de la visita al consultorio	50%, después del deducible
Cirugía ambulatoria	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Cirugía con internación	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Cuidado urgente	Copago de \$75	50%, después del deducible
Laboratorio y radiografías: <i>Excluye diagnóstico mayor</i>	Incluidos en el copago de la visita al consultorio	50%, después del deducible
Diagnóstico mayor	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Cuidado de emergencia (centro): <i>Los cargos del médico de la sala de emergencias se aplican al deducible; luego 30%</i>	Copago de \$350 (emergencia verdadera)	
Cuidado quiropráctico: <i>Limitado a 20 visitas por año</i>	Copago de \$50	50%, después del deducible
Terapia física: <i>Limitada a 30 visitas por año</i>	Copago de \$50	50%, después del deducible
Salud mental/Servicios de dependencia de sustancias químicas		
Cuidado como paciente internado: <i>Hospital</i>	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Visitas como paciente ambulatorio	Copago de \$40	50%, después del deducible
Medicamentos con receta: Prime Therapeutics		
Farmacia minorista: Suministro de 31 días		
Nivel 1	20%; mín. \$20/máx. \$30	Sin cobertura
Nivel 2	30%; mín. \$40/máx. \$75	
Nivel 3	40%; mín. \$60/máx. \$100	
Suministros para la diabetes: <i>Es posible que ciertos suministros no estén disponibles a través de la farmacia</i>	0%; no se aplica el deducible	50%, después del deducible
Pedidos por correo: Suministro de 90 días	2 veces el precio minorista	Sin cobertura

CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS

DESCRIPCIÓN GENERAL

La Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA) le permite aprovechar al máximo sus ingresos apartando dólares libres de impuestos para gastos médicos, dentales y de la vista. Las HSA son de propiedad personal y ofrecen una triple ventaja con respecto a los impuestos:

1. El dinero que deposita está libre de impuestos.
2. Los fondos de la cuenta crecen libres de impuestos hasta que usted los usa.
3. Las extracciones están libres de impuestos si se utilizan para gastos elegibles.

Cada año, el Servicio de Rentas Internas (IRS) establece el monto máximo de aportaciones para una HSA. Para el 2023, son las siguientes:

	Máximo del IRS para 2023	Financiamiento de McCoy's	Monto máximo del empleado de McCoy's
Persona	\$3,850	\$700 durante 26 periodos de pago	\$3,150 = \$121.15 por periodo de pago
Familia	\$7,750	\$1,500 durante 26 periodos de pago	\$6,250 = \$240.38 por periodo de pago
Aportación de recuperación para personas >55 años	\$1,000	\$0	\$1,000 = \$38.46 por periodo de pago

ELEGIBILIDAD

Para que se le abra una HSA, usted debe estar inscrito en el Plan Médico de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA). La cuenta puede usarse para pagar gastos de bolsillo hasta que haya alcanzado el deducible, en cuyo momento el plan de salud comienza a pagar. Usted no puede estar inscrito en una Cuenta de Gastos Flexibles de fines generales (vea la página 16) y en una HSA al mismo tiempo. Tampoco es elegible para participar en la HSA si tiene otra cobertura, si está inscrito en Medicare o Tri-care, o si es señalado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona. Visite www.wexinc.com para obtener más información sobre la elegibilidad.

GASTOS

La HSA cubre gastos médicos, dentales y de la vista calificados. Para averiguar qué gastos específicos son elegibles, vea nuestra lista de elegibilidad en https://www.wexinc.com/insights/benefits-toolkit/eligible-expenses/?utm_source=oe&utm_medium=wby&utm_campaign=2021-employer, donde podrá hacer búsquedas.

WEX facilita el acceso a los fondos de la HSA con la tarjeta de débito de WEX (anteriormente, Discovery Benefits), que puede usarse para pagar gastos elegibles y así reducir sus gastos de bolsillo.

AHORRO

Para que pueda hacer sus elecciones sin tener que adivinar, WEX ofrece una calculadora de ahorros gratuita que le ayudará a decidir cuánto debe apartar. Calcule sus ahorros hoy en https://www.wexinc.com/insights/benefits-toolkit/hsa-savings-calculator/?utm_source=oe&utm_medium=wby&utm_campaign=2021-employer.

Simplifying benefits for everyone.



W002

PLAN HDHP ELEGIBLE PARA HSA: BLUE CROSS BLUE SHIELD/PRIME THERAPEUTICS

Información del plan	Plan HDHP elegible para HSA	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$3,500 por persona \$7,000 por familia	\$5,000 por persona \$10,000 por familia
Máximo anual de gastos de bolsillo**	\$6,750 por persona \$13,500 por familia	\$10,000 por persona \$20,000 por familia
Hospitalización	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Cuidado preventivo: <i>Cuidado rutinario de bebés y niños, exámenes físicos anuales, laboratorio y radiografías de cuidado preventivo</i>	0%; no se aplica el deducible	50%, después del deducible
Visitas virtuales: MD Live	Plan médico: cuota de \$48 Salud mental: cuota de \$90-\$250	
Visita al consultorio del médico de cabecera	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Visita al consultorio del especialista	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Examen de la vista: <i>Sin refracción, uno cada 2 años</i>	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Cirugía en consultorio	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Cirugía ambulatoria	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Cirugía con internación	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Cuidado urgente	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Laboratorio y radiografías: <i>Excluye diagnóstico mayor</i>	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Diagnóstico mayor	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Cuidado de emergencia	30%, después del deducible	
Cuidado quiropráctico: <i>Limitado a 20 visitas por año</i>	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Terapia física: <i>Limitada a 30 visitas por año</i>	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Salud mental/Servicios de dependencia de sustancias químicas		
Cuidado como paciente internado: <i>Hospital</i>	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Visitas como paciente ambulatorio	30%, después del deducible	50%, después del deducible
Medicamentos con receta: Prime Therapeutics		
Farmacia minorista: Suministro de 31 días		
Nivel 1	30%, después del deducible	Sin cobertura
Nivel 2	30%, después del deducible	
Nivel 3	30%, después del deducible	
Suministros para la diabetes: <i>Es posible que ciertos suministros no estén disponibles a través de la farmacia</i>	0%; después del deducible	50%, después del deducible
Pedidos por correo: Suministro de 90 días	30%, después del deducible	Sin cobertura

CRÉDITOS DE BIENESTAR DE MCCOY

En McCoy's estamos comprometidos a mejorar la salud de nuestros empleados y sus familias. Al mejorar la salud general, creemos que juntos podemos tener un impacto favorable en el costo de nuestro programa médico y continuar ofreciendo en el futuro beneficios competitivos a un costo accesible. Los créditos de bienestar tienen como fin compensar sus primas médicas al completarse las actividades correspondientes. Los créditos disponibles para los empleados cubiertos y sus cónyuges son los siguientes:

Actividad de bienestar: <i>Completada por los empleados y los cónyuges cubiertos</i>	Crédito de prima disponible
Examen biométrico con examen físico anual*	Día de tiempo libre pagado (PTO) para bienestar o crédito de prima de \$500**
Máximo de créditos totales disponibles	\$500 al año por empleado \$1,000 al año para empleados y cónyuges cubiertos

* Su visita anual de bienestar está 100% cubierta con un proveedor de la red en cualquier plan. Sin embargo, si le tratan por cualquier otra afección durante su examen de bienestar (por ejemplo: fatiga, dolores de cabeza, dolor muscular, etc.), su médico le facturará a BCBSTX como un examen de diagnóstico y usted será responsable del copago o de la visita al consultorio en el plan HDHP.

** El PTO para bienestar NO se pagará en caso de terminación del empleo. Los empleados a tiempo completo son elegibles para 8 horas de PTO para bienestar; los empleados a tiempo parcial son elegibles para 4 horas del mismo tiempo. Los cónyuges son elegibles para el crédito de prima de \$500.

Aviso sobre estándares alternativos razonables:

Su plan de salud grupal está comprometido a ayudarle a lograr su mejor salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados elegibles. Si usted considera que quizá no tenga la capacidad de cumplir con un estándar para una recompensa de acuerdo con el programa de bienestar, tal vez podría calificar para una oportunidad de ganar la misma recompensa por distintos medios. Comuníquese con el Departamento de Beneficios y trabajaremos a su lado para encontrar un programa de bienestar que sea adecuado para usted en función de su estado de salud.

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA DEJAR DE FUMAR DE MCCOY'S

McCoy's Building Supply ofrece un Programa de Asistencia para Dejar de Fumar a los empleados, a sus cónyuges cubiertos y a sus dependientes, a fin de ayudarles con la difícil tarea de abandonar el consumo de tabaco. Creemos que la nicotina es adictiva y que su consumo puede ser un hábito difícil de abandonar. Por ese motivo, para ayudarle en su intención de alejarse del tabaco, la Empresa le reembolsará a cada empleado, cónyuge cubierto o dependientes hasta *\$500 al año por los productos antitabaco de su elección. Estos beneficios son pagaderos al presentar un recibo válido por un gasto elegible. Los empleados que opten por participar en nuestro Programa para Dejar de Fumar recibirán información e instrucciones adicionales de nuestra enfermera, Jan Blex.

SU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA Y LA INSCRIPCIÓN SOLO ESTÁ DISPONIBLE UNA VEZ AL AÑO.

Cuando usted elige unirse al programa, usted o su cónyuge cubierto (si corresponde) acepta participar en el Programa para Dejar de Fumar y **NO** se le cobran cargos por consumo de tabaco. Si usted o su cónyuge cubierto no satisfacen los requisitos del programa, se le cobrará un cargo por consumo de tabaco y no será elegible para participar en el programa sino hasta el siguiente año del plan.

También se alienta a los empleados a usar los siguientes recursos:

- American Cancer Society QuitLine (877-937-7848)
- Línea de Ayuda de la American Lung Association (800-LUNGUSA / 800-586-4872)
- La American Lung Association ofrece un programa en línea para dejar de fumar (www.ffsonline.org) por un cargo nominal (\$40.00 al año) que es elegible para el reembolso de acuerdo con el Programa de Asistencia para Dejar de Fumar.

CARGO POR CONSUMO DE TABACO: \$40 POR PERIODO DE PAGO; NO SE APLICA SI EL CONSUMIDOR DE TABACO O SU CÓNYUGE CUBIERTO PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA DEJAR DE FUMAR.

