



20
21

BENEFICIOS

Su Guía de beneficios para empleados

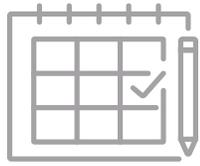
Índice

Qué hacer y qué esperar	3
¿Ya puede inscribirse?	4
Actualizaciones de los beneficios para 2021	5
Beneficios médicos	6
Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA)	8
Médico a pedido	10
Programa de bienestar	11
Vida	13
Aspectos destacados del beneficio de farmacia	14
Plan odontológico	16
Plan oftalmológico	18
Cuenta de gastos flexibles (FSA)	19
Tarjeta de pago	20
Cuentas de reembolso de gastos por traslado (Commuter Expense Reimbursement, CERA)	21
Seguro de vida	22
Planes para discapacidad	24
Beneficios adicionales	25
Plan de jubilación 401(k)	27
Elegibilidad	28
Disposiciones de la inscripción especial	30
Ayuda y apoyo	31

Taylor agradece su compromiso con nuestro éxito. Estamos comprometidos a ofrecer opciones que proporcionen beneficios de calidad para usted y sus dependientes. También tenemos la responsabilidad de mantener la competitividad de nuestro negocio. Un negocio exitoso es la clave para crear oportunidades y seguridad para nuestros empleados.

Controlar los costos de nuestros beneficios también contribuye al éxito de nuestro negocio. Como compañía que autofinancia varios de nuestros planes de beneficios, pagamos todas nuestras reclamaciones directamente del balance final. Todos nosotros desempeñamos un papel importante a la hora de ayudar a controlar estos costos. Podemos mantener nuestros costos bajos en su conjunto tomando decisiones informadas sobre cómo usar los beneficios de sus empleados.

Si bien puede que no tenga que cambiar de plan, le recomendamos firmemente que revise sus opciones y evalúe qué planes médicos u otros beneficios son los mejores para usted y su familia. Tiene nuevos recursos para explorar, inclusive VIPS. En inglés, esta sigla significa “selector de planes de seguro de Venable”. VIPS es una herramienta de simulación en Excel que puede usar para ingresar sus costos estimados del plan médico y los medicamentos con receta o sus consultas, y esta arrojará una estimación de qué plan puede ser el más adecuado: el plan HSA o el plan PPO. Acceda a la herramienta de simulación VIPS en www.taylorcorp.com/enrollment.



QUÉ HACER Y QUÉ ESPERAR

Qué hacer

Inscríbase en sus beneficios en el plazo de los 30 días de la fecha de contratación. Su fecha de contratación cuenta como el primer día. También se ofrece una inscripción abierta una vez al año.

- Comprenda sus opciones: lea esta guía.
- Conozca las diferencias: asegúrese de entender cómo funcionan los planes y cómo puede administrar sus gastos de atención médica durante todo el año.
- Acceda a la herramienta VIPS e ingrese sus gastos de atención médica para simular la mejor selección de planes para usted. Puede acceder a la herramienta VIPS en www.taylorcorp.com/enrollment.
- Decida qué planes elegirá.
- Decida a quién incluir en la cobertura: a usted mismo, a su cónyuge legal, a sus hijos elegibles o a toda su familia.
- Comuníquese con HRConnect o RR. HH. de Rembrandt Foods si tiene alguna pregunta.

Qué esperar

Plan médico/odontológico/ofthalmológico

Si se inscribe por primera vez en el plan médico, odontológico u oftalmológico, recibirá tarjetas de identificación de la siguiente manera:

- Tarjeta de identificación del plan médico de BCBS de Minnesota
- Tarjeta del plan de medicamentos con receta de CVS/Caremark
- Tarjeta de identificación del plan odontológico de Delta Dental
- NO recibirá una tarjeta de identificación para el plan oftalmológico. Utilizará su identificación de empleado o los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social como su identificación del plan oftalmológico.

Cuentas antes de impuestos

Si se inscribe en una de las cuentas antes de impuestos, puede esperar recibir lo siguiente:

- Si se inscribe en el plan HSA, recibirá un kit de bienvenida y una tarjeta de débito de HSA Bank.
- Si se inscribe en la cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA) de atención médica o cuidado de dependientes, recibirá una tarjeta de pago de Optum.
- Si se inscribe en la cuenta de reembolsos de gastos por traslado, recibirá una tarjeta de pago de Optum.

Jubilación

Recibirá un paquete de documentos sobre el plan 401(k) de Merrill.

La inscripción abierta es del 2 al 16 de noviembre de 2020.



¿YA PUEDE INSCRIBIRSE?

Antes de comenzar su inscripción:

- Comprenda sus opciones: lea esta guía.
- Conozca las diferencias: asegúrese de entender cómo funcionan los planes y cómo puede administrar sus gastos de atención médica durante todo el año.
- Acceda a la herramienta de simulación VIPS y otros recursos en www.taylorcorp.com/enrollment para que le ayuden a elegir qué planes pueden ser adecuados para usted.
- Decida qué planes elegirá.
- Decida a quién incluir en la cobertura: a usted mismo, a su cónyuge legal, a sus hijos elegibles o a toda su familia.
 - La compañía se reserva el derecho de auditar a los dependientes en cualquier momento. Consulte la página 28 para obtener información sobre la elegibilidad.
- Realice sus elecciones.
 - Preparación:
 - ▲ Recabe información sobre los nombres legales, las fechas de nacimiento y los números de Seguro Social de los dependientes.
 - ▲ Recuerde que las elecciones de la FSA deben hacerse todos los años. Si decide participar, su inscripción del año actual NO se transferirá al próximo año.
 - Para realizar sus elecciones de beneficios desde cualquier conexión a Internet:
 - ▲ Los empleados de Taylor deben visitar <https://www.myworkday.com/taylor> y hacer clic en la tarea de inscripción abierta en su bandeja de entrada.
 - ▲ Los empleados de Rembrandt/Farm Nutrient deben visitar myworkday.rembrandtinc.com y hacer clic en la tarea de inscripción abierta en su bandeja de entrada.
 - ▲ Se le proporcionan instrucciones en todo momento.
 - ▲ Use la aplicación Workday para acceder a su tarea desde la bandeja de entrada.

Realizar cambios por eventos de vida

Solo puede cambiar sus elecciones de beneficios si tiene un cambio de estado calificado, como nacimiento, matrimonio o divorcio. Los cambios deben realizarse a más tardar a los 30 días del evento. Realice cambios accediendo al grupo de tareas de beneficios de Workday.

¿Tiene preguntas?

HRConnect se encuentra disponible para responder sus preguntas. No dude en ponerse en contacto con nosotros por teléfono al 877.252.9861 o por correo electrónico a HRConnect@taylorcorp.com. Los empleados de Rembrandt deben ponerse en contacto con el Departamento de Recursos Humanos de Rembrandt Foods.



ACTUALIZACIONES DE LOS BENEFICIOS PARA 2021

Inscripción abierta pasiva

La inscripción abierta para 2021 será una inscripción abierta pasiva. Esto significa que, si no tiene cambios en sus beneficios médicos, odontológicos y oftalmológicos como empleado para 2020, no necesita realizar ninguna acción. Le recomendamos firmemente que revise sus opciones y evalúe qué plan médico u otros beneficios son los mejores para usted y su familia. Si en 2020 eligió una FSA de atención médica o cuidado diurno de dependientes y desea inscribirse nuevamente para 2021, deberá volver a inscribirse en Workday para 2021. Además, los descuentos en las primas por bienestar no se transfieren de un año anterior.

Énfasis en el bienestar

En 2021, continuaremos nuestro compromiso con la importancia de la salud de nuestros empleados para todos. La compañía creará más oportunidades de participación e incentivos para premiar a los empleados y sus familias por la participación y los resultados logrados al tomar decisiones saludables. Taylor ha trasladado los programas de bienestar de Bravo a Wellworks For You.

Cambios en el plan odontológico

La compañía ha modificado su plan odontológico con Delta Dental of Minnesota para alinear los beneficios con los estándares de la industria. Consulte la página 16 para acceder a un resumen de estos cambios.

Nuevas normas de elegibilidad

A partir del 1 de enero de 2021, los empleados deben trabajar de manera regular 20 horas o más por semana para ser elegibles para recibir los beneficios ofrecidos por Taylor. Estamos comprometidos a extender los beneficios a los empleados de la forma más amplia posible durante estos tiempos sin precedentes.

Wellworks For You

Taylor se ha asociado con Wellworks For You, un nuevo programa que ofrece recursos saludables, además de oportunidades para obtener descuentos de bienestar. Ahora más que nunca, sabemos que los empleados están buscando maneras de preservar su salud y seguridad, desde llevar un estilo de vida saludable hasta enfocarse en su salud mental y financiera. Nuestro objetivo es ayudarle en su viaje de bienestar para que esté de la mejor forma posible. Como novedad para este año, todos los empleados (estadounidenses) elegibles para recibir los beneficios tendrán acceso al portal y a los recursos en cualquier etapa o nivel de participación. Además de las opciones de evaluaciones, encontrará herramientas y videos de aprendizaje virtual sobre cómo mejorar su salud.

Vida

Vida combina un enfoque basado en datos y tecnología con un diseño centrado en el ser humano, empatía y compasión para ayudar a las personas a abordar incluso los desafíos de salud más persistentes. Consulte la página 13 para obtener una descripción completa de este servicio.

