GUÍA DE BENEFICIOS PARA MIE MBROS DEL EQUIPO

2026

California 2026

AYRES HOTELS

ELEVATE YOUR STAY

¡Bienvenidos al Ayres Management!

Esta guía proporciona un resumen de sus opciones de beneficios y está diseñada para ayudarlo a tomar decisiones e inscribirse en la cobertura. Si la información de este folleto difiere del Documento del Plan, prevalecerá el Documento del Plan.

CONTENIDO

Información Importante..... 2
Información de inscripción..... 3
Contribuciones de los miembros del equipo..... 4
Seguro médico 6
Seguro dental 9
Plan de descuento en visión 13
Cuentas de gastos flexibles FSA..... 14
Programa de asistencia en viaje 16
Ahorros para la jubilación..... 16
Seguro de vida y AD&D 17
Programa de Asistencia al Empleado 17
SeguroparamascotasdeMetLife 19
Recursos y contactos. 21

INFORMACION IMPORTANTE

ACA

Se eliminó la sanción de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés) por no tener cobertura de salud (conocida como el mandato individual). Sin embargo, si es contribuyente en California, Massachusetts, Nueva Jersey, Vermont o el Distrito de Columbia, deberá tener cobertura de salud (a menos que califique para una exención) o pagar una multa por el año fiscal 2026: estos los estados tienen un requisito de mandato individual. Puede considerar estas opciones a continuación para satisfacer este requisito:

- Inscríbase en un plan médico ofrecido por Ayres Management o en otro plan médico colectivo que cumpla los requisitos de cobertura mínima esencial.
- Comprar cobertura a través de un mercado de seguros de salud.
- Inscríbase en la cobertura a través de un programa patrocinado por el gobierno si es elegible.

Si elige comprar cobertura a través del mercado, debido a que los planes médicos de Ayres Management se consideran asequibles y alcanzan el valor mínimo según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, es posible que no sea elegible para un subsidio y es posible que no vea primas más bajas o gastos de su propio bolsillo. costos a través del mercado. Además, perderá las aportaciones de la empresa a sus prestaciones médicas, y su parte de las primas médicas ya no se pagará mediante deducciones de nómina antes de impuestos.

Para más Información
Ir a **www.healthcare.gov.**

Avisos anuales

Los planes de Ayres Management son gestionados en parte por Ayres Management y se rigen por las normas y la documentación de dichos planes. Diversas leyes estatales y federales exigen que los empleadores faciliten información y envíen notificaciones anuales a los participantes en sus planes.

A continuación, se incluye una lista de los avisos anuales:

- Notificación de Medicare Parte D sobre la cobertura acreditable
- Ley de Salud de la Mujer y Derechos en relación con el Cáncer (WHCRA)
- Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres
- Derechos especiales de inscripción
- Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños
- Aviso sobre las prácticas de privacidad de la HIPAA
- Resumen de los beneficios y la cobertura (SBC))

Ayres Management envía avisos anuales a los nuevos empleados y cada año durante el periodo de inscripción abierta. También puede solicitar una copia poniéndose en contacto con el Departamento de Recursos Humanos.

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Quién puede inscribirse

Si usted es un miembro del equipo clasificado a tiempo completo que trabaja al menos 32 horas por semana, usted y sus dependientes elegibles pueden participar en el programa de beneficios de Ayres Management. Un dependiente calificado se define a continuación:

• **Cónyuge Calificado**: Un cónyuge legal del Miembro del Equipo a quien no se le ofrece cobertura de salud a través de su empleador. Si su Cónyuge es elegible para un seguro de salud grupal a través de su empleador, entonces él o ella no será elegible para obtener cobertura bajo el Plan Médico de Ayres Management. O si su Cónyuge es dueño de un negocio con 1 o más empleados o trabajadores por contrato, su Cónyuge será excluido del Plan Médico de Ayres Management.