Nota: El término "Consumo de Tabaco" incluye todo tipo de tabaco, incluido el uso de cigarrillos electrónicos, vaporizadores y cualquier otro dispositivo electrónico.

- Se excluyen los cigarrillos electrónicos, vaporizadores y otros dispositivos electrónicos.

ADÓNDE IR PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Su médico puede acceder fácilmente a sus registros, conoce su estado de salud a grandes rasgos e incluso puede ofrecerle citas el mismo día para cubrir sus necesidades. Sin embargo, cuando no tiene la posibilidad de visitar a su médico, es importante que esté al tanto de las opciones de atención rápida que tiene disponibles a fin de encontrar el lugar adecuado para usted y evitar sorpresas financieras. Compare sus opciones hoy en www.bcbstx.com.



Your Doctor Is In...Provider Finder®

Go to bcbstx.com and log in or create a Blue Access for MembersSM (BAMSM) account and click on the Doctors and Hospitals tab in Provider Finder to:

- Find in-network providers, hospitals, laboratories and more.
- Search by specialty, ZIP code, language spoken, gender and more.
- See clinical certifications and recognitions.
- Estimate the out-of-pocket costs of more than 1,600 health care procedures, treatments and tests.*
- Use quality awards such as Blue Distinction® Center (BDC), BDC+ or Total Care to inform your choices.
- See side-by-side provider or facility quality ratings and patient reviews.*



Go Mobile with BCBSTX

At bcbstx.com, log into or create your BAM account. You can stay linked to your claims activity, member ID card and coverage details. It's also where to see prescription refill reminders and health tips by text messages at 33633.

	Virtual Visits powered by MDLIVE	Doctor's Office	Retail Health Clinic	Urgent Care Center	Hospital ER	Freestanding ER
Who usually provides care	Primary Care Pediatrics, Family and Emergency Medicine Doctors	Primary Care Doctor	Physician Assistant or Nurse Practitioner	Internal Medicine, Family Practice and Pediatric	ER Doctors, Internal Medicine, Specialists	ER Doctors
Sprains, strains		■	■	■	<ul style="list-style-type: none"> • Any life-threatening or disabling conditions • Sudden or unexplained loss of consciousness • Major injuries • Chest pain; numbness in the face, arm or leg; difficulty speaking • Severe shortness of breath • High fever with stiff neck, mental confusion or difficulty breathing • Coughing up or vomiting blood • Cut or wound that won't stop bleeding • Possible broken bones 	<ul style="list-style-type: none"> • Most major injuries except for trauma¹ • May also provide imaging and lab services but do not offer trauma or cardiac services requiring catheterization¹ • Do not always accept ambulances
Animal bites		■	■	■		
X-rays				■		
Stitches				■		
Mild asthma	■	■	■	■		
Minor headaches	■	■	■	■		
Back pain		■	■	■		
Nausea, vomiting, diarrhea	■	■	■	■		
Minor allergic reactions	■	■	■	■		
Coughs, sore throat	■	■	■	■		
Bumps, cuts, scrapes	■	■	■	■		
Rashes, minor burns	■	■	■	■		
Minor fevers, colds	■	■	■	■		
Ear or sinus pain	■	■	■	■		
Burning with urination	■	■	■	■		
Eye swelling, irritation, redness or pain	■	■	■	■		
Vaccinations		■	■	■		

SALAS DE EMERGENCIAS INDEPENDIENTES

Muchas personas han recibido sorpresas al recibir su factura luego de visitar una sala de emergencias independiente, que a veces se denominan centros de urgencia. Estos centros generalmente facturan cargos correspondientes a salas de emergencias (o superiores) y pueden cobrar >\$1,500 más que un centro de cuidado urgente. Asegúrese de usar www.bcbstx.com para encontrar centros de cuidado urgente reales en su área.

POR QUÉ USAR UN PROVEEDOR DE LA RED

Mejor cobertura. Su plan médico de BCBSTX le ofrece acceso a una amplia red nacional que incluye más de 978,000 proveedores de atención médica y 6,100 hospitales.

Costos más bajos. Las cuotas negociadas con los proveedores de la red pueden ayudarle a gastar menos.

Menos papeleo. Los proveedores de la red obtienen las aprobaciones para los servicios y presentan sus solicitudes de reembolso a BCBSTX por usted.

El siguiente ejemplo muestra cómo su responsabilidad financiera puede ser menor si recibe atención de un proveedor de la red en lugar de visitar a un proveedor fuera de la red. El ejemplo es únicamente para fines ilustrativos y supone que se alcanza el deducible anual.

Reconstrucción del ligamento cruzado anterior de la rodilla en un centro de cirugía ambulatoria

	Dentro de la red	Fuera de la red
A. Factura del proveedor	\$10,000	\$10,000
B. Descuentos de la red	\$6,500	No aplica
C. Cantidad permitida	\$3,500	\$4,200
D. Monto pagado por el plan de salud	\$2,800	\$3,360
E. Su responsabilidad	\$700	\$840
F. Posible facturación de saldos	No aplica	\$5,800
Posible responsabilidad del miembro (E + F)	\$700	\$6,640

**Ahorros de \$5,940
en este ejemplo**

QUÉ HACER SI UN PROVEEDOR FUERA DE LA RED LE FACTURA LOS SALDOS

Llame al número que aparece en la tarjeta de identificación de su plan de salud para recibir asistencia. Si usted no optó por usar un proveedor fuera de la red, podemos ejercer su defensa dependiendo de su plan de beneficios. Si usted eligió un proveedor o un centro fuera de la red, Blue Cross puede intentar negociar un pago más bajo dependiendo de su plan de beneficios. Si las negociaciones no tienen éxito, es posible que el proveedor le facture los saldos.

Visite la sección de búsqueda de médicos u hospitales en www.bcbstx.com para determinar si el lugar que usted está considerando tiene anestesiólogos, médicos de sala de emergencias, patólogos y radiólogos que estén dentro de la red.

PARA ENCONTRAR PROVEEDORES Y CENTROS DENTRO DE SU RED:

Llame al número indicado en su tarjeta de identificación. | Descargue la aplicación BCBSTX. |
Visite www.bcbstx.com.

Si su médico ha ordenado un procedimiento y usted no está seguro de por dónde empezar, llame a un Asesor de Valor de Beneficios* (BVA). Hable con nosotros de día o de noche** y le ayudaremos a encontrar un proveedor de la red. Incluso le ayudaremos a encontrar opciones asequibles y a programar su cita. Descargue la aplicación BCBSTX de la App Store de Apple o de la Play Store de Google, o envíe un mensaje de texto con la palabra BCBSTXAPP al 33633.

INFORMACIÓN SOBRE LAS VISITAS VIRTUALES

Cuando usted no se siente bien, o si su hijo está enfermo, lo último que desea hacer es dejar el confort de su hogar para sentarse en una sala de espera. Ahora, no es necesario que lo haga. Una visita virtual le permite ver y hablar con un médico por medio de su dispositivo móvil o computadora, sin tener una cita. La mayoría de las visitas toman entre 10 y 15 minutos y, si es necesario, su médico virtual puede recetarle un medicamento que usted podrá recoger en su farmacia local. Además, esto forma parte de sus beneficios de salud.

AFECCIONES TRATADAS COMÚNMENTE

- Bronquitis
- Conjuntivitis
- Diarrea
- Dolor de estómago
- Dolor de garganta
- Fiebre
- Infección de vejiga o de vías urinarias
- Migraña o dolores de cabeza
- Resfrío o gripe
- Sarpullido
- Sinusitis

ACCESO A LAS VISITAS VIRTUALES

Inicie una sesión en MDLIVE.com/bcbstx y haga clic en “Activate Now” (Activar ahora), donde podrá registrarse para obtener una cuenta. Después de registrarse y solicitar una visita, ingresará a una sala de espera virtual. Durante su visita, podrá hablar con un médico sobre sus inquietudes de salud, síntomas y opciones de tratamiento. El acceso también está disponible a través de la aplicación MDLIVE, o bien puede llamar al 888-680-8646.

Use las visitas virtuales cuando:

Su médico no está disponible.

Se enferme durante un viaje.

Esté considerando visitar una sala de emergencias por una afección que no sea una emergencia.

No es una buena opción para estos casos:

Nada que requiera una prueba exhaustiva.

Afecciones complejas o crónicas.

Lesiones que requieran vendajes o fracturas de huesos.

COSTO

Las visitas virtuales están cubiertas sin costo en los planes Base y Buy-up. El plan HDHP/HSA tiene un cargo de \$48 por visitas médicas y de \$90-\$250 por visitas de salud mental.

AIRROSTI

¿QUÉ ES AIRROSTI?

Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico experto • El proveedor realiza una evaluación médica • Diagnóstico de la causa fundamental del dolor o la lesión
Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de calidad para el paciente • Cita de una hora de duración • Terapia manual altamente específica y ejercicio individualizado
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados coherentes • Mayor flexibilidad y amplitud de movimiento • La mayoría de los pacientes comprueban los resultados en 3 visitas

¿POR QUÉ USAR AIRROSTI?



Airrosti puede ayudar con una amplia variedad de afecciones y puede contribuir a evitar cirugías costosas que requieren una larga recuperación.

Un 99.7% de los pacientes de Airrosti informan sentirse completamente satisfechos con su plan de tratamiento y los resultados. Ese es un número muy importante si se tiene en cuenta que la lista de pacientes llega a casi 2 millones de pacientes.

CÓMO ACCEDER A AIRROSTI

Para recibir atención en Airrosti, usted tiene dos opciones: puede hacerlo personalmente con un proveedor de la red, o de manera virtual a través del programa de Recuperación Remota de Airrosti.

El programa de Recuperación Remota ofrece conocimientos clínicos y un conveniente acceso a lo siguiente:

- Diagnóstico y atención del aparato locomotor a cargo de un profesional clínico con licencia
- Un programa de recuperación remota que es personalizado para el caso exclusivo de cada paciente
- Seguimiento e informe de resultados

Los programas se adaptan a usted y sus necesidades con supervisión constante.

