GUEST SERVICES

Legendary Hospitality Since 1917



1 de enero - 31 de diciembre de 2027







UNA GUÍA DE SUS BENEFICIOS DE 2027

Contenido

Características principales de sus beneficios de 2027 Eventos de la vida que califican	3
Elegibilidad de los dependientes	4
Planes médicos	5-6
Beneficios médicos y de medicamentos con receta	7
Cuenta de ahorros para gastos médicos y plan médico de deducible alto (HDHP)	8-9
Cobertura de medicamentos con receta	10
Recursos digitales y atención virtual de Aetna	11
Cobertura dental	12
Cobertura de la vista	13
Cuentas de gastos flexibles	14-15
Seguro de vida e incapacidad	16-17
Beneficios médicos suplementarios	18
Beneficios de valor añadido	19
Tiempo libre pagado	20
Beneficios inclusivos	21
Programa de Asistencia para los Empleados (EAP)	22
Tava Health	23
Plan de ahorros para la jubilación 401(k)	24
Primas médicas/de medicamentos con receta	25
Primas dentales y de la vista	26
Información de contacto	27
Reglamentos importantes	28-31

Miembro del equipo
Guía de beneficios

¡Bienvenido a su guía de beneficios!

Dedique tiempo a revisar detenidamente sus opciones de beneficios y comuníquese a benefits@guestservices.com si tiene preguntas sobre el seguro. Si tiene preguntas técnicas sobre Workday, envíe un mensaje electrónico a workday@guestservices.com.

Aviso importante:
Si usted (y sus dependientes) tienen Medicare o adquirirán el derecho a Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le ofrece más opciones de cobertura de sus medicamentos con receta. En la página 31 encontrará más detalles.



Características principales de sus beneficios de 2027

Guest Services se complace en ofrecer una gama completa de beneficios a través de las siguientes compañías aseguradoras.

- **Beneficios médicos/de medicamentos con receta:** Ofrecemos tres planes médicos a través de Aetna. Los miembros del equipo de DC y de partes de Maryland y Virginia también tienen la opción de inscribirse con Kaiser Permanente (HMO).
- **Opciones de cobertura dental** ofrecidas a través de Guardian. Las primas dentales seguirán siendo las mismas en 2027.
- **Cobertura de la vista** ofrecida a través de EyeMed. Las primas de la vista seguirán siendo las mismas en 2027.
- **Cuentas de gastos flexibles (FSA):** Usted tiene acceso a una FSA de atención médica y/o de cuidado de dependientes a través de PNC Bank.
- **Cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA):** Usted puede abrir una cuenta de ahorros para gastos médicos en PNC Bank cuando se inscribe en un plan médico de deducible alto.
- **Seguro básico y suplementario de vida, AD&D:** Su paquete de beneficios incluye un seguro de vida a través de Reliance.
- **El beneficio de vida vitalicio con atención a largo plazo** es ofrecido por The Standard.
- **Seguro de incapacidad:** Su programa de beneficios flexibles incluye un plan voluntario de incapacidad a corto plazo a través de Unum y un plan automático de incapacidad a largo plazo a través de Reliance.
- **Beneficios médicos suplementarios** (seguro de accidentes, enfermedades críticas e indemnización de gastos de hospital) ofrecidos por Aflac.
- Comuníquese con su equipo de beneficios en **benefits@guestservices.com**



Guest Services ofrece una selección integral de beneficios que usted puede aprovechar para su bienestar físico, mental y financiero. Además, el programa tiene integrada flexibilidad para que usted pueda seleccionar las opciones de beneficios que cubran sus necesidades y las de su familia.

Esta guía de beneficios le explica sus opciones de beneficios y cuándo están disponibles para usted.

Eventos de la vida que califican

Las decisiones que tome ahora serán vigentes durante el año calendario de 12 meses (enero – diciembre). Sin embargo, podría hacer cambios durante el año del plan si experimenta un evento de la vida que califica. Si necesita informar un evento de la vida que califica durante el año, necesitará comunicarse con Recursos Humanos con los cambios necesarios en el lapso de 30 días a partir del evento. Algunos ejemplos de eventos de la vida son:

- Nacimiento o adopción de un niño
- Matrimonio
- Divorcio o separación legal
- Fallecimiento o pérdida de un dependiente (incluida la pérdida del estado de dependiente)
- Un cambio en el estado laboral de su cónyuge que cause la pérdida o la obtención de la cobertura de beneficios
- Cambio en su propio estado laboral
- Cambio de residencia que afecta los beneficios que se le ofrecen
- Elegibilidad para Medicare

Elegibilidad

¿Quién es elegible para inscribirse?

Se puede inscribir en los beneficios si usted es:

- **Estatus regular** (trabaja todo el año)
- **De tiempo completo** trabajando más de 30 horas a la semana en promedio (durante el período de medición inicial o curso de 12 meses)

Los miembros del equipo sindicalizados deben consultar los beneficios contenidos en su acuerdo de negociación colectiva.

Elegibilidad de los dependientes

Puede inscribir a sus dependientes elegibles cuando usted se inscriba. Los dependientes que son elegibles para la cobertura de beneficios incluyen a:

- Su cónyuge legalmente casado que no sea elegible para recibir una cobertura médica/dental de grupo a través de otro empleador
- Sus hijos dependientes
- Solo CA: Una pareja de hecho que no sea elegible para recibir la cobertura médica/dental de grupo a través de otro empleador y sus hijos dependientes

En la definición de hijo(s) dependiente(s) se incluyen:

- Su(s) hijo(s) natural(es), hijo(s) legalmente adoptado(s), hijastro(s) o hijo(s) dependiente(s) por orden judicial, de quienes usted es tutor legal nombrado por los tribunales
- Su(s) hijo(s) dependiente(s) de hasta 26 años ya sea(n) o no estudiante(s) de tiempo completo. La cobertura termina el día antes que cumplan 26 años.
- Su(s) hijo(s) dependiente(s) permanentemente incapacitado(s) [si se incapacitó(aron) antes de los 26 años] que sea(n) incapaz(ces) de conservar un empleo y que dependa(n) de usted para su mantenimiento, independientemente de la edad

¿Cuándo comienza y termina mi cobertura?

La cobertura generalmente comienza después de un periodo de espera de 60 días a partir de la contratación y terminará el último día de empleo de tiempo completo.

La mayoría de los beneficios para los empleados restituidos y los miembros del equipo recientemente elegibles después de un cambio de su estatus laboral entran en vigencia inmediatamente



Cómo inscribirse

Entre el 26 de octubre y el 13 de noviembre de 2026, usted recibirá una tarea de inscripciones abiertas en su buzón de Workday para que haga cambios en sus beneficios.

Si está inscrito en el seguro médico con Guest Services (excepto Kaiser) o si tiene una cuenta de gastos flexibles, una cuenta de ahorros para gastos médicos, beneficios de transporte interurbano, o le gustaría solicitar comprar una o dos semanas de PTO adicional, debe emprender una acción.

Si no hace nada, sus otros beneficios continuarán con cualquier cambio correspondiente de la prima en 2027.

Planes médicos

Guest Services se complace en ofrecerle a usted y a sus dependientes elegibles acceso a una cobertura médica de calidad y bajo costo a través de Aetna, y para los miembros del equipo que residen en DC y parte de Maryland y Virginia, un plan HMO con Kaiser Permanente.

Con Aetna, usted tiene la opción de seleccionar entre 3 planes médicos: una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) tradicional o 2 planes médicos de deducible alto (HDHP). Todas las opciones de planes le ofrecen la libertad de recibir atención de muchas fuentes y cubren una extensa gama de servicios de atención médica.

Aetna Classic

- Deducción más alta de la nómina
- Un deducible anual individual/familiar más bajo que el de los HDHP
- El plan paga un 80% por la mayoría de los servicios cubiertos dentro de la red y un 70% por los servicios fuera de la red después de que usted cumple con su deducible anual.
- La cirugía como paciente interno y como paciente externo en un hospital está cubierta un 80% después del deducible
- No se requiere elegir un médico de atención primaria (PCP)
- Copagos fijos para las visitas al consultorio médico debido a una enfermedad.

Aetna Balance HDHP y Access HDHP

- Deducción más baja de la nómina
- Deducible y máximo del bolsillo más altos
- El plan paga un 80% por la mayoría de los servicios cubiertos dentro de la red y un 60% por los servicios fuera de la red después de que usted cumple con sus deducibles anuales.
- La cirugía como paciente interno y como paciente externo en un hospital está cubierta un 80% después del deducible anual
- No se requiere elegir un médico de atención primaria (PCP)

Kaiser HMO

- Deducción más baja de la nómina que la de un PPO
- Sin deducible y un máximo del bolsillo bajo
- El plan paga un 100% de la mayoría de los servicios cubiertos dentro de la red después del copago
- La cirugía como paciente interno y como paciente externo en un hospital está cubierta un 100% después del copago
- Se requiere la selección de un médico de atención primaria (PCP) en un centro médico de Kaiser en la región del Atlántico medio que esté cerca de usted

Sobrecargo para fumadores

Guest Services está comprometido con la salud y el bienestar de nuestros miembros del equipo. Con el fin de fomentar una vida libre de tabaco, Guest Services requiere que los usuarios de tabaco/nicotina que están inscritos en un plan médico paguen un sobrecargo de $25 al mes por empleado/cónyuge o participen en un programa para dejar de fumar sin costo. Revise la política de nuestro programa para dejar de fumar y la declaración del usuario de tabaco/nicotina para ver más detalles sobre el proceso de exención del sobrecargo/reembolso.

Quit For Life le da un plan personalizado para abandonar el tabaco y acceso individual a instructores por teléfono, chateo o texto. Además sesiones de video en grupo, terapia de sustitución de nicotina, y más. Todo sin costo adicional para usted. Comience en quitnow.net o llame al **1-866-QUIT-4-LIFE.**

Planes médicos (continuación)

Términos del seguro que debe saber

Coseguro
- Su parte de los costos de un servicio médico cubierto, calculada como un porcentaje de la cantidad permitida para el servicio (p. ej., un 20%).

Copago
- Una cantidad en dólares fija que usted paga por un servicio médico cubierto, usualmente en el momento de recibir el servicio.

Deducible por año calendario
- Una cantidad en dólares fija anual que usted paga antes de que comiencen los beneficios del plan.

Máximo del bolsillo
- Lo más que pagará de su bolsillo, incluidos el deducible, el coseguro y cualquier copago, por los gastos cubiertos en un año del plan.

Cantidad permitida
- La cantidad máxima en la que se basa el pago de los servicios de atención médica cubiertos. A esto se le puede llamar "gasto elegible", "asignación de pago" o "tarifa negociada". Si un proveedor fuera de la red cobra más de la cantidad permitida, es posible que usted tenga que pagar la diferencia.

Afecciones de emergencia
- Una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención inmediatamente para evitar un daño grave.

