2025 GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

Southern Land Company le ofrece a usted y a sus familiares elegibles un programa de beneficios integral y valioso. Esta guía fue diseñada para ayudarlo a conocer sus opciones de beneficios y la manera de inscribirse. Lo invitamos a tomarse el tiempo necesario para informarse sobre sus opciones y elegir la mejor cobertura para usted y su familia.

SOUTHERN LAND COMPANY

¡Bienvenido

a SOUTHERN LAND COMPANY!

CONTENIDO DE ESTA GUÍA

Información de elegibilidad e inscripción	3
Beneficios médicos	4
Acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA)	5
Beneficios de medicamentos recetados	6
Beneficios odontológicos	7
Beneficios oftalmológicos	8
Aportes del empleado	9
Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	10
Atención de dependientes y cuenta para el reembolso de gastos por desplazamientos	11
Beneficios del seguro de vida y seguro por AD&D	12
Discapacidad a corto y largo plazo	13
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	14
Protección contra el robo de identidad	15
Seguro para mascotas	16
Recursos para los empleados	17
Servicios de valor añadido	18
Información de contacto de las aseguradoras	19
Avisos legales	20

¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre sus beneficios, comuníquese con nuestro centro de defensa para socios beneficiarios (“Benefits MAC”) al **800.563.9929** (de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., ET) o visite **www.connerstrong.com/memberadvocacy.**

Información de elegibilidad e inscripción

¿Quién es elegible?

Usted es elegible para inscribirse en los planes de beneficios de Southern Land Company si es un empleado a tiempo completo que trabaja 30 horas a la semana, como mínimo. Como empleado elegible para recibir beneficios, empezará a recibirlos el primer día del mes siguiente a su fecha de contratación. También puede cubrir a sus dependientes elegibles, entre ellos:

- Su cónyuge legal
- Su(s) hijo(s) elegible(s) hasta el final del mes en que cumpla(n) 26 años para la cobertura médica, odontológica y oftalmológica. Por hijos se entiende:
  * Sus hijos naturales, los hijastros, los hijos adoptados legalmente y los hijos de los que usted es el tutor legal designado por el tribunal.
  * Sus hijos discapacitados física o mentalmente de cualquier edad que no puedan mantenerse por sí mismos (se puede solicitar una prueba de discapacidad).

Cómo inscribirse

El primer paso es revisar sus beneficios actuales. Verifique toda su información personal y realice los cambios necesarios. Una vez que toda su información esté actualizada, es el momento de elegir sus beneficios. Es importante que sopese sus opciones cuidadosamente. Las decisiones que tome durante la inscripción abierta se mantendrán hasta la próxima inscripción abierta, salvo que presente un evento de vida admisible.

Cuándo inscribirse

Dispondrá de 31 días a partir de la fecha de contratación para completar su inscripción en los beneficios. Si se inscribe a tiempo, la cobertura comienza el primer día del mes siguiente a su fecha de contratación.

Si no se inscribe dentro del plazo de 31 días, quedará automáticamente inscrito en los beneficios patrocinados por la compañía. Tendrá que esperar hasta la siguiente inscripción abierta anual para inscribirse en otros beneficios y/o realizar cambios en su cobertura.

Realizar cambios en el plan durante el año del plan: eventos de vida admisibles

A menos que experimente un evento de vida admisible, no puede efectuar cambios en sus beneficios hasta el próximo período de inscripción abierta. Los eventos de vida admisibles incluyen:

- cambio en el número de dependientes elegibles por nacimiento, adopción, entrega en adopción o muerte;
- aumento o pérdida del estado de dependiente (por ejemplo, su hijo alcanza el límite de edad para elegibilidad);
- cambio de estado civil, incluido el matrimonio, el divorcio o la muerte del cónyuge;
- cambio de residencia o de lugar de trabajo que modifica su derecho a la cobertura o el de su dependiente;
- cambio en la situación laboral, como el inicio o la finalización del empleo, para usted, su cónyuge o sus hijos;
- finalización del período máximo de cobertura en virtud de la COBRA;
- pérdida de otra cobertura.

Debe notificar a Recursos Humanos en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que se produzca un evento de vida admisible.

Tenga en cuenta: Puede realizar cambios a su HSA en cualquier momento o por período de pago.

Beneficios médicos

BCBST

Southern Land Company ofrece la siguiente opción de plan de salud con deducibles altos (HDHP, por sus siglas en inglés) de servicios médicos/medicamentos recetados, administrado por Blue Cross Blue Shield of Tennessee (BCBST). El plan utiliza las dos (2) redes de proveedores de BCBST, Select y Preferred. No hay diferencias en los beneficios entre las redes; sin embargo, los proveedores participantes difieren entre las redes. Los empleados que residan fuera de Tennessee solo pueden inscribirse en la red Preferred. Para localizar a los proveedores participantes, visite **www.bcbst.com**.

PLANES MÉDICOS

BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible inicial	$1,650 individual/$3,300 familiar	$1,650 individual/$3,300 familiar
Acuerdo de reembolso de gastos médicos (cubre el 75% de los cargos al deducible por año calendario completo)	$2,512.50 individual/$5,025 familiar	$2,512.50 individual/$5,025 familiar
Deducible por año calendario	$5,000 individual/$10,000 familiar*	$10,000 individual/$20,000 familiar
Máximo de gastos por cuenta propia**	$5,000 individual/$10,000 familiar	$15,000 individual/$30,000 familiar
Servicios de atención preventiva	El plan cubre el 100% SIN deducible	El plan cubre el 80% SIN deducible
¿Es necesario un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)?	No	No
Visita al consultorio de un PCP	El plan cubre el 100% después del deducible	El plan cubre el 80% después del deducible
Visita al consultorio de un especialista	El plan cubre el 100% después del deducible	El plan cubre el 80% después del deducible
Telemedicina (Teladoc)	El plan cubre el 100% después del deducible	N/A
Centro de urgencias	El plan cubre el 100% después del deducible	El plan cubre el 80% después del deducible
Sala de emergencias (dentro y fuera de la red, se cubren en el mismo nivel de beneficios)	El plan cubre el 100% después del deducible	El plan cubre el 100% después del deducible
Hospitalización	El plan cubre el 100% después del deducible	El plan cubre el 80% después del deducible
Cirugía ambulatoria	El plan cubre el 100% después del deducible	El plan cubre el 80% después del deducible
Laboratorio de diagnóstico	El plan cubre el 100% después del deducible	El plan cubre el 80% después del deducible
Salud conductual Hospitalaria/Ambulatoria	El plan cubre el 100% después del deducible	El plan cubre el 80% después del deducible
Servicios de centros de enfermería especializada y de rehabilitación (se limitan a 60 días combinados por año)	El plan cubre el 100% después del deducible	El plan cubre el 80% después del deducible
Servicios de salud en casa	El plan cubre el 100% después del deducible	El plan cubre el 80% después del deducible
Ambulancia	El plan cubre el 100% después del deducible	El plan cubre el 100% después del deducible
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS	**VENTA AL PÚBLICO**	**PEDIDO POR CORREO**
Genéricos	El plan cubre el 100% después del deducible	El plan cubre el 80% después del deducible
Marcas preferidas	El plan cubre el 100% después del deducible	El plan cubre el 80% después del deducible
Marcas no preferidas	El plan cubre el 100% después del deducible	El plan cubre el 80% después del deducible
Medicamentos especializados	El plan cubre el 100% después del deducible	El plan cubre el 80% después del deducible

** Si tiene otros familiares inscritos en el plan, cada uno de ellos debe asumir su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los familiares alcance el deducible familiar total.*

*** Si tiene otros familiares inscritos en el plan, cada uno de ellos debe asumir su propio máximo de gastos por cuenta propia hasta que se alcance el máximo de gastos por cuenta propia total de la familia.*

Acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA)

BCBST

Un acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA, por sus siglas en inglés) es una cuenta financiada por el empleador que está diseñada para cubrir los gastos de atención médica admisibles. El HRA funciona junto con el plan médico y puede utilizarse para pagar los gastos médicos por cuenta propia incurridos mientras se trabaja para alcanzar el deducible del plan.

El HRA funciona junto con el deducible del plan médico. El BCBST realiza un seguimiento de su actividad para la solicitud de reembolso de gastos médicos/medicamentos recetados. Una vez que alcance su deducible inicial ($1,650 individual/$3,300 familiar), el HRA reembolsará el 75% de los gastos de atención médica elegibles. Usted es responsable de pagar el 25% restante de los gastos de atención médica elegibles.

Una de las ventajas del HRA es que está financiado por el empleador, lo que significa dinero libre de impuestos y un deducible anual reducido.

Para cobertura del empleado únicamente: Usted será responsable de los primeros $1,650 de los costos por cuenta propia que contarán para el deducible general del plan en la red antes de que comience el financiamiento de su HSA. Los $3,350 restantes del límite máximo de gastos por cuenta propia en la red se repartirán entre Southern Land Company (75%) y el empleado (25%), lo que reducirá su máximo de gastos por cuenta propia a $2,487.50.