PLAN DENTAL: GUARDIAN

McCoy Corporation ofrece un plan dental asegurado por Guardian y usa la red preferida de DentalGuard. El plan dental ofrece dos niveles de cobertura: una para la atención proporcionada por proveedores de la red de DentalGuard y otra para proveedores no pertenecientes a la red. Al elegir un proveedor dentro de la red, usted no deberá pagar ningún cargo de un proveedor que exceda la cantidad permitida por Guardian para los servicios cubiertos. Puede encontrar proveedores de la red ingresando al sitio web GuardianAnytime.com. Haga clic en "Find a Provider" (Buscar un proveedor), luego haga clic en el vínculo "Find a Dentist" (Buscar un dentista) y seleccione "PPO" en el menú desplegable para su plan dental y "DentalGuard Preferred" para su red dental.

También se dispone de tratamiento de dentistas que no participan en la red, pero sus cargos están sujetos a los cargos usuales, habituales y razonables (UCR) para ese servicio dental en particular. Los cargos fuera de la red se reembolsan de acuerdo con el percentil 90 del cargo UCR. Los dentistas fuera de la red tienen permitido facturarle la diferencia entre la cantidad que cobran y la cantidad reembolsada por Guardian.

Información del plan	Dentro de la red	Fuera de la red ¹
Deducible en el año calendario	\$50 por persona No debe exceder de \$150 por familia	
Monto máximo en un año calendario	\$1,000 por persona cubierta	
Servicios preventivos: exámenes, limpiezas², tratamientos con flúor, radiografías, selladores	El plan paga el 100%; no se aplica el deducible	
Servicios básicos: separadores, reparaciones (amalgama y resina compuesta), extracciones simples, cirugía oral	El plan paga el 80% después del deducible	
Servicios mayores: endodoncia, periodoncia, incrustaciones cuspideas, incrustaciones oclusales, coronas, dentaduras postizas	El plan paga el 50% después del deducible	
Ortodoncia (para menores de 19 años): diagnóstico y tratamiento de retención	El plan paga el 50% hasta un máximo de por vida de \$1,000; no se aplica el deducible	
Transferencia máxima: debe visitar a un dentista al menos una vez durante el año calendario		
Umbral de transferencia: uso de menos de este monto	\$500	
Monto de transferencia: transferencia de este monto al siguiente año calendario	\$250	
Límite de cuenta de transferencia: acumulación máxima en cuenta de transferencia	\$1,000	

¹ El porcentaje de beneficios fuera de la red se basa en los cargos usuales y habituales en el área geográfica donde se incurre en los gastos.

² Limitado a dos profilaxis en cualquier periodo de 12 meses consecutivos.

PLAN DE CUIDADO DE LA VISTA: GUARDIAN

McCoy's usa la red VSP Vision, que incluye miles de médicos en áreas rurales y metropolitanas de todo el país. Los médicos proporcionan exámenes de los ojos y artículos para la vista, lo cual los convierte en proveedores integrales de beneficios para el cuidado ocular. Este plan permite obtener un monto de cobertura mayor al elegir un proveedor participante de la red. Puede encontrar un proveedor de la red en su área llamando a Servicio al Cliente o visitando el sitio web www.guardiananytime.com. Haga clic en "Find a Provider" (Buscar un proveedor), luego haga clic en el vínculo "Find a Vision Provider" (Buscar un proveedor de servicios para la vista) y seleccione "VSP" como su red para la vista. Para tener una experiencia de compra en línea dentro de la red VSP, visite www.eyeconic.com.

Información del plan	Dentro de la red	Fuera de la red: <i>Reembolso al participante</i>
Frecuencia		
Exámenes	Una vez por año calendario	
Lentes	Una vez por año calendario	
Armazones	Una vez cada dos años calendario	
Examen	Copago de \$10	Hasta \$50
Armazones Costco, Walmart, Sam's Club Cualquier otro proveedor contratado	Asignación de \$70 Asignación de \$130	Hasta \$48
Lentes		
Unifocales	Copago de \$10	Hasta \$48
Bifocales	Copago de \$10	Hasta \$67
Trifocales	Copago de \$10	Hasta \$86
Lentes de contacto		
Medicamente necesarios	Copago de \$10 + cargo por ajuste	Hasta \$210
Opcionales	Asignación de \$130	Hasta \$105
Cirugía láser¹	Descuento de hasta 25%	No cubierta

¹Se dispone de descuentos en cirugía láser de hasta 25% a través de una red de centros quirúrgicos participantes.

PLANES POR DISCAPACIDAD

McCoy Corporation ofrece planes grupales por discapacidad a corto y a largo plazo para brindar cobertura por situaciones imprevistas que pueden impedirle cumplir las responsabilidades diarias de su trabajo. Estos beneficios están disponibles para ayudarle a complementar su ingreso cuando usted no está en condiciones de continuar trabajando por un periodo determinado.

Información del plan	Discapacidad a corto plazo ¹
Beneficio básico	70% de los ingresos bisemanales
Beneficio máximo semanal	Hasta \$4,000
Periodo de eliminación: <i>accidente o enfermedad</i>	14 días
Duración del beneficio	11 semanas
Definición de discapacidad	Imposibilidad de desempeñar funciones materiales y sustanciales de su ocupación regular

¹ Disponible al completar un año de servicio a tiempo completo.

Nota: El beneficio por discapacidad a corto plazo (STD) solo está disponible para lesiones no laborales.

Información del plan	Discapacidad a largo plazo: NY Life ²	
Beneficio básico	60% de los ingresos brutos mensuales	
Beneficio máximo mensual	Funcionarios y gerentes	\$15,000
	Todos los demás empleados	\$10,000
Periodo de eliminación	90 días	
Limitación preexistente	3 / 3 / 12 Una enfermedad o lesión por la cual recibió tratamiento médico, hizo una consulta o recibió atención o servicios, o para la cual tomó medicamentos con receta. Vea el certificado de cobertura para una descripción completa.	
Duración del beneficio	Edad de jubilación normal del seguro social: máximo periodo de beneficios determinado por la edad a la cual a usted se le considera discapacitado.	
Periodo de ocupación propia	Funcionarios y gerentes	Durante los primeros 5 años de enfermedad o lesión accidental, usted está imposibilitado para percibir más del 80% de sus ingresos previos a su discapacidad, así como para desempeñar las obligaciones materiales de su ocupación propia para cualquier empleador en su economía local.
	Todos los demás empleados	Durante los primeros 2 años de enfermedad o lesión accidental, usted está imposibilitado para percibir más del 80% de sus ingresos previos a su discapacidad, así como para desempeñar las obligaciones materiales de su ocupación propia para cualquier empleador en su economía local.

² Disponible al completar tres años de servicio a tiempo completo.

SEGURO DE VIDA BÁSICO / FALLECIMIENTO Y DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE (AD&D) Y SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO: NY LIFE

McCoy Corporation ofrece cobertura de seguro de vida básico y seguro por fallecimiento y desmembramiento por accidente (AD&D) a través de NY Life. **McCoy Corporation le paga la totalidad del costo de esta cobertura.** La cobertura termina en la fecha de terminación de su empleo, con la opción de convertir sus beneficios de seguro de vida básico.

Información del plan	Seguro de vida básico / AD&D
Beneficio de seguro de vida y AD&D	\$20,000
Reducción por edad: <i>el beneficio de vida se reduce al</i>	65% a los 70 años; 45% a los 75 años; 30% a los 80 años
Beneficio acelerado	Hasta 50% del monto cubierto
Portabilidad/Conversión	Debe solicitar el contrato individual a más tardar el día 31 después de dejar de estar asegurado, y la portabilidad debe estar incluida con la evidencia de asegurabilidad.

McCoy Corporation también proporciona a todos los empleados elegibles la opción de adquirir una cobertura grupal de seguro de vida voluntario provista a través de NY Life. El empleado contribuye con el 100% de la cobertura, la cual termina en la fecha de terminación del empleo, con la opción de convertir o portar su cobertura.

Información del plan	Seguro de vida voluntario
Monto máximo de seguro de vida del empleado	3 veces el salario hasta \$500,000
Emisión de garantía para el empleado	3 veces el salario hasta \$300,000 al momento de la elegibilidad inicial para inscribirse. Todas las solicitudes de cobertura presentadas después del periodo de elegibilidad inicial del Empleado deben incluir una evidencia de asegurabilidad y deben ser aprobadas por NY Life.
Monto máximo de seguro de vida del cónyuge	100% del monto correspondiente al empleado, hasta \$100,000
Emisión de garantía para el cónyuge	\$30,000 al momento de la elegibilidad inicial para inscribirse. Todas las solicitudes de cobertura presentadas después del periodo de elegibilidad inicial del Empleado deben incluir una evidencia de asegurabilidad y deben ser aprobadas por NY Life.
Beneficio para hijos	Del nacimiento a los 14 días: \$500 De 14 días a 6 meses: \$1,000 De 6 meses a 26 años: \$5,000 o \$10,000
Reducción por edad	Ninguna
Conversión	Debe solicitar el contrato de seguro de vida personal a más tardar el día 31 después de dejar de estar asegurado.
Portabilidad	Los empleados y sus familias con cobertura de seguro de vida pueden ser elegibles para portar la cobertura. El periodo de solicitud de la portabilidad es a más tardar el día 31 después de la terminación de la cobertura del seguro de vida voluntario, y la 1.ª prima debe pagarse en ese periodo.

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES: WEX BENEFITS

La Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de McCoy Corporation es administrada por WEX. Sus aportaciones a la FSA, que se descuentan con una modalidad antes de impuestos, pueden usarse para pagar los gastos calificados de salud o de cuidado de sus dependientes. No olvide guardar todos sus recibos detallados, ya que tal vez deba presentarlos. Esto puede ocurrir en una auditoría realizada durante el año del plan. Para el año del plan 2023, usted puede elegir hasta \$3,050 para su FSA de gastos médicos y hasta \$5,000 (\$2,600 si es casado y presenta una declaración de impuestos por separado) para su FSA de cuidado de dependientes. **No puede elegir la FSA si está participando en el Plan HSA.** Para obtener más información, visite el sitio web del IRS en http://www.irs.gov/publications/p969/ar02.html#en_US_publink100038864.

FSA de gastos médicos: La FSA de gastos médicos le permite apartar dinero libre de impuestos en una cuenta que le reembolsará los gastos de bolsillo por atención médica, cuidado dental y cuidado de la vista “incurridos” durante el año del plan (01/01/23-31/12/23). El término “incurrido” significa que el servicio debe ser realizado durante el año del plan. Los gastos elegibles pueden ser incurridos por usted, su cónyuge o sus hijos dependientes. Los reembolsos recibidos de su FSA de gastos médicos son libres de impuestos. Además, puede usar su tarjeta de débito para pagar gastos calificados directamente desde su cuenta de reembolso.

