

TOBA Inc.

GUÍA DE BENEFICIOS 2026



En TOBA Inc., estamos comprometidos a ofrecer un paquete de beneficios integral y asequible para usted y su familia. Revise esta guía para conocer sus opciones y así aprovechar al máximo los beneficios de TOBA Inc. Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con Courtney Alexander al **308-389-5992** o calexander@tobafoods.com.



Tabla de Contenidos	
Acerca de Sus Beneficios	1
Cobertura Médica	2
Costo de Cobertura Médica	6
Cobertura de Medicamentos Recetados	7
Detalles Médicos Clave Adicionales	8
Cobertura Dental	12
Cobertura de Visión	13
Cuentas de Gastos	14
Vida, AD&D	15
Vida Voluntaria, AD&D	17
Plan Voluntario de Accidentes	20
Indemnización Hospitalaria Voluntaria	21
Programa de Asistencia al Empleado	23
Información de Contacto	25
Avisos Legales	26

Elegibilidad e inscripción

Usted es elegible para participar en los beneficios de TOBA si es un empleado de tiempo completo que trabaja al menos 30 horas por semana. Si se inscribe en los beneficios, también puede cubrir a su:

- Cónyuge legal (en todas las líneas excepto médico si se le ofrece en otro lugar)
- Niños hasta los 26 años
- Hijos solteros de cualquier edad con discapacidades mentales o físicas

Sus beneficios comienzan el primer día del mes siguiente a los 60 días a partir de la fecha de contratación.

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o adquiere elegibilidad para Medicare dentro de los próximos 12 meses, una ley federal le otorga más alternativas acerca de su cobertura para medicamentos recetados. Por favor, consulte la página 32-33 donde comienza el Aviso de cobertura acreditable para obtener más detalles.

Realizar cambios en sus beneficios

Cada año, usted tiene la oportunidad de realizar cambios en sus beneficios durante la inscripción abierta. Usted puede realizar cambios a mitad de año en sus beneficios únicamente si tiene un evento de vida calificado. Ejemplos de eventos de vida calificados incluyen:

- Matrimonio o divorcio
- Nacimiento o adopción de un hijo
- Cambio en el estado de elegibilidad de un dependiente
- Cambio en la situación laboral de usted o sus dependientes que provoque la pérdida o ganancia de cobertura
- Fallecimiento de un dependiente

Tiene 30 días a partir de la fecha del evento para comunicarse con Recursos Humanos y realizar el cambio. Tenga en cuenta que los cambios que realice deben estar directamente relacionados con el evento.

Por favor, programe una cita con Enrollment Alliance para que pueda inscribirse en línea o con un asesor de inscripción.



Cobertura Médica

El plan médico de TOBA será administrado a través de Auxiant. Usted tiene la opción de dos planes médicos a través de Auxiant, el Plan Core y el Plan Buy Up. Revise la tabla a continuación para conocer el monto que pagará por el servicio médico indicado para el Plan Core.

PLAN CORE (HDHP)		
Auxiant / Midlands Elección o First Health		
	Nivel 1 Proveedores dentro de la red	Nivel 2 Proveedores fuera de la red
Tipo de deducible	INTEGRADO	
Individual Deductible	\$3,400	\$6,400
Deducible familiar	\$6,600	\$12,800
Coaseguro (monto que paga después del deducible)	10%	50%
Máximo de desembolso individual	\$5,000	\$15,000
Desembolso máximo familiar	\$10,000	\$30,000
Servicios de oficina de atención primaria	Copago de \$20 después del deducible	Deducible / Coaseguro
Servicios de consultorio médico especializado	Copago de \$50 después del deducible	Deducible / Coaseguro
Sala de emergencias	Deducible / Coaseguro	Deducible / Coaseguro
Laboratorio / Imágenes (resonancia magnética, rayos X)	Deducible / Coaseguro	Deducible / Coaseguro
Hospitalización: con Focus Health (proveedor preferido)	Deducible / Coaseguro	Deducible / Coaseguro
Hospitalización: sin Focus Health (proveedor no preferido)	\$1,000 de copago y deducible / coaseguro	
Hospital ambulatorio: con Focus Health (proveedor preferido)	Deducible / Coaseguro	Deducible / Coaseguro
Hospital ambulatorio: sin Focus Health (proveedor no preferido)	\$1,000 de copago y deducible / coaseguro	
Terapia de salud mental	Deducible / Coaseguro	Deducible / Coaseguro

Encontrar proveedores dentro de la red

Es muy fácil encontrar un proveedor de la red Midlands Premier utilizando el directorio de proveedores en línea en www.midlandschoice.com. El directorio en línea incluye la información más detallada disponible para proveedores.

También puede llamar a Midlands Premier al **1-800-605-8259**. Cuando busque atención fuera del estado debido a viajes o estudios, su red de proveedores preferida es First Health. Puede comunicarse con First Health al **1-800-226-5116**. El directorio de proveedores se encuentra en www.myfirsthealth.com.





Cobertura Médica

El plan médico de TOBA será administrado a través de Auxiant. Usted tiene la opción de dos planes médicos a través de Auxiant, el Plan Core y el Plan Buy Up. Revise la tabla a continuación para conocer el monto que pagará por el servicio médico indicado para el Plan Buy Up.

Plan Buy Up (PPO)		
Auxiant / Midlands Elección o First Health		
	Nivel 1 Proveedores dentro de la red	Nivel 2 Proveedores fuera de la red
Tipo de deducible	INTEGRADO	
Individual Deductible	\$1,400	\$5,720
Deducible familiar	\$2,800	\$11,440
Coaseguro (monto que paga después del deducible)	20%	50%
Máximo de desembolso individual	\$2,140	\$10,000
Desembolso máximo familiar	\$4,280	\$20,000
Servicios de oficina de atención primaria	Copago de \$10	Deducible / Coaseguro
Servicios de consultorio médico especializado	Copago de \$25	Deducible / Coaseguro
Sala de emergencias	Copago de \$500	Deducible / Coaseguro
Laboratorio / Imágenes (resonancia magnética, rayos X)	Copago de \$50	Deducible / Coaseguro
Hospitalización: con Focus Health (proveedor preferido)	Deducible / Coaseguro	Deducible / Coaseguro
Hospitalización: sin Focus Health (proveedor no preferido)	\$1,000 de copago y deducible / coaseguro	
Hospital ambulatorio: con Focus Health (proveedor preferido)	Deducible / Coaseguro	Deducible / Coaseguro
Hospital ambulatorio: sin Focus Health (proveedor no preferido)	\$1,000 de copago y deducible / coaseguro	
Terapia de salud mental	Deducible / Coaseguro	Deducible / Coaseguro

Encontrar proveedores dentro de la red

Es muy fácil encontrar un proveedor de la red Midlands Premier utilizando el directorio de proveedores en línea en www.midlandschoice.com. El directorio en línea incluye la información más detallada disponible para proveedores.

También puede llamar a Midlands Premier al **1-800-605-8259**. Cuando busque atención fuera del estado debido a viajes o estudios, su red de proveedores preferida es First Health. Puede comunicarse con First Health al **1-800-226-5116**. El directorio de proveedores se encuentra en www.myfirstthealth.com.





Costos de Cobertura Médica

A continuación, se presenta un resumen de sus costos médicos.

	Plan CORE (HDHP)	Plan Buy Up (PPO)
	Semanal	Semanal
Solo Empleados	\$26.50	\$41.00
Empleado + Cónyuge	\$88.50	\$114.00
Empleado + Hijo(s)	\$58.75	\$82.75
Empleado + Familia	\$104.75	\$142.00





Cobertura de Medicamentos Recetados

La cobertura de medicamentos recetados a través de Prime está incluida en ambos planes médicos. Revise la tabla a continuación para conocer el monto que pagará por el servicio de medicamentos recetados que se indica.