Lockton Nurse Advocate

El programa de Lockton Nurse Advocacy tiene el objetivo de respaldar la salud de los empleados de Taylor y sus cónyuges inscritos en nuestros beneficios médicos de Taylor de Estados Unidos. Taylor cree que todas las personas importan, así que queremos que cada persona tenga la mejor salud posible. Los enfermeros dedicados de Taylor pueden ponerse en contacto con usted pronto para presentar el programa de Lockton Nurse Advocate y analizar cómo puede mejorar su vida. El contacto es confidencial y puede ser por correo postal, correo electrónico o teléfono, y las llamadas pueden realizarse durante el horario de trabajo. La participación es gratuita y voluntaria.



BENEFICIOS MÉDICOS

Taylor se compromete a ayudarle a usted y a sus dependientes a mantener la salud y el bienestar proporcionándoles acceso a los más altos niveles de atención. Los tres planes médicos son administrados por Blue Cross Blue Shield de Minnesota e incluyen cobertura de medicamentos con receta a través de CVS/Caremark. Las opciones de planes médicos para 2021 son las siguientes:

- PPO Plus
- PPO
- Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)

Consulte las páginas 8 y 9 para obtener más información sobre las HSA.

Estos son algunos términos que verá en esta guía:

COSEGURO: Su porción de los costos del servicio de atención médica, usualmente se calcula como un porcentaje del monto que se cobra por los servicios. Usted empieza a pagar el coseguro después de pagar el deducible de su plan. Su plan cubre un porcentaje determinado de la factura total y usted paga el porcentaje restante.

COPAGO: Monto fijo que paga por un servicio médico específico (por lo general, una visita al consultorio) cuando recibe el servicio. El copago puede variar dependiendo del tipo de servicio. Los copagos no se pueden incluir como parte de su deducible anual, pero sí se tienen en cuenta para su gasto máximo de bolsillo.

DEDUCIBLE: El monto que usted paga por los servicios de atención médica antes de que su seguro médico comience a pagar. Por ejemplo, si el deducible de su plan es de \$3,000, usted pagará el 100 % de los gastos de atención médica elegibles hasta que las facturas alcancen un total de \$3,000 por año. Posteriormente, usted compartirá el costo con su plan al pagar el coseguro.

DENTRO DE LA RED: Un grupo de médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores de atención médica que tienen un acuerdo con el proveedor de su plan médico. Usted pagará menos si usa los proveedores que están dentro de la red.

FUERA DE LA RED: Atención que se recibe de médicos, hospitales y demás proveedores con los que el plan médico no tiene un acuerdo. Usted pagará más si usa los proveedores fuera de la red.

GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO: Esto es lo máximo que puede pagar por servicios cubiertos en un año del plan. Luego de que usted gaste este monto en deducibles, copagos y coseguro, su plan médico paga el 100 % de los costos de los beneficios cubiertos. Sin embargo, usted debe pagar por determinados cargos fuera de la red que se encuentren por encima de los montos razonables y habituales.

RAZONABLE Y HABITUAL: El monto de dinero determinado por el plan médico como un rango de pago normal o aceptable para un servicio relacionado con la salud o un procedimiento médico específico. Si su proveedor de atención médica envía cargos más altos de los que el plan médico considera normales o aceptables, es posible que usted deba pagar la diferencia.

Resumen del plan médico y de medicamentos de venta bajo receta

Servicio dentro de la red cubierto punto por punto. Los detalles a continuación no se modificaron con respecto a nuestros planes de 2020.

Plan médico	PPO Plus	PPO	Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)
Elegible para los beneficios de bienestar	Sí	Sí	Sí
Deducible anual	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
▪ Individual	\$1,500	\$2,500	\$6,600
▪ Familiar	\$3,000	\$5,000	\$13,200
Máximo anual de gastos de bolsillo	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
▪ Individual	\$6,600	\$6,600	\$6,600
▪ Familiar	\$13,200	\$13,200	\$13,200
Coseguro (lo que el plan paga después del deducible)	El plan paga el 80 % después del deducible	El plan paga el 80 % después del deducible	El plan paga el 100 % después del deducible
Visita al consultorio del médico			
Visita al médico de atención primaria	Usted paga un copago de \$25	Usted paga un copago de \$40	El plan paga el 100 % después del deducible
Consulta a un especialista	Usted paga un copago de \$35	Usted paga un copago de \$60	El plan paga el 100 % después del deducible
Visita a una clínica minorista	Usted paga un copago de \$20	Usted paga un copago de \$40	El plan paga el 100 % después del deducible
Servicios médicos de Doctor On Demand	Copago de \$0; 100 %	Copago de \$0; 100 %	El plan paga el 100 % después del deducible
Servicios de psicología/psiquiatría de Doctor On Demand	Copago de \$0; 100 %	Copago de \$0; 100 %	El plan paga el 100 % después del deducible
Radiografías/servicios de laboratorio (lo que el plan paga después del deducible)	80 % después del deducible	80 % después del deducible	El plan paga el 100 % después del deducible
Atención preventiva de rutina	100 %	100 %	100 %
Atención de niño sano	100 %	100 %	100 %
Medicamentos de venta bajo receta (minorista)			
	Usted paga	Usted paga	
Medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$10	El plan paga el 100 % después del deducible
Medicamentos de marca preferida	Mayor a un copago de \$40 o el 20 %, máx. de \$80	Mayor a un copago de \$40 o el 20 %, máx. de \$80	El plan paga el 100 % después del deducible
Medicamentos de marca no preferida	Mayor a un copago de \$60 o el 50 %, máx. de \$120	Mayor a un copago de \$60 o el 50 %, máx. de \$120	El plan paga el 100 % después del deducible
Especialidad	Mayor a un copago de \$75 o el 20 %, máx. de \$150	Mayor a un copago de \$75 o el 20 %, máx. de \$150	El plan paga el 100 % después del deducible

Contribuciones quincenales para la atención médica y medicamentos con receta (antes de descuentos de bienestar)

En vigencia a partir del 1 de enero de 2021

	PPO Plus		PPO		Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	
	Costo quincenal de la compañía	Su costo quincenal*	Costo quincenal de la compañía	Su costo quincenal*	Costo quincenal de la compañía	Su costo quincenal*
Empleado	\$170.97	\$101.25	\$171.85	\$81.59	\$161.70	\$53.90
Empleado más 1	\$422.39	\$230.94	\$423.66	\$184.60	\$382.91	\$134.53
Familiar	\$566.22	\$304.89	\$559.59	\$251.41	\$510.54	\$179.38

Los empleados pueden elegir el plan médico y de medicamentos de venta bajo receta sin inscribirse en el plan odontológico u oftalmológico.

* Antes de los créditos por bienestar



CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS (HSA)

Una cuenta de ahorro para gastos médicos (Health Savings Account, HSA) es una cuenta bancaria personal de atención médica que puede usar para pagar gastos médicos de su bolsillo actuales y futuros con dólares antes de impuestos. Si se inscribe en un plan de salud con deducible alto, puede abrir una HSA.

Usted posee y administra su HSA. Usted determina cuánto aportar a la cuenta, cuándo usar el dinero para pagar los gastos médicos calificados y cuándo reembolsarse. Recuerde, esta es una cuenta bancaria; por lo tanto, debe tener dinero en la cuenta antes que pueda gastarlo.

Las HSA le ofrecen las siguientes ventajas:

AHORRO DE IMPUESTOS: Usted aporta dólares antes de impuestos a la HSA. Los intereses se acumulan libres de impuestos y los fondos se retiran libres de impuestos para el pago de gastos médicos.

REDUCCIÓN DE COSTOS PERSONALES: Puede usar el dinero en su HSA para pagar gastos médicos y recetas elegibles. Los fondos de la HSA que usa pueden ayudarle a alcanzar el deducible anual de su plan.

UNA INVERSIÓN A LARGO PLAZO QUE PERMANECE CON USTED: Los dólares de la cuenta que no use son suyos para que los conserve, aunque se jubile o deje la compañía. Además, puede invertir sus fondos de la HSA para que el dinero disponible destinado a la atención médica aumente con el tiempo.

LA OPORTUNIDAD DE AHORRO A LARGO

PLAZO: Transfiera los fondos de la HSA que no haya usado de un año a otro: puede usar este dinero para reducir los futuros gastos médicos de su bolsillo. Incluso puede ahorrar dólares de la HSA para usar después de jubilarse.

Usted es elegible para abrir y financiar una HSA si se cumplen las siguientes condiciones:

- Está inscrito en un plan médico con deducible alto (high-deductible health plan, HDHP) elegible para HSA, como el plan HSA de Taylor.
- Usted no está cubierto por el plan médico de su cónyuge (a menos que se trate de un HDHP calificado), una cuenta de gastos flexibles (FSA) o una cuenta de reembolso de salud (health reimbursement account, HRA).
- No es elegible para presentarse como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- No está inscrito en Medicare, TRICARE ni TRICARE for Life.
- No ha recibido beneficios de la Administración de Veteranos (Veterans Administration, VA) en los últimos tres meses, excepto si es veterano con una calificación de discapacidad del VA, en cuya situación cualquier atención hospitalaria o servicio médico recibido del VA puede omitirse con fines de la elegibilidad para la HSA.

Si se inscribe en un plan de salud con deducible alto, puede abrir una HSA.