Extensión para incurrir gastos: Si usted tiene aportaciones no utilizadas en su FSA de gastos médicos o su FSA de cuidado de dependientes al finalizar el año del plan en curso, puede continuar incurriendo en gastos durante los primeros 2.5 meses inmediatamente siguientes a la finalización del año del plan y recibir el reembolso de esos gastos hasta tanto se agoten los fondos no utilizados. Se aceptarán y procesarán todas las solicitudes de reembolso presentadas hasta el 31 de marzo. Después del 31 de marzo, perderá los fondos que subsistan en su cuenta para el año del plan en curso.

Los gastos elegibles incluyen deducibles, copagos, cirugía de ojos Lasik, medicamentos con receta y ortodoncia.

Para obtener más información, visite el sitio web del IRS en http://www.irs.gov/publications/p969/ar02.html#en_US_publink100038864.

ÚSELO O PIÉRDALO

Usted perderá todo el dinero de una FSA que no use para gastos incurridos durante el año del plan. Esto obedece a la regla de “úselo o piérdalo” del IRS. Para evitar la pérdida de su dinero, debe estimar sus gastos con cuidado.

TARJETA DE DÉBITO

Puede usar su tarjeta de débito Visa en puntos de servicio para muchos servicios médicos recibidos de proveedores que acepten Visa. La tarjeta de débito es una tarjeta de “firma” y no requiere un número de identificación personal, o PIN. Si un proveedor de servicio tiene dificultad para procesar su tarjeta, pídale que la use en modalidad de “crédito”.

Su tarjeta de débito solo funcionará con proveedores minoristas que “cumplan con el sistema IIAS, o sistema de aprobación de información de inventario”. Si usted adquiere artículos elegibles para el reembolso en un comercio minorista que cumple con este sistema, proporcione PRIMERO su tarjeta de débito de la FSA. El sistema de pago determinará qué artículos puede pagar con la tarjeta de débito de la FSA y los descontará correctamente. El comercio minorista solicitará otro tipo de pago para los artículos que no puedan ser adquiridos mediante la tarjeta de débito de la FSA.

Conserve copias de todos sus recibos médicos y todas sus planillas de Explicación de Beneficios relacionados con sus gastos de atención médica, cuidado dental, cuidado de la vista y gastos elegibles de artículos de venta libre.

Es muy probable que WEX Benefits le solicite esta documentación. El único caso en el cual WEX no le solicitará documentación es cuando el monto procesado en su tarjeta de débito sea igual a un copago o deducible del plan médico de McCoy's. Su tarjeta de débito será desactivada si se le solicita documentación de respaldo de las solicitudes de reembolso o de los recibos y no se recibe oportunamente.

APLICACIÓN MÓVIL

WEX Benefits cuenta con una aplicación móvil que le permitirá consultar sus saldos en cualquier lugar, ver las fechas de presentación finales, subir recibos y verificar la actividad de sus solicitudes de reembolso. Sus datos se encuentran seguros, ya que WEX utiliza protección SSL de 128 bits en todas las transmisiones móviles y se requiere de una contraseña en cada ingreso a la aplicación. Esta aplicación funciona en cualquier dispositivo iPhone o Android.

FSA DE CUIDADO DE DEPENDIENTES

La FSA de cuidado de dependientes le permite ahorrar impuestos sobre gastos "calificados" de hasta \$5,000 en concepto de guardería todos los años. Dependiendo de cuál sea su categoría fiscal, los ahorros anuales de impuestos pueden ascender a más de \$2,000. El monto máximo que puede elegir se reduce en el caso de las parejas que presentan declaraciones de impuestos por separado, cuando uno de los cónyuges es estudiante o cuando un cónyuge tiene bajos ingresos o ningún ingreso.

Para calificar como gastos relacionados con el trabajo, el cuidado debe corresponder a una persona calificada. De acuerdo con la sección 21(b)(1) del Código, "persona calificada" se refiere a un dependiente del contribuyente que se encuadre en la definición de la sección 152(a)(1) del Código: es decir, un niño o hijo calificado que no haya alcanzado la edad de 13 años; un dependiente del contribuyente que sea física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo y que mantenga el mismo domicilio principal que el contribuyente durante más de la mitad del año.

Los gastos calificados en concepto de guardería incluyen:

- Cuidado proporcionado mientras ambos padres están trabajando o buscando trabajo
- Cuidado brindado durante el año del plan (01/01/23-31/12/23)
- Gastos reales de guardería (los cargos separados por servicios tales como transporte, comidas, clases, lecciones, viajes o suministros no son reembolsables a menos que sean incluidos como parte del cargo básico, no detallados)
- Campamentos durante el día, incluidos aquellos que se centran en actividades específicas, como deportes y artes (se excluyen los campamentos de un día para el otro aun si el campamento divide proporcionalmente los cargos del campamento durante el día y durante la noche)
- Matrícula correspondiente a un nivel previo a kínder
- Debe proporcionarse la identificación de impuestos del proveedor del servicio de guardería o el número del seguro social del individuo en cuestión

Ejemplos de gastos no elegibles:

- Cuidado infantil proporcionado por su dependiente fiscal
- Cuidado infantil proporcionado por su hijo/a menor de 19 años
- Campamentos de un día para el otro

BIENESTAR FINANCIERO

PLAN DE JUBILACIÓN Y AHORROS 401(K) DE MCCOY'S

McCoy's ofrece un Plan 401(k) a todos los empleados que tienen al menos 18 años de edad y han completado 180 días de empleo. Los periodos de ingreso para comenzar a participar serán trimestrales (1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre). Para obtener las instrucciones de inscripción, comuníquese con el Equipo de Beneficios. Los empleados pueden cambiar la aportación diferida en cada periodo de pago llamando a Voya o iniciando una sesión en el sitio web de Voya. Pueden hacerse cambios en los fondos en cualquier momento, siempre que el cambio guarde conformidad con las reglamentaciones del Departamento del Trabajo (DOL).

McCoy's tiene una aportación equivalente discrecional. En el año del plan 2023, la aportación equivalente será de hasta un 5%, con un máximo anual de \$1,500.

Derechos adquiridos. Usted tendrá siempre el 100% de los derechos adquiridos en la parte de su cuenta atribuible a sus aportaciones como empleado. También tendrá el 100% de los derechos adquiridos al producirse su fallecimiento, su jubilación normal o una discapacidad. Sus aportaciones como empleado están sujetas al siguiente cronograma de adquisición de derechos adquiridos en función de 1000 horas trabajadas en un año calendario:

Aportaciones equivalentes del empleador:

- 1 año = 0%
- 2 años = 25%
- 3 años = 50%
- 4 años = 75%
- 5 años = 100%

Inscripción automática. Su plan contiene una disposición de elección automática. Si usted elige no inscribirse seleccionando sus propias asignaciones de fondos y porcentajes de aportación, y opta por no participar en la disposición de elección automática, su empresa lo inscribirá automáticamente en el Índice BlackRock LifePath®, con un 2%, solo en el caso de las personas recientemente elegibles. El porcentaje aumentará automáticamente en un 1% al año hasta un máximo del 12%. Se excluyen los participantes existentes.

Already enrolled? Great!

Access your account anytime, anywhere 24/7

Your plan website and the Voya Retire mobile app, allow you to securely manage your retirement savings anytime, anywhere. You can learn more, make any changes or just check on your progress toward your goals. And if you need help, Customer Services Associates are here for you! They're available M-F from 8:00 AM to 9:00 PM ET, (excluding New York Stock Exchange holidays).



800-584-6001



VoyaRetirementPlans.com



Search Voya Retire
on your favorite app store

You'll also have access to plan highlights and disclosures
please visit myretirementbenefit.voya.com/1ng.



McCOY'S PRECIOUS CARGO CLUB (CLUB PRECIOSA CARGA DE McCOY'S)



We're proud to introduce a program designed to help you welcome your baby into a safe and prepared home.

If you are a McCoy's employee enrolled in a McCoy's medical plan and find you are expecting a child, enroll in the Precious Cargo Club during your first trimester and McCoy's will provide \$350 of free baby gifts to welcome your little one home.



Questions?

Contact Jan Blex RN, McCoy's Occupational Health Nurse, at (512) 395-6644 x6670 for more information.



McCoy's Precious Cargo Club is committed to helping women have healthy babies. When you find that you are expecting, contact Jan Blex RN, McCoy's Occupational Health Nurse, at (512) 395-6644 x6670 to enroll in this free program. Please make sure to supply your correct mailing address when you call to enroll.

As a member of the Precious Cargo Club, you will receive printed information each trimester concerning your pregnancy. Please keep in touch with Jan during your pregnancy so your gifts can be sent prior to your baby's birth.

If you wish to add the newborn to your medical plan, please make sure the paperwork for adding your baby is completed and submitted within 30 days of his or her birth.



FREE GOODIES FOR EXPECTING MOMS

See inside for more details.



Para las mujeres con un embarazo de alto riesgo, Blue Cross Blue Shield of Texas provee apoyo mediante especialistas en maternidad. Si usted tiene un embarazo de alto riesgo, comuníquese con Blue Cross Blue Shield of Texas.

Además, la plataforma Well on Target contiene cursos de autoguía sobre temas relacionados con el embarazo, y la aplicación Ovia Health está disponible para todos los empleados que se inscriben en el plan médico BCBSTX, la cual puede ayudar a hacer un seguimiento de la ovulación y el desarrollo fetal.

LICENCIAS Y TIEMPO LIBRE

LICENCIA POR MATERNIDAD O PATERNIDAD

Establecer vínculos es un importante instinto del ser humano que les da a los bebés un sentido de seguridad y autoestima. También ayuda a los padres a sentirse en conexión con el nuevo miembro de la familia, según un estudio reciente realizado por WebMD.

McCoy's ofrece licencias por maternidad o paternidad a los empleados elegibles por el nacimiento de un hijo propio o por la colocación de un niño en adopción o bajo su cuidado tutelar.