	PLAN CORE (HDHP)	PLAN Buy Up (PPO)
Venta al por menor (suministro para 30 días) Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Especialidad	Deducible / Coaseguro	Nivel 1: Copago de \$10 Nivel 2: Copago de \$30 Nivel 3: Copago de \$50 Especialidad: 20% hasta \$200 Máximo
Pedido por correo (suministro para 90 días) Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3	Deducible / Coaseguro	Todos los niveles están sujetos a deducible, luego copago de \$0

Medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos están aprobados por la FDA y han demostrado ser tan seguros y eficaces como sus contrapartes de marca más caras. Si elige un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible, pagará el copago de marca más la diferencia de costo entre el equivalente genérico y el medicamento de marca.

Medicamentos preferidos

Se revisan regularmente los últimos medicamentos recetados en el mercado y se mantiene una lista de medicamentos preferidos que son clínicamente efectivos y no restringen los costos. Estos medicamentos están disponibles a un precio más bajo que los que no están incluidos en la lista, que se denominan medicamentos no preferidos.

Medicamentos especializados

Los medicamentos especializados generalmente se usan para tratar afecciones crónicas como el cáncer o la esclerosis múltiple. Estos medicamentos tienden a ser más caros y generalmente requieren manejo y monitoreo especiales. A través de nuestra asociación con SmithRx, es posible que podamos asegurar precios especiales para medicamentos inyectables de alto costo como Humira. Si toma un medicamento inyectable y tiene preguntas, comuníquese con SmithRx al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación médica.



Con AuxiantHealth usted puede:

- Acceder a los proveedores de la red mediante enlaces
- Contactar al servicio de atención al cliente a través de Auxiant Live Chat
- Ver la información de inscripción y reclamaciones, imprimir Explicaciones de Beneficios (EOB) y hacer seguimiento a las reclamaciones
- Ver deducibles y montos de desembolso
- Acceder a documentos del plan y enmiendas
- Enlazar con el Administrador de Beneficios Farmacéuticos (Pharmacy Benefit Manager, PBM)
- Obtener información en cualquier lugar a través de nuestra aplicación móvil



En Auxiant.com, usted tiene acceso 24/7 a la información de su cuenta de atención médica personal.

¿Preguntas? Comuníquese con Auxiant al **1.800.475.2232**



Para chatear en vivo con el servicio de atención al cliente de Auxiant, haga clic en Online Chat para comenzar.

Auxiant®

¡Bienvenidos empleados de TOBA, Inc.!

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para darle la bienvenida a Auxiant. Seremos su nuevo Administrador de Terceros (TPA) a partir del 1 de enero de 2026. En esta carta, abordaremos preguntas que suelen hacerse al cambiar de compañía de seguros o de administrador de terceros.

¿Qué es un Administrador de Terceros (TPA)?

Un TPA es la entidad (como Auxiant) contratada para configurar y administrar el plan de salud, como el de TOBA, Inc. Un TPA no es una compañía de seguros. La función principal de Auxiant es procesar y pagar reclamaciones (financiadas por el grupo y el seguro de stop loss) según las instrucciones del grupo mediante el Documento del Plan, que describe todos los beneficios médicos.

¿Qué debo saber sobre mis nuevas tarjetas de identificación (ID)?

Las nuevas tarjetas de identificación se proporcionarán en diciembre e incluirán toda la información necesaria sobre los proveedores de la red, los beneficios de farmacia, el flujo de reclamaciones y la información de contacto.

Algunas notas importantes a considerar:

Presente su nueva tarjeta de identificación a todos sus proveedores. "Proveedores" incluye la farmacia, los médicos/clínicas y los hospitales. El uso de la nueva tarjeta de Auxiant garantizará el pago oportuno de las reclamaciones cuando acuda a un proveedor médico o de farmacia.

¿Cómo encuentro proveedores de atención médica en la red?

Su plan se ha asociado con Midlands Premier. Esta asociación le dará acceso a una red de médicos e instalaciones con grandes ahorros. Usted puede aprovechar al máximo sus beneficios utilizando proveedores que pertenezcan a Midlands Premier. Los proveedores que pertenecen a la red Midlands Premier han aceptado ofrecer una tarifa con descuento, lo que hace que sus beneficios rindan más.

Es muy fácil encontrar un proveedor de la red Midlands Premier utilizando el directorio de proveedores en línea en www.midlandschoice.com. El directorio en línea incluye la información de proveedores más detallada disponible. También puede llamar a Midlands Premier al 1-800-605-8259.

Cuando busque atención fuera del estado debido a viajes o estudios, su red de proveedores preferida es First Health. Puede comunicarse con First Health al 1-800-226-5116. El directorio de proveedores se puede encontrar en www.myfirsthealth.com.

Algunas notas importantes a considerar:

Es muy importante que verifique, antes de cualquier visita programada, que sus proveedores profesionales estén dentro de la red.

¿Dónde puedo surtir mi receta?

Prime Therapeutics administrará sus beneficios de farmacia. Por favor, asegúrese de presentar la nueva tarjeta de identificación de Auxiant a su farmacéutico. Para encontrar una farmacia minorista en su área, llame al 800-424-0472 o visite el sitio web en <https://primetherapeutics.com>. Consulte los materiales adicionales proporcionados por Prime Therapeutics.

Presente su nueva tarjeta de identificación a todos sus proveedores. "Proveedores" incluye la farmacia, los médicos/las clínicas y los hospitales. El uso de la nueva tarjeta de Auxiant garantizará el pago oportuno de las reclamaciones cuando acuda a un proveedor médico o de farmacia.

¿Qué sucede con mis reclamaciones incurridas antes del 1 de enero de 2026 que aún no se han procesado?

Si tiene facturas médicas pendientes con fechas de servicio anteriores al 1 de enero de 2026, estas seguirán siendo procesadas por su compañía de seguros actual. Las reclamaciones incurridas a partir del 1 de enero de 2026 serán procesadas por Auxiant.

Presente su nueva tarjeta de identificación a todos sus proveedores. "Proveedores" incluye la farmacia, los médicos/las clínicas y los hospitales. El uso de la nueva tarjeta de Auxiant garantizará el pago oportuno de las reclamaciones cuando acuda a un proveedor médico o de farmacia.

¿A quién llamo para obtener la preautorización de mi hospitalización?

Se requiere notificación de admisión para hospitalizaciones. Para la preautorización, llame al 866-726-6584. Se recomienda notificar a Auxiant por lo menos 48 horas antes de una hospitalización programada o dentro de las 48 horas del primer día hábil siguiente a una admisión de emergencia.

Algunas notas importantes a considerar:

- Se recomienda también realizar la Revisión de Necesidad Médica para los servicios de quimio-radioterapia antes de que se presten los servicios.
- Gestión de casos: Auxiant puede identificar casos para intervención temprana a través del proceso de reclamaciones y preautorización. Un gestor de casos puede comunicarse con usted para ofrecerle orientación, educación y ayuda para comprender el plan de tratamiento.

¿Cómo puedo contactar a Auxiant?

Puede comunicarse con Auxiant por teléfono al 800-475-2232 o en línea en www.auxiant.com. Tendrá acceso a la información de sus reclamaciones y beneficios a través de nuestro portal web.

Esperamos poder servirle en el futuro; no dude en contactarnos en cualquier momento.

Números de teléfono importantes para tener a mano:

- | | |
|---|---------------------|
| - Beneficios y elegibilidad, llame a Auxiant: | 800-475-2232 |
| - Proveedores de atención médica, llame a Midlands Premier: | 800-605-8259 |
| -Beneficio de farmacia/medicamentos recetados a través de Prime Therapeutics: | 800-424-0472 |
| -Preautorización para hospitalizaciones: | 866-726-6584 |



KIS Card is Vālenz[®] Health

Imágenes y cirugía simplificadas: simplemente llame al (877) 438-5479

Obtenga procedimientos quirúrgicos y de imágenes comunes sin costo * con nuestros beneficios. ¡Aproveche hoy!