Para empleado + 1 y cobertura familiar: Usted será responsable de los primeros $3,300 de los costos por cuenta propia que contarán para el deducible general del plan en la red antes de que comience el financiamiento de su HSA. Los $6,700 restantes del límite máximo de gastos por cuenta propia en la red se repartirán entre Southern Land Company (75%) y el empleado (25%), lo que reducirá su máximo de gastos por cuenta propia a $4,975.

Método de reembolso: El HRA de BCBST utiliza reembolsos automáticos. Su proveedor de la red presentará una solicitud a BCBST para su liquidación y el plan reembolsará automáticamente al proveedor médico y a las farmacias por cualquier solicitud, una vez que se haya alcanzado su deducible inicial.

COBERTURA PARA EL EMPLEADO ÚNICAMENTE (DENTRO DE LA RED)

PASO 1	PASO 2	PASO 3
Usted paga $1,650 (deducible inicial)	Usted paga $837.50 El HRA paga $2,512.50	Después de alcanzar el máximo de gastos por cuenta propia de $5,000 por año calendario, el plan cubre el 100%
$1,650 + $837.50 + $2,512.50 = $5,000 (deducible por año calendario)		

EMPLEADO + 1 Y COBERTURA FAMILIAR (DENTRO DE LA RED)

PASO 1	PASO 2	PASO 3
Usted paga $3,300 (deducible inicial)	Usted paga $1,675 El HRA paga $5,025	Después de alcanzar el máximo de gastos por cuenta propia de $10,000 por año calendario, el plan cubre el 100%
$3,300 + $1,675 + $5,025 = $10,000 (deducible por año calendario)		

Medicamentos recetados

BCBST

Entrega a domicilio

Cuando use el programa de pedido por correo a través de BCBST para sus medicamentos de uso permanente, puede ahorrar dinero en los costos por cuenta propia de sus medicamentos recetados. Recibirá un suministro de medicamentos para hasta 90 días directamente en su hogar.

Para resurtir su receta, elija el método que mejor se adapte a sus necesitades. Tenga a la mano su tarjeta de identificación de miembro y el número de receta que aparece en una etiqueta reciente de entrega a domicilio o en un comprobante de reabastecimiento para facilitar el proceso.

En línea: Visite **bcbst.com/rxplan**. Siga las instrucciones para crear una cuenta en **caremark.com** o inicie sesión si ya tiene una cuenta.

* Elija "**Prescriptions**" (Recetas), luego "**Start Rx Delivery**" (Iniciar la entrega de medicamentos) por correo postal
* Complete el formulario e ingrese su información de pago

Teléfono: Llame a CVS Caremark al **1-844-740-0604**

Correo postal: Complete el formulario de solicitud para resurtir la receta a domicilio en **bcbst.com/mail-order**, y envíelo por correo a CVS Caremark, P.O. Box 659541, San Antonio, TX 78265.

GoodRx

¡Deje de pagar demasiado por sus recetas! GoodRx es una herramienta de comparación de precios de medicamentos recetados que le permite buscar de manera fácil las farmacias minoristas que ofrecen el precio más bajo para medicamentos específicos.

El costo de los mismos medicamentos (incluso cuando se utiliza una farmacia minorista de la red) varía drásticamente de una farmacia a otra. Aunque los copagos del plan de medicamentos recetados pueden ser los mismos independientemente de la farmacia a la que acuda, los costos de venta minorista para su empleador pueden reducirse en gran medida cuando adquiere sus medicamentos en una farmacia que cobra un precio con descuento. Los costos más bajos para su empleador también pueden ayudar a mantener bajos los costos de sus beneficios a largo plazo.

Use GoodRx para comparar los precios de los medicamentos en las farmacias locales y de venta por correo y descubra cupones gratuitos y consejos de ahorro. Encuentre grandes ahorros en medicamentos que no están cubiertos por su plan de seguro, ¡incluso puede encontrar ahorros en comparación con su copago normal!

Obtenga más información y empiece a ahorrar hoy mismo en sus recetas en **https://connerstrong.goodrx.com**.

TENGA EN CUENTA: Al usar GoodRx, sus costos por cuenta propia no se procesan a través del plan de la farmacia y NO se acumulan a su deducible y máximo de gastos por cuenta propia del plan médico.

Beneficios odontológicos

BCBST

Visite **www.bcbst.com/findadoctor** e inicie sesión para ubicar un proveedor dentro de la red, ver sus reclamaciones, gestionar su atención y más.

TENGA EN CUENTA: *Si elije usar un proveedor fuera de la red, usted será responsable de asumir cualquier cargo facturado que exceda el cargo máximo permitido (MAC, por sus siglas en inglés).*

PLAN BASE

BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible por año calendario	$50 individual/$150 familiar	$50 individual/$150 familiar
Máximo por año calendario (por paciente)	$1,000	$1,000
Servicios preventivos y de diagnóstico Exámenes, limpiezas, radiografías, etc.	El plan cubre el 100% SIN deducible	El plan cubre el 100% SIN deducible
Servicios básicos Endodoncia (tratamiento de conducto), periodoncia, cirugía bucal	El plan cubre el 80%	El plan cubre el 80%
Servicios complejos Restauración compleja, prostodoncia, implantes	El plan cubre el 50%	El plan cubre el 50%
Beneficios de ortodoncia (cubertura solo para los hijos dependientes hasta los 19 años)	50%	50%
Máximo de la póliza en ortodoncia (por paciente)	$1,000	$1,000

¿Sabía que...?

La higiene dental y la salud bucal están directamente relacionadas con la salud en otras áreas del cuerpo. La mayoría de las personas reconocen la importancia de mantener una buena salud física y de someterse a exámenes físicos regulares, pero rara vez extendemos la misma consideración a nuestros dientes. Lo cierto es que un buen cuidado dental es una parte crucial de su salud física general, porque otros sistemas pueden verse afectados por su salud bucal. Por ejemplo, el cuidado adecuado de las encías puede ayudar a prevenir las enfermedades del corazón.

Beneficios oftalmológicos

VSP

Cuide su visión y su salud en general mientras ahorra en sus necesidades de cuidado ocular y anteojos. El seguro oftalmológico puede ayudarlo a mantener su visión, así como a detectar diversos problemas de salud. Las afecciones de salud, como la diabetes y la presión arterial alta, pueden detectarse a tiempo mediante un examen ocular completo.

PLAN OFTALMOLÓGICO DE VSP

BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED
Examen	Copago de $10
Anteojos recetados	Copago de $25
Lentes	
Unifocales	Incluidos
Bifocales	Incluidos
Ttrifocales	Incluidos
Marcos	$130 de bonificación
Lentes de contacto	$130 de bonificación
Frecuencia	
Exámenes oftalmológicos	Cada 12 meses
Lentes	Cada 12 meses
Marcos	Cada 24 meses
Lentes de contacto	Cada 12 meses

¡Recuerde! Usar un proveedor fuera de la red podría ser más costoso. Cuando usa un proveedor dentro de la red, está maximizando sus ahorros y beneficios.

Beneficios fuera de la red de VSP

Cuando usa un proveedor dentro de la red, tiene la garantía de que ahorra dinero. Si opta por usar un proveedor fuera de la red y tiene preguntas relacionadas con su cobertura, llame a los servicios para miembros de VSP al **1-800-877-7195**.

Cuando use un proveedor fuera de la red, puede presentar una solicitud de reembolso mediante un recibo detallado a través del portal para miembros en **www.vsp.com**, o su proveedor puede presentar la solicitud directamente en su nombre.

Aplicación Vision Care de VSP

Escanee el código QR que aparece a continuación para descargar la aplicación Vision Care de VSP en las tiendas de Apple o Google Play. Obtenga acceso inmediato a su cobertura de beneficios, tarjeta de identificación de miembro, privilegios exclusivos para miembros y más.

Encontrar un proveedor

- Visite **www.vsp.com** y haga clic en "**Find a Doctor**" (Encontrar a un médico)
- Ver un mapa y usar la función de marca de localización para encontrar el consultorio dentro de la red de VSP adecuado para usted. También puede filtrar por horario de atención o disponibilidad de citas.
- Busque el anuncio de color naranja del **programa Premier** para encontrar un oftalmólogo dentro de la red de VSP que lo ayude a maximizar sus ahorros.

La aplicación Vision Care de VSP ofrece una navegación sencilla y un panel personalizado, de manera que pueda obtener la información de los beneficios que necesita, exactamente cuando la necesite.

Aportes del empleado

POR 26 PERÍODOS DE PAGO

A continuación, se encuentran sus tarifas por pago para el año del plan 2025.

CONTRIBUCIONES MÉDICAS Y DE MEDICAMENTOS

NIVEL	PLAN SELECT	PLAN PREFERRED	PLAN PREFERRED (NON-TN)
Empleado	$42.19	$63.01	$53.78
Empleado + hijo(s)	$223.45	$278.63	$255.55
Empleado + cónyuge	$246.53	$301.70	$278.63
Familia	$281.14	$336.32	$313.24

CONTRIBUCIONES DENTALES

NIVEL	PLAN ODONTOLÓGICO BASE
Empleado	$3.75
Empleado + 1	$24.80
Familia	$29.42

CONTRIBUCIONES OFTALMOLÓGICAS

NIVEL	PLAN OFTALMOLÓGICO DE VSP
Empleado	$3.21
Familia	$6.89

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)

HEALTHEQUITY

Si participa en un HDHP compatible con una HSA, puede elegir participar en una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA). Una HSA es una cuenta de ahorros exenta de impuestos que puede usarse para contribuciones, ingresos y retiros de gastos elegibles.