Los empleados regulares a tiempo completo con al menos un año de servicio son elegibles para solicitar hasta 10 días (80 horas) de licencia con goce de sueldo en un periodo de 12 meses consecutivos. La licencia por maternidad o paternidad es concurrente con la licencia médica o familiar.

Las solicitudes de licencias médicas de los empleados deben enviarse al Departamento de Beneficios con al menos 30 días de anticipación. Esto dará a McCoy's tiempo suficiente para planear la posible ausencia del empleado. En situaciones imprevistas, las solicitudes deben enviarse lo antes posible y no más de 31 días después de haber tomado la licencia.

Una vez que el tiempo de licencia por maternidad o paternidad se ha agotado, el empleado puede usar su tiempo libre pagado (PTO), que también será concurrente con la licencia médica o familiar.

OTRAS LICENCIAS QUE SE OFRECEN

- Licencia médica o familiar
- Licencia militar
- Licencia por duelo
- Licencia para actuar como miembro de un jurado y testigo
- Licencia para ir a votar

Consulte el Manual del Empleado o comuníquese con un miembro del Equipo de Beneficios para obtener más información.

TIEMPO LIBRE

Días feriados

Cada año durante el cual McCoy's esté cerrada debido a un día feriado reconocido, los empleados a tiempo completo serán elegibles para 8 horas de licencia por día feriado con goce de sueldo, y los empleados a tiempo parcial, para 4 horas. Los días feriados reconocidos son los siguientes:

- Día de Año Nuevo
- Día de la Independencia
- Día de Acción de Gracias
- Día de Nochebuena
- Día de Navidad

Cuando un día feriado observado por la compañía caiga en un fin de semana, podrá observarse el viernes anterior o el lunes siguiente, a discreción de la empresa.

A fin de ser elegible para el pago por días feriados, los empleados deben trabajar en sus turnos regulares antes y después del día feriado, a menos que la gerencia otorgue la aprobación para una ausencia justificada previamente concertada.

PROGRAMA DE ASISTENCIA A EMPLEADOS: RESOURCES FOR LIVING

La vida está llena de altibajos. Ahora, usted cuenta con una excelente fuente de información y apoyo para la salud con los servicios del Programa de Asistencia a Empleados (EAP) de Resources for Living. Es posible que tenga inquietudes sobre su salud, problemas personales o familiares, o dificultades relacionadas con el trabajo. Este programa es pagado por McCoy's y usted dispondrá de muchos servicios, como sesiones de asesoramiento personales y consultas telefónicas de carácter legal y financiero, sin ningún costo para usted.

¿Qué es el EAP?	El EAP ofrece servicios confidenciales para usted y su familia, sin ningún costo para usted. Tienen acceso todos los miembros de su hogar, así como los hijos dependientes de hasta 26 años (vivan o no en el hogar).
Sesiones de asesoramiento sin cargo para usted	Hasta 6 sesiones de asesoramiento personal por problema, por año. Este servicio puede ayudarle a manejar con éxito las dificultades de su vida. Algunos de los problemas que pueden abordarse por medio del EAP son el manejo del estrés, la depresión, los problemas familiares, los problemas en el lugar de trabajo y el abuso del alcohol y las drogas.
Talkspace	Talkspace, que forma parte del modelo de sesión "por visita y por problemática", es una exclusiva solución de terapia por mensajes de texto que le permitirá comunicarse con su consejero a través de mensajes de texto durante toda una semana en lugar de mantener una sesión cara a cara o telefónica. Los mensajes de texto son ilimitados y su consejero le responderá durante su horario de atención.
Otros servicios que se ofrecen	Servicios legales, servicios financieros y servicios relacionados con la vida en el trabajo. Una (1) consulta gratis por teléfono o en persona para recibir servicios legales y financieros.

Employee Assistance Program (EAP)
To access services:
888-238-6232 (TTY: 711)
resourcesforliving.com
Username: McCoys
Password: EAP

Resources for Living®

FONDO PARA CRISIS DE EMPLEADOS
DENNIS P. MCCOY

Dennis P. McCoy
employee crisis fund

¡Hacer cambios para mejorar!

Nuestra misión: El Fondo para Crisis de Empleados Dennis P. McCoy ofrece asistencia financiera limitada y apoyo emocional a los empleados de McCoy's Building Supply en los momentos en que atraviesan dificultades económicas debido a situaciones de emergencia.

El Fondo para Crisis de Empleados Dennis P. McCoy es financiado principalmente por las donaciones benéficas de los empleados de McCoy's. Estas donaciones provienen de descuentos de nómina automáticos así como de donaciones privadas, fondos de eventos de recaudación de fondos y concesiones de organizaciones filantrópicas.

Los empleados pueden agregar un descuento de nómina a sus elecciones en la inscripción abierta, llenar un formulario de descuento de nómina en línea, o bien enviar un cheque a:

The Dennis P. McCoy Employee Crisis Fund, Inc.
1350 North Interstate 35
San Marcos, TX 78666

Las donaciones son deducibles de impuestos.

Para obtener más información, visite nuestro sitio web en www.mccoyemployee crisis.org.

APORTACIONES BISEMANALES DE LOS EMPLEADOS

Plan médico: Red de Blue Cross Blue Shield of Texas Blue Choice PPO				
	Solo empleado	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Familia
Plan Buy-Up	\$90.00	\$402.00	\$221.00	\$434.00
Plan Base	\$67.00	\$359.00	\$193.00	\$389.00
Plan HDHP/HSA	\$57.00	\$320.00	\$174.00	\$345.00
Cargo por consumo de tabaco¹	\$40 por periodo de pago; no se aplica si el consumidor de tabaco o su cónyuge cubierto participan en el programa de asistencia para dejar de fumar.			

¹ Tenga en cuenta que el término "consumo de tabaco" incluye todo tipo de tabaco, incluido el uso de cigarrillos electrónicos, vaporizadores y cualquier otro dispositivo electrónico.

Plan dental: Guardian PPO				
	Solo empleado	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Familia
	\$9.08	\$17.86	\$24.77	\$33.54

Plan de cuidado de la vista: Guardian (Red VSP)				
	Solo empleado	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Familia
	\$2.94	\$5.55	\$5.82	\$8.73

Discapacidad a corto plazo: Beneficio autofinanciado por McCoy's

Cálculo de cuotas para funcionarios y gerentes

$$\text{Salario anual} \times 0.7 \quad / \quad 12 \quad \times \quad \$1.06 \quad / \quad 100 \quad \times \quad 12 \quad / \quad 26 \quad = \quad \text{aportación por periodo de pago}$$

Todos los demás empleados

$$\text{Cuota por hora} \times 2080 \quad \times \quad 0.7 \quad / \quad 12 \quad \times \quad \$0.574 \quad / \quad 100 \quad \times \quad 12 \quad / \quad 26 \quad = \quad \text{aportación por periodo de pago}$$

Discapacidad a largo plazo: NY Life

Cálculo de cuotas para funcionarios y gerentes

$$\text{Salario anual} \quad / \quad 12 \quad \times \quad \$0.52 \quad / \quad 100 \quad \times \quad 12 \quad / \quad 26 \quad = \quad \text{Su aportación por periodo de pago}$$

Todos los otros empleados

$$\text{Cuota por hora} \times 2080 \quad \times \quad 0.7 \quad / \quad 12 \quad \times \quad \$0.52 \quad / \quad 100 \quad \times \quad 0.5 \quad \times \quad 12 \quad / \quad 26 \quad = \quad \text{aportación por periodo de pago}$$

Seguro de vida voluntario: NY Life

Edad	Cuota para empleados por cada \$1,000	Cuota para cónyuges por cada \$1,000
20 - 24	\$0.023	\$0.018
25 - 29	\$0.028	\$0.023
30 - 34	\$0.037	\$0.028
35 - 39	\$0.051	\$0.037
40 - 44	\$0.065	\$0.046
45 - 49	\$0.088	\$0.065
50 - 54	\$0.143	\$0.106
55 - 59	\$0.245	\$0.166
60 - 64	\$0.332	\$0.286
65 - 69	\$0.614	\$0.498
70 - 74	\$0.992	\$0.831
75 - 79	\$0.992	\$0.831

Cuota por hijos \$5,000 = \$0.277 o \$10,000 = \$0.554

Para calcular su prima bisemanal: Paso 1) Seleccione la cuota de la tabla. Paso 2) (unidades) = prima bisemanal. Para obtener el número de unidades, tome su salario anual y divídalo entre \$1,000 (ej.: salario de \$30,000 / 1,000 = 30 unidades). Paso 3) Multiplique el Paso 1 (cuota) por el Paso 2 (unidades) = prima bisemanal. Ej.: (edad 36 años) \$.051 x 30 = prima bisemanal de \$1.53.

CAMBIOS EN LAS ELECCIONES

CUÁNDO PUEDE HACER CAMBIOS EN SUS BENEFICIOS

Las elecciones de beneficios que usted realiza en la inscripción inicial y durante nuestro periodo anual de inscripción continúan vigentes hasta la próxima inscripción o hasta el momento en que usted experimente un cambio en su estado familiar que califique. Estos cambios incluyen:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción
- Cambio en el estado del empleo del cónyuge
- Un hijo alcanza el límite de edad

Si alguno de estos eventos es aplicable en su caso, usted tiene la responsabilidad de iniciar sesión en Workday dentro de los 30 días de producido el evento calificado para solicitar un cambio y de llenar el documento correspondiente. A usted lo beneficia hacer esta solicitud lo antes posible. Las primas médicas pueden comenzar a devengarse de acuerdo con la fecha de cambio en los beneficios.

Al finalizar su empleo

El seguro de vida, el seguro por discapacidad y los planes de cuentas de gastos flexibles terminan el día de terminación de su empleo. Su plan médico, dental y de cuidado de la vista terminan el último día del mes siguiente a la fecha de terminación de su empleo. Puede continuar teniendo sus planes médico, dental, de cuidado de la vista y de cuenta de gastos flexibles para gastos médicos por un periodo limitado o después de dejar de trabajar a través de sus derechos por medio de la ley federal COBRA.

Cómo inscribirse o hacer cambios

McCoy Corporation utiliza un sistema de registro en línea para hacer las elecciones al inscribirse para recibir beneficios. Este sistema, llamado Workday, ofrece acceso a formularios y enlaces a sitios web que resultan muy útiles, y también le permite ver la información específica de los planes.