Atención urgente
- Atención de una enfermedad, lesión o condición que sea lo suficientemente grave para que una persona razonable busque atención inmediata, pero no tan grave para requerir atención en la sala de emergencias.



Beneficios médicos y de medicamentos con receta

La tabla siguiente proporciona un resumen de los planes médicos. Resalta detalles básicos que incluyen niveles de copagos y coseguro para proveedores tanto dentro como fuera de la red. Los planes médicos incluyen un beneficio de medicamentos con receta como se indica abajo. Consulte el Resumen de beneficios y cobertura para ver más detalles en gsiemployees.com.

	Aetna Classic	Aetna Balance HDHP	Aetna Access HDHP	Kaiser HMO (Atlántico medio)
	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
	Con base en un año calendario, usted pagará lo siguiente:			
Deducible anual Individual Familia	$1,500 $3,000	$1,750 (solo individual) $3,500 (agregado)	$5,000 $10,000	$0
Máximo del bolsillo Individual Familia	$4,500 $9,000	$8,700 $17,400	$8,700 $17,400	$3,500 $9,400
¿Se requiere elegir a un PCP?	No	No	No	Sí
Copago del PCP **Copago del especialista**	$25 $40	Deducible + 20%	Deducible + 20%	$15 $25
Procedimientos de diagnóstico Rayos X de diagnóstico IRM/ARM, TC/TEP	Deducible + 20%	Deducible + 20%	Deducible + 20%	$0 $50
Atención hospitalaria Hospitalización como paciente interno (por estancia) Cirugía ambulatoria (por visita)	Deducible + 20%	Deducible + 20%	Deducible + 20%	$250 $50
Sala de emergencias (se dispensa en caso de admisión)	Deducible + 20%	Deducible + 20%	Deducible + 20%	$100
Centro de atención urgente	$40	Deducible + 20%	Deducible + 20%	$25
CVS Virtual Care PCP | Atención urgente | Salud mental	$0	Deducible, luego $0	Deducible, luego $0	N/A
Atención preventiva	$0	$0	$0	$0
Deducible anual de medicamentos con receta Individual Familia	Límite del bolsillo separado para RX: $2,000 $6,000	Integrado con el deducible médico	Integrado con el deducible médico	$0
Minorista (suministro de hasta 30 días) • Genéricos • De marca preferidos • De marca no preferidos • Especializados	• 25% hasta $50 máx. • 50% hasta $300 máx. • 50% hasta $300 máx. • 50% hasta $300 máx.	Deducible + 20%	Deducible + 20%	$20 $30 $45
	Fuera de la red	Fuera de la red	Fuera de la red	Fuera de la red
Coseguro	70%	60%	60%	Sin cobertura
Deducible anual Individual Familia	$3,000 $6,000	$5,000 $10,000	$10,000 $20,000	Sin cobertura
Máximo del bolsillo Individual Familia	$6,000 $12,000	$12,700 $25,400	$12,700 $25,400	Sin cobertura

Planes médicos de deducible alto (HDHP) y cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA)

Si usted elige un plan elegible para una HSA, se le dará la oportunidad de inscribirse en una HSA que puede usar junto con un HDHP. Una HSA proporciona dólares libres de impuestos para pagar gastos médicos del bolsillo calificados. Los siguientes son hechos importantes que debe saber sobre la combinación HDHP/HSA.

HDHP

¿Qué significa pagar un deducible?

El deducible se debe pagar cada año antes de que la compañía de seguros pague cualquier reclamación médica.

¿Qué sucede después de que cumpla con mi deducible?

Esto depende de su selección de plan. Después de que se cumple con el deducible de su plan, el plan paga de acuerdo con las asignaciones del plan individual como se muestra en la página de programación médica de esta guía.

Deducible individual comparado con el deducible familiar

En el Aetna Balance HDHP, si usted cubre a algún dependiente, se debe cumplir todo el deducible familiar antes de que el plan pague la cobertura. Por ejemplo, si un empleado y su cónyuge están inscritos en el Aetna Balance HDHP, entre los dos miembros deben pagar todos los $3,500 del bolsillo antes de que el plan pague la cobertura.

En el Aetna Access HDHP, si usted cubre a algún dependiente, solo necesita cumplir el deducible individual antes de que el plan pague la cobertura. Por ejemplo, si un empleado, su cónyuge, y un dependiente están inscritos en la cobertura del plan Aetna Access HDHP, cada persona cubierta solo necesita cumplir con el deducible individual de $5,000 antes de que el plan pague la cobertura.

¿Puedo aún visitar a mi médico regular?

Sí. Con un HDHP, usted tiene la libertad de ver a cualquier médico e ir a cualquier hospital que desee. Necesitará presentar su tarjeta de seguro siempre que vaya al médico o a una farmacia. Así se asegurará de recibir cualquier descuento de la red disponible para usted, y permitirá que su proveedor médico presente una reclamación a Aetna.

¿Tengo que pagar la cantidad que el doctor me cobre? ¿Cómo podré obtener un reembolso oportuno?

En la mayoría de los casos por lo general se les recomienda a los médicos que esperen a que la compañía de seguros procese su reclamación antes de que les soliciten el pago a sus pacientes. Debe esperar a que su seguro procese su reclamación antes de hacer cualquier pago a los proveedores. Aetna negocia un precio con sus médicos de la red, que usualmente es mucho menor que lo que el médico cobra típicamente, y los ahorros se le pasan a usted. Si no recibe una notificación de que su reclamación se ha procesado, pregunte en Aetna por teléfono o en línea.

HSA

¿Qué es un HSA?

La HSA es una cuenta con ventajas fiscales que se usa junto con un plan médico compatible con una HSA o con un HDHP. La HSA le permite contribuir con fondos antes de los impuestos, o deducibles de impuestos, que usted puede usar para pagar los gastos médicos, dentales y de la vista elegibles para sus dependientes elegibles. Tenga en cuenta que los dependientes elegibles incluyen hijos menores de 19 años o menores de 24 años si son estudiantes de tiempo completo. Consulte la Publicación 502 del IRS para ver quien se define como dependiente elegible y cuáles gastos están calificados. Si usted no usa todo el dinero de su cuenta, el saldo se transfiere a los años siguientes. Estos dólares continúan ganando intereses, y continúan estando disponibles para pagar los gastos médicos año tras año.

¿Quién es elegible para abrir una HSA?

Usted es elegible para abrir una HSA suponiendo que cumpla con los siguientes criterios:

- Debe estar inscrito en un HDHP y además no estar inscrito en otro plan médico que no sea un HDHP
- No ser declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona
- No tener derecho a los beneficios de Medicare, incluida la Parte A

¿Quién administra la HSA?

PNC Bank es el encargado de la custodia y administración de la HSA. Una vez que se inscriba, recibirá un mensaje electrónico para que active su cuenta en línea y baje la aplicación móvil, y recibirá una tarjeta de débito PNC BeneFit Plus por correo postal.

Planes médicos de deducible alto (HDHP) y cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA) (continuación)

¿Cómo funciona?

Puede pagar sus gastos médicos calificados con su tarjeta de débito PNC BeneFit Plus, usando el servicio de pago de facturas en línea de PNC BeneFit Plus o distribuyendo fondos de su HSA transfiriéndolos a su cuenta bancaria personal.
Guarde sus recibos en caso de que el IRS haga una auditoría, puede usar el recurso registrador de gastos del portal para el consumidor de PNC BeneFit Plus o la aplicación móvil de PNC BeneFit Plus para guardar sus recibos y simplificar la gestión de registros.

¿Cuáles son las ventajas fiscales de una HSA?

- Las contribuciones son antes de los impuestos o deducibles de impuestos.
- Los intereses devengados son libres de impuestos.
- Se pueden hacer retiros libres de impuestos para pagar gastos médicos calificados.
- Los saldos se transfieren de un año a otro.
- Usted es el dueño de la HSA y la puede conservar, aunque cambie de empleo o de planes médicos o se jubile.

¿De qué otras maneras puede ahorrarme dinero una HSA?

El saldo en efectivo se mantiene en una cuenta de banco asegurada por FDIC. Además, usted puede establecer su cuenta de inversiones HSA en cualquier momento. Sin embargo, primero el saldo de su cuenta de depósito HSA debe cumplir con el límite de inversiones antes de que se puedan invertir contribuciones adicionales. El límite de inversión es el saldo mínimo de la cuenta que requiere mantener en su cuenta de depósito HSA.

¿Qué cantidad puedo ahorrar?

En 2027 usted puede ahorrar hasta el límite máximo de contribuciones de **$4,500** en el caso de un plan médico individual con HSA, y **$9,000** en un plan médico familiar con HSA cada año.
Si está casado y su cónyuge tiene un plan familiar HDHP, entonces se determina que ambos cónyuges tienen cobertura familiar. Esto es cierto aunque uno de los cónyuges tenga un plan familiar y el otro tenga un plan individual. Cada cónyuge puede tener una HSA, y juntos podrían contribuir hasta el límite familiar. Cada uno de ustedes no puede contribuir hasta el límite familiar.
Si tiene **55 años o más**, puede contribuir **$1,000** adicionales a su HSA. Esta es una **contribución "de recuperación" (catch up)** que usted puede hacer cada año que sea elegible para un HDHP. Una vez que se inscriba en Medicare, ya no puede hacer estas contribuciones.

¿Es portátil la cuenta HSA?

Usted es dueño de su cuenta y retiene su HSA aunque cambie de empleo, cambie de cobertura médica, se jubile o tenga otros cambios en la vida.

¿Hay algún formulario específico que necesito rellenar cuando declare mis impuestos?

Si, en el momento de declarar sus impuestos, debe presentar el formulario 8889 si hizo cualquier contribución a su HSA o si recibió una distribución de su HSA.

¿Es el plan HSA adecuado para USTED?

El concepto básico un plan HDHP es que usted tiene una mayor participación en la toma de decisiones financieras sobre los servicios médicos que recibe. Usted puede combinar una HSA con un plan HDHP y usar su cuenta para pagar el deducible del plan y otros gastos médicos del bolsillo elegibles. Las cantidades no usadas de la cuenta se transfieren año con año, de manera que su cuenta puede crecer con el tiempo.

Además de tomar decisiones teniendo en cuenta los costos, los HDHP también enfatizan la importancia del bienestar y de la atención preventiva en la administración de sus gastos de atención médica. Y aunque pudiera requerirse algo de tiempo para acostumbrarse, el esfuerzo que usted hace para entender y usar prudentemente este tipo de plan podría ser recompensado con costos generales de atención médica más bajos pagados de su bolsillo.

¿Cómo abro una HSA de PNC Bank?

Antes de abrir su HSA, debe estar inscrito en un plan médico elegible para HSA. Cuando esté listo, abrir y administrar su HSA en PNC Bank es rápido y fácil. Usted recibirá información sobre sus opciones de inversión, opciones de pago, y apoyo continuo para ayudarlo a aumentar y administrar sus ahorros.