Aspectos más destacados de la HSA

- La HSA es transferible, lo que significa que si deja su empleo, puede llevarse los fondos de la HSA consigo.
- En una HSA, no existe la disposición de "Úselo o piérdalo". Si no utiliza el dinero de la cuenta antes de finalizar el año, los fondos permanecerán en la cuenta y generan intereses con impuestos diferidos.
- Una HSA incluye un socio bancario que le ofrece varias opciones de inversión que se adaptan a sus necesidades.
- Una HSA no requiere la verificación de un tercero para realizar transacciones; sin embargo, debe guardar registros de estas transacciones en caso de una auditoría del IRS.

Elegibilidad de la HSA

Puede contribuir a una HSA si usted:

- tiene cobertura en virtud de un plan de salud con deducibles altos (HDHP);
- no tiene cobertura descalificadora, como otra cobertura médica de "primer dólar", etc.;
- no es elegible ni está inscrito en Medicare;
- no figura como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

Entre los gastos elegibles para la HSA, se incluyen:

- deducibles, coaseguros y copagos médicos y de medicamentos recetados;
- deducibles, coaseguros y copagos odontológicos;
- ortodoncia y otros gastos de atención odontológica;
- exámenes de la vista, lentes de contacto y anteojos.

Contribuciones a la HSA

El monto máximo que se puede contribuir a la HSA en un año fiscal lo establece el IRS y depende de si usted tiene una cobertura individual o familiar en el plan HDHP. Para el 2025, los límites de contribución son:

- $4,300 para cobertura individual
- $8,550 para cobertura familiar
- La contribución anual "para ponerse al día" para personas de 55 años o más es de $1,000

Se anima a los participantes de la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés) a revisar anualmente el monto elegido de su HSA. Las contribuciones del período de pago seguirán deduciéndose de su salario a menos que opte por hacer un cambio.

Tenga en cuenta: Puede realizar cambios en su HSA en cualquier momento o por pagos.

Atención de dependientes y cuenta para el reembolso de gastos por desplazamientos

Cuenta para el reembolso de la atención de dependientes

Cuenta con HealthEquity

La cuenta para el reembolso de la atención de dependientes (DCRA, por sus siglas en inglés) le reembolsa los gastos que le permiten a usted y a su cónyuge, si está casado, trabajar mientras sus dependientes están protegidos. Los empleados elegibles pueden aportar hasta $5,000 al año ($2,500 si están casados y declaran por separado) a una cuenta para el reembolso de la atención de dependientes para pagar los gastos relacionados con la atención diurna de dependientes calificados, tales como:

- el costo de la atención de sus hijos o dependientes adultos;
- los costos por los servicios de atención que presta una persona, ya sea dentro o fuera de su casa;
- guarderías y jardines infantiles (salvo kínder).

Tenga en cuenta: DEBE reinscribirse en este beneficio todos los años.

Úselo o piérdalo

Esta cuenta se rige por la regla de "úselo o piérdalo", lo que significa que el dinero que no se utiliza al final del año del plan no se transfiere y debe perderse, según las regulaciones del IRS.

Cuenta para el reembolso de gastos por desplazamientos con Flores

Esta cuenta le permite pagar los gastos de transporte y estacionamiento relacionados con su trabajo mediante deducciones antes de impuestos de su salario.
Para el año del plan 2025 puede contribuir:

- **TRANSPORTE**: Hasta $325 por mes para los gastos de transporte (medio de transporte masivo, tren, metro, autobuses, transbordador). Los gastos de transporte se deben pagar con la tarjeta débito Flores.
- **ESTACIONAMIENTO**: Hasta $325 por mes para los gastos de estacionamiento incurridos en el lugar de trabajo o cerca del mismo, o cerca de un lugar desde el que se desplaza utilizando el transporte masivo.

La tarjeta débito se carga con sus deducciones no gravadas cada vez que se realiza una deducción de su salario. Cada vez que usa la tarjeta débito para pagar compras relativas a transporte, los fondos se debitan automáticamente de su cuenta de transporte.

Debe realizar la inscripción a través de Paycom ESS. Después de inscribirse, siga los pasos que se indican a continuación:

- Visite **www.flores247.com** o descargue la aplicación móvil Flores
- Una vez reciba la notificación sobre su identificación de participante (PID, por sus siglas en inglés), haga clic en "**Participant Login**" (Inicio de sesión de participante), luego en "**First Time User**" (Usuario que ingresa por primera vez)
- Ingrese su PID
  - Si no encuentra su PID, ingrese su dirección de correo electrónico en donde dice "**Resend PID# to Email ccount on File**" (Reenviar número de PID a la cuenta de correo electrónico registrada", posteriormente revise su bandeja de entrada
- Desplácese hacia abajo para ingresar su información personal y haga clic en "**Next**" (Siguiente) y siga las instrucciones para acceder al portal en línea

¿Tiene preguntas?

Si necesita información adicional o tiene alguna pregunta, visite **www.southernlandbenefits.com/commuter** o comuníquese con Flores llamando al **800.532.3327** o a través de la página web **www.flores247.com**

Beneficios del seguro de vida y seguro por AD&D

PRUDENTIAL

Seguro de vida básico y por AD&D

El seguro de vida puede ayudar a satisfacer las necesidades de sus seres queridos en caso de que le ocurra algo. Southern Land Company ofrece a los empleados a tiempo completo un seguro de vida grupal y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés) que equivale a una vez los ingresos anuales (un mínimo de $50,000 y un máximo de $400,000). Southern Land Company paga el costo de este beneficio. Los empleados pagarán impuestos sobre las primas mayores a $50,000. El beneficio se paga a sus beneficiarios en el caso de su muerte. Los beneficios se reducen para los participantes elegibles mayores de 65 años.

Aunque Southern Land Company ofrece seguro de vida básico y de AD&D, es posible que algunos empleados estén interesados en una cobertura adicional con base en sus circunstancias personales. Puede adquirir un seguro de vida y de AD&D para usted, su cónyuge e hijo(s) dependiente(s), según se describe a continuación. Usted es responsable por el costo total de la cobertura.

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	
Empleado	5 veces los ingresos hasta $500,000
Cónyuge	Incrementos de $5,000 hasta un máximo de 100% de la cantidad elegida por el empleado o $500,000
Hijo dependiente (hasta los 19 años o hasta los 26 si es estudiante de tiempo completo)	Incrementos de $2,000 hasta un máximo de $10,000 (el monto mínimo es de $2,000)
MONTOS DE EMISIÓN GARANTIZADO*	
Empleado	$150,000
Cónyuge (menores de 70 años)	$25,000

* Evidencia de Asegurabilidad (EOI)

La Evidencia de Asegurabilidad (EOI, por sus siglas en inglés) es necesaria si:

- Desea aumentar su cobertura actual.
- Renunció a su cobertura cuando se convirtió en elegible para inscribirse por primera vez.
- Es un empleado nuevo y desea elegir una cobertura superior a los $150,000 (emisión garantizada).

Los empleados elegibles y que hayan renunciado a la cobertura cuando fueron elegibles por primera vez, pueden elegir el mínimo de $10,000 en la cobertura. De este modo, queda inscrito en el plan. Tenga en cuenta que los empleados que renunciaron a la cobertura en un primer momento y decidieron elegir el mínimo de $10,000 deben presentar una Evidencia de Asegurabilidad (EOI).

- En las siguientes inscripciones, si necesita más cobertura, puede aumentar hasta $50,000 al año, sin superar la emisión garantizada total de $150,000, y sin tener que completar la EOI.
- Si no se puede asegurar por completo, la función de bloqueo le permitirá elegir una cobertura adicional.

Discapacidad a corto y largo plazo

PRUDENTIAL

Discapacidad a corto plazo (STD)

La discapacidad a corto plazo (STD, por sus siglas en inglés) es un tipo de cobertura de seguro por discapacidad que puede ayudarlo a mantener estabilidad financiera en caso de que se lesione o enferme y no pueda trabajar. Puede recibir el 100% de su salario por hasta 11 semanas. Comuníquese con Recursos Humanos para obtener más información, ya que este beneficio es autoadministrado por la compañía.

Discapacidad a largo plazo (LTD)

El seguro de discapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés) protege a los empleados en caso de que queden discapacitados por un período prolongado antes de su jubilación.

Southern Land Company le proporciona un seguro de LTD en caso de que su enfermedad o lesión dure más de 90 días. Esto le ayuda a asegurarse de contar con ingresos continuos si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión cubierta. Los beneficios podrán durar hasta la edad de jubilación normal de la seguridad social (SSNRA, por sus siglas en inglés), dependiendo de la gravedad de su discapacidad. Pagará los impuestos sobre la prima para recibir el beneficio libre de impuestos. Puede recibir el 60% de sus ingresos previos a la discapacidad hasta un beneficio mensual máximo de:

- **Personal**: $7,500
- **Gerencia**: $20,000
- **Ejecutivos**: $20,000

Los beneficios se reducen para los participantes elegibles mayores de 65 años.