- Empleados nuevos: Los empleados nuevos deben inscribirse dentro de los 60 días de la fecha de contratación y reciben la oportunidad de inscribirse durante el proceso de incorporación.
- Cambio en su situación familiar: Si usted experimenta un cambio en su situación familiar, puede actualizar sus beneficios dentro de los 30 días del evento iniciando sesión en Workday y completando un evento de vida. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con el Departamento de Beneficios.

Puede inscribir a sus hijos elegibles en los siguientes beneficios, teniendo en cuenta las edades máximas indicadas a continuación.

Cobertura	Edad
Plan médico	Hasta 26
Plan dental	Hasta 26
Plan de cuidado de la vista	Hasta 26
Seguro de vida voluntario	Solteros; hasta los 26 años

La información de esta Guía de Beneficios es exclusivamente para fines ilustrativos e informativos. La información contenida en este documento fue tomada de distintas descripciones resumidas de los planes, certificados de cobertura e información de beneficios. Si bien se ha hecho todo lo posible por informar sus beneficios con exactitud, siempre es posible que existan discrepancias y errores. Este documento no tiene como fin alterar o ampliar los derechos o responsabilidades establecidos en los documentos o contratos oficiales del plan y tampoco constituye una oferta para celebrar un contrato ni contiene garantías expresas o implícitas. En caso de discrepancia entre esta información y los documentos del plan, estos últimos serán los que prevalezcan. Si tiene preguntas sobre este resumen, por favor comuníquese con el Equipo de Beneficios.

NUEVO PARA 2023

PROGRAMA DE CONTROL DE LA DIABETES DE LIVONGO PARA LOS MIEMBROS CUBIERTOS POR BCBS MEDICAL:

Livongo es una herramienta digital que le permite controlar su diabetes con la ayuda de un orientador certificado y de otros recursos. El personal de Livongo se comunicará con usted si se determina que es elegible para el programa.

Cuidado más inteligente, en cualquier lugar, en todo momento

El programa de control de la diabetes de Livongo incluye:

- Acceso a un glucosímetro avanzado
- Tiras reactivas y suministros ilimitados, justo desde su glucosímetro
- Asesoría especializada de instructores certificados en diabetes
- Informes sumarios que puede enviar directamente desde su glucosímetro
- Alertas familiares opcionales para mantener a todos informados
- Cargas automáticas de las mediciones de azúcar

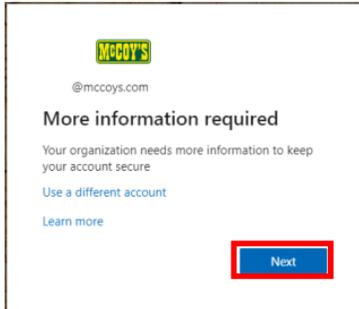


PARA MÁS INFORMACIÓN, COMUNÍQUESE CON EL EQUIPO DE BENEFICIOS, [BENEFITS@MCCOYS.COM](mailto:benefits@mccoys.com), O LLAME AL (512) 395-6696.

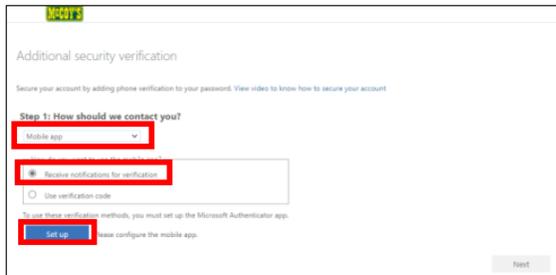
APLICACIÓN WORKDAY: AUTENTICACIÓN DE MICROSOFT

*Adding your Office 365 account to Microsoft Authenticator only takes a few minutes.
To set up your account, **you will need your computer and your mobile device.***

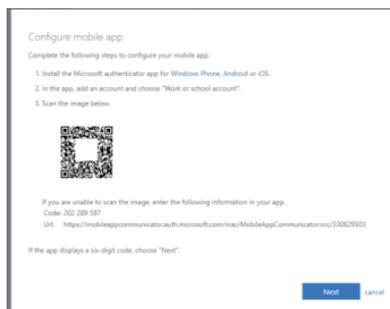
1. This step **requires you to use a computer**. Using any browser, go to **aka.ms/mfasetup** and once you have completed the login process, this window will appear. If you don't get this window is because you're already enrolled and just need to adjust preferences.
2. Click **Next**. The **Additional security verification** screen appears.



3. Make sure to choose **Mobile app** from the drop down and click to select **Receive notifications for verification**. Click **Set up**

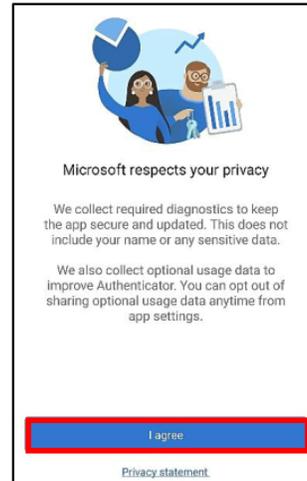


4. This window appears. Go to step #5.



5. **On your device**, open the Microsoft Authenticator app. If it is not installed, install it. (It is available in the IOS App and Google Play stores.) Then, open it.

This screen appears on your device.

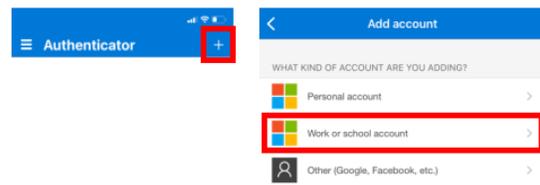


6. Tap **I agree**. This screen appears.

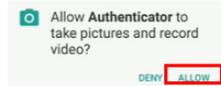


7. Tap **Scan a QR code**.

Note: *If you had the Microsoft Authenticator app already installed, you may need to tap on the "+" located on top right corner, then select "Work account".*



Additional Note: Authenticator needs permissions for taking pictures. If you see any window, tap **ALLOW** or **OK**. This is an example of a window on an Android phone.

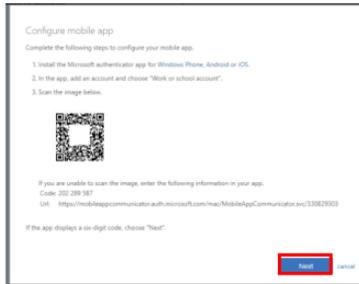


8. Using your device, scan the QR code displayed on your computer.

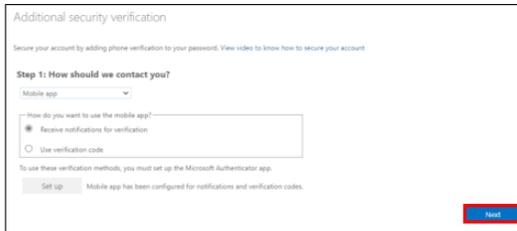
9. Once the code is scanned, an account should appear on your app.



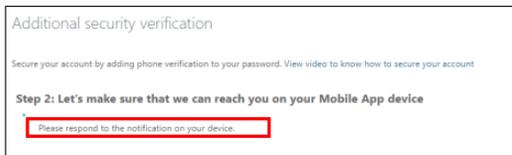
10. Back to your computer, click **Next**.



11. Click **Next**.

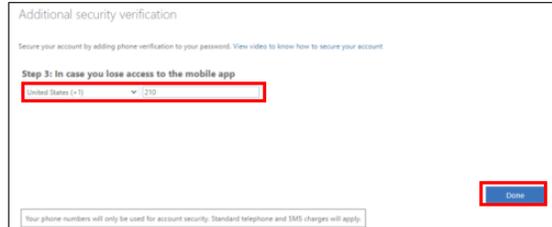


12. On your device, you will receive a notification to approve your sign-in. Tap **Approve**. In the meantime, you'll see a window like this.

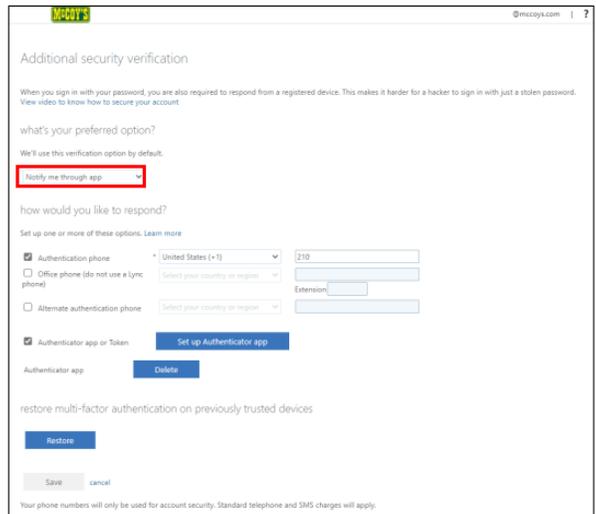


13. After approval and verification is successful, the message will temporarily change to "Verification successful". Taking you to the next step..." and the next window will appear.

14. From the dropdown menu, select the country, then type your cellular phone number. Once completed click **Done**.

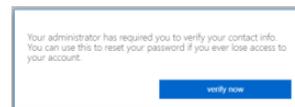


15. This screen appears. One more time, make sure that the "Notify me through app" option is set as your default.

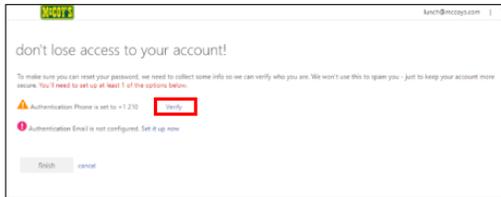


16. Review the information. If you make changes, click **Save**. Otherwise, click **Cancel**.

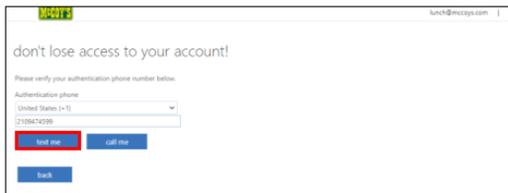
17. If you see this window, click on **Verify now**. Otherwise, the process is complete.