Si desea más información sobre PNC Bank, visite **https://participant.pncbenefitplus.com/**

Cobertura de medicamentos con receta

Cuando se inscribe en cualquiera de los planes médicos de Aetna, automáticamente recibe la cobertura de medicamentos con receta a través de Express Scripts. El Programa de Administración de Farmacia de Express Scripts proporciona una lista definida de los medicamentos aprobados por la FDA que fueron elegidos por su eficacia médica y por su valor. La lista del formulario incluye medicamentos tanto genéricos como de marca. La parte de los costos que le corresponde siempre será menor por los medicamentos que se encuentran en la lista del formulario; sin embargo, hay cobertura disponible para muchos medicamentos que no se encuentran en el formulario.

Programa Smart90

La inscripción con Express Scripts le permite ahorrar con suministros para 3 meses de sus recetas a largo plazo actuales con su programa CVS Smart90. Usted puede surtir convenientemente estas recetas mediante el servicio de entrega domiciliaria de Express Scripts Pharmacy™ o en cualquier farmacia CVS™. La obtención de un suministro para 3 meses significa menos viajes a la farmacia, solo un pago cada 3 meses, y usualmente proporciona ahorros por elegir un suministro para 3 meses en lugar de 3 suministros para un mes.

Programa Saveon SP

La inscripción en Express Scripts ofrece ahorros adicionales con su programa SaveonSP, que le permite recibir ciertos medicamentos especializados para afecciones complejas como cáncer y hepatitis C. Llame a SaveonSP al 800-683-1074 si tiene alguna pregunta o para inscribirse.
El programa SaveOn se ofrecerá a los miembros inscritos en un plan HDHP así como los miembros del plan PPO.
Si desea una copia actualizada de la lista de medicamentos de desempeño (Performance Drug List, PDL), visite **www.express-scripts.com**

Establezca una cuenta en express-scripts.com o en la aplicación móvil Express Scripts® .

Maneje su plan de medicamentos con receta en cualquier momento y en cualquier lugar con una cuenta en línea siguiendo estos pasos:
1. Visite **express-scripts.com** y seleccione Register (Regístrese) O baje la aplicación móvil Express Scripts gratuitamente de la tienda de aplicaciones de su teléfono y seleccione Register
2. Ingrese la información solicitada, incluidos su ID de miembro o su número de seguro social, y genere su nombre de usuario y su contraseña
3. Haga clic o toque Register Now (Regístrese ahora)
Una vez que haya creado su cuenta puede revisar el estatus de su pedido, pedir abastecimientos y renovar sus recetas, inscribirse en el servicio de entrega domiciliaria ¡y más!



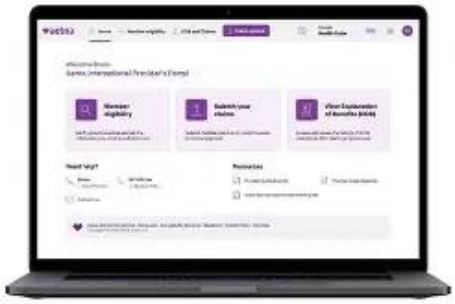
El uso de los servicios de pedidos por correo le permite:

- Minimizar los viajes a la farmacia con la entrega de sus medicamentos a su hogar en un lapso de 14 días
- Ahorrar tiempo manejando sus surtidos de medicamentos con receta en línea o con una rápida llamada telefónica.
- Pedir surtidos, preguntar el estado de un pedido y pagar su factura en línea
- Disfrutar envío estándar gratuito

Para usar el programa de pedidos por correo, pida a su médico que envíe una receta a través de ePrescribing o que rellene su receta y el formulario de pedido en formato impreso. Envíe su formulario y receta por correo postal a Express Scripts, Inc. P.O. Box 52150, Phoenix, AZ 85072. Para hablar con un representante, llame al número que aparece al dorso de su tarjeta de ID como miembro.

Si desea información sobre el plan Kaiser HMO Rx, visite www.kp.org/formulary

Recursos digitales y atención virtual de Aetna



Aplicación Aetna Health y sitio web para los miembros

Regístrese en su sitio web de los miembros y obtenga la aplicación de Aetna Health para acceder a una variedad de recursos e información sobre sus planes. Usted puede entender y administrar sus beneficios, ver los costos de su atención médica, ver y pagar reclamaciones, acceder su tarjeta de ID, encontrar proveedores de la red y más. Visite www.myaetnawebsite.com o envíe el texto "AETNA" al 90156 para bajar la aplicación una vez que está inscrito.

Búsqueda de proveedores

El recurso de búsqueda de proveedores de Aetna puede ayudarlo a encontrar médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que participan en la red de Aetna. También encontrará información útil como:

- Si su plan se acepta
- Ubicación de los consultorios y direcciones
- Género del proveedor, a qué escuela fueron, afiliaciones hospitalarias e idiomas hablados
- Si los proveedores están aceptando pacientes nuevos

¿No está inscrito y quiere ver si sus proveedores pertenecen a la red? Visite www.Aetna.com/individuals-families/find-a-doctor.html y busque en la red "Choice POS II."

CVS Health Virtual Care

Atención a demanda

CVS Health Virtual Care es una red de proveedores de atención virtual. Ellos ofrecen atención primaria, atención urgente, apoyo en la salud mental y otra atención especializada para ayudarlo a vivir una vida más saludable. En lugar de ir al consultorio del médico, puede hacer su visita en línea, en cualquier momento, en cualquier lugar.

Qué proporciona CVS Health Virtual Care

Atención a demanda

- Visitas de bienestar, de atención preventiva y consultas por enfermedad
- Ayuda para afecciones que no sean de emergencia como síntomas de resfriados y gripe, dolor estomacal, infecciones (oídos, senos paranasales, piel, infecciones urinarias), o hasta para el resurtido de medicamentos
- Disponible para adultos y niños mayores de 18 meses

Salud mental

- Apoyo con problemas o afecciones tales como ansiedad y trastornos del estado de ánimo, evaluación de la depresión, administración de medicamentos, estrés o resolución de conflictos, sueño y comportamientos médicos relacionados, etc.
- Disponible para los adultos de 18 años y más

¿Cómo comienzo?

- Regístrese en CVS Health Virtual Care - Escaneé el código QR o visite www.CVS.com/virtual-care
- Cree su perfil
- Reserve una cita

Asegúrese de bajar la aplicación de Aetna Health y regístrese en el sitio web para los miembros para acceder a una variedad de instrumentos y recursos para su plan médico.

Plan dental

Guardian administra el beneficio dental. El programa dental de Guardian ofrece una cobertura dental integral con servicios que varían desde rayos X y limpiezas de rutina hasta empastes y servicios de atención mayor.



Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de DentalGuard

Con el plan DentalGuard Preferred de Guardian, usted tiene acceso a una extensa variedad de proveedores de la red Guardian Dental PPO. La red extendida le da una mayor selección de dentistas preferidos de Guardian. Maximizará sus beneficios si usa los servicios de un proveedor participante, ya que reducirá los gastos del bolsillo.

A los dentistas dentro de la red se les requiere aceptar la tarifa negociada con Guardian Dental como pago total. Sin embargo, si decide usar a un dentista no participante, los beneficios se pagarán con base en la tarifa máxima que Guardian Dental aprobará para cierto procedimiento en cierta región. La atención preventiva está cubierta hasta un 100% dentro o fuera de la red.

Característica/Servicio **Dentro de la red / fuera de la red** **(Los beneficios fuera de la red se basan en un porcentaje de los datos de las tarifas prevalentes del código postal de los dentistas.)**	**Guardian**	
	Red preferida de DentalGuard	
	Plan A	**Plan B**
	Usted pagará lo siguiente dentro de la red:	
Deducible individual anual (aplica a la atención básica)	$50 (se exenta en caso de atención preventiva)	
Deducible familiar anual (2+) (aplica a la atención básica)	$100 (se exenta en caso de atención preventiva)	
Máximo anual por persona	$2,000	$1,000
Cantidad máxima de la transferencia Una porción del máximo dental anual no usado se podría transferir a una cuenta de transferencia máxima personal, que puede usar en años futuros si alcanza el máximo anual de su plan.	$400-$600	$250-$350
Atención preventiva y de diagnóstico Exámenes, limpiezas, rayos X	$0	$0
Servicios básicos Empastes	20%	20%
Servicios mayores Coronas, incrustaciones, recubrimientos y restauraciones con molde dentario	50%	50%
Ortodoncia Niños/adultos	50% Máximo de por vida por persona: $2,500	Sin cobertura



Plan de la vista

El programa de la vista es administrado por EyeMed. El beneficio de la vista está diseñado para proporcionar atención preventiva de rutina como exámenes oculares, artículos oculares y otros servicios de la vista.
EyeMed tiene una extensa red de proveedores que ofrecen una extensa selección de artículos para la vista entre los cuales escoger. Usted aprovechará al máximo su beneficio cuando visita a un médico de EyeMed, incluidos descuentos en servicios y selecciones no cubiertos.
El plan de la vista de EyeMed incluye un examen de rutina WellVision con un copago de $0 si visita a un proveedor participante. Recibirá una cantidad permitida de hasta $200 para armazones minoristas y una cantidad permitida de $200 para lentes de contacto. Si visita a un proveedor fuera de la red, hay un esquema de reembolsos de artículos para la vista y otros servicios profesionales.

EyeMed			
Característica/Servicio	Dentro de la red en Proveedores Plus	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**
Exámenes · Lentes de contacto · Lentes · Armazones	Con cobertura una vez cada año calendario		
Copago por exámenes Estudios por imágenes retinales	$0 $0	$0 $0	Reembolso de hasta $50 Reembolso de hasta $28
Lentes para anteojos básicos			
• Monofocales • Bifocales con línea • Trifocales con línea • Lenticulares	Copago de $20 para todos los lentes monofocales, bifocales, trifocales y lenticulares	Copago de $20 para todos los lentes monofocales, bifocales, trifocales y lenticulares	Reembolso de hasta $50 Reembolso de hasta $75 Reembolso de hasta $125 Reembolso de hasta $125
Armazones			
Cantidad permitida para armazones (cualquier armazón disponible, incluidos armazones de anteojos para el sol con receta)	Copago de $0 + 20% de descuento del saldo que exceda la cantidad permitida de $200	Copago de $0 + 20% de descuento del saldo que exceda la cantidad permitida de $150	Reembolso de hasta $70
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)			
• Lentes de contacto electivos • Lentes de contacto necesarios	Copago de $0 + 15% de descuento del saldo que exceda la cantidad permitida de $200 Copago de $0 Cubiertos totalmente después de un copago	Copago de $0 + 15% de descuento del saldo que exceda la cantidad permitida de $150 Copago de $0 Cubiertos totalmente después de un copago	Reembolso de hasta $105 Reembolso de hasta $210
Asignación adicional para anteojos			
Asignación para anteojos	40% del precio minorista menos la cantidad permitida de $100	40% del precio minorista menos la cantidad permitida de $50	Hasta $40

Cuentas de gastos flexibles (FSA) a través de PNC Bank

PNC Bank administrará las FSA en 2027. Si tiene gastos para el cuidado de dependientes o de atención médica, considere participar en una FSA. **Recuerde, debe reinscribirse en la(s) FSA cada año si desea participar.**
Las cuentas de gastos flexibles (FSA) son una manera fácil y conveniente de quedarse con más dinero del cheque de su salario. Le permite apartar una cantidad predeterminada de sus dólares antes de los impuestos para cubrir ciertos gastos del bolsillo conforme ocurran durante el año del plan. Hay tres tipos de cuentas disponibles: una cuenta de gastos de atención médica, una cuenta de gastos para el cuidado de dependientes y para beneficios de transporte interurbano.