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

GUIDANCERESOURCES

Hay momentos en los que no podemos actuar solos. Con GuidanceResources no tiene que hacerlo.

A veces experimentamos dificultades que no se pueden resolver sin la ayuda de un profesional capacitado. Los problemas no resueltos relacionados con el abuso de sustancias, el estrés, la ansiedad, la vida familiar y la vida laboral pueden afectar o perjudicar nuestra calidad de vida.

Con un programa de asistencia al empleado (EAP, por sus siglas en inglés), usted y sus familiares tienen acceso a recursos gratuitos y confidenciales que los ayudarán a manejar los desafíos cotidianos (y no tan cotidianos) de la vida.

Cómo funciona el EAP

El EAP proporciona a los empleados elegibles y a sus dependientes asistencia con servicios de salud del comportamiento que pueden ayudar a iniciar el proceso de resolución de problemas emocionales o de abuso de sustancias. Usted y sus dependientes tienen derecho a **seis (6) sesiones presenciales o telefónicas al año.** El encuentro con el consejero a través del EAP es completamente **confidencial.**

Cómo comunicarse con GuidanceResources

Para obtener ayuda personal y confidencial, llame al **800.311.4327** o visite **www.guidanceresources.com** e ingrese la identificación web: **GEN311**. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

GuidanceResources puede ayudarlo en momentos de incertidumbre, actuando como su asesor siempre que usted o sus dependientes necesiten tratamiento por lo siguiente:

- Dificultades emocionales/depresión
- Problemas familiares/de relaciones
- Problemas de estrés/ansiedad
- Problemas de duelo y pérdida
- Abuso o adicción al alcohol/drogas
- Problemas de ira/rabia
- Trastornos de alimentación
- Problemas de transición en la vida
- Problemas de apuestas
- Otras adicciones del comportamiento

GuidanceResources también puede ayudarlo con asesoramiento legal, consejos financieros, revisión de contratos, transacciones inmobiliarias y mucho más.

Protección contra el robo de identidad

ALLSTATE

Southern Land Company es socio de Allstate para ofrecerle la oportunidad de adquirir protección contra el robo de identidad para usted y su familia. Usted tiene la opción de comprar el plan Pro+ o el plan Pro+ Cyber. Estas son algunas de las características que Allstate ofrece con estos planes:

Reembolso

Si es víctima de un fraude, Allstate le reembolsará los costos por cuenta propia y hasta $1 millón en fondos robados de cuentas, como su plan 401(k) o declaraciones de impuestos.

Monitoreo y alertas integrales

Una plataforma de monitoreo propia que detecta la actividad de alto riesgo para proporcionar alertas rápidas a la primera señal de fraude, para que pueda detectar el fraude en su primera señal, permitiendo una rápida restauración para un daño y estrés mínimos.

Monitoreo de transacciones de alto riesgo

Allstate enviará alertas para las transacciones no basadas en el crédito, como la actividad de los préstamos estudiantiles y la facturación médica.

Actividad de la cuenta

Se le envía una alerta cuando una actividad inusual en sus cuentas bancarias personales podría ser una señal de toma de posesión de la cuenta.

Monitoreo de la actividad financiera

Las alertas activadas desde fuentes como cuentas bancarias, montos límite, tarjetas de crédito y débito, planes 401(k) y otras cuentas de inversión le ayudan a tomar el control de sus finanzas.

¿Tiene preguntas?

Para obtener más información, llame al **800.789.2720** o envíe un correo electrónico a **customercare@aip.com.**

Monitoreo de las redes sociales

Monitoreo de las cuentas sociales de todos los miembros de su familia, con monitoreo de la vulgaridad, las amenazas, el contenido explícito, la violencia y el ciberacoso. Incluso, puede añadir sus cuentas de YouTube y Allstate monitoreará los comentarios en busca de contenido sospechoso.

Monitoreo de la web oscura

El monitoreo en profundidad va más allá de buscar el número de seguro social de un participante. Los bots y la inteligencia humana rastrean foros cerrados de *hackers* en busca de credenciales comprometidas y otra información personal. Recibirá una alerta inmediata si su información ha sido expuesta.

El plan Pro+ Cyber también incluye protección para cámaras web, ciberestafa, VPN, cortafuegos y seguridad de la red. Al elegir la cobertura familiar, también recibirá un límite de restauración de $2 millones en comparación con el límite de restauración de $1 millón del plan Pro+.

NIVEL	PLAN PRO+ (TARIFA MENSUAL)	PLAN PRO+ CYBER (TARIFA MENSUAL)
Empleado únicamente	$9.95	$11.95
Familia*	$17.95	$20.95

**La familia incluye al empleado, al cónyuge del empleado, a los hijos de todas las edades, a cualquier dependiente que viva en el grupo familiar del empleado, a los familiares fallecidos y a cualquier familiar mayor de 65 años (independientemente de que viva con el empleado o no).*

Seguro para mascotas

LIBERTY MUTUAL

El seguro para mascotas puede ayudar a que su mascota reciba la mejor atención veterinaria disponible cuando la necesite, reduciendo la carga financiera de los costos médicos inesperados debidos a enfermedades o lesiones. Además, las opciones de bienestar preventivo pueden ayudarlo a adelantarse a cualquier problema potencial.

Detalles del producto

Elegibilidad

- Perros: Edad mínima de 8 semanas
- Gatos: Edad mínima de 8 semanas

Reembolso

- Dependiendo de su póliza, se le reembolsa hasta un determinado porcentaje de los costos por cuenta propia hasta alcanzar su máximo anual

Suscripción

- Problema simplificado
- Las afecciones preexistentes se revisan en el momento de la reclamación

Exclusiones

- Afecciones preexistentes
- Cría/embarazo
- Trasplantes de órganos y tejidos
- Uso profesional o comercial
- Actos ilícitos
- Experimentación e investigación

Regístrese llamando al **844.250.9199** o visite **https://pet.libertymutual.com/**

Opciones de póliza

Liberty Mutual ofrece pólizas personalizables para que los empleados solo paguen por lo que necesitan. Con múltiples opciones de pólizas y la posibilidad de seleccionar el pago de reembolso, el deducible y el máximo anual, los empleados pueden obtener la mejor póliza para proteger a su mascota y sus billeteras.

Accidentes

- Lesiones accidentales (incluso en los dientes permanentes)
- Eutanasia o anestesia
- Gastos de cremación y entierro
- Ingesta de un objeto extraño (hasta un máximo de dos tratamientos por año de póliza)
- Muerte accidental

Accidente y enfermedad

Todo lo cubierto en la póliza de accidentes, más:

- Enfermedades (por ejemplo, cáncer, gripe y tos de las perreras)
- Medicina alternativa
- Terapia del comportamiento
- Afecciones hereditarias y congénitas

Accidente, enfermedad y bienestar

Todo lo cubierto en la póliza de accidente y enfermedad, más los montos de pago fijos para lo siguiente (no está sujeto al deducible ni al máximo anual)

- Exámenes de bienestar
- Desparasitación intestinal
- Limpieza dental de rutina
- Esterilización
- Protección contra pulgas y garrapatas

Elija entre estas opciones:

- Reembolso: 70%, 80% o 90%
- Deducible: $250, $500, o $1,000
- Máximo anual: $5,000, $10,000, o $15,000

Recursos para los empleados

CONNER STRONG & BUCKELEW

Centro de defensa para socios beneficiarios

¡No se pierda en un mar de confusión sobre los beneficios! ¡Con solo una llamada o un clic, Benefits MAC puede guiarlo en el camino!

El centro de defensa para socios beneficiarios ("Benefits MAC"), que se ofrece a través de nuestra relación con Conner Strong & Buckelew, puede ayudarlo a usted y a los familiares cubiertos a informarse sobre sus beneficios. Comuníquese con Benefits MAC para:

- Encontrar respuestas a sus preguntas sobre beneficios
- Buscar proveedores participantes de la red
- Aclarar la información recibida de un proveedor o de su compañía de seguro, como una factura, reclamación o explicación de beneficios (EOB)
- Rescatarlo de un problema de beneficios con el que ha estado lidiando
- ¡Descubrir todo lo que le ofrecen sus planes de beneficios!

Puede comunicarse con Benefits MAC de cualquiera de las siguientes maneras:

- Por teléfono: Llamando al **800.563.9929**, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. (ET)
- A través del sitio web: **www.connerstrong.com/memberadvocacy**
- Por correo electrónico: **cssteam@connerstrong.com**

Los asesores de apoyo a los miembros están disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. (ET). Fuera del horario de atención, podrá dejar un mensaje con un representante en vivo y recibir una respuesta por teléfono o correo electrónico durante el horario de atención, dentro de las 24 a 48 horas posteriores a su consulta.

BenePortal

¡Toda la información de sus beneficios en un mismo sitio!