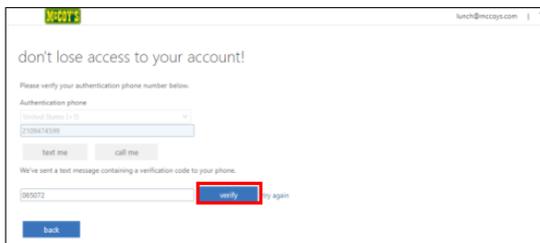
18. Click on **Verify**.



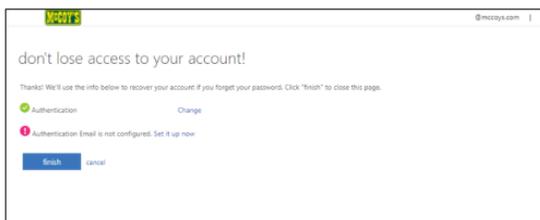
19. Click on **Text me**.



20. Once you receive the text message, type the 6-digit code and click **Verify**.



21. This window will appear.

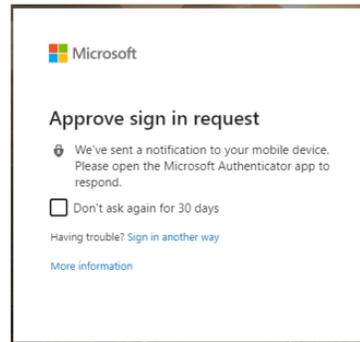


We strongly encourage you to use a personal email for password recovery purposes, but it's not required. If you decide you enter it, you need to hit on **Set it up now** and follow the prompts, otherwise, you can hit **Finish**.

Your account has been successfully configured with Microsoft Authenticator.

Whenever you have a new sign-in to your Office 365 account, you will get a pop-up window requesting you approve the request. You will need to go to Microsoft Authenticator and approve the request.

If you're using a trusted computer, you can enable the "Don't ask again for 30 day" checkbox. If you're using a public computer, please **don't enable** this.



If you need to make changes on your preferences, you can always go back to aka.ms/mfasetup.

¿NECESITA AYUDA PARA INICIAR SESIÓN EN WORKDAY? USE EL CÓDIGO QR A CONTINUACIÓN, O COMUNÍQUESE AL ÁREA DE SOPORTE TÉCNICO DE MCCOY'S: EXT. 5100.

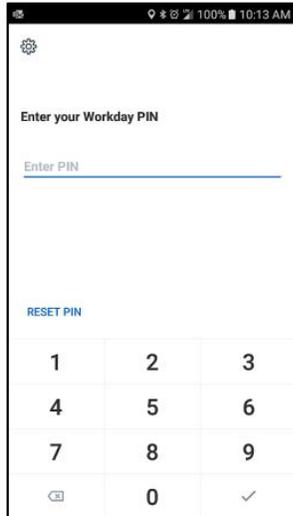


● APLICACIÓN WORKDAY: INICIE SESIÓN

On Smart Device

1. Tap the Workday icon 

- If you set up a PIN, this screen appears.



Type your PIN number and tap ✓.

- If using facial, iris or fingerprint recognition, respond as needed.
- If not using facial, iris or fingerprint recognition or a PIN, this window appears.



Type your **Username** and **Password** and tap **Sign In**.

Username format is:
Preferredfirstname.lastname@mccoys.com

2. If asked to authenticate, enter the code you received or respond to the Duo Push.

Workday opens.

On PC or Laptop

To Access Workday Directly:

1. Click this link:
<https://www.myworkday.com/mccoys/login.html>
2. Log in with your network username and password. Username format is:
Preferredfirstname.lastname@mccoys.com
3. If asked to authenticate, enter the code you received or respond to the Duo Push.
Workday opens.

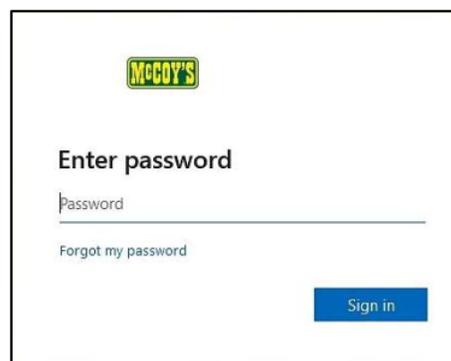
To Access Workday through Office:

1. Go to office.com. The **Sign in** window may appear.



2. Type your username and click **Next**.
Username format is:
Preferredfirstname.lastname@mccoys.com

The **Enter password** window appears.



3. Type your password and click **Sign in**.
4. If asked to authenticate, enter the code you received or respond to the Duo Push.
Workday opens.

AVISOS SOBRE BENEFICIOS DE SALUD Y BIENESTAR DE MCCOY CORPORATION

Si tiene alguna pregunta acerca del contenido de los avisos, llame a Recursos Humanos al 512-395-6644, Ext. 6599.

Asistencia con las primas de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia con las primas que pueda ayudarlo a pagar la cobertura, utilizando los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, tampoco serán elegibles para estos programas de asistencia con las primas, pero es posible que pueda comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados mencionados abajo, comuníquese a su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si está disponible la asistencia con las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP y considera que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP, o llame al **1-877-KIDS NOW**, o bien visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo puede hacer su solicitud. Si califica, pregunte si el estado cuenta con un programa que pudiera ayudarlo a pagar las primas de un plan pagado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirles inscribirse en dicho plan si es que aún no están inscritos. Esto se conoce como una oportunidad de "inscripción especial" y **usted debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días de que se determine que es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, contacte al Departamento del Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en alguno de los siguientes estados, es posible que sea elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2022. Comuníquese a la oficina de su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Programa de Pago de Primas de Seguros Médicos (HIPP) Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322; Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

ALASKA – Medicaid	COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid en Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
Programa de Pago de Primas de Seguros Médicos de Alaska Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Relé estatal 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Servicio a clientes de CHP+: 1-800-359-1991/ Relé estatal 711 Programa de Adquisición de Seguros Médicos (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Servicio a clientes del HIBI: 1-855-692-6442
ARKANSAS – Medicaid	FLORIDA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Marque 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, Marque 2	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: (617) 886-8102
INDIANA – Medicaid	MINNESOTA – Medicaid
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 de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584	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
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	MISSOURI – 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 HIPP: 1-888-346-9562	Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
KANSAS – Medicaid	MONTANA – Medicaid
Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884	Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPPProgram@mt.gov

<p align="center">KENTUCKY – Medicaid</p> <p>Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguros Médicos Integrados de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencias/dms/member/Pages/kihip.p.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid Kentucky: https://chfs.ky.gov</p>	<p align="center">NEBRASKA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
<p align="center">LOUISIANA – Medicaid</p> <p>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)</p>	<p align="center">NEVADA – Medicaid</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://dhcnp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>
<p align="center">MAINE – Medicaid</p> <p>Sitio web para inscripción: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003, TTY: Relé 711 de Maine Sitio web para Prima de Seguro Médico Particular: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: -800-977-6740, TTY: Relé 711 de Maine</p>	<p align="center">NEW HAMPSHIRE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, Ext. 5218</p>
<p align="center">NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP</p> <p>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</p>	<p align="center">DAKOTA DEL SUR – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>
<p align="center">NUEVA YORK – Medicaid</p> <p>Teléfono: 1-800-541-2831 Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</p>	<p align="center">TEXAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493</p>
<p align="center">CAROLINA DEL NORTE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>	<p align="center">UTAH – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669</p>
<p align="center">DAKOTA DEL NORTE – Medicaid</p> <p>Teléfono: 1-844-854-4825 Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/</p>	<p align="center">VERMONT – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427</p>
<p align="center">OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p align="center">VIRGINIA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924</p>
<p align="center">OREGON – Medicaid</p> <p>Teléfono: 1-800-699-9075 Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html</p>	<p align="center">WASHINGTON – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022</p>

PENSILVANIA – Medicaid Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HI-PP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462	VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Número gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa a Rlte Share)	WISCONSIN – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
CAROLINA DEL SUR – Medicaid Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	WYOMING – Medicaid Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/mcicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si algún otro estado ha agregado un programa de asistencia con el pago de primas desde el 31 de julio de 2022 o si desea más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con cualquiera de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
 Administración de Seguridad para los
 Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
 1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
 1-877-267-2323, Opción 4 del Menú
 Ext. 61565

Declaración de la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos

De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995 (Pub. L. 104-13) (*Paperwork Reduction Act*, o PRA), ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que dicha solicitud presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento especifica que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar la obtención de información a menos que la apruebe la OMB conforme a la PRA y muestre un número de control válido de la OMB, y el público no estará obligado a responder a la solicitud de información a menos que lleve número de control válido de la OMB. Consulte el Art. 3507 del Título 44 del Código de los Estados Unidos (U.S.C.). De igual forma, no obstante cualquier otra disposición de ley, ninguna persona estará sujeta a penalidad alguna por no cumplir con la solicitud de información si esta no tiene un número de control válido de la OMB. Consulte el Art. 3512 del Título 44 del U.S.C.

Se calcula que la carga de proporcionar información pública para esta obtención de información es de aproximadamente 7 minutos por persona, en promedio. Se sugiere a las partes interesadas que envíen sus comentarios referentes al cálculo de la carga o a cualquier otro aspecto de esta obtención de información, incluyendo sus sugerencias para reducirla, al Departamento del Trabajo de los EE. UU., Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados, Oficina de Políticas e Investigación, Atención: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210; o que envíen un mensaje de correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov, haciendo referencia al Número de Control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (vence el 31/01/2023)

Aviso sobre la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)

¿Sabía usted que, tal como lo exige la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (*Women's Health and Cancer Rights Act*) de 1998, su plan le brinda beneficios para servicios de mastectomía, incluyendo todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr una simetría entre los senos, así como para prótesis y para las complicaciones que resulten de una mastectomía, incluido el linfedema? Llame al administrador de su plan al 512-395-6644, Ext.

Aviso sobre la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos (*Newborns' And Mothers' Health Protection Act*, o NMHPA)

De acuerdo con la legislación federal, los planes de salud grupales y las compañías de seguros médicos generalmente no pueden restringir los beneficios en la duración de la estancia hospitalaria relacionada con el nacimiento, para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la legislación federal generalmente no prohíbe al médico de la madre o del recién nacido, después de consultarlo con la madre, darlos de alta antes de 48 horas (o de 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y aseguradoras no podrán, conforme a la legislación federal, requerir que un proveedor obtenga la autorización del emisor del plan o del seguro para ordenar una estancia de más de 48 horas (o de 96 horas).