Cómo acceder/contribuir a su HSA

Una vez que su cuenta esté abierta, puede acceder a ella a través de www.hsabank.com. Establecerá sus contribuciones de nómina durante la inscripción abierta. Puede realizar modificaciones en las contribuciones en cualquier momento del año a través de Workday. Tenga en cuenta que puede tardar entre uno y dos períodos de nómina hasta que se procese un cambio en la HSA.

Más información sobre las cuentas de ahorros para gastos médicos

La HSA es administrada por HSA Bank. La compañía paga la comisión administrativa mensual de su HSA. Si su estado de cobertura o condición laboral cambia, usted deberá pagar todas las comisiones como titular de la cuenta HSA.

Observará dos deducciones del salario antes de impuestos por separado en su cheque de pago cuando participe en el plan HSA: una para su prima médica de empleado y otra para su contribución a la HSA, si eligió inscribirse.



¡IMPORTANTE! Cuánto puede depositar en una HSA en 2021

Si es menor de 55 años (y no está inscrito en Medicare):

- Hasta \$3,600 para la cobertura individual.
- Hasta \$7,200 para la cobertura familiar.

Si es mayor de 55 años (y no está inscrito en Medicare):

- La contribución máxima aumenta \$1,000 (se considera una contribución adicional).
- Hasta \$4,600 para la cobertura individual.
- Hasta \$8,200 para la cobertura familiar.

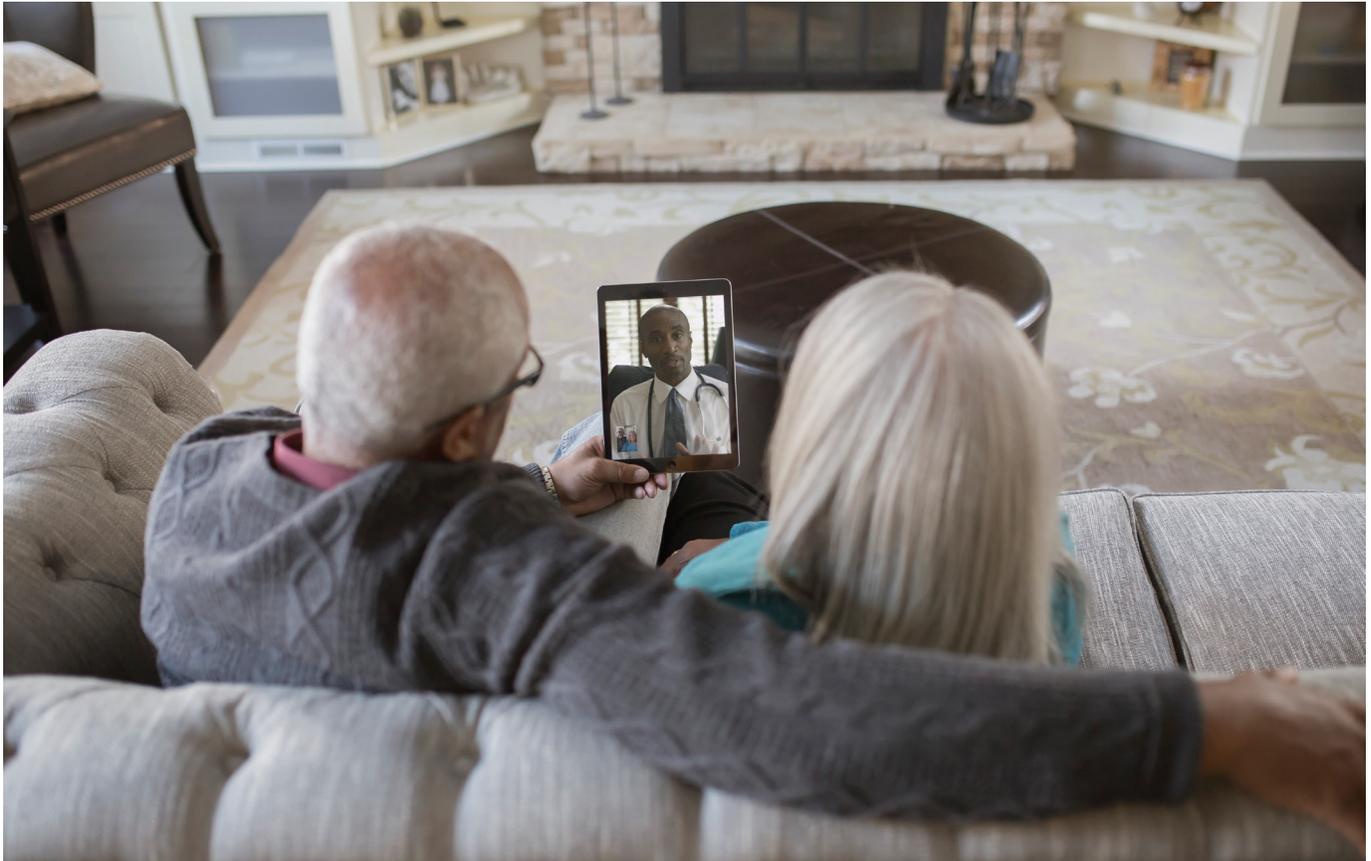
Cómo pagar los gastos de su HSA

Tarjeta de débito

- Hasta dos tarjetas gratis.
- Para ayudar a prevenir el uso indebido de los fondos de la HSA, la tarjeta de débito solo se autoriza para los proveedores que brindan productos y servicios médicos.
- Se aplicará una tarifa de PIN de \$2 por transacción cuando se utilice como débito. Para evitarlo, pase la tarjeta como "crédito" y firme la transacción.

Transferencias en línea (a través del sitio web del miembro)

- Establezca y verifique una cuenta bancaria externa.
- Transferencias únicas o recurrentes (opciones de transferencia entrante y saliente).



MÉDICO A PEDIDO

Doctor On Demand es un líder del mercado en telemedicina que le permite hacer una consulta con un médico de forma remota para tratar problemas comunes y recetar medicamentos, todo a un costo menor que una visita al consultorio tradicional. No necesita programar una cita, viajar al consultorio de su médico y esperar hasta el horario de su cita; puede hacerlo todo a través de la aplicación Doctor On Demand, que está disponible para descargar en dispositivos iPhone o Android.

Para obtener más información, visite
www.doctorondemand.com/bluecross.com.





PROGRAMA DE BIENESTAR

Todos sabemos lo importante que es controlar proactivamente su salud y la de su familia. Nuestra compañía está comprometida a ayudarle a lograr una salud óptima animándole a ser activo, a vivir un estilo de vida saludable y a tomar buenas decisiones de salud. Nuestras opciones de planes le ofrecen la flexibilidad de seleccionar el plan que mejor se adapte a sus necesidades, con la opción de recibir recompensas por tener comportamientos saludables en forma de descuento en la prima de seguro médico. Para obtener más detalles del programa, consulte la guía en www.taylorcorp.com/enrollment.

Descripción general del programa

- Consulte la siguiente tabla utilizando su fecha elegible de contratación/beneficios para obtener información del programa.
- **TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:** Los incentivos que se indican en la tabla de la página siguiente se aplican si actualmente está inscrito en el plan médico de Taylor.