Los empleados de Southern Land Company tienen acceso a una amplia gama de programas de beneficios valiosos para los empleados. Con BenePortal, usted y sus dependientes pueden repasar las opciones de su plan de beneficios para empleados vigente en línea, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Utilice BenePortal para acceder a los documentos del plan de beneficios, la información de contacto de la empresa aseguradora, formularios, guías, enlaces y demás materiales pertinentes acerca de los beneficios. BenePortal está optimizado para dispositivos móviles, lo que le permite consultar fácilmente sus beneficios desde cualquier lugar. Para acceder rápidamente, simplemente debe añadir el sitio a favoritos desde el navegador de su teléfono o guardarlo en la pantalla de inicio.

Características incluidas en BenePortal:

- Acceso seguro en línea: Sin necesidad de iniciar sesión
- Enlaces directos a sitios de inscripción de beneficios
- Resúmenes del plan
- Recursos de bienestar
- Información de contacto de las aseguradoras
- Formularios para descargar
- GoodRx
- Programa de beneficios extras y descuentos
- ¡Y más!

¡Simplemente visite **www.southernlandbenefits.com** hoy para acceder a la información de sus beneficios!

¡Escanee el código QR con su dispositivo móvil para acceder de inmediato a BenePortal!

Servicios de valor añadido

Beneficios adicionales

Este recurso proporciona una gran variedad de servicios, descuentos y promociones especiales de servicios al usuario, viajes, recreación y mucho más. Para empezar a utilizarlo ahora, acceda al sitio y regístrese.

Para más información, visite:
https://connerstrong.corestream.com

HUSK Marketplace

Lograr una salud y un bienestar óptimos no tiene por qué ser complicado ni costoso. Acceda a los mejores precios exclusivos de algunas de las marcas más importantes de acondicionamiento físico, nutrición y bienestar con HUSK Marketplace.

Visite:
https://marketplace.huskwellness.com/connerstrong

HealthyLearn

Este recurso aborda más de mil temas de salud y bienestar de manera sencilla y directa. La biblioteca a pedido de HealthyLearn incluye toda la información de salud que necesita para estar bien y continuar bien.

Para más información, visite:
https://healthylearn.com/connerstrong

Información de contacto de las aseguradoras

TIPO DE COBERTURA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA/ CONTACTO	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB/CORREO ELECTRÓNICO
Médica/medicamentos recetados/cuenta de reembolso de gastos médicos/odontológica	Blue Cross Blue Shield of Tennessee (BCBST)	800-565-9140	www.bcbst.com
Telemedicina	Teladoc	800-835-2362	www.bcbst.com/Teladoc
Servicios oftalmológicos	VSP	800-877-7195	www.vsp.com
Cuenta de ahorros para gastos médicos	HealthEquity	866-346-5800	www.healthequity.com
Cuenta para el reembolso de la atención de dependientes	HealthEquity	877-924-3967	www.healthequity.com
Seguro de vida básico/AD&D/ discapacidad a largo plazo	Prudential	Reclamaciones de seguro de vida: 800-524-0542 Reclamaciones de discapacidad: 800-842-1718	www.prudential.com
Discapacidad a corto plazo	Southern Land Company	615-778-2656	katie.grooms@southernland.com
Programa de Asistencia al Empleado	GuidanceResources	800-311-4327	www.guidanceresources.com (identificación web: **GEN311**)
Protección contra el robo de identidad	Allstate	800-789-2720	customercare@aip.com
Seguro para mascotas	Liberty Mutual	844-250-9199	https://pet.libertymutual.com/southernland (Código promocional: **southernland**)
Centro de defensa para socios beneficiarios	Conner Strong & Buckelew	800-563-9929	www.connerstrong.com/memberadvocacy

Avisos legales

Elegibilidad
Un empleado elegible con respecto a los programas descritos en esta Guía es cualquier persona designada como elegible para participar y recibir beneficios bajo uno o más de los programas de componentes de beneficios aquí descritos. Los requisitos de elegibilidad y participación pueden variar en función del programa componente concreto. Deberá cumplir los requisitos de elegibilidad de un programa de componentes de beneficios concreto para poder recibir los beneficios de dicho programa. Ciertas personas relacionadas con usted, como su cónyuge o sus dependientes, pueden ser elegibles para la cobertura de determinados programas de componentes de beneficios. Para determinar si usted o sus familiares son elegibles para participar en un programa de componentes de beneficios, lea la información sobre elegibilidad contenida en el Documento del plan para los programas de componentes de beneficios aplicables.

Aviso de inscripción especial conforme a la HIPAA
Pérdida de otra cobertura (con excepción de Medicaid o de un Programa de Seguro Médico Infantil estatal). Si decide no inscribirse usted o un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras otra cobertura de seguro médico o plan de salud grupal (incluida la cobertura de Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria, [COBRA, por sus siglas en inglés]) está vigente, podrán inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura (o si la Compañía deja de contribuir hacia la otra cobertura suya o del dependiente). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días luego del cese de su otra cobertura o la de sus dependientes (o luego de que el empleador deje de hacer aportes a la otra cobertura). Si solicita un cambio en el período de tiempo correspondiente, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción. Cuando la pérdida de otra cobertura es la cobertura de COBRA, entonces todo el período de COBRA debe agotarse para que la persona tenga otro derecho de inscripción especial conforme al Plan. En general, el agotamiento significa que la cobertura de COBRA finaliza por un motivo distinto a la falta de pago de las primas de COBRA o por justa causa (es decir, presentación de una reclamación fraudulenta). Esto significa que, por lo general, debe completarse todo el período de COBRA de 18 meses, 29 meses o 36 meses a fin de activar una inscripción especial por pérdida de otra cobertura.
Pérdida de la elegibilidad de Medicaid o de un Programa de Seguro Médico Infantil estatal. Si rechaza la inscripción para sí mismo o para un dependiente que reúna los requisitos (incluido su cónyuge) mientras esté vigente la cobertura de Medicaid o la de un programa de seguro médico infantil (CHIP, por sus siglas en inglés) estatal, podrá inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en el plazo de 60 días a partir del cese de su cobertura o de la cobertura de sus dependientes que corresponde a Medicaid o a un CHIP. Si solicita un cambio en el período de tiempo correspondiente, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción.
Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción. Si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, podrá inscribirse e inscribir a sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días contados a partir del matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción. Si solicita un cambio en el período de tiempo correspondiente, la cobertura entrará en vigor en la fecha de nacimiento, adopción o entrega en adopción.
En el caso de un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción.
Elegibilidad para Medicaid o para un Programa de Seguro Médico Infantil estatal. Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) son elegibles para un subsidio estatal de asistencia con el pago de las primas de Medicaid o a través de un Programa de Seguro Médico Infantil estatal (CHIP) con respecto a la cobertura conforme a este plan, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días contados a partir de la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para recibir dicha asistencia. Si solicita un cambio en el período de tiempo correspondiente, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción.

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con RR. HH.

Aviso de la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos
De acuerdo con la ley federal, los planes de salud de grupo y los emisores de seguros de salud que ofrecen seguros de salud de grupo generalmente no pueden restringir los beneficios para cualquier hospitalización relacionada con el parto para la madre o el niño recién nacido pasadas menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, el plan o emisor puede pagar una hospitalización más corta si el médico tratante (por ejemplo, su médico, enfermera, [o partera], o un asistente médico), después de consultar con la madre, da de alta a la madre o al recién nacido antes.
Además, según la ley federal, los planes y las aseguradoras no pueden establecer el nivel de beneficios o los costos por cuenta propia de manera que cualquier período adicional de la hospitalización de 48 horas (o 96 horas) sea tratada de manera menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier período anterior de la hospitalización.

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer
Si usted se sometió o se someterá a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés). Para las mujeres que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, se brindará cobertura de la manera que se determine tras consultar con el médico tratante y la paciente respecto a lo siguiente:

- todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- la cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico; implantes; y
- el tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos linfedemas.

Estos beneficios se brindarán sujetos a los mismos deducibles, copagos y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos ofrecidos en su plan médico. Para obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con el administrador de su plan médico.

Aviso importante de Southern Land Company, Inc. sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare
Lea este aviso detenidamente y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo fácilmente. Este aviso contiene información acerca de su cobertura actual de medicamentos recetados con Southern Land Company, Inc., y acerca de sus opciones derivadas de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare o no. Si está considerando la posibilidad de inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos cuáles medicamentos están cubiertos y cuál es el costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso puede encontrar información acerca de dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos recetados.
Hay dos cosas importantes que debe saber acerca de su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- En el 2006, se puso a disposición de cualquier persona que tuviera Medicare la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o un PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare ofrecen como mínimo el nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen más cobertura por una prima mensual más alta.
- BlueCross BlueShield of TN (BCBST) ha determinado que se prevé que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan de Southern Land Company pague, en promedio para todos los participantes del plan, lo mismo que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y por lo tanto se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es cobertura acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

¿Cuándo se puede inscribir en un plan de medicamentos recetados de Medicare?
Se puede inscribir en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando pasa a ser elegible para Medicare por primera vez y cada año posterior, en el período del 15 de octubre al 7 de diciembre.
No obstante, si por algún motivo que no fuera culpa suya, pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados, también será elegible para inscribirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare en un período de inscripción especial (SEP, por sus siglas en inglés) de dos (2) meses.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare?
Si decide inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, su plan actual con BCBST no se verá afectado.
Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y abandona su cobertura actual de BCBSKC, debe tener en cuenta que usted y sus dependientes no podrán volver a inscribirse en esta cobertura hasta la próxima inscripción abierta.