Cobertura Continua de USERRA

Su derecho a la participación continua en un plan de salud grupal durante las licencias de servicio militar activo está protegido por la Ley de los Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (*Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act*, o USERRA). Por consiguiente, si usted se ausenta de su empleo debido a un periodo activo de servicio militar de menos de 31 días, su participación en el plan no se verá interrumpida. Si la ausencia es por más de 31 días y no por más de 12 semanas, podrá seguir conservando su cobertura en un plan de salud grupal si paga las primas de la manera especificada por el Patrocinador del Plan.

Si usted elige no seguir participando en un plan de salud grupal durante una licencia de servicio militar de más de 31 días, o si revoca una elección previa de seguir participando por hasta 12 semanas después del inicio de su licencia militar, usted y sus familiares cubiertos tendrán la oportunidad de elegir la cobertura continua de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*, o COBRA) con un plan de salud grupal por un periodo de hasta 24 meses que inicia el primer día de su licencia. Deberá pagar las primas de la cobertura continua con recursos después de impuestos, conforme a las reglas establecidas en las características del Plan correspondiente.

La cobertura continua de USERRA se considera una cobertura alterna para los fines de COBRA. Por lo tanto, si elige la cobertura continua de USERRA, generalmente la cobertura de COBRA no estará disponible.

Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA)

La GINA (*Genetic Information Nondiscrimination Act*) prohíbe la discriminación de los planes de salud grupales sobre la base de información genética. La información genética se refiere a lo siguiente:

1. la información sobre las pruebas genéticas de una persona;
2. las pruebas genéticas de los familiares de una persona; y
3. la manifestación de una enfermedad o padecimiento en los familiares de una persona.

El plan de salud grupal puede recabar información genética luego de la inscripción inicial, pero no en relación con el proceso de renovación anual. Asimismo, el plan de salud grupal no puede ajustar las primas ni incrementar las aportaciones en función de la información genética, y tampoco puede solicitar o exigir la realización de pruebas genéticas o usar la información genética para los fines de suscripción de un seguro.

Aviso sobre los Derechos de Inscripción Especial conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

Si usted declina la inscripción a la cobertura de salud grupal de McCoy Corporation para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o de otro plan de salud grupal, podrá inscribirse usted y a sus dependientes en este plan si pierden su elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de hacer aportaciones para esa otra cobertura). Sin embargo, deberá solicitar la inscripción en un plazo de 30 días a partir de la fecha de terminación de la otra cobertura para usted o sus dependientes (o después de que el empleador deje de hacer aportaciones para esa otra cobertura).

Asimismo, si usted tiene un nuevo dependiente por motivo de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrá inscribirse usted e inscribir a sus dependientes; no obstante, deberá solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Finalmente, usted o sus dependientes pueden tener derechos de inscripción especial si pierden la cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico (CHIP), o cuando usted o sus dependientes sean elegibles para la asistencia estatal para el pago de primas. Tendrá 60 días a partir de que ocurra uno de estos eventos para notificar a la compañía e inscribirse en el plan.

Para solicitar una inscripción especial o si desea más información, contacte a Recursos Humanos al 512-395-6644, Ext. 6599.

Aviso de la Cobertura Acreditable de la Parte D de Medicare

Aviso importante de McCoy Corporation acerca de su cobertura de medicamentos recetados y Medicare Plan de Salud Grupal de McCoy Corporation

Lea detenidamente este aviso y consérvelo a la mano. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con McCoy Corporation y sobre sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea unirse o no a un plan de medicamentos de Medicare. Si usted está considerando unirse, deberá comparar su cobertura actual (incluidos los medicamentos que están cubiertos y su costo) con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. La información acerca de dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cuestiones importantes que debe saber sobre su cobertura actual y sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- 1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare comenzó a estar disponible para todos los beneficiarios de Medicare en 2006. Usted puede obtener esta cobertura si se une a un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare o a un Plan Medicare Advantage (como un HMO o un PPO) que ofrezca**

dicha cobertura. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen cuando menos un nivel de cobertura estándar definido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer mayor cobertura por una prima mensual más alta.

- 2. McCoy Corporation ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos con receta que ofrece el Plan de Salud Grupal McCoy Corporation pague, en promedio, para todos los participantes del plan, tanto como pagaría la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare, por lo que se considera una Cobertura Acreditada. Debido a que su cobertura existente es una Cobertura Acreditada, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad) si posteriormente decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.**
-

¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare en cuanto sea elegible para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable de medicamentos con receta, siempre que no sea por su culpa, también será elegible para un Periodo de Inscripción Especial (SEP) de 2 (dos) meses de manera que pueda unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de McCoy Corporation como un empleado activo, tome en cuenta que su cobertura con McCoy Corporation será el obligado principal de sus beneficios de medicamentos con receta y Medicaid será el obligado secundario. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare se reducirá significativamente. Por lo general, Medicare pagará primero sus beneficios de medicamentos con receta si usted participa en la cobertura de McCoy Corporation como antiguo empleado.

También puede elegir dejar su cobertura con McCoy Corporation. Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y dejar su cobertura actual con McCoy Corporation, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrían no ser elegibles para recuperar esta cobertura.

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

También debe saber que, si usted deja o pierde su cobertura actual con McCoy Corporation y no se une a un plan de medicamentos de Medicare en el transcurso de 63 días después de finalizar su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (una sanción) para unirse más tarde a dicho plan.

Si no tiene una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días continuos o más, su prima mensual puede aumentar al menos 1% de la prima base para beneficiarios de Medicare al mes por cada mes que no cuente con dicha cobertura. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin una cobertura acreditable, su prima podría ser al menos, y de manera constante, 19% más alta que la prima base para beneficiarios de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (penalidad) en tanto cuente con la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el siguiente mes de octubre para unirse al plan.

Para ver más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos con receta...

Para más información, póngase en contacto con la persona señalada abajo. Este aviso se le enviará cada año. También lo recibirá antes del siguiente periodo en que pueda unirse a un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura con McCoy Corporation cambia. Asimismo, puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos con receta de Medicare...

En el manual "Medicare y Usted" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Todos los años Medicare le enviará por correo una copia del manual. Además, es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

Si desea más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov.
- Llame al Programa de Asistencia sobre Seguros Médicos de su estado (consulte el número de teléfono en la cubierta interna posterior de su copia del manual "Medicare y Usted") para recibir ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cuenta con ingresos y recursos limitados, existe ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para conocer más información sobre esta ayuda adicional, visite Seguridad Social en la página web de www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba entregar una copia de este aviso para demostrar si mantuvo o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una penalidad).

Fecha: 01/01/2023

Nombre de la entidad o del emisor: McCoy Corporation

Contacto (cargo o puesto): Director de Desarrollo Personal y Beneficios

Dirección: 1350 N IH 35 San Marcos, TX

Teléfono: 512-395-6644, Ext. 6599

Disponibilidad del Aviso de Prácticas de Privacidad conforme a la HIPAA

El Plan de Salud Grupal de McCoy Corporation (el "Plan") mantiene un Aviso de Prácticas de Privacidad que brinda información a las personas cuya información médica protegida (IMP) usará o conservará el Plan. Si desea una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan, contacte a Recursos Humanos al 512-395-6644, Ext. 6599.

Estándares Alternos Razonables del Programa de Bienestar conforme a la HIPAA

Su plan de salud grupal está comprometido a ayudarle a lograr su mejor salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados elegibles. Si usted considera que quizá no tenga la capacidad de cumplir con un estándar para una recompensa de acuerdo con el programa de bienestar, tal vez podría calificar para una oportunidad de ganar la misma recompensa por distintos medios. Llámenos al 512-

395-6644, Ext. 6599, y trabajaremos con usted (y, si así lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa y que sea adecuado para usted de acuerdo con su estado de salud.

Ley de Licencias Médicas y Familiares

La Ley de Licencias Médicas y Familiares (*Family and Medical Leave Act*, o FMLA) brinda a ciertos empleados hasta 12 semanas al año de licencia sin goce de sueldo y con la protección de su empleo. Asimismo, exige que se conserven sus beneficios de salud grupal durante la licencia.

La FMLA está diseñada para ayudar a los empleados a equilibrar sus responsabilidades laborales y familiares al permitirles tomar una licencia razonable sin goce de sueldo por determinados motivos médicos y familiares. Además, busca adaptar los intereses legítimos de los empleadores y promover la igualdad de oportunidades en el empleo para hombres y mujeres.

Los empleadores cubiertos deben brindar a los empleados elegibles hasta 12 semanas de licencia sin goce de sueldo cada año por cualquiera de los siguientes motivos:

- para el nacimiento y cuidado del hijo recién nacido de un empleado;
- para la colocación de un menor con el empleado para su adopción o cuidado tutelar;
- para cuidar a un familiar inmediato (cónyuge, hijo o padre) con una enfermedad grave; o
- para tomar una licencia médica cuando el empleado no pueda trabajar debido a una enfermedad grave.

Los empleados son elegibles para una licencia si han trabajado para su empleador durante al menos 12 meses, por al menos 1,250 horas en los últimos 12 meses, y han trabajado en una ubicación donde la compañía contrate a 50 empleados o más en un área de 75 millas. La determinación de que un empleado ha laborado el mínimo de 1,250 horas de servicio se hace conforme a los principios de la Ley de Normas Justas de Trabajo (*Fair Labor Standards Act*, o FLSA) para determinar las horas o el trabajo remunerables.

Cuando un empleado solicita una licencia conforme a la FMLA debido a su propia enfermedad grave o a la de un familiar cubierto, el empleador puede solicitar un certificado del profesional de la salud para respaldar la licencia. El empleador también puede solicitar una segunda o tercera opinión médica (por su propia cuenta y gasto) y una recertificación periódica de una enfermedad grave.

Los empleados que regresen de una licencia conforme a la FMLA generalmente se reintegrarán a su empleo original o a uno equivalente, con sueldo, beneficios y otros términos y condiciones laborales equivalentes. La cobertura del seguro de salud grupal para un empleado con licencia conforme a la FMLA se conserva bajo los mismos términos y condiciones como si el empleado no hubiera tomado la licencia.

Para obtener información adicional relacionada con sus beneficios conforme a la FMLA, contacte a Recursos Humanos al 512-395-6644, Ext. 6599