FSA de atención médica

Una FSA de atención médica es una cuenta especial en la que pone dinero para pagar ciertos gastos de atención médica del bolsillo que no están cubiertos por su plan médico. Su FSA de atención médica le permite pagar con dólares antes de los impuestos gastos de atención médica y dental elegibles que no están cubiertos por su plan de seguros. Esto significa que usted termina pagando menos en impuestos y conservando más dinero del cheque de su salario. Su FSA de atención médica cubre una extensa variedad de gastos médicamente necesarios, incluidos, sin limitarse a: copagos, coseguro, deducibles, medicamentos con receta, gastos dentales, gastos de la vista y de atención de ortodoncia.
La contribución anual máxima es de $3,500.
Algunos ejemplos de los gastos elegibles incluyen: medicamentos con receta cubiertos y copagos y deducibles del médico, deducibles y coseguro médicos, anteojos y lentes de contacto, artículos elegibles de venta sin receta (over-the-counter, OTC), como solución para lentes, venditas band-aid, anticonceptivos, etc.), ortodoncia y más.
Algunos gastos que no son elegibles: primas de los seguros médico, dental y de la vista, etc., cantidades reembolsadas por los planes médicos, tratamientos físicos no médicos, cirugía cosmética y más.
Puede ver una lista completa de artículos en el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS) en **www.irs.gov/publications/p502**.
Tenga en cuenta lo siguiente: La ACA requiere que los planes médicos cubran a dependientes de hasta 26 años (si lo ofrece su empleador), pero no requiere que estos dependientes sean dependientes fiscales.
Para usar los fondos de la FSA a fin de pagar los gastos de un dependiente, específicamente debe poder reclamarlo como dependiente en su declaración de impuestos.

Úselo o piérdalo

Al pensar en su FSA para este año del plan, asegúrese de estimar detalladamente sus gastos y la cantidad con la que quiere contribuir a su cuenta.
El objetivo del estimado detallado es usar todo lo que aparte para que no lo pierda. Esto se debe a que el Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) tiene una regla de "úselo o piérdalo", que significa que si no gasta todo lo que tiene en su FSA para el final del periodo de gracia, perderá todos los fondos remanentes.

Periodo de gracia

Además del **período de gracia de 2 ½ meses** (fecha final de servicio: 15 de marzo) usted también recibirá una fecha límite de 90 días para el envío de reclamaciones finales (fecha final de envío: 31 de marzo). Este periodo de tiempo le permite hasta 90 días a partir del inicio de 2028 para presentar cualquier reclamación ya incurrida pero que no ha presentado para su reembolso.

FSA de cuidado de dependientes

La FSA de cuidado de dependientes le permite usar dólares antes de los impuestos para el cuidado calificado de dependientes. **Usted puede contribuir hasta $7,500 ($3,750 si está casado y presenta una declaración de impuestos individual) a la FSA de cuidado de dependientes** para niños menores de 13 años y para adultos incapacitados que estén bajo su cuidado.
Si elige contribuir a la FSA de cuidado de dependientes, se le podría reembolsar lo siguiente:

- El costo del cuidado diurno infantil o de un adulto dependiente (en su hogar o fuera de este)
- Guarderías y centros preescolares (excepto jardín de infantes) y campamentos diurnos de verano

Hay algunas reglas para inscribirse en este programa. Si está casado, su cónyuge también debe trabajar, ser estudiante de tiempo completo o estar incapacitado y ser dependiente de su apoyo, para tener derecho a elegir este beneficio. Para usar los fondos a fin de pagar los gastos de un dependiente, específicamente se debe poder reclamar como dependiente en la declaración de impuestos del empleado.

Cuentas de gastos flexibles (FSA) a través de PNC Bank (continuación)

Beneficios de transporte interurbano

Hay dos tipos principales de cuentas de transporte, y usted puede participar en uno o en ambos planes. Los fondos de estas cuentas se mantienen separados y no se pueden transferir de una cuenta a la otra.

Estacionamiento: Esta cuenta le permite apartar dinero para los gastos de estacionamiento elegibles en o cerca de las instalaciones comerciales de su empleador o para estacionarse en un lugar o cerca de un lugar desde donde usted viaje al trabajo por transporte público, transporte en auto compartido, vehículos compartidos, etc.

Tránsito y transporte compartido: Esta cuenta le permite apartar dinero para gastos elegibles para cualquier pase, tarjeta de transporte, o artículo similar que le dé derecho a transportarse en un sistema de transporte público o en auto compartido de ida y vuelta del trabajo.

La tarjeta de débito PNC BeneFit Plus le proporciona un método de pago automático para los gastos de transporte calificados. Aunque un participante puede tener una cuenta de estacionamiento y una cuenta de tránsito en una sola tarjeta de débito, cada cuenta es separada y los fondos no se pueden transferir de una cuenta a otra.

El IRS fija un límite en la cantidad de contribuciones antes de los impuestos por mes calendario para los gastos de estacionamiento o tránsito. Si usted tiene tanto una cuenta de estacionamiento como una cuenta de tránsito, puede contribuir hasta el límite de cada cuenta individual. Se pueden hacer cambios en la contribución solo mensualmente en base prospectiva.

Los límites mensuales en 2027 son los siguientes:

- Estacionamiento: $350
- Tránsito: $350



Seguro de vida e incapacidad

Guest Services reconoce que ciertos seguros adicionales pueden proporcionar protección financiera crítica a usted y a sus seres queridos. Proporcionamos un seguro de vida básico y de muerte y desmembramiento accidentales (AD&D), un seguro suplementario de vida y de incapacidad a largo plazo a través de Reliance Standard Life. Además, ofrecemos un seguro individual por incapacidad a corto plazo a través de UNUM y un seguro de por vida de grupo con atención a largo plazo a través de The Standard.

Seguro básico de vida y muerte y desmembramiento accidentales (sin costo para usted)

Todos los miembros del equipo elegibles que trabajen al menos 30 horas a la semana son elegibles para la cobertura del seguro básico de vida. Este beneficio se le pagará a su beneficiario en una cantidad equivalente a **1 vez su salario básico anual**, hasta un beneficio máximo de $400,000.
Hay un esquema de reducciones del 50% a los 70 años.

Seguro suplementario de vida

Usted puede comprar la cobertura de un seguro de vida adicional para usted y para sus dependientes elegibles.

Miembro del equipo	Cónyuge y/o hijos menores de 26 años
De 1 a 5 veces su salario básico anual hasta $300,000 Emisión garantizada de $100,000 para los empleados recientemente elegibles	$10,000

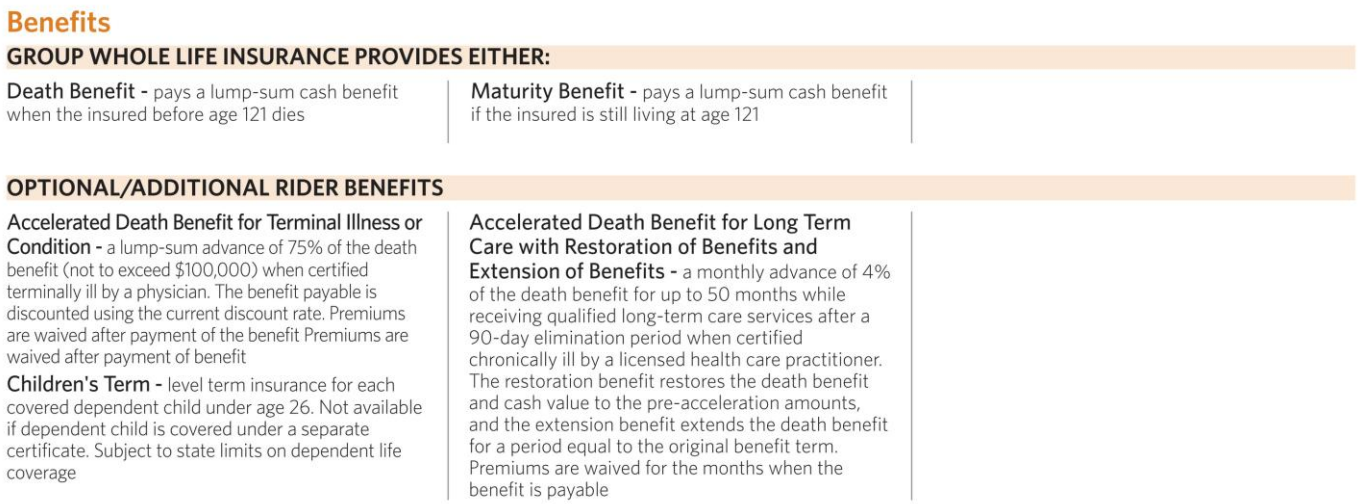
Hay un esquema de reducciones del 50% a los 70 años.

Seguro de por vida de grupo con cláusula adicional de cuidado a largo plazo (The Standard)

El seguro de por vida ofrece "beneficios en vida" que puede usar cuando los necesite, así como un beneficio por fallecimiento. Usted puede inscribirse en este beneficio como empleado nuevo o durante las inscripciones abiertas; sin embargo, no puede hacer cambios a las coberturas existentes, "una vez y nada más". La cantidad real del beneficio se basa en la edad del empleado o del dependiente cuando se emite la cobertura.

Tres razones para comprar un seguro de por vida

1. Tarifas del seguro de vida vitalicio. Las tarifas disponibles mediante su empleador son típicamente más asequibles que las disponibles en otros lugares.
2. Primas basadas en la edad. Las primas se basan en su edad cuando usted las compra, y no aumentarán conforme envejezca. De manera que cuanto antes usted compre, menor será su prima durante la vida de su póliza.
3. La emisión garantizada estará disponible en las inscripciones anuales una vez más (del 26 de octubre al 13 de noviembre de 2026 con fecha de vigencia del 1 de enero de 2027), y siempre para empleados nuevos y eventos de la vida que califican. Los suscriptores tardíos están sujetos a un EOI. Todas las exclusiones y limitaciones aún aplicarán a cualquier cobertura emitida. Los participantes cubiertos puedan añadir cobertura durante las inscripciones anuales subsiguientes, con un comprobante de asegurabilidad, hasta el máximo del plan con la compra de un certificado adicional. El máximo de la emisión garantizada es el beneficio por fallecimiento total incluidas las cláusulas temporales, si hay alguna. Las tarifas se basan en la edad a la emisión y el uso de tabaco.