Antes de buscar proveedores dentro de la red a través de su plan de salud, ¡llámenos! Al elegir uno de nuestros proveedores, siempre pagará \$0*.

Procedimientos comunes:

- Tobillo y pie
- Artroscopia
- Colonoscopia
- ENTE
- Codo
- Gastroenterología
- Cirugía General
- Reparación de hernias
- Cadera
- Imagenológico
- Rodilla
- Hombro
- Espina dorsal
- Urología
- Muñeca y mano
- Y más

*Los planes HSA requieren cobertura del primer dólar del paciente antes del procedimiento hasta el mínimo del IRS, antes de recibir los incentivos del programa.



KIS Card is Vālenz® Health

Preguntas Frecuentes

¿Qué ofrecen sus beneficios de imágenes y cirugía?

Vālenz® Health ofrece beneficios asequibles de imágenes y cirugía. Nuestra solución de contención de costos ahorra **entre un 30 y un 80% por debajo del precio promedio de los seguros**. Manejamos más de **430 cirugías electivas, colonoscopias y todas las imágenes principales**. Como ventaja adicional, nuestras opciones de atención se encuentran a **menos de 60 millas** de su hogar.

¿Cómo funciona?

Nuestros beneficios de diagnóstico por imágenes y cirugía se implementan junto con su plan de salud autofinanciado actual y los empleados llaman a nuestros navegadores para cualquier procedimiento electivo antes de programar. Este beneficio se clasifica como un beneficio fuera de la red que no tiene costo para usted.

¿Cuánto cuesta?

NO TIENE COSTO para usted, ya que su empleador le brinda sus beneficios quirúrgicos y de imágenes como parte de su plan médico.

¿Qué tan lejos viajarán los empleados a un proveedor?

Creemos en un modelo de atención cercana que está diseñado para brindarle opciones de atención dentro de las 60 millas de su hogar. Tiene acceso a más de **1,600 centros quirúrgicos y 2,600 centros de imágenes a nivel nacional en 46 estados**.

¿Cómo funciona esto junto con mi plan de salud?

Nuestro programa está configurado como una **solución independiente para su plan de salud actual**. Agregamos una enmienda del plan a su SPD actual que clasifica nuestros beneficios como **beneficios fuera de la red que no tienen costo para usted**.

¿Cómo funciona esto con una HSA o HDHP?

Hay una solución especial que ocurre con una cuenta de ahorros para la salud o un plan de salud con deducible alto que le permite a su empleador extender los costos quirúrgicos y de imágenes sin costo para los empleados.

- Es posible que se le pida que pague **una** parte del costo del procedimiento.
- Su empleador le reembolsaría esa cantidad.

¿Cómo utilizan los empleados el programa?

Simplemente llame a nuestro navegador al **(877) 438-5479** para obtener más información sobre su procedimiento y cómo funciona el programa. Le ayudaremos a encontrar la instalación adecuada cerca.

Para calificar para estos beneficios quirúrgicos y de imágenes, debe programar a través de nuestro navegador de atención.

Llame, programe, ahorre: ¡para una atención médica más inteligente, mejor y más rápida!

(877) 438-5479



Defensores de Medicare y beneficios sociales

2025 INSCRIPCIÓN ABIERTA

MEDICARE

15 OCTUBRE - 7 DICIEMBRE 2024*.

SALUD.GOV

DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 15 DE ENERO DE 2025*.



Un equipo de expertos *dispuestos a ayudarle.*

Su empresa se ha asociado con FEDlogic para proporcionarle a usted y a los miembros de su hogar información sobre los beneficios federales y estatales, así como asesoramiento. El equipo de expertos experimentados y compasivos de FEDlogic ofrece sus conocimientos y orientación para ayudarle a descubrir y maximizar sus beneficios de la Seguridad Social. **Las consultas son siempre gratuitas, ilimitadas y confidenciales para usted y los miembros de su hogar.**



VERDADERO

Todos los expertos de FEDlogic han desempeñado funciones de adjudicación o supervisión en la Administración de la Seguridad Social durante al menos diez años. Contamos con verdaderos expertos con experiencia real.



ABOGADO EXPERTO

Sin educación y defensa, muchas personas no aprovechan todos los beneficios por los que han pagado. Tendrá la tranquilidad de saber que está recibiendo todas los beneficios que te mereces.



NADA QUE VENDER

FEDlogic está patrocinado por su mejor empleador. Como empleado, los servicios de consultoría de FEDlogic son completamente gratuitos, ilimitados y confidenciales para usted y los miembros de su hogar.



FEDLOGICGROUP.COM
SERVICES@FEDLOGICGROUP.COM

877-837-4196



Cobertura Dental

TOBA ofrece cobertura dental a través de UHC. Revise la tabla a continuación para conocer la cantidad que UHC pagará por el servicio dental enumerado.

	United Healthcare
Deducible anual (individual / familiar)	\$100/\$100 por miembro inscrito (Nota: Si cumplió con el deducible; no necesitará volver a cumplir con el deducible)
Máximo anual (por persona)	\$1,200
Atención preventiva (Limpieza de rutina y radiografías)	GRATIS
Servicios básicos (Empastes, endodoncias básicas)	80% después del deducible
Servicios Mayores (Extracciones, Coronas)	50% después del deducible
Ortodoncia (Niños hasta 19 años)	Incluido
Máximo de por vida de Ortodoncia (Por Persona)	\$1,000, solo hijos dependientes

	Premium semanal
Empleado	\$5.93
Empleado + Cónyuge	\$12.01
Empleado + Hijos	\$16.75
Empleado + Familia	\$22.83



Encontrar proveedores dentro de la red
United Healthcare ofrece acceso a proveedores nacionales. Usted ahorra la mayor cantidad de dinero cuando elige instalaciones y proveedores dentro de la red. Inicie sesión en www.UHC.com para encontrar un proveedor en la red de UHC.



Cobertura de Visión



Para que siga viendo lo mejor posible, el plan de la visión brinda cobertura para exámenes de la vista, marcos, lentes y lentes de contacto.

Recibirá el nivel máximo de beneficios cuando busque atención de un proveedor dentro de la red de EyeMed.

Servicio	En costo de red
Examen Frecuencia: Una vez cada 12 meses	Copago de \$10
Marcos Frecuencia: Una vez cada 12 meses	Copago de \$0 Asignación de \$130
Lentes Frecuencia: Una vez cada 12 meses	Visión sencilla: \$25 de copago Bifocal: \$25 de copago Trifocal/Lenticular: \$25 de copago Progresivo estándar: copago de \$80
Lentes de contacto Convencionales Desechable Médicamente necesarios	Copago de \$0 Asignación de \$130

	Prima semanal
Empleado	\$1.51
Empleado + Cónyuge	\$2.87
Empleado + Hijos	\$3.02
Empleado + Familia	\$4.44

Los miembros pueden obtener descuentos adicionales exclusivos² y ofertas que a menudo se pueden combinar con sus beneficios de visión en eyemed.com/member

Valor para miembro 40% de descuento en pares de lentes adicionales Kits de bienvenida con tarjetas de identificación impresas o digitales	La herramienta de transparencia Know Before You Go estima los costos antes de una visita El 98% de los miembros eligen proveedores dentro de la red	EyeMed Network 76% PROVEEDORES INDEPENDIENTES³ 24% MINORISTA³	PLUS Proveedores¹ - Copago de examen de \$0 - Asignación adicional de \$50 para marco
---	---	--	---



Cuentas de Gastos

Pagar la Atención Médica

TOBA ofrece una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) para que pueda reservar dólares antes de impuestos para pagar gastos médicos, medicamentos recetados, servicios dentales y gastos de atención de la vista.

	Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)
¿Qué plan médico puedo elegir?	HDHP (Plan Core)
¿Qué gastos son elegibles?	Atención médica, de medicamentos recetados, dental y de la vista (consulte la publicación 502 del IRS para obtener una lista completa de gastos elegibles)
¿Cuándo puedo usar los fondos?	Los fondos están disponibles a medida que contribuye a la cuenta
¿Puedo reinvertir fondos cada año?	Sí, los fondos se transfieren de un año a otro y son suyos (incluso si deja la empresa o se jubila)
¿Cómo pago los gastos elegibles?	Con su tarjeta de débito de Five Points Bank (también puede enviar reclamos de reembolso en línea en www.5pointsbank.com)
¿Cuánto puedo contribuir cada año?	\$4,400 para cobertura individual o \$8,750 para cobertura familiar (este total incluye fondos de la compañía) en 2026
¿Puedo cambiar mis contribuciones a lo largo del año?	Sí, comuníquese con Recursos Humanos para realizar cambios a mitad de año.

¿Cuáles son las implicaciones fiscales de una HSA?

Las contribuciones a su HSA reducen su ingreso imponible y los gastos médicos calificados nunca están sujetos a impuestos. Todo el dinero reservado en una HSA crece con impuestos diferidos hasta los 65 años, cuando los fondos se pueden retirar para cualquier propósito no médico a las tasas impositivas ordinarias, o libres de impuestos cuando se usan para gastos médicos. Puede contribuir fondos adicionales a su HSA (\$ 1,000 por año fiscal) si tendrá 55 años o más para el 31 de diciembre. Obtenga más información en www.5pointsbank.com.



> Seguro de Vida a Término



Ayude a Proteger lo que Importa - Usted, su Familia & su Futuro

Entendemos que ha trabajado duro para llegar a donde está hoy. Asegurarse de que sus seres queridos puedan mantener la estabilidad financiera si ocurre una muerte inesperada es algo a considerar al planificar el futuro.

Lo Tenemos Cubierto Como empleado activo de TOBA, Inc., tiene acceso a una póliza de seguro de vida de United of Omaha Life Insurance Company.

Reemplaza los ingresos que habría proporcionado y ayuda a pagar los costos funerarios, administrar la deuda y cubrir los gastos continuos.

¿Cuánto seguro es suficiente?

Al determinar cuánto seguro de vida necesita, piense en los gastos que puede enfrentar ahora y en cada etapa de su vida.

Las pautas de cobertura y los beneficios se describen en la tabla a continuación.



ELEGIBILIDAD - TODOS LOS EMPLEADOS ELEGIBLES

Requisito de elegibilidad	Debe trabajar activamente un mínimo de 30 horas por semana para ser elegible para la cobertura.
Requisito de elegibilidad para dependientes	Para ser elegible para la cobertura, sus dependientes deben poder realizar actividades normales y no estar confinados (en casa, en un hospital o en cualquier otro centro de atención), y cualquier niño debe ser menor de 26 años.
Pago de primas	Las primas de este seguro son pagadas en su totalidad por el titular de la póliza. Este seguro no tiene ningún costo para usted.

BENEFICIOS		
Monto del beneficio del seguro de vida	Para usted: \$15,000 Para su cónyuge: \$5,000 Para su(s) hijo(s) dependiente(s): Seis meses en adelante: \$2,500 De 14 días a menos de seis meses:\$1,000 Menos de 14 días: \$200 En caso de muerte, el beneficio pagado será igual al monto del beneficio después de cualquier reducción por edad, menos los beneficios de Cuidado en Vida/Beneficio por Fallecimiento Acelerado pagados previamente bajo este plan.	
Monto del Beneficio por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)	Para usted: El monto de la Suma Principal es igual al monto del beneficio de su seguro de vida.	
CARACTERÍSTICAS		
Cuidado en vida / Beneficio por fallecimiento acelerado	El 50% del monto del beneficio del seguro de vida está disponible para usted si tiene una enfermedad terminal, sin exceder \$7,500.	
Exención de prima	Si se determina que está totalmente discapacitado, el beneficio de su seguro de vida continuará sin el pago de la prima, sujeto a ciertas condiciones.	
Beneficios adicionales de AD&D	Además de los beneficios básicos de AD&D, está protegido por los siguientes beneficios:	
	- Cinturón de seguridad	- Bolsa de Aire (Airbag) - Parálisis
Conversión	Si su empleo o membresía de clase termina, puede solicitar una póliza de seguro de vida individual de Mutual of Omaha sin tener que proporcionar evidencia de asegurabilidad (información sobre su salud). Usted será responsable de la prima de la cobertura.	
SERVICIOS		
Asistencia en viaje	El programa de Asistencia en Viaje es un beneficio adicional que brinda asistencia para sus viajes a más de 100 millas de distancia de su hogar o fuera del país.	
Programa de Descuento Auditivo	El Programa de Descuento Auditivo le ofrece a usted y a su familia productos auditivos con descuento, incluidos audífonos y baterías. Llame al 1-888-534-1747 o visite www.amplifonusa.com/mutualofomaha para obtener más información.	
Servicios de preparación de testamentos	Trabajamos con Epoq, Inc. para ofrecer a los empleados herramientas de preparación de testamentos en línea. Con solo unos pocos clics, puede completar un testamento básico u otros documentos para proteger a su familia y propiedad. Para comenzar, visite www.willprepservices.com .	

> Seguro de Vida a Término Voluntario



Ayude a Proteger lo que Importa - Usted, su Familia & su Futuro

Entendemos que ha trabajado duro para llegar a donde está hoy. Asegurarse de que sus seres queridos puedan mantener la estabilidad financiera si ocurre una muerte inesperada es algo a considerar al planificar el futuro.

Lo Tenemos Cubierto Como empleado activo de TOBA, Inc., tiene acceso a una póliza de seguro de vida de United of Omaha Life Insurance Company.

Reemplaza los ingresos que habría proporcionado y ayuda a pagar los costos funerarios, administrar la deuda y cubrir los gastos continuos.

¿Cuánto seguro es suficiente?

Al determinar cuánto seguro de vida necesita, piense en los gastos que puede enfrentar ahora y en cada etapa de su vida.

Las pautas de cobertura y los beneficios se describen en la tabla a continuación.



ELEGIBILIDAD: TODOS LOS EMPLEADOS ELEGIBLES

Requisito de elegibilidad	Debe trabajar activamente un mínimo de 30 horas por semana para ser elegible para la cobertura.
Requisito de elegibilidad para dependientes	Para ser elegible para la cobertura, sus dependientes deben poder realizar actividades normales y no estar confinados (en casa, en un hospital o en cualquier otro centro de atención), y cualquier niño debe ser menor de 26 años. Para que su cónyuge y/o hijo(s) sean elegibles para la cobertura, debe elegir la cobertura para usted.
Pago de primas	Las primas de este seguro son pagadas en su totalidad por usted.

PAUTAS DE COBERTURA

	Mínimo	Emisión Garantizada	Máximo
Para usted	\$10,000	10 veces el salario anual, hasta \$100,000	\$500,000, en incrementos de \$10,000, pero no más de 10 veces el salario anual
Cónyuge	\$5,000	100% del beneficio del empleado, hasta \$50,000	100% del beneficio del empleado, en incrementos de \$5,000, hasta \$250,000
Hijo(s)	\$10,000 Seis meses o más es el	100% del beneficio del empleado	100% del beneficio del empleado, en incrementos de \$10,000, hasta \$30,000

	Cantidad elegida De 14 días a menos de seis meses es \$1,000 Menos de 14 días son \$1,000		
--	--	--	--

Sujeto a las reducciones que se muestran a continuación. La Emisión Garantizada está disponible para nuevas contrataciones. Los montos por encima de la Emisión Garantizada requerirán Prueba/Declaración de Asegurabilidad. Para los participantes tardíos, todos los montos requerirán Prueba/Declaración de Asegurabilidad.