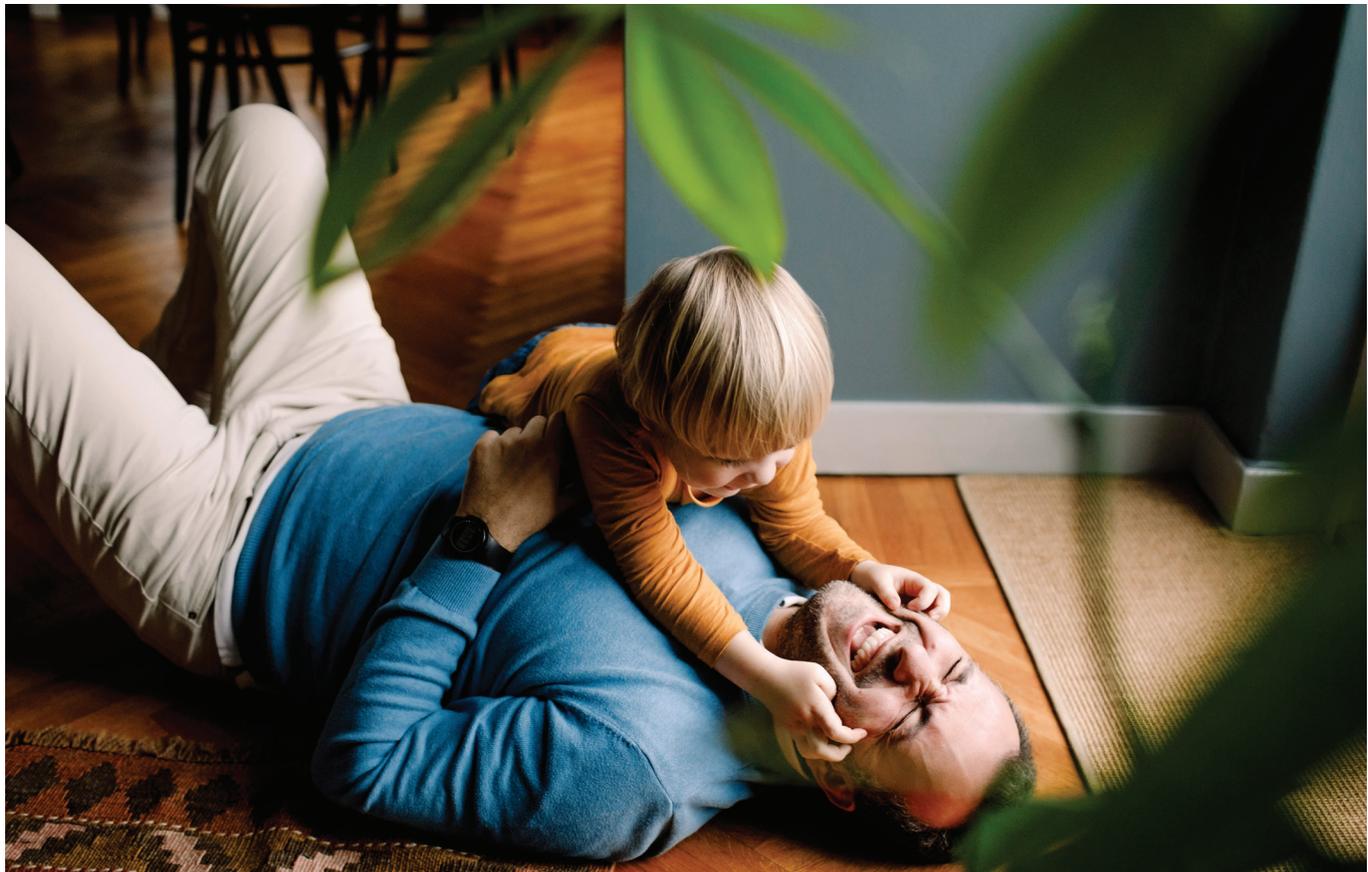
Fecha elegible de contratación/beneficios	Descuento en las primas	Requisitos/fechas límite
Del 7/1/2020 al 10/31/2020	Descuento para la prima de 2020: solo el empleado, \$480	Complete los pasos 1 y 2 en el plazo de los 30 días de la contratación
	Descuento para la prima de 2020: solo el cónyuge, \$480	
	Descuento para la prima de 2021: solo el empleado, hasta \$1,200	Complete el paso 3 antes del 1/31/2021
	Descuento para la prima de 2021: solo el cónyuge, hasta \$1,200	
Del 11/1/2020 al 1/31/2021	Descuento para la prima de 2020: solo el empleado, \$480	Sin requisitos
	Descuento para la prima de 2020: solo el cónyuge, \$480	
	Descuento para la prima de 2021: solo el empleado, hasta \$1,200	Complete los pasos 1 y 2 en el plazo de los 30 días de la contratación
	Descuento para la prima de 2021: solo el cónyuge, hasta \$1,200	

Los empleados y sus cónyuges que se inscriban en los planes médicos de la compañía tienen la oportunidad de ganar puntos en función de los resultados de sus exámenes de bienestar. Cada punto vale \$120 al año. Los descuentos en las primas por bienestar no se transfieren de un año anterior.

Cómo puede ahorrar en sus primas

	Solo el empleado	Empleado y cónyuge
Registro y evaluación Conozca sus números	Obligatorio	Obligatorio
Índice de masa corporal: igual o menor a 27.5 (3 puntos) La medición de la cintura corrige automáticamente el índice de masa corporal (IMC) por la masa muscular magra, incluso cuando no cumpla con la meta de IMC (mujeres: menos de 34.5 pulgadas, hombres: menos de 37 pulgadas).	\$360	\$720
Presión sanguínea: menos de 130/85 mm Hg (1 punto)	\$120	\$240
Glucosa: igual o menor a 110 mg/dl (2 puntos)	\$240	\$480
Colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL): menos de 160 mg/dl (1 punto)	\$120	\$240
Consumo de tabaco/nicotina: resultado negativo (3 puntos)	\$360	\$720
Total anual posible	\$1,200	\$2,400

Si cree que no puede cumplir con ciertos estándares del programa de bienestar requeridos para recibir los incentivos, podría cumplir con los requisitos para recibir el incentivo cumpliendo con un requisito alternativo, como realizar otras actividades que pueden estar disponibles para usted a través del programa de bienestar. Comuníquese con Wellworks For You llamando al 800-425-4657 o enviando un correo electrónico a www.wellworksforyoulogin.com si tiene alguna pregunta sobre el programa de bienestar o para determinar si puede ser elegible para recibir un incentivo cumpliendo con un requisito alternativo.





Un entrenador de salud personalizado para adaptarse a usted y a sus necesidades.

¿Quién es elegible?

Los miembros (y los dependientes legales mayores de 18 años) estadounidenses inscritos en uno de los planes médicos de Blue Cross Blue Shield (BCBS) de la compañía que tengan al menos una afección crónica o que recientemente se les haya diagnosticado una afección crónica. Es posible que se lo remita a Vida a través de Lockton Nurse Advocate o posiblemente pueda autorremitirse. Obtenga más información en la aplicación Vida Health a continuación.

¿Qué es Vida Health?

Vida Health ofrece programas de salud personalizados y orientación individual a través de una aplicación móvil fácil de usar. Vida Health está disponible para ayudar a los miembros que se ven obstaculizados por afecciones crónicas. Estos miembros tendrán la oportunidad de compartir metas y preferencias de salud con el fin de diseñar un programa personalizado desde cero, específicamente para usted. El programa incluye su propio entrenador de salud experto, un seguimiento sencillo del progreso y recursos útiles, como videos, recetas y más, todo con el fin de ayudarlo a conseguir una mejor salud, de una manera que funcione para usted.

¿Qué tipo de orientación de salud puedo recibir a través de Vida?

Vida elige a los mejores entrenadores y expertos en salud de todo el país. Estos son algunos ejemplos de cuestiones con las que pueden ayudar:

- Ayuda con los planes nutricionales que incluyen dietas especializadas (p. ej., sin gluten, paleo, mediterránea, a base de vegetales, para personas con alergias y mucho más).
- Ayuda para controlar la diabetes, la presión arterial alta u otra afección crónica.
- Adquisición de hábitos de sueño saludable.
- Herramientas para manejar los desafíos de la vida, los factores de estrés cotidianos y la ansiedad.
- Orientación personalizada para satisfacer sus necesidades de salud y pérdida de peso.
- Control del dolor lumbar crónico o a corto plazo, y mucho más...

Aplicación Vida Health

Descargue la aplicación Vida Health desde la tienda de aplicaciones de su teléfono o visite vida.com/taylor para obtener más información y comprobar si cumple con los requisitos para el programa Vida (disponible sin costo alguno para usted).





ASPECTOS DESTACADOS DEL BENEFICIO DE FARMACIA

La cobertura de medicamentos de venta bajo receta está incluida en los tres planes médicos a través de CVS/Caremark. CVS/Caremark cuenta con más de 63,000 farmacias. Estas incluyen farmacias minoristas, como CVS, Kroger, Meijer, Walmart y Walgreens, así como opciones de pedidos en línea y por correo. Para encontrar una farmacia dentro de la red, visite www.caremark.com o llame a CVS/Caremark al **(800) 405-6432**.

Lo que usted paga por sus medicamentos recetados dependerá del plan médico que elija y del tipo de medicamentos que necesite. El plan clasifica los medicamentos en cuatro niveles: genéricos, de marca preferida, de marca no preferida y de especialidad. Cada nivel de medicamentos tiene un costo diferente. Los medicamentos genéricos son las opciones de menor costo. Los medicamentos de marca preferida, de marca no preferida y de especialidad son medicamentos con un mayor precio, pero su médico puede recetarle un medicamento similar de otro nivel con un costo más bajo.

Los participantes de los planes PPO Plus y PPO pagarán un copago por medicamentos genéricos y un pago de coseguro por medicamentos de los otros tres niveles con montos mínimos y máximos según el nivel de medicamento. Los participantes del plan HSA pagan el precio total con descuento del medicamento hasta que se alcanza el deducible. Después de que se alcanza el deducible, el plan funciona un poco diferente; en el plan HSA, el plan paga todos los gastos una vez que se alcanza el deducible/monto máximo de bolsillo.

Tarjetas de identificación para los medicamentos de venta bajo receta

Si selecciona un nuevo plan para el próximo año, recibirá nuevas tarjetas de identificación. CVS enviará un paquete de bienvenida y una tarjeta de identificación específica para la cobertura de medicamentos con receta. Al recibir su tarjeta de identificación de medicamentos con receta, podrá visitar www.caremark.com y registrarse para acceder en línea.

Farmacia de servicio por correo

La farmacia de servicio por correo de CVS Caremark es una manera fácil de garantizar que tenga el medicamento que necesita, cuando lo necesita. Con un suministro para 90 días, usted paga un monto reducido equivalente a 2 copagos y medio mensuales, por lo que puede tener la certeza de que está pagando un precio más bajo. La entrega por correo también significa que no debe hacer más viajes a la farmacia todos los meses, y con las recargas automáticas, tampoco tendrá que realizar un seguimiento de las fechas de recarga. CVS le avisará diez días antes de una recarga en caso de que necesite cambiar la fecha de entrega o la ubicación. Para comenzar, visite www.caremark.com/mailservice o llame a Atención al Cliente al **(800) 405-6432**.

Ahorre en medicamentos de venta bajo receta

Las personas inscritas en uno de los planes médicos de Taylor pueden aprovechar los ahorros a través de la farmacia de servicio por correo de CVS. Si usted toma solo un medicamento de venta bajo al año, estos ahorros pueden acumularse con el tiempo.