Benefits

GROUP WHOLE LIFE INSURANCE PROVIDES EITHER:

Death Benefit - pays a lump-sum cash benefit when the insured before age 121 dies

Maturity Benefit - pays a lump-sum cash benefit if the insured is still living at age 121

OPTIONAL/ADDITIONAL RIDER BENEFITS

Accelerated Death Benefit for Terminal Illness or Condition - a lump-sum advance of 75% of the death benefit (not to exceed $100,000) when certified terminally ill by a physician. The benefit payable is discounted using the current discount rate. Premiums are waived after payment of the benefit Premiums are waived after payment of benefit

Children's Term - level term insurance for each covered dependent child under age 26. Not available if dependent child is covered under a separate certificate. Subject to state limits on dependent life coverage

Accelerated Death Benefit for Long Term Care with Restoration of Benefits and Extension of Benefits - a monthly advance of 4% of the death benefit for up to 50 months while receiving qualified long-term care services after a 90-day elimination period when certified chronically ill by a licensed health care practitioner. The restoration benefit restores the death benefit and cash value to the pre-acceleration amounts, and the extension benefit extends the death benefit for a period equal to the original benefit term. Premiums are waived for the months when the benefit is payable

Seguro de vida y de incapacidad (continuación)

Seguro voluntario de incapacidad a corto plazo (STD) (Unum)

Todos los miembros del equipo entre 17 y 69 años (hasta los 64 años en CA y NY) que trabajen activamente son elegibles para el plan STD durante las inscripciones abiertas o cuando sean contratados. El seguro STD es cobertura que le proporciona la protección de su salario si pierde tiempo de trabajo debido a una lesión o enfermedad. Con la cobertura de incapacidad, se le paga una parte del ingreso perdido.

Este plan tiene una cláusula de afecciones preexistentes por las que se presentaron síntomas (en un lapso de 12 meses antes de la fecha de vigencia de su cobertura) que hubieran causado que una persona buscara tratamiento.

Periodo de eliminación	14 días / enfermedad o accidente
Cantidad del beneficio	Usted puede solicitar un 40, un 50 o un 60% de su salario mensual bruto hasta una cantidad de beneficio mensual de $3,000 por una incapacidad total fuera del trabajo debida a un accidente o a una enfermedad. (Nota: La cobertura puede estar limitada en algunos estados que tengan planes de incapacidad estatutarios)
Periodo de beneficios	Hasta 6 meses

Seguro de incapacidad a largo plazo (LTD) (sin costo para usted)

Todos los miembros del equipo elegibles que trabajen al menos 30 horas a la semana son elegibles para la cobertura LTD. El beneficio LTD proporciona ingresos durante un periodo extendido de incapacidad si usted está incapacitado y no puede regresar a trabajar después de 6 meses de incapacidad total.

	<5 años de servicio (asalariado y por hora)	>5 años de servicio (solo asalariado)
Periodo de espera	6 meses	6 meses
Beneficio	Un 50% de sus ingresos básicos mensuales hasta un beneficio mensual máximo de $5,000	Un 66 2/3% de sus ingresos básicos mensuales hasta un beneficio mensual máximo de $5,000



Beneficios médicos suplementarios: Aflac

Los beneficios médicos suplementarios le dan una oportunidad de elegir beneficios adicionales para complementar las ofertas de beneficios actualmente disponibles a través de nuestro programa de beneficios de grupo. Cada plan proporciona un conjunto único de beneficios. Usted decide qué planes, si hay alguno, desea elegir para satisfacer sus necesidades.
Los beneficios médicos suplementarios son proporcionados por Aflac. Elija los planes que satisfagan sus necesidades individuales durante las inscripciones abiertas, a su contratación o en un evento de la vida que califica.

El seguro de accidentes le paga una cantidad del beneficio en forma de suma global por los servicios recibidos debido a un accidente cubierto. Puede usar los beneficios para reembolsarse costos médicos de su bolsillo como copagos o deducibles, o puede usarlos para pagar gastos personales como alimentos o facturas de servicios, es su decisión cómo quiere usar los pagos de beneficios.
Revise los materiales del programa para ver una lista completa de los beneficios cubiertos.

	Plan Basic	Plan Enhanced
Sala de emergencias y tratamiento en un centro de atención urgente	$150 sin rayos X $175 con rayos X	$300 sin rayos X $350 con rayos X
Ambulancia por tierra	$200	$400
Pruebas de diagnóstico mayores	$100	$200
Fracturas (dependiendo de la lesión)	Hasta $4,000 con base en una tabla de beneficios	Hasta $8,000 con base en una tabla de beneficios
Luxaciones (dependiendo de la lesión)	Hasta $3,000 con base en una tabla de beneficios	Hasta $6,000 con base en una tabla de beneficios

El seguro de enfermedades críticas paga un beneficio en forma de suma global si recibe el diagnóstico de una enfermedad crítica cubierta, como un ataque cardiaco, accidente cerebrovascular, trasplante de un órgano vital, cáncer y más. La cobertura también está disponible para su cónyuge y sus hijos.
Los empleados pueden hacer elecciones de beneficios hasta un máximo de $30,000 con una cobertura de un 50% para los hijos incluida, y una cobertura de hasta un 50% para un cónyuge.
Beneficios de detección de enfermedades críticas: $50 por año calendario solo para el empleado asegurado y su cónyuge (los hijos dependientes no tienen cobertura). Las pruebas de detección cubiertas incluyen: colonoscopia, prueba de PSA, mamografía, médula ósea y muchas más.

El seguro de indemnización de gastos de hospital le proporciona un beneficio en forma de pago en suma global si se lo admite al hospital debido a una enfermedad o lesión cubierta, y le paga un beneficio por separado cada día que esté confinado en el hospital o en una unidad de cuidados intensivos, hasta el límite del plan. Usted puede elegir un plan básico o un plan mejorado, que ofrecen diferentes cantidades de cobertura.

	Plan Basic	Plan Enhanced
Admisión hospitalaria	$1,000 una vez por internación	$2,000 una vez por internación
Hospitalización: Hasta 31 días	$100 por día	$200 por día
Atención intensiva en el hospital: Hasta 31 días	$100 por día	$200 por día

Beneficios de valor añadido

Reembolso de la matrícula

En Guest Services creemos que el desarrollo personal y profesional continuo de los miembros de nuestro equipo es la clave de nuestro éxito. Como parte de este compromiso, ofrecemos hasta **$5,000** al año para asistencia con la matrícula o su reembolso. Todos los miembros del equipo de tiempo completo de todo el año son elegibles para recibir este beneficio después de haber trabajado en Guest Services durante un año continuo.

Cursos y programas elegibles:

- Cursos para obtener el certificado de equivalencia de educación secundaria
- Cursos relacionados con el trabajo y programas de grado de colegios y universidades acreditados
- Cursos relacionados con el trabajo con exámenes conducentes a una certificación profesional.

Consulte la política del programa de beneficios de matrícula de Guest Services para ver los detalles y las exclusiones. Si tiene preguntas sobre este beneficio, comuníquese a **benefits@guestservices.com**.

Descuentos para los miembros del equipo

Como valioso miembro del equipo de Guest Services, Inc., usted recibe un descuento de hasta **50%** en:

- Alojamiento*
- Actividades recreativas
- Minorista
- Alimentos y bebidas**

*Con base en la disponibilidad.
** Excluye alcohol, comestibles y comidas para los empleados.
Podrían aplicar otras restricciones.
Visite ***www.GSIEmployees.com/Discounts*** para ver más detalles y ofertas.

United States Senate Federal Credit Union (USSFCU)

Lo ayudamos a ahorrar más: Comuníquese a **communications@ussfcu.org**, llame al **800-374-2758** o visite **ussfcu.org/applynow** si le interesa participar.
USSFCU ha estado ofreciendo tanto estabilidad como servicios a sus miembros durante más de 80 años.

- Cuenta de ahorros
- Cuentas de cheques
- Cuenta del mercado monetario
- Certificado de participación (CD)
- Certificado con opción de aumento de la tasa de interés
- IRA
- Préstamos y líneas de crédito sobre el valor acumulado de la vivienda
- Préstamos personales
- Préstamos estudiantiles
- Préstamos para autos nuevos y usados
- Préstamos hipotecarios para compra o refinanciamiento
- Préstamos para vehículos recreativos y de ocio

Premios de reconocimiento por años de servicio

Los miembros del equipo activos de tiempo completo de todo el año se vuelven elegibles para recibir un reconocimiento por servicio en el mes en el que cumplan 3, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45 y 50 años de servicio acreditado con la compañía. Cuando se alcancen hitos de reconocimiento, se asignan puntos que se pueden canjear en la plataforma de reconocimiento en línea Awardco. Los puntos se pueden acumular (guardarse) y canjearse en una fecha posterior. Se pueden gastar en tarjetas VISA prepagadas, tarjetas eGift, artículos de Amazon, experiencias (hoteles, boletos), donaciones caritativas o en la tienda de la compañía para comprar mercancía promocional. Club de los 25 años: A los miembros del equipo que hayan estado empleados 25 años o más, se les otorgan puntos adicionales cada año en el momento de recibir su reconocimiento del club de los 25 años, que usualmente se celebra en el otoño. Puede encontrar más detalles en la política.

Tiempo libre pagado

Días festivos

Divisiones corporativas y de hospitalidad Día de Año Nuevo, Cumpleaños de Martin Luther King, Día del Presidente, Día de Conmemoración, Día de la Emancipación, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias y Día de Navidad. Los sitios del gobierno federal observan un calendario de días festivos federales, y todos los demás lugares observan calendarios de días festivos establecidos por los clientes. Revise nuestra política para ver más detalles.

Tiempo libre pagado

Guest Services entiende el valor del equilibrio entre el trabajo y la vida, y ofrecemos beneficios de tiempo libre pagado para satisfacer esas necesidades. Los miembros del equipo son elegibles para recibir cantidades competitivas de tiempo libre pagado y no pagado para vacaciones y ausencias por enfermedad, días festivos y ausencias por razones médicas. Los miembros del equipo con estatus regular que trabajen 20 horas estándar semanales o más acumulan tiempo libre pagado con base en las horas de servicio trabajadas en cada periodo de pago.

Se puede usar este banco de PTO flexible para tiempo de vacaciones, ausencias por enfermedad, tiempo libre personal, lo que funcione mejor para usted. En la mayoría de las instalaciones de Guest Services se pueden transferir hasta 56 horas de PTO al siguiente año.