BENEFICIOS	
Monto del beneficio del seguro de vida	Dentro de las pautas de cobertura definidas anteriormente, usted selecciona la cantidad de cobertura de seguro de vida que desea. Este plan incluye la opción de seleccionar cobertura para su cónyuge e hijo(s) dependiente(s). Hijo(s) incluyen aquellos de 14 días de edad hasta los 26 años. En caso de muerte, el beneficio pagado será igual al monto del beneficio después de cualquier reducción de edad menos los beneficios de Cuidado en Vida/Beneficio por Fallecimiento Acelerado pagados previamente bajo este plan.
Monto del Beneficio por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)	Para usted, su cónyuge y su(s) hijo(s) dependiente(s): El monto de la Suma Principal es igual al monto del beneficio del seguro de vida. La cobertura de AD&D está disponible si usted o sus dependientes se lesionan o mueren como resultado de un accidente, y la lesión o muerte es independiente de la enfermedad y todas las demás causas. El monto del beneficio depende del tipo de pérdida incurrida y es la totalidad o una parte de la Suma Principal.
CARACTERÍSTICAS	
Cuidado en vida / Beneficio por fallecimiento acelerado	El 50% del monto del beneficio del seguro de vida está disponible para usted si tiene una enfermedad terminal, sin exceder \$100,000.
Exención de prima	Si se determina que está totalmente discapacitado, el beneficio de su seguro de vida continuará sin el pago de la prima, sujeto a ciertas condiciones.
Aumento del monto del beneficio anual	Si se inscribe incluso para la cantidad mínima de cobertura durante su inscripción inicial, tiene la capacidad de aumentar su cobertura en su próxima inscripción hasta \$10,000, siempre que la cantidad total de seguro no exceda la cantidad máxima de su beneficio. Esta función le permite obtener protección adicional del seguro de vida en caso de que cambien sus necesidades (por ejemplo, se casa o tiene un hijo). Los montos por encima de la Emisión Garantizada requerirán evidencia de asegurabilidad (prueba de buena salud).
Beneficios adicionales de AD&D	Además de los beneficios básicos de AD&D, está protegido por los siguientes beneficios: - Cinturón de seguridad - Bolsa de Aire (Airbag) - Parálisis
Portabilidad	Le permite continuar con este programa de seguro para usted y sus dependientes en caso de que deje su empleador por cualquier motivo, sin tener que proporcionar evidencia de asegurabilidad (información sobre su salud). Usted será responsable de la prima de la cobertura.
Conversión	Si su empleo o membresía de clase termina, puede solicitar una póliza de seguro de vida individual de Mutual of Omaha sin tener que proporcionar evidencia de asegurabilidad (información sobre su salud). Usted será responsable de la prima de la cobertura.
SERVICIOS	
Programa de Descuento Auditivo	El Programa de Descuento Auditivo le ofrece a usted y a su familia productos auditivos con descuento, incluidos audífonos y baterías. Llame al 1-888-534-1747 o visite www.amplifonusa.com/mutualofomaha para obtener más información.
Servicios de preparación de testamentos	Trabajamos con Epoq, Inc. para ofrecer a los empleados herramientas de preparación de testamentos en línea. Con solo unos pocos clics, puede completar un testamento básico u otros documentos para proteger a su familia y propiedad. Para comenzar, visite www.willprepservices.com .

Selección Voluntaria de Cobertura de Vida a Término y AD&D y Cálculo de Primas

Tenga en cuenta que los montos de las primas que se presentan a continuación pueden variar ligeramente de los montos proporcionados en su formulario de inscripción, debido al redondeo.

Para seleccionar el monto de su beneficio y calcular su prima, haga lo siguiente:

- 1) Busque el monto del beneficio que desea en la fila superior de la tabla de primas del empleado. El monto de su beneficio debe ser en un incremento de \$10,000. Consulte la sección Pautas de Cobertura para conocer los mínimos y máximos, si es necesario.
- 2) Busque su grupo de edad en la columna del extremo izquierdo.

3) El monto de su prima se encuentra en el cuadro donde se cruzan la fila (su edad) y la columna (monto del beneficio).

4) Ingrese los montos de los beneficios y las primas en sus respectivas áreas en la sección de Vida Voluntaria y AD&D de su formulario de inscripción.

Si el monto del beneficio que desea seleccionar es mayor que cualquier monto en la tabla a continuación, seleccione el monto del beneficio de la fila superior que, al multiplicarlo por otro número, da como resultado el monto del beneficio que desea. Por ejemplo, si desea \$150,000 en cobertura, obtiene el monto de su prima multiplicando la tarifa por \$50,000 por 3.

TABLA DE PRIMAS DEL EMPLEADO (52 DEDUCCIONES DE NÓMINA POR AÑO)										
Edad	\$10,000	\$20,000	\$30,000	\$40,000	\$50,000	\$60,000	\$70,000	\$80,000	\$90,000	\$100,000
0 - 29	\$0.27	\$0.54	\$0.82	\$1.09	\$1.36	\$1.63	\$1.91	\$2.18	\$2.45	\$2.72
30 - 34	\$0.34	\$0.68	\$1.02	\$1.37	\$1.71	\$2.05	\$2.39	\$2.73	\$3.07	\$3.42
35 - 39	\$0.37	\$0.75	\$1.12	\$1.50	\$1.87	\$2.24	\$2.62	\$2.99	\$3.36	\$3.74
40 - 44	\$0.46	\$0.92	\$1.38	\$1.84	\$2.30	\$2.76	\$3.21	\$3.67	\$4.13	\$4.59
45 - 49	\$0.65	\$1.31	\$1.96	\$2.61	\$3.27	\$3.92	\$4.57	\$5.22	\$5.88	\$6.53
50 - 54	\$0.96	\$1.93	\$2.89	\$3.86	\$4.82	\$5.79	\$6.75	\$7.72	\$8.68	\$9.65
55 - 59	\$1.74	\$3.48	\$5.23	\$6.97	\$8.71	\$10.45	\$12.20	\$13.94	\$15.68	\$17.42
60 - 64	\$2.64	\$5.28	\$7.91	\$10.55	\$13.19	\$15.83	\$18.46	\$21.10	\$23.74	\$26.38
65 - 69	\$5.01	\$10.02	\$15.04	\$20.05	\$25.06	\$30.07	\$35.09	\$40.10	\$45.11	\$50.12
70+	\$8.08	\$16.17	\$24.25	\$32.34	\$40.42	\$48.50	\$56.59	\$64.67	\$72.75	\$80.84

Siga el método descrito anteriormente para seleccionar un monto de beneficio y calcular las primas para la cobertura opcional de cónyuge dependiente y/o hijo(s). **La tarifa de su cónyuge se basa en su edad**, así que busque su grupo de edad en la columna del extremo izquierdo de la Tabla de Primas para Cónyuges. El monto de la prima de su cónyuge se encuentra en el cuadro donde se cruzan la fila (la edad) y la columna (monto del beneficio). El monto del beneficio de su cónyuge debe ser en un incremento de \$5,000. Consulte la sección Pautas de Cobertura para conocer los mínimos y máximos, si es necesario.