Programa Maintenance Choice de CVS

El programa Maintenance Choice de CVS Health se aplica a la cobertura de sus medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos de venta bajo receta que suelen usarse para tratar afecciones que se consideran crónicas o a largo plazo y generalmente requieren el uso regular y diario de medicamentos. Entre los ejemplos de medicamentos de mantenimiento se incluyen los que se utilizan para tratar la presión arterial alta, las enfermedades cardíacas, el asma y la diabetes. Estos medicamentos de mantenimiento deben recibirse en suministros para 90 días de una de estas dos maneras:

- A través de la farmacia de pedido por correo de CVS Health
- En una farmacia minorista de CVS (incluidas las farmacias CVS dentro de las tiendas minoristas Target)

Ya sea a través de una farmacia de pedido por correo de CVS o una farmacia minorista de CVS, le corresponderá pagar lo mismo. Para darle tiempo para comenzar, puede recibir dos suministros para 30 días de cada medicamento de mantenimiento en cualquier farmacia minorista que forme parte de la red de CVS Health. Luego, debe usar el pedido por correo para que los suministros para 90 días se envíen directamente a su casa o para recoger los suministros para 90 días en una farmacia CVS al por menor (incluidas las farmacias CVS dentro de las tiendas minoristas Target).

Formulario de valor de CVS

Un formulario es una lista de medicamentos que se incluyen en un plan de beneficios de medicamentos con receta. El formulario de valor de CVS Health es un enfoque de formulario administrado que proporciona un valor significativo tanto para usted como para Taylor. El formulario de valor es integral en términos clínicos y cubre todos los estados de la enfermedad. El formulario de valor está diseñado para incluir todos los productos genéricos y solo las marcas con mayor eficacia clínica. Para evitar pagar más por su medicamento, pídale a su médico que le haga una receta para un medicamento con receta genérico o de marca incluido. Puede encontrar más información sobre el formulario de valor, incluido el formulario en sí, visitando <http://info.caremark.com/highvalueplan>.



PLAN ODONTOLÓGICO

Su plan odontológico está diseñado para fomentar la visita al odontólogo y ayudar a garantizar que sus necesidades dentales básicas queden cubiertas a tiempo y a un costo razonable. Las primas odontológicas siguen siendo las mismas que las del año del plan anterior.

El acceso a revisiones periódicas y a una buena atención preventiva son fundamentales para gozar de una salud bucal a largo plazo. Además de visitar a su odontólogo para una atención preventiva periódica, hable con su odontólogo sobre sus necesidades específicas de salud bucal.

La cobertura odontológica está cubierta por parte de Delta Dental of Minnesota.

Cuando usted se inscribe en el plan odontológico, puede visitar a cualquier proveedor de la red de Delta Dental of Minnesota (PPO de Delta Dental o de Delta Dental Premier). Se aplican los mismos niveles de beneficios en cada una de estas dos redes. Si decide utilizar un dentista fuera de la red, el costo de bolsilla será más alto porque esos proveedores pueden cobrar importes que habitualmente no se permitirían en Delta Dental of Minnesota.

A partir del 1 de enero de 2021, Taylor realizará cambios en el diseño de su plan odontológico para ajustarse a los estándares de la industria.

- El mantenimiento periodontal se limita a dos visitas al año.
- Las radiografías se limitan a cuatro veces al año.
- La anestesia intravenosa y general se limitan a una cirugía oral compleja.
- Las radiografías de toda la boca se limitan a una vez cada 60 meses.
- Las radiografías de aleta de mordida para adultos (18+) se limitan a una vez cada 24 meses.
- Las restauraciones se limitan a una vez cada 36 meses.
- Los reemplazos de coronas/incrustaciones/recubrimientos se limitan a una vez cada 120 meses.

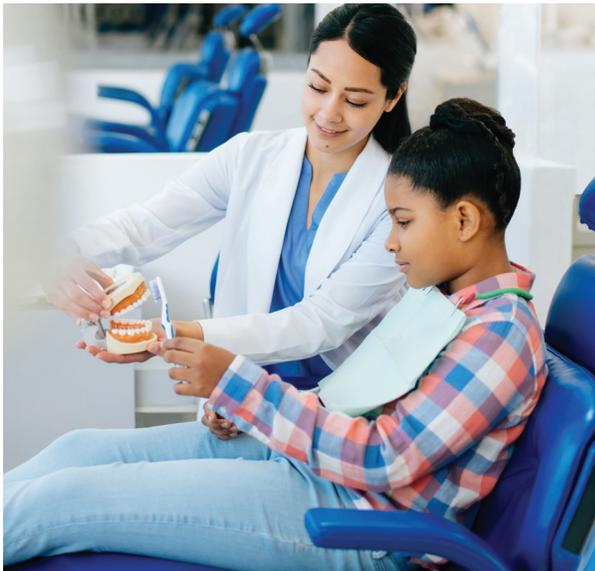
Para obtener más información sobre lo que puede ahorrar en gastos con la red de Delta Dental of Minnesota y sus beneficios dentales, visite www.deltadentalmn.org.

Aspectos destacados del plan odontológico

	Beneficio
Deducible	
Individual	\$50
Familiar	\$150
Gasto máximo anual	\$1,250/persona
Atención preventiva	
Exámenes bucales, radiografías	100 %
Servicios básicos	
Empastes, tratamiento endodóntico, periodoncia	80 %
Servicios complejos	
Coronas, prótesis	50 %
Ortodoncia	
Adultos y niños dependientes	50 %
Máximo del plan de por vida en ortodoncia (por persona)	\$1,750

Contribuciones quincenales para el plan odontológico

	Contribuciones del empleado	Contribuciones del empleador
Empleado	\$7.55	\$6.57
Empleado más 1	\$16.23	\$14.13
Familiar	\$21.51	\$18.72



Los odontólogos que participan en las redes PPO de Delta Dental o de Delta Dental Premier han acordado tarifas contractuales específicas y no le cobrarán la diferencia a usted. Estas tarifas contractuales se traducen en menores gastos de bolsillo para usted.

Para obtener mayores ahorros, elija un odontólogo de la red PPO de Delta Dental; han acordado bajar las tarifas, lo que hace que le rindan más sus dólares.

Los odontólogos de la red PPO de Delta Dental o de Delta Dental Premier también ofrecen la comodidad de presentar sus reclamos odontológicos con Delta Dental.



PLAN OFTALMOLÓGICO

Los exámenes de la vista de rutina permiten detectar síntomas de afecciones graves como el glaucoma, las cataratas, la diabetes e, incluso, tumores. Los exámenes de la vista para niños permiten identificar problemas que pueden dificultar el aprendizaje y el desarrollo. Nuestro plan de visión es administrado por VSP. Puede recibir los beneficios de cualquier optometrista, oftalmólogo u óptico de su elección. Sin embargo, si usted visita a un proveedor preferido de VSP, los gastos de su bolsillo serán, en general, más bajos que si visita a un proveedor fuera de la red.

Visite www.vsp.com o llame al 800-877-7195 para buscar un proveedor preferido VSP en su área.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen anual	Copago de \$15	Hasta \$50
Marcos (cada 24 meses)	Asignación de \$150 + 20 % de descuento sobre la asignación	Hasta \$70
Lentes estándares (cada 12 meses)		
Monofocales	Copago de \$20	Hasta \$50
Lentes bifocales alineados	Copago de \$20	Hasta \$75
Lentes trifocales alineados	Copago de \$20	Hasta \$100
Lenticulares alineados	Copago de \$20	Hasta \$125
Lentes estándar progresivas	Cobertura total	Hasta \$75
Lentes de contacto		
Lentes de contacto	\$60 de copago por examen de lentes \$150 de asignación	Hasta \$105
Plan KidsCare (hasta los 26 años)		
<ul style="list-style-type: none"> Exámenes, marcos y lentes cada año calendario Lentes de contacto (cada año calendario en lugar de anteojos) 	Cobertura para dos exámenes Asignación de \$150 para marcos y lentes de contacto Cobertura total para lentes de policarbonato	Sin cobertura

Contribuciones quincenales de nómina del empleado para gastos oftalmológicos

	Contribución quincenal
Empleado	\$3.80
Empleado más 1	\$5.45
Familiar	\$9.69

- No recibirá una tarjeta de identificación del plan oftalmológico. Su número de identificación es su número de empleado o los últimos 4 dígitos de su número de seguro social. Su número de empleado se encuentra en Workday>Personal Information (Información personal)>About Me (Acerca de mí).

El plan oftalmológico ofrece cobertura oftalmológica integral para empleados inscritos y sus dependientes con cobertura. Los beneficios del plan oftalmológico están diseñados para ayudar a reducir el impacto de ciertos gastos que implica la atención oftalmológica necesaria.



CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

La cuenta de gastos flexibles (FSA) le permite ahorrar dinero antes de impuestos para ayudarle a pagar los gastos elegibles. Como parte de sus beneficios, hay una FSA para atención de salud y una FSA de atención de dependientes disponibles. Las diferencias se muestran a continuación.