POR HORA	
Empleo	**Días de PTO cada año**
Primer año	10
Segundo año	15
Del 3.° al 10.° año	18
Del 11.° al 15.° año	20
16.° año	21
17.° año	22
18.° año	23
19.° año	24
20.° año	25

ASALARIADO	
Empleo	**Días de PTO cada año**
0 a < 3 años	15
3 a < 15 años	20
15 a < 16 años	21
16 a < 17 años	22
17 a < 18 años	23
18 a < 19 años	24
19+ años	25

Programa PTO Buy-Up

Si su gerente lo aprueba, usted puede comprar una o dos semanas adicionales de PTO mediante deducciones de la nómina. Usted solamente puede elegir PTO adicional durante las inscripciones abiertas.

Permiso de ausencia para los padres (PPL)

Guest Services proporciona hasta 6 semanas de permiso de ausencia pagado a las madres biológicas. Los padres, parejas, cónyuges, padres adoptivos o suplentes reciben 2 semanas de permiso de ausencia para los padres pagado. El propósito es permitir que el empleado cuide y establezca un vínculo emocional con un niño recién nacido o recientemente adoptado o colocado.

El beneficio aplica a nacimientos, adopciones o colocación de hijos suplentes. Para ser elegible, usted debe ser un empleado de estatus regular de tiempo completo. El permiso de ausencia para los padres pagado corre concurrentemente con cualquier permiso en virtud de la FMLA, si es aplicable, y se descontará cualquier permiso de ausencia por razones familiares pagado exigido por el estado.

Ausencia por emergencias médicas (Family Medical Leave, EML)

Para Guest Services es muy importante cuidar bien a nuestros miembros del equipo que han cuidado muy bien a nuestros clientes. Si una enfermedad personal o una lesión fuera del trabajo evita que trabaje, ofrecemos un maravilloso y único beneficio de sustitución de un 100% de los ingresos a los empleados de tiempo completo que hayan trabajado con nosotros por al menos 5 años.

Al recibo de la necesidad médica personal demostrada y documentada, los empleados elegibles pueden solicitar un permiso de ausencia por emergencias médicas de hasta 160 horas para los empleados pagados por hora, y de hasta 360 horas para los empleados asalariados. Comuníquese con el equipo de beneficios de Recursos Humanos si tiene preguntas sobre la elegibilidad.

Permiso por duelo

En el caso del fallecimiento de un miembro de la familia, a los miembros del equipo de tiempo completo elegibles se les otorga un permiso máximo de 2 a 5 días de ausencia por duelo pagado dependiendo de la relación familiar, como se describe en nuestra política.

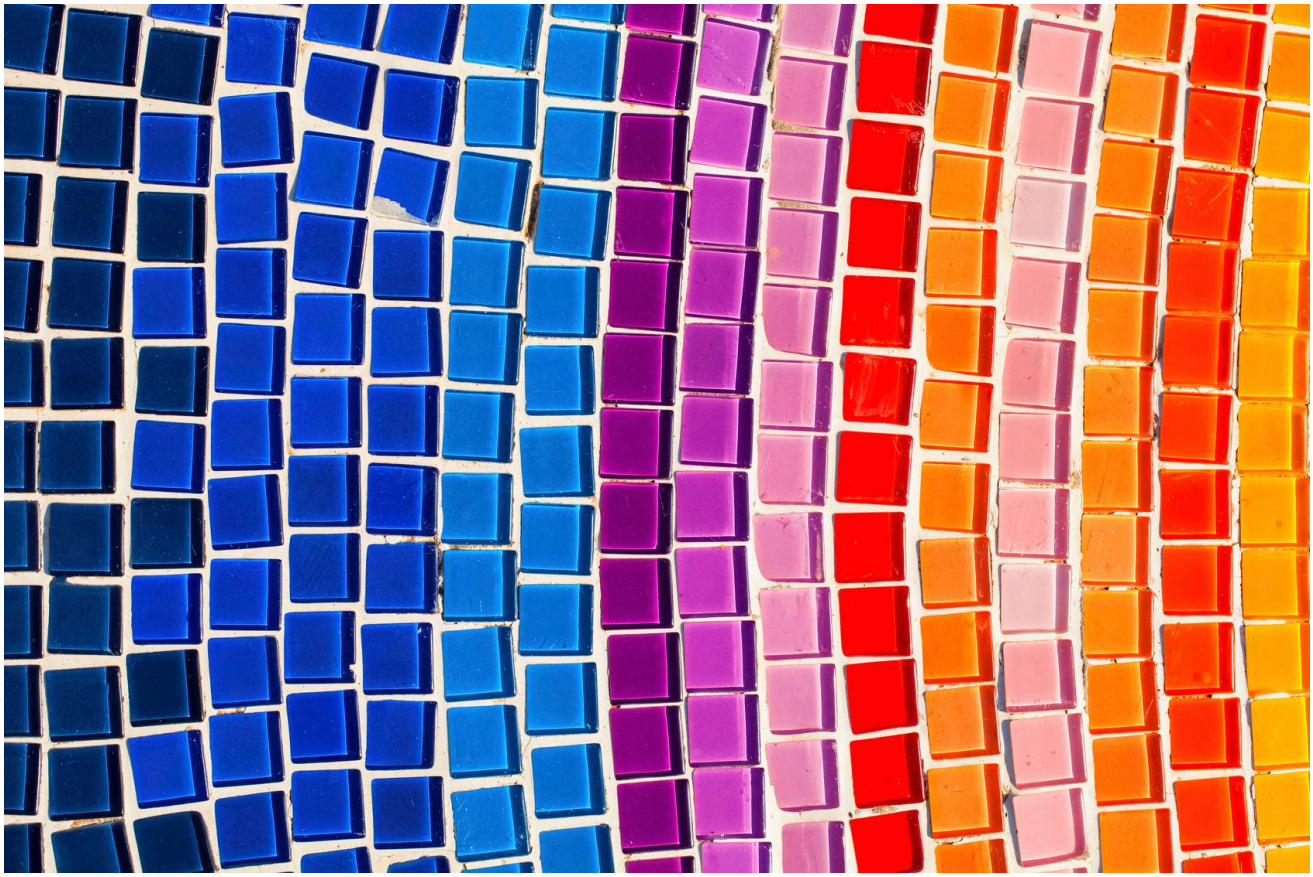
Beneficios para los miembros del equipo LGBTQ+

- Aetna proporciona un número de beneficios y servicios para los miembros del equipo LGBTQ+ y sus dependientes. Puede encontrar una lista de estos servicios visitando **https://aetnaresource.com/lg/Guest-Services**.
- El plan Kaiser HMO de la región del Atlántico Medio se enorgullece de sus opciones de atención de afirmación de género dentro de la red. Puede encontrar más información en **https://healthy.kaiserpermanente.org/maryland-virginia-washington-dc/health-wellness/gender-affirming-care**

Grupos de recursos para los empleados

Guest Services ofrece los siguientes grupos de recursos (ERG) para los empleados:

- WIN (Mujeres)
- KALEIDOSCOPE (LGBTQ+)
- BELIEVE (Afroamericanos)
- HOLA (Latinx)
- Encontrará más información en: **https://gsiemployees.com/our-people**/





Comuníquese con nosotros...
En cualquier momento, en cualquier lugar
Soluciones confidenciales sin costo a las dificultades de la vida.

ACI Specialty Benefits EAP

Sesiones de salud mental

Hasta 3 sesiones para ayudar a controlar al estrés, la ansiedad y la depresión, resolver conflictos, mejorar las relaciones, superar la farmacodependencia y abordar cualquier problema personal, con opciones de sesiones en persona, telefónicas o de asesoramiento por vídeo.

Asesoramiento con la vida

Para ayudar a lograr metas personales y profesionales, manejar las transiciones de la vida, superar obstáculos, fortalecer las relaciones y desarrollar equilibrio.

Consultas financieras

Para ayudar a construir un bienestar financiero, relacionadas con presupuestación, la compra de un hogar, el pago de una deuda, la administración de impuestos, la prevención de robos de identidad, y ahorros para la jubilación o matrículas.

Consultas legales

Para ayudar con una variedad de asuntos legales personales, como planificación del patrimonio, testamentos, bienes raíces, bancarrota, divorcio, custodia, y más.

Manejo de la vida cotidiana

Proporcionar información y referencias cuando se busca cuidado infantil, adopción, apoyo con necesidades especiales, cuidado de ancianos, vivienda, transporte, educación y cuidado de mascotas.

Asistente personal

Ayudar a manejar las tareas cotidianas y recuperar tiempo proporcionando información y referencias para servicios y reparaciones en el hogar, viajes, entretenimiento, comidas y servicios personales.

Intercesión médica

Para ayudar a explorar el seguro, obtener referencias de médicos, asegurar equipo o transporte médico, y planear la atención de transición y el alta.

Su programa ACI Specialty Benefits EAP le ofrece a una persona con quién hablar y recursos que puede consultar siempre y en cualquier lugar que los necesite.

Llame al: 855-775-4357

Su línea telefónica sin costo le da acceso directo 24/7 para contestar sus preguntas, y si es necesario lo referirá a un asesor o a otros recursos.

En línea: https://reliance-matrix.allonehealth.com/

Código de la compañía: RSLI96+

Powered by

ACI SPECIALTY BENEFITS
An AllOne Health Company

Tava Health: Recurso de salud mental

Tava Health es un beneficio de salud mental confidencial que le permite tener acceso a sesiones de terapia a través de una red diversa de terapeutas con licencia.

Acceso a una red nacional de clínicos calificados para satisfacer sus necesidades únicas con una atención comprobada basada en evidencia. Reúnase con un proveedor en línea o en persona, en su propio horario.

Usted también tiene acceso a recursos de autoservicio, incluido contenido de autogestión de la salud y conciencia plena, para apoyar su bienestar en cualquier momento.

Ya sea que se sienta estresado, atascado, o que se enfrente a otros retos, Tava puede ayudar. Hay disponible apoyo para una variedad de problemas, como:

- Adicción
- Ansiedad
- Depresión
- Trastornos de alimentación
- Problemas familiares
- Duelo y pérdida
- Cuestiones de LGBTQ+
- PTSD
- Trauma
- Problemas con las relaciones
- Presión en el trabajo
- y más...

Preguntas frecuentes

¿Cuál es el costo?
Esto se basa en el diseño del plan de seguro. Esto significa que puede haber un copago o un costo asociado a una sesión de terapia. Usted también puede pagar de su bolsillo usando una tarjeta de débito o de crédito o usando su FSA o su HSA. Si las sesiones se facturan a su seguro, esos costos aplicarán a su deducible y al máximo del bolsillo.

¿Cuántas sesiones puedo usar?
Puede usar tantas sesiones al año como quiera. Su terapeuta lo ayudará a establecer una rutina que sea la correcta para usted.

¿Quién es elegible para usar este servicio?
Son elegibles todos los miembros del equipo y sus dependientes, incluidos los cónyuges y las parejas de hecho e hijos entre 13 y 25 años. Alentamos a los empleados a compartir este beneficio con los miembros de su familia, ya que cuando un miembro tiene dificultades otros también podrían tenerlas. Cada empleado inscrito y sus dependientes reciben sus propias sesiones de terapia.