TABLA DE PRIMAS DE CÓNYUGE (52 DEDUCCIONES DE NÓMINA POR AÑO)										
Edad	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	\$30,000	\$35,000	\$40,000	\$45,000	\$50,000
0 - 29	\$0.14	\$0.27	\$0.41	\$0.54	\$0.68	\$0.82	\$0.95	\$1.09	\$1.23	\$1.36
30 - 34	\$0.17	\$0.34	\$0.51	\$0.68	\$0.85	\$1.02	\$1.20	\$1.37	\$1.54	\$1.71
35 - 39	\$0.19	\$0.37	\$0.56	\$0.75	\$0.93	\$1.12	\$1.31	\$1.50	\$1.68	\$1.87
40 - 44	\$0.23	\$0.46	\$0.69	\$0.92	\$1.15	\$1.38	\$1.61	\$1.84	\$2.07	\$2.30
45 - 49	\$0.33	\$0.65	\$0.98	\$1.31	\$1.63	\$1.96	\$2.29	\$2.61	\$2.94	\$3.27
50 - 54	\$0.48	\$0.96	\$1.45	\$1.93	\$2.41	\$2.89	\$3.38	\$3.86	\$4.34	\$4.82
55 - 59	\$0.87	\$1.74	\$2.61	\$3.48	\$4.36	\$5.23	\$6.10	\$6.97	\$7.84	\$8.71
60 - 64	\$1.32	\$2.64	\$3.96	\$5.28	\$6.60	\$7.91	\$9.23	\$10.55	\$11.87	\$13.19
65 - 69	\$2.51	\$5.01	\$7.52	\$10.02	\$12.53	\$15.04	\$17.54	\$20.05	\$22.56	\$25.06

TABLA DE PRIMAS PARA TODOS LOS HIJOS (52 DEDUCCIONES DE NÓMINA POR AÑO)*	
\$10,000	\$20,000
\$0.46	\$0.92

*Independientemente de cuántos hijos tenga, están incluidos en los montos de las primas de "Todos los Hijos" que se enumeran en la tabla anterior.

> Cómo Funciona el Seguro por Accidente

(Solo para Fines Ilustrativos)



Cobertura de Accidentes

Este seguro paga un beneficio por cada lesión, tratamiento o servicio incluido en la póliza que ocurra como resultado de un accidente cubierto.

Por ejemplo, el hijo de Jeff, Jake, estaba jugando fútbol durante el recreo en la escuela. Tropezó, cayó fuertemente, se lesionó el hombro y fue transportado en ambulancia a la sala de emergencias debido a preocupaciones por un posible trauma en la cabeza. El médico de la sala de emergencias ordenó una tomografía computarizada para verificar lesiones faciales o en la cabeza y una radiografía del hombro.

Jake fue diagnosticado con una conmoción cerebral y una clavícula rota. Su brazo fue colocado en un cabestrillo y fue entregado a su pediatra para recibir atención de seguimiento. Jake visitó a su pediatra a las dos semanas y al mes después del accidente para asegurarse de que estaba sanando bien.

Mientras tanto, Jeff comienza a recibir facturas por la atención que recibió Jake. Solo la factura de la ambulancia fue de \$ 556. Es un niño bastante saludable, por lo que se tuvo que cumplir con un deducible de seguro médico de \$ 1,500 antes de que el seguro médico de Jeff comenzara a cubrir la atención de Jake, y después de eso, hay un copago del 20%.

Los beneficios por accidentes se pagan además de otros seguros y se pueden usar para ayudar a cubrir las brechas en el seguro médico u otros gastos si sucede lo inesperado.

BENEFICIOS	IMPORTE
Ambulancia	\$200
Visita a la sala de emergencias	\$150
Tomografía computarizada	\$200
Radiografía	\$50
Conmoción	\$150
Clavícula rota	\$300
Visita de seguimiento 1	\$75
Visita de seguimiento 2	\$75
Beneficio total	\$1,200

Nota: Los beneficios que se muestran en este ejemplo son para un diseño de muestra y pueden variar de los beneficios que están disponibles para usted.

Tarifas de Primas Voluntarias de Accidentes

Los montos que se muestran a continuación son montos SEMANALES (52 pagos / deducciones por año). Puede elegir un seguro solo para usted o para su familia. Las primas se deducirán automáticamente de sus cheques de pago según lo autorizado por usted durante el proceso de inscripción. Las primas deben ser pagadas por usted al titular de la póliza.

NIVEL DE COBERTURA	MONTO DE LA PRIMA
Empleado/Miembro	\$2.39 (\$0.34 por día)
Empleado/Miembro + Cónyuge	\$3.73 (\$0.53 por día)
Empleado/Miembro + Hijo(s)	\$5.09 (\$0.73 por día)
Empleado/Miembro + Familia	\$6.83 (\$0.97 por día)

Nota: Los montos anteriores pueden variar debido al redondeo y están sujetos a cambios según los términos finales de la póliza.

➤ Seguro de Indemnización Hospitalaria Voluntaria



Cuando está hospitalizado, los gastos pueden acumularse rápidamente.

Las estadías en el hospital pueden ser estresantes y tener que preocuparse por los altos costos de la hospitalización no debe ser parte del plan de recuperación. El seguro de indemnización hospitalaria ayuda a tranquilizarlo sobre el manejo de los costos de hospitalización, incluso si no son facturas del hospital.

Una póliza de seguro de indemnización hospitalaria complementa su cobertura médica y proporciona un beneficio en efectivo para los costos relacionados con el hospital que usted o un miembro de su familia asegurado sufran como resultado de ser hospitalizado. Este beneficio se puede utilizar para pagar gastos médicos de bolsillo, ayudar a suplementar sus gastos de vida diaria y cubrir el tiempo libre no remunerado.

Como empleado activo de TOBA, Inc., tiene cobertura de indemnización hospitalaria para usted y los miembros de su familia, y las primas se pueden deducir de su cheque de pago. La indemnización hospitalaria complementa su cobertura de seguro médico existente al ayudar a pagar los gastos de bolsillo incurridos debido a una lesión o enfermedad que puede no estar cubierta por otros planes de seguro.



Las pautas de cobertura y los beneficios se describen a continuación.

Este seguro ofrece protección financiera al pagar un beneficio en efectivo si usted o un dependiente asegurado son hospitalizados. El monto del beneficio pagadero es el mismo para usted y su(s) dependiente(s) asegurado(s).

ELEGIBILIDAD - TODOS LOS EMPLEADOS ELEGIBLES Requisito de Elegibilidad

Requisito de elegibilidad	Debe trabajar activamente un mínimo de 30 horas por semana para ser elegible para la cobertura.
Requisito de elegibilidad para dependientes	Para ser elegible para la cobertura, sus dependientes deben poder realizar actividades normales y no estar confinados (en casa, en un hospital o en cualquier otro centro de atención), y cualquier niño debe ser menor de 26 años. Para que su cónyuge y/o hijo(s) sean elegibles para la cobertura, debe elegir la cobertura para usted.
Pago de primas	Las primas de este seguro son pagadas en su totalidad por usted.

BENEFICIOS		CANTIDADES
Admisión y Confinamiento Hospitalario: los beneficios de admisión se pagan hasta un total combinado de 2 año de la póliza y no se pagan el mismo día; Los beneficios de confinamiento se pagan hasta un total combinado de 30 año de la póliza a menos que se indique lo contrario y no se pagan el mismo día que los beneficios de admisión al hospital / UCI.		
Ingreso hospitalario		\$1,000 por admisión
Confinamiento diario en el hospital		\$100 por día
Admisión a la UCI		\$2,000 por admisión
Confinamiento diario en la UCI		\$200 por día
Confinamiento diario en la guardería del recién nacido (Hasta 2 días por año de la póliza)		\$75 por día
SERVICIOS		
Programa de Descuento Auditivo	El Programa de Descuento Auditivo le ofrece a usted y a su familia productos auditivos con descuento, incluidos audífonos y baterías. Llame al 1-888-534-1747 o visite www.amplifonusa.com/mutualofomaha para obtener más información.	

TARIFAS DE PRIMAS DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA VOLUNTARIA

Los montos que se muestran a continuación son montos **SEMANALES** (52 pagos/deducciones por año). Puede elegir un seguro solo para usted o para su familia. Las primas se deducirán automáticamente de sus cheques de pago según lo autorizado por usted durante el proceso de inscripción.

NIVEL DE COBERTURA	MONTO DE LA PRIMA
Empleado/Miembro	\$5.01 (\$0.71 por día)
Empleado/Miembro + Cónyuge	\$11.53 (\$1.64 por día)
Empleado/Miembro + Hijo(s)	\$6.92 (\$0.99 por día)
Empleado/Miembro + Familia	\$13.84 (\$1.97 por día)

Nota: Los montos anteriores pueden variar debido al redondeo y están sujetos a cambios según los términos finales de la póliza.