¿Cuándo pagaría una prima más alta (multa) para inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare?
También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con BCBST y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare en un plazo de 63 días seguidos luego del cese de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Avisos legales

Si no tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, su prima mensual puede ser un 1% más alta que la prima base mensual de beneficiarios de Medicare por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podría ser hasta un 19% más alta que la prima base de beneficiarios de Medicare.

Tendría que pagar esta prima más alta (multa) durante todo el tiempo que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, también tendría que esperar hasta el próximo octubre para inscribirse.

Para más información acerca de este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados...
Comuníquese con la persona que se menciona más abajo para obtener más información.
NOTA: Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período de inscripción para planes de medicamentos recetados de Medicare y si esta cobertura a través de BCBST cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Más información acerca de sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
En el folleto "Medicare y usted" puede encontrar información más detallada acerca de los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Medicare le enviará por correo una copia del folleto todos los años. También podría ser contactado directamente por los planes de medicamentos recetados de Medicare.

- Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:
- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa de Asistencia de Seguros Médicos de su estado (consulte la contraportada de su copia del folleto "Medicare y usted", donde encontrará el número de teléfono) 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 tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información acerca de esta ayuda adicional, visite el sitio web del seguro social en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos recetados de Medicare, se le podría exigir que presente una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no cobertura acreditable y por lo tanto si tiene la obligación de pagar una prima más alta (multa).

Fecha:	Septiembre del 2024
Nombre de la entidad/remitente:	Southern Land Company
Puesto/cargo del contacto:	Becca Reilly, directora de Recursos Humanos
Dirección:	3990 Hillsboro Pike, Suite 400 Nashville, TN 37215
Teléfono:	615-778-3151 |
Correo electrónico:	becca.reilly@southernland.com

Disponibilidad del resumen de la información médica
Como empleado, los beneficios de salud a su disposición representan un componente significativo de su paquete de compensación. También le brindan protección importante para usted y su familia en caso de enfermedad o lesiones. Su plan ofrece una serie de opciones de cobertura de salud. La elección de una opción de cobertura de salud es una decisión importante. Para ayudarlo a efectuar una elección informada, su plan pone a disposición un Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés), que resume información importante sobre cualquier opción de cobertura de salud en un formato estándar para ayudarlo a comparar las opciones.
El SBC está disponible en la www.southernlandbenefits.com. También puede obtener una copia en físico, sin cargo, comunicándose con el departamento de Recursos Humanos.

Asistencia con el pago de las primas de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP)
Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) y usted es elegible para la cobertura médica a cargo de su empleador, el estado puede tener un programa de asistencia con el pago de las primas que puede ayudar a pagar la cobertura, usando fondos de los programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para inscribirse en Medicaid o en el CHIP, no serán elegibles para participar en estos programas de asistencia con el pago de las primas, pero es posible que pueda adquirir una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

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

Si usted o sus dependientes actualmente NO están inscritos en Medicaid o el CHIP y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o del CHIP de su estado o marque 1-877-KIDS NOW o ingrese a www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar la solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si existe algún programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de planes patrocinados por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir la asistencia con el pago de las primas de Medicaid o del CHIP, además de ser elegibles para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan que este ofrece si aún no está inscrito. Esto se denomina una oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se determine su elegibilidad para recibir asistencia con el pago de las primas. Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo a través de Internet en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es la lista de estados vigente a partir del 31 de julio del 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA: Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/
Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA: Medicaid
El programa de pago de primas de seguros médicos de AK
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

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

CALIFORNIA: Medicaid
Programa de Pagos de Primas de Seguros Médicos (HIPP, por sus siglas en inglés)
http://dhcs.ca.gov/hipp
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO: Health First Colorado (programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+, por sus siglas en inglés)
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/
Centro de atención para miembros de Health First Colorado:
1-800-221-3943/Servicio de retransmisión estatal 711
CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus
Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de retransmisión estatal 711
Programa de Pago por el Estado (Buy-In) de Seguro Médico (HIBI, por sus siglas en inglés):
https://www.mycohibi.com/
Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA: Medicaid
Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html
Teléfono: 1-877-357-3268

Avisos legales

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

INDIANA: Medicaid
Programa de Pagos de Primas de Seguros Médicos
Todos los demás sitios web de Medicaid: https://www.in.gov/medicaid/
http://www.in.gov/fss/dfr/
Administración de Servicios Sociales y Familiares
Teléfono: 1-800-403-0864
Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584

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

KANSAS: Medicaid
Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/
Teléfono: 1-800-792-4884
Teléfono del HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY: Medicaid
Programa de pago de primas de seguros médicos integrados de Kentucky (KI-HIPP, por sus siglas en inglés) Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx
Teléfono: 1-855-459-6328
Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Kentucky Medicaid: https://chfs.ky.gov/agencies/dms

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

MAINE: Medicaid
Sitio web de inscripción: www.mymaineconnection.gob/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Retransmisión de Maine 711
Página web sobre primas de seguros médicos privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms
Teléfono: 800-977-6740 TTY: Retransmisión de Maine 711

MASSACHUSETTS: Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa
Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711
Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA: Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/
Teléfono: 1-800-657-3672

MISSOURI: Medicaid
Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm
Teléfono: 1-573-751-2005

MONTANA: Medicaid
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP
Teléfono: 1-800-694-3084
Correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA: Medicaid
Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov
Teléfono: 855-632-7633
Lincoln: 402-473-7000
Omaha: 402-495-1178

NEVADA: Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov
Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
NEW HAMPSHIRE: Medicaid
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program
Teléfono: 603-271-5218
Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218
Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NEW JERSEY: Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
Teléfono: 800-356-1561
Teléfono de la asistencia con el pago de las primas del CHIP: 609-631-2392
Sitio web del CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html
Teléfono del CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)

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

CAROLINA DEL NORTE: Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/
Teléfono: 919-855-4100

DAKOTA DEL NORTE: Medicaid
Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare
Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA: Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org
Teléfono: 1-888-365-3742

OREGÓN: Medicaid y CHIP
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx
Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA: Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html
Teléfono: 1-800-692-7462
Sitio web del CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html
Teléfono del CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/
Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311
(línea directa de RIte Share)

CAROLINA DEL SUR: Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov
Teléfono: 1-888-549-0820

DAKOTA DEL SUR: Medicaid
Sitio web: http://dss.sd.gov
Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS: Medicaid
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program
Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH: Medicaid y CHIP
Asociación de Primas de Utah (UPP, por sus siglas en inglés) para el seguro médico
Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/
Correo electrónico: upp@utah.gov
Teléfono: 1-888-222-2542
Sitio web del programa Adult Expansion: https://medicaid.utah.gov/expansion/
Sitio web del programa Utah Medicaid Buyout: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/
Sitio web del CHIP: https://chip.utah.gov/

VERMONT: Medicaid
Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program
Teléfono: 1-800-562-3022

VIRGINIA: Medicaid y CHIP
Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select
https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs
Teléfono: 1-800-432-5924

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

VIRGINIA OCCIDENTAL: Medicaid y CHIP
Sitio web: http://mywvhipp.com/ y https://dhhr.wv.gov/bms/
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700
Teléfono para llamadas gratis al CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

Avisos legales

WISCONSIN: Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm
Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING: Medicaid
Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/
Teléfono: 800-251-1269

Para averiguar si algún otro estado agregó un programa de asistencia con el pago de las primas después del 31 de julio del 2024 o para obtener más información sobre derechos especiales de inscripción, comuníquese con el siguiente contacto:

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

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

Resúmenes de Beneficios y Cobertura
Los Resúmenes de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) requeridos por el gobierno, que resumen la información importante sobre sus opciones de planes médicos de Blue Cross Blue Shield of Tennessee, están disponibles tanto en nuestra intranet como en su portal para miembros en www.bcbst.com. También puede solicitar una copia en físico.

Aviso general de continuación de cobertura en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA)
Usted recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura en virtud de un plan de salud de Southern Land Company (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a la continuación de cobertura en virtud de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura en virtud del plan. Este aviso explica la continuación de cobertura en virtud de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia y qué necesita hacer para proteger su derecho a obtenerla. Cuando es elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de cobertura en virtud de COBRA. El derecho a la continuación de cobertura en virtud de COBRA se creó mediante una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de cobertura en virtud de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de la familia cuando la cobertura médica grupal finaliza. Para obtener más información acerca de sus derechos y deberes en virtud del plan y de la ley federal, debe revisar la Descripción del resumen del plan o comunicarse con el administrador del plan.

Puede tener otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud colectiva. Por ejemplo, puede ser elegible para adquirir un plan individual mediante el Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura mediante el Mercado, puede ser elegible para obtener costos más bajos en sus primas mensuales y reducir los costos por cuenta propia. Además, puede optar por un período de 30 días de inscripción especial para otro plan de salud colectivo para el cual sea elegible (tal como un plan del cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta personas inscritas de forma tardía.