¿Es confidencial este servicio?
Sí, todos los expedientes son privados y solamente se pueden acceder con el consentimiento por escrito del paciente o del tutor legal, a menos que se requieran por ley o por una orden judicial.

Para comenzar, visite www.care.tavahealth.com/signup/gsi.

Plan de ahorros para la jubilación 401(k)

Ya sea que acabe de comenzar su carrera o que haya estado en la fuerza laboral por años, siempre es un buen momento planear para la jubilación. Administrado por Principal, el plan 401(k) le permite planear su futuro ahorrando hoy una porción de cada cheque de su salario. Como empleado de estatus regular, no estacional, usted puede participar en el plan el primer día del mes en el que cumple los requisitos de elegibilidad del plan, o después, y tiene al menos 21 años de edad.

Usted es elegible para contribuir hasta un 75% de su compensación elegible cada período de pago, sujeto a los límites anuales del IRS. Usted puede contribuir a un plan 401(k) antes de los impuestos, a un plan Roth, o a un plan 401(k) después de los impuestos. Usted inmediatamente adquiere el derecho a sus propias contribuciones. (Los empleados altamente compensados se excluyen de este plan y se les ofrece un plan no calificado.)

Plan antes de los impuestos a diferencia de un plan Roth 401(k): ¿Cuál es la diferencia?

Si usted contribuye a su plan 401(k) antes de los impuestos, sus contribuciones se toman antes de pagar impuestos cada período de pago, lo que reducirá sus ingresos imponibles anuales. Las contribuciones antes de los impuestos crecen con impuestos diferidos y usted no paga impuestos en estos dólares sino hasta que tome una distribución en la jubilación. Si usted elige un plan Roth 401(k), las contribuciones se deducen del cheque de su salario después de los impuestos, por lo que aunque ahora esté pagando impuestos en esos dólares, no los pagará cuando haga un retiro durante su jubilación.

Cómo funcionan las contribuciones después de los impuestos al plan 401(k)

Como su nombre lo sugiere, las contribuciones después de los puestos provienen de su salario después de que se calculan los impuestos sobre el ingreso. Como usted ya pagó impuestos sobre esas contribuciones, ya no los pagará cuando las retire del plan. Sin embargo, usted deberá impuestos en cualquiera de las ganancias.

Las contribuciones al plan

El límite de contribuciones establecido anualmente por el IRS es de $24,500 en 2027. Si este año tiene 50 años o más y ya contribuyó el máximo permitido a su cuenta 401(k), también puede hacer una "contribución de recuperación". Este depósito adicional acelera su progreso hacia sus metas de jubilación. La contribución de recuperación máxima es de $8,000 en 2027, para una asignación total de contribuciones combinadas de $32,500.

Generosa contribución de igualación al plan 401(k)

En Guest Services, Inc., no solo invertimos en su presente. También invertimos en su futuro. Ofrecemos una generosa contribución de igualación al plan 401(k) después de que cumpla 6 meses de servicio con nuestra compañía. La contribución de igualación Futures Match de los empleados por hora es de un 50% del primer 4% que usted contribuya por cada cheque de su salario, pero nunca excederá una tasa de igualación efectiva del 2%. La contribución de igualación Gold Match de los empleados asalariados es de un 100% sobre el primer 6% que usted contribuya por pago. La contribución de igualación Gold Match aumenta al 150% de los primeros 6% que usted contribuya después de 5 años de servicio, pero nunca excederá una tasa de igualación efectiva del 9%.

La igualación del empleador está sujeta a un programa de adquisición de derechos de 3 años. Si usted permanece con la compañía por un año, puede conservar un 33% de la contribución de igualación. Después de 2 años de empleo, usted conserva un 66%. Finalmente, después de 3 años, toda la contribución de igualación del empleador es suya; sin embargo, estará sujeta a impuestos cuando la retire.

La contribución de igualación del empleador no aplica a las contribuciones después de los impuestos al plan 401(k) ni a las contribuciones de recuperación.

Como miembro del equipo restituido el 21 de abril de 2023 o después de esta fecha, la contribución de igualación del empleador se basa en la fecha de contratación original en Guest Services, Inc.

Inversiones en el Plan

Es su decisión cómo invertir los activos. El plan 401(k) de Guest Services, Inc. ofrece una selección de opciones de inversión para que usted elija. Usted puede cambiar sus opciones de inversión en cualquier momento en principal.com.

Para comenzar

Regístrese en principal.com/welcome o llame al **800-547-7754.** Vea un seminario virtual sobre las inscripciones a su conveniencia en **principal.com/matchenrollmentwebinar**.

Primas médicas/de medicamentos con receta

Es importante recordar que usted y Guest Services comparten el costo de la mayoría de los beneficios, y que Guest Services paga una porción mucho mayor de los costos. Cada año, nos enfrentamos al reto de mantener los costos asociados a la atención médica. Como consumidor de servicios de atención médica, sus comportamientos y acciones tienen un efecto financiero directo. Necesitamos trabajar juntos para administrar nuestros gastos colectivos de atención médica. Una de las maneras como usted puede ayudar es entender lo que cuestan los servicios, lo que cada plan ofrece, y qué es lo más sensato para sus necesidades y presupuesto. La siguiente tabla describe las primas para el año del plan 2027.

		Tarifas mensuales médicas			Tarifas quincenales	Tarifas semanales
		Total	Empleador	Empleado	Empleado	Empleado
Aetna Classic	Empleado	$1,174.76	$847.46	$327.30	$151.06	$75.53
	Empleado + hijo(s)	$1,999.89	$1,304.07	$695.82	$321.15	$160.57
	Empleado + cónyuge	$2,939.70	$1,675.17	$1,264.53	$583.63	$291.82
	Familia	$3,882.32	$2,519.07	$1,363.25	$629.19	$314.60
Aetna Balance HDHP	Empleado	$992.95	$836.51	$156.44	$72.20	$36.10
	Empleado + hijo(s)	$1,686.63	$1,353.51	$333.11	$153.74	$76.87
	Empleado + cónyuge	$2,481.00	$1,880.14	$600.86	$277.32	$138.66
	Familia	$3,275.34	$2,618.30	$657.04	$303.25	$151.62
Aetna Access HDHP	Empleado	$911.83	$843.25	$68.58	$31.65	$15.83
	Empleado + hijo(s)	$1,549.57	$1,403.55	$146.02	$67.40	$33.70
	Empleado + cónyuge	$2,279.59	$2,017.36	$262.23	$121.03	$60.51
	Familia	$3,006.83	$2,715.46	$291.37	$134.48	$67.24
Kaiser HMO*	Empleado	$825.61	$571.53	$254.08	$117.27	$58.63
	Empleado + hijo(s)	$1,568.66	$974.80	$593.86	$274.09	$137.04
	Empleado + cónyuge	$1,733.78	$1,039.84	$693.94	$320.28	$160.14
	Familia	$2,476.83	$1,542.68	$934.15	$431.14	$215.57

*Disponible en D.C. y en partes de MD y VA

Primas dentales y de la vista

		Tarifas mensuales dentales			Tarifas quincenales	Tarifas semanales
		Total	Empleador	Empleado	Empleado	Empleado
Plan A	Empleado	$48.36	$15.44	$32.92	$15.19	$7.60
	Empleado + hijo(s)	$67.69	$21.81	$45.88	$21.17	$10.59
	Empleado + cónyuge	$72.53	$23.42	$49.11	$22.67	$11.33
	Familia	$116.04	$37.78	$78.26	$36.12	$18.06
Plan B	Empleado	$32.18	$10.06	$22.12	$10.21	$5.11
	Empleado + hijo(s)	$45.05	$13.74	$31.31	$14.45	$7.22
	Empleado + cónyuge	$48.26	$14.80	$33.46	$15.44	$7.72
	Familia	$80.39	$24.80	$55.59	$25.66	$12.83

		Tarifas mensuales de la vista			Tarifas quincenales	Tarifas semanales
		Total	Empleador	Empleado	Empleado	Empleado
De la vista	Empleado	$7.87	$0.00	$7.87	$3.64	$1.82
	Empleado + hijo(s)	$11.71	$0.00	$11.71	$5.40	$2.70
	Empleado + cónyuge	$10.95	$0.00	$10.95	$5.06	$2.53
	Familia	$18.73	$0.00	$18.73	$8.64	$4.32



¿Tiene preguntas sobre su cobertura?

Si tiene preguntas sobre sus planes de beneficios, envíe un mensaje electrónico a benefits@guestservices.com.

Información de contacto de los proveedores			
Beneficio	**Proveedor**	**Sitio web**	**Número de teléfono / Dirección electrónica**
Médico	Aetna	www.Aetna.com	888-889-1261
Médico (HMO)	Kaiser	Kp.org	800-464-4000
Farmacia (miembros de Aetna)	Express Scripts	www.express-scripts.com	855-778-1517
Dental	Guardian	www.guardiananytime.com	800-627-4200
De la vista	EyeMed	www.eyemed.com	866-804-0982
Seguro de vida, ADD e incapacidad Básico, suplementario de vida, LTD	Reliance Standard Life	www.reliancematrix.com	800-351-7500
Beneficio de vida vitalicio con atención a largo plazo	The Standard	https://www.standard.com/ahlevb/guestservices/	800-521-3535
Seguro individual de incapacidad a corto plazo	Unum	www.unum.com	800-635-5597
Accidente Enfermedad crítica Indemnización de gastos de hospital	Aflac	www.aflacgroupinsurance.com	800-433-3036
Cuentas de gastos FSA, HSA, transporte interurbano	PNC Bank	https://participant.pncbenefitplus.com/	PNCBenefitPlus@HealthAccountServices.com
Programa de Asistencia para los Empleados	ACI Specialty Benefits	https://reliance-matrix.allonehealth.com/ **Código de la compañía: RSLI96+**	855-775-4357
Apoyo de salud mental	Tava Health	www.care.tavahealth.com	N/A
Plan de ahorros para la jubilación 401(k)	Principal	www.principal.com	800-547-7754
Programa de beneficios para los empleados de tiempo completo	Guest Services, Inc.	www.gsiemployees.com	benefits@guestservices.com
COBRA	HealthEquity	mybenefits.com.wageworks.com	877-722-2667

Reglamentos importantes

Protección del paciente: Designación de un proveedor de atención primaria: Plan Kaiser HMO

Los planes médicos de Kaiser por lo general requieren la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Hasta que haga esta designación, Kaiser HMO le designará uno. Si desea información sobre cómo seleccionar a un proveedor de atención primaria, y una lista de los proveedores de atención primaria participantes, visite el sitio web de Kaiser en http://info.kaiserpermanente.org o llame al 800-464-4000. En el caso de los niños usted puede designar a un pediatra como el proveedor de atención primaria.