Servicios Disponibles Cuando Más Necesita Ayuda

TOBA, Inc.
G000CFQ4

La vida no siempre es fácil. A veces, un problema personal o profesional puede afectar su trabajo, salud y bienestar general. Durante estos tiempos difíciles, es importante tener a alguien con quien hablar para que sepa que no está solo.

Con el Programa de Asistencia al Empleado de Mutual of Omaha, puede obtener la ayuda que necesita para pasar menos tiempo preocupándose por los desafíos de su vida y pueda volver a ser el trabajador productivo con el que cuenta su empleador para hacer el trabajo.

Obtenga más información sobre los servicios del Programa de Asistencia al Empleado disponibles para usted.

Estamos aquí para usted

Visite el sitio web del Programa de Asistencia al Empleado para ver artículos y recursos oportunos sobre una variedad de temas financieros, de bienestar, conductuales y de salud mental.

mutualofomaha.com/eap o llámenos: 1-800-316-2796

Servicios Básicos de EAP

CARACTERÍSTICAS	Valor para la Empresa y los Empleados
Servicios clínicos familiares para empleados	- Un equipo interno de profesionales EAP de nivel de maestría que están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año para proporcionar evaluaciones individuales - Excelente servicio al cliente de un equipo dedicado a la capacitación y educación continua en materia de asistencia al empleado - Acceso a expertos en la materia en el campo de la prestación de servicios EAP
Opciones de asesoramiento	- Tres llamadas por año (por hogar) con nuestros profesionales internos de EAP de nivel de maestría, quienes brindarán a la persona que llama recursos comunitarios - Los recursos comunitarios adicionales o las posibles opciones de asesoramiento se producen a expensas del empleado

Servicios básicos de EAP (continuación)

CARACTERÍSTICAS	Valor para la Empresa y los Empleados
Acceso	• Línea directa 1-800 con acceso directo a un profesional EAP de nivel de maestría • Servicios disponibles 24/7/365 • Soporte telefónico disponible en más de 120 idiomas • Formulario de envío en línea disponible para solicitudes de servicio EAP
Servicios en línea	• Un sitio web inclusivo con recursos y enlaces para asistencia adicional, que incluye: • Eventos actuales y recursos • Familia y relaciones • Bienestar emocional • Bienestar financiero • Abuso de sustancias y adicción • Asistencia legal • Bienestar físico • Trabajo y carrera • Biblioteca de artículos bilingüe
Servicios legales familiares para empleados	• Recursos valiosos disponibles a través del sitio web • Bibliotecas y herramientas legales • Formularios legales • 1 consulta legal con un abogado por año (hasta 30 minutos) • 25% de descuento para servicios legales continuos para el mismo problema
Servicios de familia, trabajo y vida para empleados	• Recursos y referencias de cuidado infantil • Recursos y referencias para el cuidado de ancianos
Servicios financieros familiares para empleados	• Plataforma financiera inclusiva impulsada por Enrich • Herramienta de evaluación financiera personal • Cursos, artículos y recursos personalizados para satisfacer las necesidades financieras • Informes de progreso continuos sobre salud financiera
Comunicación con los empleados	• Todos los materiales disponibles en inglés y español
Elegibilidad	• Empleados de tiempo completo y sus familiares inmediatos; incluyendo el empleado, el cónyuge y los hijos dependientes (solteros y menores de 26 años) que residen con el empleado
Coordinación con los planes de salud	• Los profesionales del EAP coordinarán los servicios con los recursos/proveedores de tratamiento dentro de la red de seguro médico del empleado para proporcionar servicios de asesoramiento cubiertos por los beneficios del seguro médico, siempre que sea posible

Los productos y servicios de seguros son ofrecidos por Mutual of Omaha Insurance Company o una de sus afiliadas. Mutual of Omaha Insurance Company tiene licencia en todo el país. United of Omaha Life Insurance Company tiene licencia en todo el país, excepto en Nueva York. Companion Life Insurance Company tiene licencia en Nueva York. Cada compañía aseguradora es la única responsable de sus propias obligaciones contractuales y financieras. Pueden aplicarse algunas exclusiones o limitaciones. No todos los servicios están disponibles en Nueva York.

Inscripción en los beneficios

Cómo inscribirse en sus beneficios

Usted es elegible para participar en los planes de beneficios grupales de 2026 si es un empleado activo de tiempo completo y tiene programadas al menos 30 horas semanales. Sus beneficios comienzan el primer día del mes siguiente a los 60 días de su fecha de contratación.

Para facilitarle la inscripción, puede inscribirse por teléfono con uno de nuestros especialistas en inscripciones. Revise la información sobre beneficios que se le proporciona y, cuando esté listo, utilice la información de contacto que aparece a continuación para inscribirse directamente por teléfono.

Inscripción telefónica

Inscribirse es tan fácil como contar hasta tres

1. Revise la información sobre los beneficios.
2. Cuando esté listo para inscribirse, llame al Centro de Atención Telefónica.
3. Uno de nuestros agentes lo inscribirá directamente por teléfono.

Si es posible, por favor, siéntese frente al ordenador.

Centro de Llamadas de beneficios

877-282-0808

Monday-Friday 7:00am-5:00pm CST



www.tobafoodsbenefits.com

Información de Contacto

Beneficio	Proveedor	Teléfono	Sitio web o correo electrónico
Médico	Auxiant	800-475-2232	auxiant.com
Farmacia	Prime Therapeutics	800-424-0472	www.primetherapeutics.com/miembro
Dental	UHC	800-826-9781	www.uhc.com
Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)	5 Points Bank	308-384-5350	www.5pointsbank.com
Vida y AD&D	Mutual of Omaha	800-369-3809	Omaha.Service@mutualofomaha.com
Seguro por Accidentes	Mutual of Omaha	800-369-3809	Omaha.Service@mutualofomaha.com
Indemnización Hospitalaria	Mutual of Omaha	800-369-3809	Omaha.Service@mutualofomaha.com
Centro de Llamadas de Beneficios	SMBO	877-282-0808	www.tobafoodsbenefits.com



Avisos Legales

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres

Si ha tenido o se le realizará una mastectomía, usted tiene derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres de 1998 ("WHCRA", por sus siglas en inglés) Para individuos que gocen de beneficios asociados a la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una forma determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se entregarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos en virtud del plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coaseguro:

Plan 1: PLAN CORE (HDHP) (Individual: 10% de coaseguro y deducible de \$3,400; Familia: 10% de coaseguro y \$6,600 deducible)

Plan 2: PLAN BUY UP (PPO) (Individual: 20% de coaseguro y deducible de \$1,400; Familia: 20% de coaseguro y deducible de \$2,800)

Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame a su administrador del plan al 308-389-5992 o calexander@Tobafoods.com.

Avisos Legales

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

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

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

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

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

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

Avisos Legales

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mychibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2	Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ https://www.in.gov/fssa/dfr Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Sitio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIP.PPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	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)

Avisos Legales

MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/office/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HHSHIPPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcnp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)	Sitio web: https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825

Avisos Legales

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND– 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 de CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rlta Share Line)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-f-inanciera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Por correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/espanol/
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

Avisos Legales

WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

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

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

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

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

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

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

Avisos Legales

Notificación HIPAA de Recordatorio de Prácticas de Privacidad

Proteger sus derechos de privacidad respecto a su información de salud

TOBA Inc. se compromete a mantener la privacidad de la información de salud. Los administradores del Plan de Salud de TOBA Inc. (el "Plan") utilizan estándares de privacidad estrictos para proteger su información de salud del uso y divulgación no autorizados.