¿Qué es la continuación de cobertura en virtud de COBRA?
La continuación de cobertura en virtud de COBRA es una continuación de la cobertura del plan cuando finaliza por un evento de vida. Esto también se denomina un "evento admisible". Los eventos específicos admisibles se mencionan más adelante en este aviso. Después de un evento admisible, la continuación de cobertura en virtud de COBRA se debe ofrecer a cada persona que sea un "beneficiario admisible". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios admisibles si la cobertura en virtud del plan se pierde debido a un evento admisible. En virtud del plan, los beneficiarios admisibles que eligen la continuación de cobertura en virtud de COBRA deben pagar la continuación de cobertura en virtud de COBRA.

Si es un empleado, será un beneficiario admisible si pierde su cobertura en virtud del plan debido a los siguientes eventos admisibles:
- sus horas de empleo se reducen; o
- su empleo finaliza por cualquier otro motivo que no sea conducta indebida.

Si es el cónyuge de un empleado, será un beneficiario admisible si pierde su cobertura en virtud del plan debido a los siguientes eventos admisibles:
- su cónyuge muere;
- las horas de empleo de su cónyuge se reducen;
- el empleo de su cónyuge finaliza por cualquier otro motivo que no sea conducta indebida;
- su cónyuge tiene derecho a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A o Parte B, o ambas); o
- se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes serán beneficiarios admisibles si pierden su cobertura en virtud del plan debido a los siguientes eventos admisibles:
- el padre-empleado muere;
- las horas de empleo del padre-empleado se reducen;
- el empleo del padre-empleado finaliza por cualquier otro motivo que no sea conducta indebida;
- el padre-empleado tiene derecho a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A o Parte B, o ambas);
- los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- el niño deja de ser elegible para la cobertura en virtud del plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo estará disponible la cobertura en virtud de COBRA?
El plan ofrecerá la continuación de cobertura en virtud de COBRA a beneficiarios admisibles solo después de que el administrador del plan haya sido notificado de que ocurrió un evento admisible. El empleador debe notificar al administrador del plan de los siguientes eventos admisibles:
- la finalización del empleo o la reducción de horas de empleo;
- la muerte del empleado;
- el derecho del empleado a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A o Parte B, o ambas).

Para el resto de eventos admisibles (divorcio o separación legal del empleado y la pérdida de elegibilidad del cónyuge o un hijo dependiente para cobertura como dependiente), debe notificar al administrador del plan en un plazo de 60 días después de que ocurre el evento admisible. Debe proporcionar este aviso al departamento de Recursos Humanos de Southern Land Company. Para conocer los procedimientos de información adicional y la información/documentación requerida, póngase en contacto con Recursos Humanos.

¿Cómo se proporciona la continuación de cobertura en virtud de COBRA?
Una vez que el administrador del plan recibe el aviso de que ocurrió un evento admisible, la continuación de cobertura en virtud de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios admisibles. Cada beneficiario admisible tendrá el derecho independiente para elegir la continuación de cobertura en virtud de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de cobertura en virtud de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres pueden elegir la continuación de cobertura en virtud de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de cobertura en virtud de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos admisibles, o un segundo evento admisible durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También existen formas en que este período de 18 meses de continuación de cobertura en virtud de COBRA puede extenderse:

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la continuación de cobertura
Si el seguro social determina que usted o cualquier familiar cubierto por el Plan está discapacitado y usted notifica al administrador del plan de forma oportuna, usted y su familia completa pueden tener derecho a obtener 11 meses adicionales de la continuación de cobertura en virtud de COBRA, hasta un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de la continuación de cobertura en virtud de COBRA y debe durar al menos hasta la finalización del período de 18 meses de la continuación de cobertura en virtud de COBRA.

Extensión por segundo evento admisible del período de 18 meses de la continuación de cobertura
Si su familia experimenta otro evento admisible durante los 18 meses de continuación de cobertura en virtud de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de cobertura en virtud de COBRA, hasta un máximo de 36 meses, si se notificó adecuadamente al plan acerca del segundo evento admisible. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que obtiene la continuación de cobertura en virtud de COBRA si el empleado o anterior empleado muere, tiene derecho a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A o Parte B, o ambas), se divorcia o separa legalmente o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si un segundo evento admisible hubiese causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiese la cobertura en virtud del plan si el primer evento admisible no hubiese ocurrido.

Avisos legales

¿Existen otras opciones de cobertura además de la continuación de cobertura en virtud de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de cobertura en virtud de COBRA, pueden existir otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicaid, Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) u otras opciones de planes de cobertura de salud grupal (tal como el plan del cónyuge) a través de lo que se denomina un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura en virtud de COBRA. Puede obtener más información acerca de estas opciones en www.healthcare.gov.

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

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza el primero de los siguientes:

- el mes siguiente a la finalización de su empleo; o
- el mes siguiente a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la continuación de cobertura en virtud de COBRA en su lugar, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y puede tener una brecha en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la continuación de cobertura en virtud de COBRA y posteriormente se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de cobertura en virtud de COBRA, el Plan puede finalizar su continuación de cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura en virtud de COBRA no puede interrumpirse por tener derecho a Medicare, aunque se inscriba en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura en virtud de COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de cobertura en virtud de COBRA como en la de Medicare, generalmente Medicare pagará primero (pagador primario) y la continuación de cobertura en virtud de COBRA pagará en segundo lugar. Algunos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si usted no está inscrito en Medicare. Para obtener más información, visite https://www.medicare.gov/medicare-and-you.

Si tiene preguntas

Preguntas acerca de su plan o sus derechos de continuación de cobertura en virtud de COBRA debe dirigirse al contacto o los contactos identificados más abajo. Para obtener más información acerca de sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado (ERISA), incluidas COBRA, la Ley de protección al paciente y atención médica asequible, y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados (EBSA) del Departamento del Trabajo en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números telefónicos de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para mayor información acerca del Mercado de seguros, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga informado a su plan acerca de cualquier cambio de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del plan acerca de cualquier cambio en la dirección de los miembros de la familia. También debería conservar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al administrador.

Información de contacto del plan:

Fecha: 1.º de enero del 2025
Southern Land Company
Becca Reilly, directora de Recursos Humanos
3990 Hillsboro Pike, Suite 400, Nashville, TN 37215
Tel: 615-778-3151 | Correo electrónico: becca.reilly@southernland.com

Modelo de aviso de divulgación sobre la protección del paciente contra la facturación sorpresa. Instrucciones para planes de salud grupal y emisores de seguros médicos (para uso en los años del plan que comiencen a partir del 1.º de enero del 2023)

La ley federal exige que los planes de salud grupal y los emisores de seguros médicos que ofrecen cobertura de seguro médico grupal o individual pongan a disposición del público, publiquen en un sitio web público del plan o del emisor, e incluyan en cada explicación de los beneficios de un artículo o servicio al que se apliquen los requisitos de la sección 9816 del Código de Rentas Internas (el Código), la sección 716 de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado (ERISA) y la sección 2799A-1 de la Ley de Servicios de Salud Pública (Ley PHS), información en lenguaje sencillo sobre:

1. las restricciones federales sobre la facturación de saldos en determinadas circunstancias;
2. las protecciones de las leyes estatales aplicables contra la facturación de saldos;
3. los requisitos de la sección 9816 del Código, la sección 716 de ERISA y la sección 2799A-1 de la Ley PHS; e
4. información sobre cómo comunicarse con las agencias estatales y federales apropiadas si una persona cree que un proveedor o centro ha infringido las restricciones contra la facturación de saldos.

Los planes y emisores pueden, pero no están obligados, a utilizar este modelo de aviso para cumplir con estos requisitos de divulgación. Para utilizar este documento de forma adecuada, el plan o emisor debe revisarlo, completarlo y proporcionarlo de forma coherente con la legislación estatal y federal aplicable. Los Departamentos de Salud y Servicios Humanos, de Trabajo y del Tesoro (los Departamentos) consideran que el uso de este modelo de aviso, de acuerdo con estas instrucciones, constituye un cumplimiento de buena fe de los requisitos de divulgación de la sección 9820(c) del Código, de la sección 720(c) de ERISA y de la sección 2799A-5(c) de la Ley PHS, si se cumplen todos los demás requisitos aplicables.

Si un estado desarrolla un lenguaje modelo o requerido para su aviso de divulgación que sea coherente con la sección 9820(c) del Código, la sección 720(c) de ERISA y la sección 2799A-5(c) de la Ley PHS, los Departamentos considerarán que un plan o emisor que utilice de buena fe el lenguaje desarrollado por el estado cumple con el requisito federal de incluir información sobre las protecciones de la ley estatal.

Acceso a los idiomas

Cumplimiento de las leyes federales de derechos civiles

Las entidades que obtienen ayuda financiera federal deben cumplir con las leyes federales de derechos civiles que prohíben la discriminación. Estas leyes incluyen la sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible, el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973. La sección 1557 y el título VI exigen que las entidades cubiertas tomen medidas razonables para garantizar un acceso significativo a las personas con un dominio limitado del inglés, lo que puede incluir la oferta de servicios de asistencia lingüística, como la traducción de contenidos escritos a idiomas distintos del inglés.