Protección del paciente: Acceso de la paciente a atención de obstetricia y ginecología

No necesita autorización previa de Aetna ni de ninguna otra persona (como su proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención de obstetricia o ginecología de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, se podría requerir que el profesional de atención médica cumpla con ciertos procedimientos, incluso la obtención de autorización previa de ciertos servicios, después de un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para hacer referencias. Si desea una lista de profesionales de atención médica participantes que se especialicen en obstetricia y ginecología, comuníquese al número de teléfono que aparece en la tarjeta de ID médica.

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

El 21 de octubre de 1998, la Ley de Derechos de la Mujer sobre Salud y Cáncer entró en vigor. Esta ley dispone que los planes médicos grupales que proporcionan cobertura para mastectomías también cubran la cirugía reconstructiva y las prótesis después de la mastectomía. Como lo requiere la Ley, hemos incluido esta notificación para informarla de las disposiciones de la ley. La ley estipula que una participante del plan que reciba beneficios por una mastectomía médicamente necesaria y que elija la reconstrucción del seno después de la mastectomía también recibirá cobertura para: 1. La reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía; 2. Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; 3. Prótesis; 4. Tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluidos linfedemas.

Esta cobertura se proporcionará en consulta con el proveedor que atiende a la paciente y la paciente, y quedará sujeta a las mismas disposiciones de los deducibles anuales y coseguro que aplican para la mastectomía.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) – Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (State Children's Health Insurance Program, SCHIP)

Pérdida de la otra cobertura: Si usted declina inscribirse o inscribir a uno de sus dependientes (incluido su cónyuge) mientras el otro seguro médico o plan médico grupal está vigente, pudiera inscribirse usted mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la otra cobertura de usted o de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de 31 días después de que termine la otra cobertura suya o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de hacer contribuciones a la otra cobertura).

Pérdida de la cobertura de Medicare o SCHIP: Si rechaza la cobertura para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal de seguro médico para niños está vigente, podría inscribirse usted y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en el lapso de 60 días después de que su cobertura o la cobertura de sus dependientes termine bajo Medicaid o bajo un programa estatal de seguro médico para niños.

Dependiente nuevo: Si tiene un dependiente nuevo como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted pudiera inscribirse e inscribir a sus dependientes nuevos. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Elegibilidad para recibir asistencia con la prima de Medicaid o SCHIP: Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) se vuelven elegibles para recibir un subsidio estatal de asistencia con la prima de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan, se podría inscribir usted y a sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un lapso de 60 días después de la determinación de elegibilidad de usted o de sus dependientes para tal asistencia.

Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) ofrecen cobertura gratuita o de bajo costo

CHIP son las siglas en inglés del Programa de Seguro Médico para Niños, un programa que proporciona seguro médico a todos los niños sin seguro que no son elegibles para recibir asistencia médica o que no están inscritos para recibirla. CHIPRA es la ley de reautorización de CHIP que se promulgó como ley en febrero de 2009. En virtud de CHIPRA, un programa CHIP estatal podría elegir ofrecer asistencia con la prima a coberturas subsidiadas proporcionadas por el empleador para niños y familias elegibles de bajos ingresos. Se requiere que todos los empleadores proporcionen a sus empleados un aviso referente a CHIPRA. Vea el aviso en esta guía.

Aviso de la cobertura acreditable / no acreditable de la Parte D de Medicare

Los Centros de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid, CMS) requiere que los empleadores notifiquen a sus empleados elegibles para la Parte D de Medicare sobre su estado respecto a la cobertura acreditable antes de que comience el periodo anual de elecciones de la Parte D de Medicare que comienza el 15 de octubre de cada año. Vea el aviso en esta guía.

Ayuda para el pago de primas en virtud de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica a través de su empleador, el estado donde usted reside puede tener un programa de asistencia con el pago de primas para ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no tendrán derecho a estos programas de ayuda para el pago de primas pero quizá pueda adquirir cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Si desea obtener más información, visite **www.healthcare.gov**.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y residen en uno de los estados que se indican más adelante, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para determinar si está disponible la ayuda de primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y considera que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque el **1-877-KIDS NOW** o visite **www.insurekidsnow.gov** para obtener detalles sobre cómo inscribirse. Si usted califica, pregunte si el estado tiene un programa que pudiese ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir ayuda para el pago de primas en virtud de Medicaid o CHIP, así como también son elegibles en virtud del plan de su empleador, su empleador deberá permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no estuviese inscrito. Esto se llama una oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar la cobertura en un plazo no mayor de 60 días después de determinarse su elegibilidad para la ayuda de primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en su plan del empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en **www.askebsa.dol.gov** o llame al **1-866-444-EBSA(3272)**.

Si usted reside en uno de los estados siguientes, quizá sea elegible para recibir ayuda para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados entró en vigencia el 31 de julio de 2026. Comuníquese con la oficina en su estado para obtener más información sobre elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid

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

ALASKA – Medicaid

Sitio web del Programa de Pagos de la Prima de Seguros Médicos de AK:
http://myakhipp.com/
Teléfono: 1-866-251-4861
Dirección electrónica: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad de Medicaid:
https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx

ARKANSAS – Medicaid

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

CALIFORNIA – Medicaid

Sitio web del Programa de Pago de las primas del seguro médico (HIPP):
http://dhcs.ca.gov/hipp
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Dirección electrónica: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)

Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/
Centro de Contacto con el Miembro de Health First Colorado:
1-800-221-3943/ Retransmisión estatal 711
CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus
Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Retransmisión estatal 711
Programa Buy-In de Seguro Médico (HIBI): https://www.mycohibi.com/
Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA – Medicaid

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

GEORGIA – Medicaid

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

INDIANA – Medicaid

Programa de pago de primas del seguro médico
Todos los demás de Medicaid
Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/
http://www.in.gov/fssa/dfr/
Administración de Servicios Sociales y Familiares, teléfono: 1-800-403-0864
Teléfono de Servicio al Miembro: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid:
Iowa Medicaid | Health & Human Services
Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366
Sitio web de Hawki:
Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa | Health & Human Services
Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
Sitio web de HIPP: Health Insurance Premium Payment (HIPP) | Health & Human Services (iowa.gov)
Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

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

KENTUCKY – Medicaid

Sitio web del Programa Integrado de Pago de las Primas del Seguro médico de Kentucky (Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program, KI-HIPP):
https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx
Teléfono: 1-855-459-6328
Dirección electrónica: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Kentucky Medicaid: https://chfs.ky.gov/agencies/dms

LOUISIANA – Medicaid

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

MAINE – Medicaid

Sitio web de inscripciones:
https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711
Página web de la prima del seguro médico privado:
https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms
Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa
Teléfono: 1-800-862-4840
TTY: 711
Dirección electrónica: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

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

MISSOURI – Medicaid
Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Dirección electrónica: HHSHIPPProgram@mt.gov
NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número sin costo para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Dirección electrónica: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NEW JERSEY – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia con las primas de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)
NEW YORK – Medicaid
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100
NORTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
OREGON – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – 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: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa RIte Share)
SOUTH CAROLINA – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
SOUTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid
Sitio web: Programa de Pago de las primas del seguro médico (HIPP) | Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493
UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web de Premium Partnership for Health Insurance (UPP) de Utah: https://medicaid.utah.gov/upp/ Dirección electrónica: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de Adult Expansion: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/
VERMONT – Medicaid
Sitio web: Programa de Pago de las primas del seguro médico (HIPP) | Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Línea telefónica sin costo de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de ayuda de primas desde el 17 de marzo de 2026, o para obtener más información sobre derechos especiales de inscripción, puede comunicarse con cualquiera de las siguientes entidades:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

(Aviso de cobertura acreditable) Aviso importante de Guest Services sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare: Para el plan Aetna Classic, Aetna HDHP y el plan Kaiser HMO

Lea detenidamente este aviso y consérvelo donde lo pueda encontrar. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta de Guest Services y sobre sus opciones con la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar la cobertura que tiene ahora, incluidos los medicamentos cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede encontrar ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

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

1. En 2006 se volvió disponible la cobertura de medicamentos con receta de Medicare para todas las personas inscritas en Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como una HMO o una PPO) que ofrece cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pudieran ofrecer más cobertura sujeta a primas mensuales más altas.

2. Guest Services ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que ofrece Express Scripts, en promedio espera pagar a todos los participantes tanto como paga la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, y por lo tanto se considera cobertura acreditable. Como su cobertura existente es acreditable, usted puede conservarla y no pagar una prima más alta (una sanción) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?
Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare al volverse elegible a ello por primera vez, y cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos con receta, sin que sea por su culpa, también podrá tener derecho a un periodo especial de inscripciones (Special Enrollment Period, SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?
Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en una cobertura de Guest Services como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura de Guest Services será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta, y Medicare será el pagador secundario. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare se disminuirá considerablemente. Usualmente Medicare paga primero sus beneficios de medicamentos con receta si usted participa en la cobertura de Guest Services cómo exempleado.

También puede optar por cancelar su cobertura de Guest Services. Si decide participar en un plan de medicamentos de Medicare y cancela su cobertura de Guest Services actual, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará una prima más alta (sanción) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?
También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Guest Services y no se inscribe en el plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días consecutivos después de que termine su cobertura actual, podría tener que pagar una prima más alta (sanción) para inscribirse después en un plan de medicamentos de Medicare.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual pudiera aumentar al menos 1% de la prima base de los beneficiarios de Medicare al mes, por cada mes que usted no tuvo esta cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima pudiera ser constantemente al menos 19% más alta que la prima base de los beneficiarios de Medicare. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (una sanción) mientras tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, quizá tenga que esperar hasta el octubre próximo para inscribirse.

Para obtener más información acerca de este aviso O sobre su cobertura de medicamentos con receta...
Comuníquese con la persona indicada abajo para recibir más información. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del siguiente periodo en el que se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare, y si cambia esta cobertura de Guest Services. También podría solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información acerca de sus opciones en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare
El manual "Medicare & You" (Medicare y Usted) contiene información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Cada año Medicare le enviará por correo una copia del manual. Además los planes de medicamentos de Medicare pudieran comunicarse directamente con usted.

Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite **www.medicare.gov**
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program) (puede encontrar su número telefónico en su copia del folleto "Medicare y Usted") para recibir ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Si desea información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en **www.socialsecurity.gov**, o llámelos al 1-800-772-1213, TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso sobre la cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, cuando se una se le podría pedir que proporcione una copia de este aviso para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable, y por lo tanto, si requiere o no pagar una prima más alta (una sanción).

Fecha: Octubre de 2026
Nombre de la entidad/remitente: Guest Services, Inc.
Contacto: Recursos Humanos

GUEST SERVICES

Legendary Hospitality Since 1917

Esta guía de beneficios solo cubre los puntos importantes de los programas de beneficios de Guest Services. Aunque hemos tratado de ser tan exactos como es posible para crear esta información, los documentos oficiales del plan regirán en todos los casos. Guest Services tiene la intención de continuar ofreciendo estos programas, pero se reserva el derecho de cambiarlos o darlos por terminados en cualquier momento. La participación en los programas no implica un contrato de empleo.