	FSA para atención de salud	FSA de atención de dependientes
Gastos elegibles	Copagos, coaseguro, deducibles, gastos odontológicos, gastos oftalmológicos, medicamentos recetados. Consulte la publicación 502 del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) para ver una lista completa.	Gastos elegibles para el cuidado de niños (menores de 13) y adultos como centros de cuidado diarios, el cuidado antes y después de la escuela, el preescolar, el jardín de infancia, campamentos de verano. Consulte la publicación 503 del IRS para ver una lista completa.
Gasto máximo anual Contribución*	\$2,750 (mín. de \$100)	\$5,000 (\$2,500 al año si está casado y presenta declaraciones de impuestos por separado).
Disponibilidad de fondos	Todo lo que haya elegido está disponible para usted al comienzo del año del plan.	Funciona en un proceso de "ingreso de dólares - retiro de dólares". Sólo es elegible para que se le reembolse el dinero que se haya retenido a partir de la fecha de su solicitud.
Portabilidad	No	No
Pérdida	De conformidad con las leyes del IRS, debe renunciar a todo el dinero no utilizado en su FSA para atención de salud si no presenta los gastos antes del 31 de marzo del siguiente año del plan.	De conformidad con las normas del IRS, debe renunciar a todo el dinero no utilizado en su FSA para atención de salud si no presenta los gastos antes del 31 de marzo del siguiente año del plan.
Período de gracia	Los reclamos de cobertura médica incurridos en los primeros 75 días del año del plan siguiente se pueden cubrir con fondos pendientes del año anterior.	N/C

* Sujeto a cambio según las pautas del IRS.

Notas importantes

- Si elige participar en el Plan médico de HSA, no será elegible para participar en la cuenta de gastos flexibles de atención médica. Sin embargo, puede seguir participando en la cuenta de gastos flexibles de atención de dependientes.
- Las elecciones de la cuenta de gastos flexibles deben hacerse cada año, si decide participar. Las inscripciones del año en curso no se transferirán.



TARJETA DE PAGO

La tarjeta de pago de la FSA para atención médica de Optum le permite acceder con mayor rapidez a sus dólares de la FSA antes de impuestos. Pague los gastos elegibles de salud y farmacia con su tarjeta, en lugar de pagar en efectivo. Incluso puede usar su tarjeta para pagar los gastos de atención médica elegibles de venta libre: vendas, solución para lentes de contacto y más.**

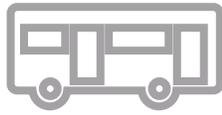
Nota: Es posible que para las reclamaciones que presente a través de su tarjeta de pago de la FSA se requiera documentación probatoria, así que ¡siempre guarde sus recibos! Optum hará todo lo posible por verificar de forma electrónica las transacciones de su tarjeta, como lo exige el IRS. Si Optum no puede verificar una transacción, recibirá una carta en la que se le pedirá un recibo detallado o una Explicación de los beneficios (Explanation of Benefits, EOB). Si no se recibe la documentación requerida en el plazo establecido, su tarjeta será suspendida. Si no puede proporcionar la documentación pertinente, cualquier compra con tarjeta no verificada será declarada como ingreso sujeto a impuestos.

**Para obtener una lista completa, consulte la publicación 502 del IRS

HSA frente a la FSA: La lógica de las diferentes cuentas

Todas las letras pueden ser confusas. Esta es una revisión más detallada de los dos tipos de planes de reembolso que están disponibles. Luego de que sepa más, podrá tomar mejores decisiones sobre qué plan es el adecuado para usted.

	Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	FSA para atención de salud
¿Quién es elegible?	Empleados inscritos en el plan médico con HSA	Empleados que renuncien a la cobertura o que estén inscritos en los planes médicos PPO Plus o PPO
¿Se me inscribirá automáticamente en un plan de ahorros?	No, debe elegir el plan si está en el plan médico con HSA	No, debe elegir el plan, si renuncia a la cobertura o si elige el plan PPO Plus o PPO
¿Quién abre la cuenta?	Empleado	Empleado
¿Quién puede realizar contribuciones?	Empleado	Empleado
¿Conservo la cuenta si renuncio?	Sí	No, a menos que elija COBRA para lo que resta del año calendario
¿Qué se puede reembolsar en la cuenta?	Gastos para atención médica calificados	Gastos para atención médica calificados
Situación fiscal de las contribuciones	Dinero no gravado	Dinero no gravado
Situación fiscal de los pagos	Dinero no gravado	Dinero no gravado
¿Quién controla los pagos?	Usted	Usted
Uso con otros planes basados en cuentas	No, la FSA para atención médica está prohibida	No. La HSA está prohibida



CUENTAS DE REEMBOLSO DE GASTOS POR TRASLADO (COMMUTER EXPENSE REIMBURSEMENT, CERA)

Las cuentas de reembolso de gastos por traslado (CERA) le permiten pagar los gastos calificados de transporte y estacionamiento con el dinero que ha ahorrado antes de impuestos. Usted puede elegir hacer contribuciones con lo que espera gastar en sus traslados al mes. Esa cantidad elegida se retirará antes de impuestos y se transferirá a su cuenta en Optum. Los fondos se podrán desembolsar una vez que se hayan depositado en su cuenta. Las cantidades que no se hayan utilizado pueden transferirse.

El IRS establece los límites máximos de deducción mensual antes de impuestos y de gastos. Las cantidades máximas permitidas de aportación antes de impuestos y de reembolso por mes calendario son:

- Vales de transporte o vehículo de transporte al trabajo por carretera: \$265/mes*
- Estacionamiento: \$265/mes*

* Sujeto a cambio según las pautas del IRS.

Tarjeta de pago de Optum

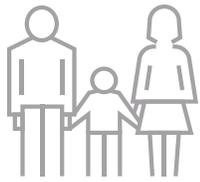
Si se inscribe en los beneficios por traslado, recibirá una tarjeta de pago de Optum. Si ya es un participante de la compañía de la FSA a través de Optum, puedes utilizar la misma tarjeta. Puede utilizar la tarjeta para los gastos de estacionamiento y transporte.

Uso de la tarjeta para estacionamiento

Si el participante usa la tarjeta para gastos de estacionamiento, no hay que pagar en efectivo por adelantado, no hay que rellenar formularios de reclamación ni esperar a los reembolsos. La tarjeta ayuda a pagar los gastos calificados de la CERA, como los gastos de estacionamiento de cualquier tipo de vehículo en el lugar de trabajo del participante o cerca de él, o en un lugar desde el que el participante se traslada mediante el transporte público.

Uso de la tarjeta para transporte

La tarjeta puede utilizarse como vales, fichas o tarjetas de tarifa para transporte público adquiridas en una terminal de billetes de transporte válida.



SEGURO DE VIDA

El seguro de vida proporciona asistencia financiera en caso de que usted fallezca. Todos los empleados elegibles están automáticamente cubiertos por el seguro de vida básico y AD&D (seguro de muerte y desmembramiento accidentales) sin costo alguno. Además de su seguro de vida básico, tiene la opción de inscribirse en diferentes niveles de cobertura complementaria para usted, así como cobertura para sus familiares elegibles.

Seguro de vida básico

El Plan de seguro de vida básico proporciona automáticamente un seguro de vida y un AD&D equivalente al valor de su salario, hasta \$400,000, sin costo alguno.

Seguro de vida complementario

Las coberturas opcionales incluyen lo siguiente:

- Seguro de vida y AD&D básico para el empleado
- Seguro de vida del cónyuge
- Seguro de vida para los hijos

La cobertura del seguro de vida complementario la paga el empleado con dólares después de impuestos. Los empleados pueden agregar (si previamente renunciaron), o aumentar su

cantidad de cobertura actual en dos incrementos (total de \$20,000) cada periodo de inscripción abierta sin Evidencia de asegurabilidad (EOI) hasta \$350,000. Una vez que el nivel de cobertura alcanza los \$350,000, cualquier aumento solicitado requeriría la EOI. Los empleados también pueden agregar la cobertura para cónyuge (si se ha renunciado a ella anteriormente) o aumentar el monto de su cobertura actual a un nivel de cobertura (\$0-\$5,000 o \$5,000-\$10,000 o \$10,000-\$25,000). Puede agregar cobertura para dependientes (si se ha renunciado a ella anteriormente) o aumentar la cobertura actual de su(s) hijo(s) a un nivel de cobertura (\$0 - \$5,000 o \$5,000 a \$10,000).

¿Qué tanto puedo elegir?

Los nuevos empleados elegibles tienen una sola oportunidad para elegir los siguientes límites, sin proporcionar Evidencia de asegurabilidad (EOI).
Seguro de vida complementario:

- Empleado: 5 salarios hasta \$350,000
- Cónyuge: hasta \$25,000
- Hijo(s): hasta \$10,000

Tarifas del seguro de vida complementario Tarifa quincenal/\$10,000			
Edad	Tarifa	Edad	Tarifa
Menor de 25 años	\$0.27	50-54	\$1.12
25 a 29	\$0.30	55-59	\$1.93
30-34	\$0.38	60-64	\$2.55
35-39	\$0.42	65-69	\$4.62
40-44	\$0.512	70+	\$7.44
45-49	\$0.73		

¿Cómo calcular el costo de su seguro de vida complementario?

$$\begin{array}{r}
 \text{Ejemplo: } \$100,000 \\
 \hline
 \text{Cantidad seleccionada}
 \end{array}
 \div 10,000 =
 \begin{array}{r}
 10 \text{ unidades de} \\
 \text{cobertura}
 \end{array}
 \times
 \begin{array}{r}
 \text{Tarifa para una persona de} \\
 30 \text{ años } (\$0.38) \\
 \hline
 \text{Tarifa superior de seguro de vida y AD\&D} \\
 \text{(basado en su edad el 1 de ene.)}
 \end{array}
 =
 \begin{array}{r}
 \$3.80 \text{ quincenal} \\
 \hline
 \text{Su costo quincenal}
 \end{array}$$

Seguro de vida para el dependiente

El seguro de vida para dependientes le ofrece un beneficio en caso de fallecimiento de su cónyuge o de su(s) hijo(s) dependientes (menores de 26 años).