Las secciones 1557 y 504 exigen a las entidades cubiertas que tomen las medidas oportunas para garantizar una comunicación eficaz con las personas con discapacidad, incluida la prestación de ayudas y servicios auxiliares adecuados. Las ayudas y servicios auxiliares pueden incluir intérpretes, materiales con letra de imprenta grande, tecnología de información y comunicación accesible, subtitulado abierto y cerrado, y otras ayudas o servicios para personas ciegas o con baja visión, o sordas o con problemas de audición. La información proporcionada a través de la tecnología de la información y la comunicación también debe ser accesible para personas con discapacidades, a menos que se apliquen ciertas excepciones. Se recuerda a los planes y emisores que el aviso de divulgación debe cumplir con las normas de acceso a los idiomas estatales o federales aplicables.

Uso de un lenguaje sencillo

Se anima a los planes y emisores a utilizar un lenguaje sencillo en el aviso de divulgación y a comprobar la claridad y facilidad de uso del aviso cuando sea posible. Recursos de lenguaje sencillo, accesibilidad y acceso a los idiomas:

- Plainlanguage.gov/guidelines
- Section508.gov
- LEP.gov

NOTA: La información proporcionada en estas instrucciones pretende ser solo un resumen general de las normas técnicas legales. No pretende sustituir a las leyes, reglamentos u orientaciones políticas formales en las que se basa. Consulte las leyes, reglamentos y otros materiales interpretativos aplicables para obtener información completa y actualizada.

NO INCLUYA ESTAS INSTRUCCIONES CON EL AVISO DE DIVULGACIÓN QUE SE ENTREGA A LOS PARTICIPANTES, BENEFICIARIOS O INSCRITOS.

Declaración de la ley de reducción de documentación

De acuerdo con la Ley de Reducción de Documentación de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y presupuesto (OMB). El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1401. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 3.5 horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información.
Si tiene comentarios

Avisos legales

sobre la exactitud de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención de: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26- 05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra la facturación de saldos. En estos casos, no se le debería cobrar más que los copagos, el coaseguro y/o el deducible de su plan.

¿Qué es la "facturación de saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?
Cuando acude a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos por cuenta propia, como un copago, un coaseguro o un deducible. Es posible que tenga costos adicionales o que tenga que pagar toda la factura si acude a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" significa proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud para prestar servicios. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama "facturación del saldo". Este monto es probablemente superior a los costos de la red por el mismo servicio y podría no contar para el deducible de su plan o el límite anual de gastos por cuenta propia.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red pero inesperadamente es atendido por un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares, dependiendo del procedimiento o servicio.

Usted está protegido de la facturación del saldo para:
Servicios de emergencia
Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que le pueden facturar es el monto de costo compartido de su plan (como copagos, coaseguros y deducibles). **No se le puede** facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo de estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red
Cuando reciba servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, algunos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que pueden facturar esos proveedores es el monto de costo compartido de su plan en red. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencias, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, médico hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le exigirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldos, usted también tiene estas protecciones:
- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coaseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente cualquier costo adicional a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe:
  * cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (también conocido como "autorización previa");
  * cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red;
  * basar lo que usted debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios;
  * contar cualquier cantidad que pague por los servicios de emergencia o por los servicios fuera de la red para el deducible y el límite de gastos por cuenta propia dentro de la red.

Si cree que le han facturado erróneamente, el número de teléfono federal para información y quejas es: 1-800-985-3059.

Visite www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley federal.

Avisos legales

PARTE A: Información general
Aunque le ofrezcan cobertura médica a través de su empleador, puede tener otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos (el "Mercado"). Para ayudarle con su evaluación de las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura médica que se ofrece a través de su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?
El Mercado de Seguros está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único" para encontrar y comparar las opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro médico en el Mercado?
Es posible que sea elegible para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos por cuenta propia, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). El ahorro para el que es elegible depende de los ingresos de su grupo familiar. También podría ser elegible para un crédito tributario que disminuye sus costos.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para ahorros en la prima a través del Mercado?
Sí. Si su empleador ofrece una cobertura médica que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal, o el pago anticipado del crédito fiscal, para su cobertura del Mercado de Seguros y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, podría ser elegible para un crédito tributario y pagos anticipados del crédito que disminuye su prima mensual o una reducción de ciertos costos compartidos si su empleador no ofrece ninguna cobertura o no ofrece cobertura que sea considera asequible para usted o que cumple con ciertas normas de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que le ofrecen a través de su empleo es superior al 9.12% de los ingresos anuales de su grupo familiar, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma del "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, podría ser elegible para un crédito tributario, y el pago anticipado del crédito, si no se inscribe en la cobertura médica basada en el empleo. Para los familiares del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los familiares no supera el 9.12% de los ingresos del grupo familiar del empleado.

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica ofrecida a través de su empleo, entonces podría perder el acceso a lo que el empleador aporte a la cobertura basada en el empleo. Además, los aportes del empleador, así como los aportes del empleado a la cobertura basada en el empleo, a menudo se excluyen de los ingresos a los efectos de la carga impositiva sobre la renta del Gobierno federal y estatal. Los pagos para la cobertura a través del Mercado se hacen sobre los ingresos después de la deducción de los impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura médica ofrecida a través de su empleador no cumple las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero usted acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito tributario. Debe tener en cuenta todos estos factores a la hora de decidir si adquiere un plan de salud a través del Mercado de Seguros.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de seguro médico a través del Mercado?
Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el período anual de inscripción abierta del Mercado. La inscripción abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1.º de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre. Fuera del período de inscripción abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si reúne los requisitos para acogerse a un período de inscripción especial. En general, usted reúne los requisitos para un período de inscripción especial si ha tenido ciertos eventos de vida admisibles, como casarse, tener un bebé, adoptar un hijo o perder la elegibilidad para otra cobertura médica.

Dependiendo del tipo de período de inscripción especial, puede tener 60 días antes o 60 días después del evento de vida admisible para inscribirse en un plan del Mercado. También existe un período de inscripción especial en el Mercado para las personas y sus familias que pierdan la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) a partir del 31 de marzo del 2023 y hasta el 31 de julio del 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública por la COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que se haya inscrito a partir del 18 de marzo del 2020 hasta el 31 de marzo del 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo del 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. está ofreciendo un período de inscripción especial temporal en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado. Las personas elegibles para el Mercado que vivan en estados atendidos por HealthCare.gov y que presenten una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo del 2023 y el 31 de julio del 2024, y acrediten una fecha de finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período de tiempo, son elegibles para un período de inscripción especial de 60 días. Esto significa que si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo del 2023 y el 31 de julio del 2024, podrá inscribirse en la cobertura del Mercado en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que perdió la cobertura de Medicaid o CHIP. Además, si usted o sus familiares están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante que se asegure de que su información de contacto está actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al centro de llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué hay de las alternativas a la cobertura de seguros médicos del Mercado?
Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan médico de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un período de inscripción especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, dispone de 60 días tras la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo y el 10 de julio del 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre del 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o su plan de salud basado en el empleo. Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitándolo directamente a través de la agencia estatal de Medicaid. Visite https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/gettingmedicaid-chip/ para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?
Para obtener más información acerca de la cobertura ofrecida a través de su empleo, consulte la descripción resumida del plan de salud o comuníquese con el Mercado, esto puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluido el formulario de inscripción en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto del Mercado de Seguros Médicos de su área.

PARTE B: Información acerca de la cobertura médica ofrecida por su empleador
Esta sección contiene información acerca de toda cobertura médica ofrecida por su empleador. Si usted decide completar una solicitud para cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está enumerada de manera que se corresponda con la solicitud del Mercado.

Avisos legales

3. Nombre del empleador Redwood-SLC Holdings, LLC.		4. Número de identificación del empleador (EIN) 86-3529899
5. Dirección del empleador 3990 Hillsboro Pike, Suite 400		6. Número de teléfono del empleador 615-778-3151
7. Ciudad Nashville	8. Estado TN	9. Código postal 37215
10. ¿Con quién nos podemos comunicar en este empleo acerca de su cobertura médica del empleado? Becca Reilly, directora principal de personas y cultura		
11. Número de teléfono (si no es diferente del anterior)		12. Dirección de correo electrónico becca.reilly@southernland.com

El plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la parte del plan de los costos de beneficios totales permitidos cubiertos por el plan es de no menos del 60% de dichos costos (sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

SOUTHERN LAND COMPANY

Southern Land Company se reserva el derecho de modificar, enmendar, suspender o cancelar cualquier plan, en su totalidad o en parte, en cualquier momento. La información que contiene esta guía de inscripción se presenta con fines ilustrativos y se basa en la información proporcionada por el empleador. El texto contenido en esta guía se tomó de varias descripciones de resúmenes de planes e información sobre beneficios. Aunque se ha hecho todo lo posible para informar con precisión sobre sus beneficios, siempre se pueden presentar discrepancias o errores. En caso de discrepancia entre la guía y los documentos del plan real, prevalecerán los documentos del plan real. Si tiene alguna pregunta acerca de la guía, comuníquese con Recursos Humanos.