Las políticas del Plan que resguardan sus derechos de privacidad y sus derechos en virtud de la ley se describen en la Notificación de Prácticas de Privacidad del Plan. Podría recibir una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad contactando a Courtney Alexander, Gerente de Recursos Humanos, al 308-389-5992 o calexander@Tobafoods.com.

Derechos de Inscripción Especial de HIPAA

TOBA Inc. Notificación de Derechos de Inscripción Especial de HIPAA

Nuestros registros indican que usted es elegible para participar en el Plan de Salud de TOBA Inc. (para participar realmente, debe completar un formulario de inscripción y pagar parte de la prima mediante deducción de nómina).

Una ley federal bajo la denominación HIPAA nos obliga a notificarle acerca de una disposición importante en el plan: su derecho de inscripción en el plan en virtud de su "disposición de inscripción especial" si usted adquiere un nuevo dependiente o si rechaza la cobertura de este plan para sí mismo o un dependiente elegible al tener en efecto otra cobertura y pierda más adelante dicha otra cobertura por determinadas razones habilitantes.

Pérdida de Otra Cobertura (Excluyendo Medicaid o un Programa de Seguro Médico para Niños Estatal). Si usted rechaza la inscripción para sí mismo o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras esté en vigor la cobertura de otro seguro o plan de salud grupal, usted debe ser capaz de inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para tal otra cobertura (o si el empleador cesa las contribuciones para la otra cobertura que tenga usted o sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 después de que su otra cobertura o la de sus dependientes termine (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Pérdida de Cobertura para Medicaid o un Programa de Seguro Médico para Niños Estatal. Si usted rechaza la inscripción para sí mismo o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras esté en vigor la cobertura de Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal, usted debe ser capaz de inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para tal otra cobertura. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 60 días después de que termine su cobertura o la de sus dependientes en virtud de Medicaid o de un programa de seguro de salud infantil.

Nuevo Dependiente por Matrimonio, Nacimiento, Adopción o Colocación para Adopción. Si usted tiene un dependiente como consecuencia de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted puede inscribirse a sí mismo y a sus nuevos dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Elegibilidad para Asistencia de Prima en virtud de Medicaid o un Programa de Seguro Médico para Niños: Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) adquieren elegibilidad para una subvención de asistencia de prima estatal de parte de Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal para niños con respecto a la cobertura según este plan, usted podría ser capaz de inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 60 días después de la determinación de elegibilidad de usted o sus dependientes para dicha asistencia.

Para solicitar inscripción especial o para obtener más información acerca de las disposiciones de inscripción especial del plan, contacte a Courtney Alexander - Gerente de Recursos Humanos al 308-389-5992 o calexander@Tobafoods.com.

Advertencia Importante

Si usted rechaza la inscripción para sí mismo o para un dependiente elegible, debe completar nuestro formulario para rechazar la cobertura. En el formulario, se le pide indicar que la cobertura en virtud de otro plan de salud grupal u otra cobertura de seguro de salud (incluido Medicaid o un programa de seguro de salud infantil) es el motivo por el cual rechaza la inscripción y a usted se le pide identificar dicha cobertura. Si usted no completa el formulario, usted y sus dependientes no accederán a la titularidad de derechos de inscripción especial tras la pérdida de la otra cobertura antes descrita, pero conservará sus derechos de inscripción especial al tener un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o como resultado de adquirir elegibilidad para un subsidio de asistencia de prima de Medicaid o a través de un programa de seguro de salud infantil estatal con respecto a la cobertura en virtud de este plan, según lo descrito anteriormente. Si usted no adquiere derechos de inscripción especial tras la pérdida de la otra cobertura, no puede inscribirse a sí mismo o a sus dependientes en el plan en cualquier momento, a menos que tales derechos de inscripción especial se apliquen a causa de un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o como resultado de adquirir elegibilidad para un subsidio de asistencia de prima de Medicaid o a través de un programa de seguro de salud infantil estatal con respecto a la cobertura en virtud de este plan.

Avisos Legales

Notificación de Cobertura Acreditable

Aviso Importante de TOBA Inc.

Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con TOBA Inc. y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. TOBA Inc. ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el plan médico, en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para subscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual del Patrocinador del Plan puede verse afectada. Además, si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual del Patrocinador del Plan, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

Comuníquese con la persona que figura al final de este aviso para obtener más información sobre lo que sucede con su cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

¿Cuándo usted pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con TOBA Inc. y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...

Póngase en contacto con la persona que se indica a continuación para obtener más información. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con TOBA Inc. cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Avisos Legales

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...

Revise el manual “Medicare y Usted” para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite www.medicare.gov por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov, por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325- 0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

Fecha:	01 de enero de 2026
Nombre de la entidad/remitente:	TOBA Inc.
Contacto—Puesto/Oficina:	Courtney Alexander - Gerente de Recursos Humanos
Dirección de la oficina:	2621 W Old Hwy 30 Grand Island, Nebraska 68803 Estados Unidos
Número de teléfono:	308-389-5992

Avisos Legales

Aviso del Mercado

Cobertura del Mercado de Seguros Médicos Opciones y su cobertura de salud

PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único de compra" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 % ¹ de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado. ^{1 2}

Nota: si compra un plan de salud a través del Mercado, en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que, si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.

¹ Indexado anualmente; véase <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

² Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.

Avisos Legales

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 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 califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificativos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificativo para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del 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 estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales 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 de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **ofrece un período temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.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 pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan 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 las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de 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 de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con 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 solicitando directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte el Resumen de la descripción del plan de salud o comuníquese con Courtney Alexander.

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

Avisos Legales

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada según la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador TOBA Inc.		4. Número de identificación patronal (EIN) 47-0793150	
5. Dirección del empleador 2621 W Antigua autopista 30		6. Número de teléfono del empleador 308-389-5992	
7. Ciudad Grand Island		8. Estado Nebraska	9. Código postal 68803
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Courtney Alexander			
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)		12. Dirección de correo electrónico calexander@Tobafoods.com	

A continuación, se ofrece información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:
 - ☒ Todos los empleados. Los empleados elegibles son:
Es elegible para recibir beneficios si trabaja 30 o más horas por semana
 - ☐ Algunos empleados. Los empleados elegibles son:
- Con respecto a los dependientes:
 - ☒ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:
Su cónyuge legalmente casado. Sus hijos que son sus hijos biológicos, hijastros, hijos adoptivos o hijos de los que tiene la custodia legal (pueden aplicarse restricciones de edad). Los niños discapacitados de 26 años o más que cumplan con ciertos criterios pueden continuar con su cobertura de salud.
 - ☐ No ofrecemos cobertura.

☒ Si se marca, esta cobertura cumple con la norma de valor mínimo y el costo de esta cobertura para usted debe ser asequible, según los salarios de los empleados.

****** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a otra (quizás es un empleado por horas o trabaja por comisión), si es nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.

NOTAS

Este resumen de beneficios preparado por



Insurance | Risk Management | Consulting

Este documento es un resumen de la cobertura proporcionada por los planes de beneficios de su empleador según la información proporcionada por su empresa. No incluye todos los términos, coberturas, exclusiones, limitaciones y condiciones contenidas en el Documento del Plan oficial, las pólizas de seguro aplicables y los contratos (colectivamente, los "documentos del plan"). Los documentos del plan en sí deben leerse para conocer esos detalles. La intención de este documento es proporcionarle información general sobre los planes de beneficios de su empleador. No necesariamente aborda todos los problemas específicos que pueden ser aplicables a usted. No debe interpretarse como asesoramiento jurídico, ni pretende proporcionarlo. En la medida en que la información contenida en este documento sea inconsistente con los documentos del plan, las disposiciones establecidas en los documentos del plan regirán en todos los casos. Si desea revisar los documentos del plan o tiene preguntas sobre temas específicos o disposiciones del plan, debe comunicarse con su Departamento de Recursos Humanos / Beneficios.