Elecciones y tarifas de cobertura

Tarifas quincenales del seguro de vida para el cónyuge		
\$5,000	\$10,000	\$25,000
\$0.64	\$1.27	\$3.18

Tarifas quincenales del seguro de vida para el(los) hijo(s)	
\$5,000	\$10,000
\$0.81	\$1.62





PLANES PARA DISCAPACIDAD

Los beneficios por discapacidad ofrecen ingresos si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión. La elegibilidad es el primero del mes con el que coincide o el siguiente después de 180 días de servicio continuo en un estado elegible.

Discapacidad a corto plazo (pagado por la compañía)

El seguro de discapacidad a corto plazo ofrece protección de los ingresos si no puede trabajar debido a su propia enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo, incluida la maternidad. La discapacidad a corto plazo comienza a pagar los beneficios después de que usted no puede trabajar durante 7 días calendario consecutivos. Después de 7 días, la discapacidad a corto plazo pagará el 67 por ciento de sus ingresos previos a la discapacidad, una vez aprobada.

Los beneficios continuarán hasta 25 semanas después del período de espera de 7 días, siempre y cuando siga incapacitado. Cuando los beneficios por discapacidad a corto plazo terminan, puede ser elegible para recibir beneficios de discapacidad a largo plazo.

Discapacidad básica a largo plazo (pagada por la compañía)

La discapacidad a largo plazo repone el 60 % de sus ingresos mensuales si está discapacitado y no puede trabajar, hasta un beneficio máximo de \$12,000 por mes. Una vez aprobados, estos beneficios comienzan después de que terminan los beneficios de discapacidad a corto plazo.

Durante los primeros 24 meses de incapacidad, se le considerará incapacitado si no puede desempeñar las tareas fundamentales de su propio trabajo. Después de 24 meses, para ser considerado discapacitado, no debe estar en condiciones para desempeñar las funciones de ningún trabajo para el que esté cualificado por su formación, educación y experiencia previas.

Durante el tiempo que permanezca discapacitado, el Plan básico de discapacidad a largo plazo seguirá pagando los beneficios por un máximo de cinco años.

Discapacidad a largo plazo prorrogada (voluntaria)

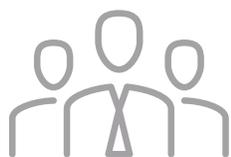
El plan prorrogado por discapacidad a largo plazo lo paga el empleado con dólares antes de impuestos y extiende los pagos de discapacidad a largo plazo por un máximo de cinco años del plan básico hasta reducir la duración del beneficio (**el plan prorrogado por discapacidad a largo plazo no ofrece ningún beneficio adicional para empleados mayores de 60 años más allá del plan básico**). Los empleados son inscritos automáticamente en el plan prorrogado por discapacidad a largo plazo y, si no desean el beneficio, deben renunciar voluntaria a través de Workday.

El plan prorrogado por discapacidad a largo plazo lo paga el empleado con dólares antes de impuestos. Tarifa de discapacidad a largo plazo: \$0.068 por cada \$100 de la nómina cubierta.

$$\frac{\text{Ejemplo: } \$3,333}{\text{Ingresos mensuales}^*} / 100 \times .0314 = \frac{\$1.05 \text{ quincenal}}{\text{Su costo quincenal}}$$

Tabla de la duración máxima de los beneficios

Edad en la que inició la discapacidad	Período máximo de pago
Menor de 60 años	Hasta 65 años, pero no inferior a 5 años
60 años	60 meses
61 años	48 meses
62 años	42 meses
63 años	36 meses
64 años	30 meses
65 años	24 meses
66 años	21 meses
67 años	18 meses
68 años	15 meses
69 años y más	12 meses



BENEFICIOS ADICIONALES

Programa de asistencia al empleado (EAP)

El Programa de asistencia al empleado (Employee Assistance Program, EAP) brinda acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a asesoramiento confidencial y profesional, así como servicios de orientación para ayudarlos a usted y a su familia con problemas personales, familiares o laborales. El programa es gratuito, completamente confidencial y está disponible para todos los empleados elegibles para beneficios que estén asegurados por el Seguro de vida básico y sus familias. El EAP ofrece apoyo ilimitado por teléfono y hasta cinco sesiones de asesoramiento confidencial por persona, por problema, por año. Algunos temas comunes con los que el EAP lo puede ayudar son los siguientes:

Estrés, ansiedad y depresión	Pérdidas y duelos	Resolución de conflictos	Asesoramiento laboral o para la vida	Transiciones en la vida	Divorcio o separación	Abuso de sustancias
------------------------------	-------------------	--------------------------	--------------------------------------	-------------------------	-----------------------	---------------------

El EAP también ofrece asesoramiento financiero, legal y más. Pueden aplicarse cargos adicionales. Llame al (866) 682-6047 o visite www.guidanceresources.com para obtener más información (ID de web: EAP4TCC).

Asistencia al viajero

Cuando viaja más de 100 millas de casa, Voya Travel Assistance le ofrece a usted y a sus dependientes cuatro tipos de servicios: Información previa al viaje, servicios personalizados de emergencia, servicios de asistencia médica y servicios de transporte de emergencia.

Póngase en contacto con Voya Travel Assistance las 24 horas del día, los 365 días del año al 800-859-2821 (llamada gratuita en EE. UU.) o al 202-296-8355 (desde otros países) o envíe un correo electrónico a ops@suroassistance_usa.com.

Información previa al viaje

Estos valiosos servicios le ayudan a iniciar su viaje por el camino correcto. Voya Travel Assistance puede brindarle información importante y actualizada, incluida la siguiente:

- Requisitos de inmunización
- Requisitos de visa y pasaporte
- Tipos de cambio
- Consultorías de viaje/turísticas
- Condiciones climáticas y de temperatura
- Información cultural

Plan Tomorrow's Scholar® Group 529

Haga posible que sus hijos vayan a la universidad invirtiendo en el plan Tomorrow's Scholar 529, un servicio de valor agregado ofrecidos por Voya como beneficios para el empleado. El Plan Tomorrow's Scholar 529 es una manera flexible y con ventajas impositivas para que planifique y pague la universidad.

Para obtener más información sobre el plan Tomorrow's Scholar y acceder a este beneficio, visite www.TomorrowsScholar.com/employeebenefits o póngase en contacto con un asesor financiero de Voya al 844-VOYA-529 (844-869-2529).

Servicios personales de emergencias

En caso de que ocurra una situación inesperada de carácter no médico, Voya Travel Assistance ofrece acceso a varios servicios valiosos, entre ellos:

- Envío de mensajes de emergencia
- Servicios de interpretación o de traducción
- Planificación de viajes de emergencia
- Recuperación de equipaje o pertenencias personales perdidas o robadas
- Asistencia legal o fianza

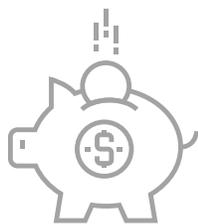
Descuentos al empleado

Nuestro sitio de descuentos para empleados está disponible para todos los empleados: ofrece ahorros importantes en una variedad de tiendas en línea que van desde ropa y electrónica hasta servicios financieros y de salud y bienestar, necesidades de compras diarias, entradas al cine y a parques temáticos, y mucho más. También acceda a los descuentos de los productos de nuestra compañía relacionada a través de Compass: Ofertas y Descuentos. Ofrecemos oportunidades de descuento del 15 al 50 % por parte de nuestra compañía para prácticamente cualquier ocasión; artículos para fiestas, decoraciones, regalos y tarjetas para fiestas, invitaciones, artículos personalizados y productos de oficina y más. ¡Puede compartir este beneficio con la familia y los amigos también!

Visite perksatwork.com para obtener más información. Puede registrarse con su dirección de correo electrónico o su identificación de empleado disponible en Workday > Personal Information (Información personal) > About Me (Acerca de mí).

Preparación de testamento en línea

La redacción de un testamento garantiza que sus bienes pasen a sus seres queridos y que sus hijos queden protegidos por un tutor de su confianza. EstateGuidance® le facilita esto con herramientas en línea que lo ayudan durante el proceso en cuestión de minutos. Además, puede redactar un testamento en vida para asegurarse de que recibe la atención tanatológica que desea y un documento con los preparativos finales que exprese sus deseos en cuanto a los servicios funerarios. Para comenzar, llame al 866.682.6047 o visite guidanceresources.com (ID web: EAP4TCC).



PLAN DE JUBILACIÓN 401(K)

Su plan de jubilación es una pieza importante de su paquete de beneficios. Es una excelente forma de prepararse para su futuro mientras disfruta de potenciales beneficios fiscales al mismo tiempo. Además, la compañía igualará un porcentaje de sus contribuciones después de que complete seis meses de servicio. Cuando participa, puede sacarle provecho a lo siguiente:

Inscripción automática

Como nuevo empleado, usted es elegible para el plan si tiene por lo menos 21 años al final del año. Si no realiza ninguna acción, quedará automáticamente inscrito en el plan con una aportación del 2 % de su pago en un plazo de 30 días. Recibirá información adicional sobre el plan y el formulario de inscripción automática de Merrill. No es necesario esperar a la inscripción automática, puede inscribirse por su cuenta. Comuníquese con Merrill en www.benefits.ml.com o llámelos al 800.228.4015. Recuerde verificar a los beneficiarios de su plan 401(k). ¿Sus beneficiarios están actualizados y son correctos?

Aumento automático

Su tasa de aportación aumentará automáticamente en 1 % anual, hasta el 10 %, a menos que usted se dé de baja.

Equivalente de la compañía

La compañía igualará el 50 % de sus contribuciones hasta el primer 4 % de su pago elegible. Es elegible para el equivalente después de seis meses de servicio a partir de la fecha de su contratación.

¿Qué le conviene?

Es su plan y usted tiene el control de su cuenta, por lo que puede hacer cambios como considere conveniente.

Puede establecer la tasa de contribuciones, seleccionar las inversiones que crea que le convienen y elegir entre contribuciones antes de impuestos o contribuciones Roth (después de impuestos).

Niveles de contribuciones

Puede aportar hasta un 80 % de su pago elegible sujeto a los importes límites en dólares del IRS. La inscripción automática empieza con una tasa de aportación del 2 %. Si desea recibir el equivalente total de la compañía, deberá aportar al menos el 4 %. Aportar menos equivale a dejar dinero en la mesa.

Tipos de contribuciones

Puede elegir contribuciones antes de impuesto o contribuciones Roth (después de impuestos) en cualquier combinación. Las contribuciones antes de impuestos y Roth tienen diferentes beneficios fiscales, por lo que una le puede convenir más que otra.

Límites de contribuciones

El IRS limita la cantidad que puede aportar a un plan 401(k) en cualquier año. Para 2020, el límite está establecido en \$19,500. Si tiene 50 años o más al final del año calendario, puede hacer una aportación adicional de hasta \$6,500.

Para obtener más información

Visite www.benefits.ml.com o llame al 800.228.4015.





ELEGIBILIDAD

Elegibilidad para los beneficios

La elegibilidad para estos beneficios varía. Esta sección tiene por objetivo brindar un resumen de los beneficios ofrecidos a los empleados. Por lo general, las siguientes personas pueden ser dependientes elegibles para nuestros planes de beneficios. La compañía se reserva el derecho de auditar las elecciones de los dependientes en cualquier momento.

Cónyuge

- Legalmente casados para los fines de las leyes federales.
- Matrimonio de hecho cuando es reconocido en el estado de residencia.

Hijos dependientes hasta los 26 años de edad

- Hijos biológicos
- Adoptados
- Hijastros o niños adoptivos
- Los dependientes elegibles incluyen hijos adoptados, dependientes con capacidades diferentes, nietos dependientes (que cumplan con el requisito de elegibilidad del plan) y niños bajo tutela legal. Los dependientes como los abuelos, hijos con capacidades diferentes o hijos adoptivos están sujetos a revisión y aprobación por parte de la compañía de seguros. Los hijos o cónyuges del dependiente no son elegibles.

Nota:

Ninguna persona puede asegurarse como dependiente de más de un empleado de conformidad con la póliza. Si ambos padres trabajan para la compañía, entonces solo un padre puede cubrir a su(s) hijo(s) de conformidad con el seguro. Para determinar la cobertura real de los beneficios y la elegibilidad, rigen el texto oficial de los documentos y las descripciones resumidas de los planes de la compañía.

Requisitos de elegibilidad y comienzo del beneficio

Estos beneficios se rigen por la póliza, el contrato o el documento del plan de seguro aplicable (“Documentos rectores”). Los criterios de elegibilidad y los resúmenes de los beneficios que figuran en la presente Guía de beneficios son solo explicaciones parciales; los detalles completos están especificados en los Documentos rectores. En caso de conflicto entre el contenido de esta Guía de beneficios y los Documentos rectores, los Documentos rectores prevalecerán sobre los términos de esta Guía de beneficios en lo que se refiere a estos beneficios.

Beneficios	Requisitos de elegibilidad
Salud	Disponible en la fecha de contratación. Nota: Es necesario trabajar un promedio de 20 horas por semana en los 12 meses anteriores del período de Medición retroactiva.
Odontología	Disponible en la fecha de contratación, si es programado con regularidad para trabajar 20 o más horas por semana.
Plan oftalmológico	Disponible en la fecha de contratación, si es programado con regularidad para trabajar 20 o más horas por semana.
Beneficios flexibles	Disponible en la fecha de contratación, si es programado con regularidad para trabajar 20 o más horas por semana.
Discapacidad a corto plazo	Si es programado con regularidad para trabajar 20 o más horas por semana, se hará efectiva el primer día del mes posterior a los 180 días de servicio.
Discapacidad a largo plazo	Si es programado con regularidad para trabajar 20 o más horas por semana, se hará efectiva el primer día del mes posterior a los 180 días de servicio.
Seguro de vida básico	Disponible en la fecha de contratación, si es programado con regularidad para trabajar 20 o más horas por semana.
Seguro de vida complementario	Disponible en la fecha de contratación, si es programado con regularidad para trabajar 20 o más horas por semana.
Plan de asistencia al empleado	Disponible en la fecha de contratación, si es programado con regularidad para trabajar 20 o más horas por semana.



DISPOSICIONES DE LA INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Eventos de vida

Pérdida de otra cobertura

Si rechaza la inscripción para usted mismo o para un dependiente elegible debido a que tenía otra cobertura de plan colectivo de salud u otro seguro médico, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse en el plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura, o si el otro empleador deja de hacer contribuciones a su otra cobertura o a la de sus dependientes. Debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes, o después de que el empleador deje de hacer contribuciones en la otra cobertura.

Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en el plan. Debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, al nacimiento, a la adopción, o a la colocación en la adopción. En caso de que tenga un nuevo dependiente como resultado de un nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribir a su cónyuge en el plan, si su cónyuge no estaba cubierto previamente.

Inscripción debido a eventos de Medicaid/CHIP

Si usted o sus dependientes elegibles todavía no están inscritos en el plan, puede inscribirse a usted mismo y a sus dependientes en el plan si se cumple lo siguiente: (1) usted o sus dependientes pierden la cobertura de un programa de Medicaid o un programa de seguro médico para niños (CHIP) estatales; o (2) usted o sus dependientes son elegibles para asistencia para primas según Medicaid o CHIP estatal. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la fecha del evento de Medicaid/CHIP.

Información de contacto

Si tiene preguntas sobre este Aviso o sobre cómo inscribirse en el plan, comuníquese con HRConnect al (877) 252-9861, HRConnect@taylorcorp.com, o escriba a:

HRConnect
1725 Roe Crest Drive
Apartado postal 3728
North Mankato, MN 56002-3728

Aviso de disponibilidad

La información adicional con respecto a sus derechos para inscribirse en el Plan está disponible en la(s) Descripción(es) Resumida del Plan aplicable correspondiente al Plan, o usted puede comunicarse con HRConnect como se indica arriba.



AYUDA Y APOYO

En lo que se refiere a beneficios, tiene mucha ayuda y apoyo. Utilice esta página para buscar el apoyo que necesita. Recuerde que HRConnect debe ser su primera parada en lo que respecta a preguntas generales sobre inscripción y elegibilidad.

Para los empleados de Taylor, HRCONNECT (877) 252-9861 HRConnect@taylorcorp.com
www.taylorcorp.com/enrollment

Para los empleados de Rembrandt, deben ponerse en contacto con el Departamento de Recursos Humanos de Rembrandt Foods si tienen preguntas.

Póngase en contacto con los administradores específicos del plan que figuran en la lista si tiene preguntas relacionadas con reclamaciones o información específica sobre la cobertura, proveedores, etc.

Programa	Proveedor	Teléfono	Sitio web
Plan médico	BCBS de Minnesota	(866) 289-5154	www.bluecrossmn.com/taylor
Farmacia	CVS	(800) 405-6432	www.caremark.com
Odontología	Delta Dental of Minnesota	(800) 448-3815	www.deltadentalmn.org
Médico a pedido	BCBS de Minnesota		www.doctorondemand.com/bluecrossmn
Plan oftalmológico	VSP	(800) 877-7195	www.vsp.com
Bienestar	Wellworks For You	(800) 425-4657	www.wellworksforyoulogin.com
Lockton Nurse Advocate	Lockton	(833) 782-7403	Correo electrónico: taylorlna@lockton.com
Seguro de vida	Voya	(877) 882-9567	www.voya.com
Seguro por discapacidad	Voya	(877) 882-9567	www.voya.com
Cuentas de gastos flexibles	Optum	(800) 243-5543	www.optumhealthfinancial.com
Cuenta de ahorros para gastos médicos	HSA Bank	(800) 357-6246	www.hsabank.com
Jubilación	Merrill	(800) 228-4015	www.benefits.ml.com
Programa de asistencia para empleados	ComPsych	(866) 682-6047	www.guidanceresources.com
COBRA	Optum	(866) 301-6681	www.optumhealthfinancial.com



La descripción de los beneficios no constituye una garantía de empleo ni de beneficios actuales o futuros. En caso de que exista alguna discrepancia entre esta guía y los documentos oficiales del plan, regirá lo indicado en los documentos oficiales.