• Niños Calificados: La cobertura para niños se extenderá hasta los 26 años (es decir, el niño es elegible hasta los 25 años). Un "hijo" elegible es aquel que tiene una relación con el miembro del equipo (por ejemplo, un hijo, una hija, un hijastro o una hijastra del miembro del equipo). un miembro del equipo, un niño adoptado legalmente, un niño colocado con el miembro del equipo para adopción legal o un niño de crianza).

Año del plan de beneficios:
Julio 1- Junio 30

El plan requiere una prueba de la relación de dependencia (por ejemplo, partida de nacimiento, certificado de matrimonio, etc.) si se inscribe a un familiar a cargo por primera vez en el plan. Por favor, entregue la documentación correspondiente junto con el formulario de inscripción al Departamento de Recursos Humanos para su verificación en un plazo de 30 días a partir de la fecha de solicitud de la inscripción.

Cuando puedes inscribirte

Los miembros del equipo que cumplan los requisitos pueden inscribirse en los siguientes periodos:

- La fecha de elegibilidad para los beneficios grupales es el día 1 del mes siguiente o coincidente con los 60 días de empleo o de un cambio de estado a la clasificación de tiempo completo
- Durante la inscripción abierta a partir del 1 de julio.
- Dentro de los 30 días de un evento calificador según lo definido por el IRS (consulte Cambios en la inscripción a continuación)

Cambios en la inscripción

Nuestros planes de beneficios son efectivos del 1 de julio al 30 de junio. Hay un período anual de inscripción abierta cada año, durante el cual puede elegir nuevos beneficios para la siguiente fecha de vigencia del 1 de julio. Una vez que elige sus beneficios, no puede cambiarlos durante el año a menos que experimente un evento calificador según lo define el IRS.

Algunos ejemplos son, entre otros, los siguientes:

- Matrimonio, divorcio, separación legal o anulación
- Nacimiento o adopción de un hijo
- Una orden judicial de manutención infantil por motivos médicos
- Fallecimiento de un cónyuge o un hijo
- Un cambio en la situación de elegibilidad de su dependiente
- Pérdida de la cobertura de otro plan de salud
- Cambio de domicilio o de lugar de trabajo (si esto afecta a tus opciones de prestaciones)
- Pérdida de la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Cumplir los requisitos para un programa federal o estatal de ayuda para el pago de las primas en el marco de Medicare, Medicaid o CHIPP

La cobertura para un nuevo dependiente no es automática. Si experimenta un evento calificativo, tiene 30 días para actualizar su cobertura. Comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos inmediatamente después de un evento calificador para completar los formularios de elección correspondientes según sea necesario. Si no actualiza su cobertura dentro de los 30 días a partir del evento calificador, debe esperar hasta el próximo año período de inscripción abierto para actualizar su cobertura.

Recursos en línea para operadores

Aproveche los recursos en línea disponibles a través de nuestras compañías de seguros. Puede ubicar proveedores de la red, administrar sus reclamos, obtener información sobre salud y bienestar, ¡y mucho más! Las direcciones de los sitios web de las aseguradoras se encuentran en la página 24 de esta guía.

CONTRIBUCIONES MENSUALES DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

Su costo por mes

Este cuadro compara las contribuciones mensuales para nuestros planes de beneficios para empleados. El costo de la cobertura variará según la opción y el nivel de cobertura que elija. Sus contribuciones médicas y dentales se deducen antes de que se retengan los impuestos, lo que le ahorra dólares de impuestos (Sección 125). Pagar por los beneficios antes de impuestos significa que su parte de los costos se deducen antes de que se determinen los impuestos, lo que resulta en un mayor salario neto para usted. Como resultado, el IRS requiere que sus elecciones permanezcan vigentes durante el año entero. No puede cancelar ni cambiar la cobertura a menos que experimente un evento calificador. Los miembros del equipo pueden optar por no participar en el plan de la Sección 125 y pagar contribuciones con dólares después de impuestos.

Medical

Nivel de Cobertura*	LEA EPO de la red	Nivel de cobertura	LEA PPO Tradicional
Solo miembro del equipo	$90.00	Solo miembro del equipo	$624.00
Miembro del equipo + Cónyuge	$424.00	Miembro del equipo + 1 dep	$1,166.00
Miembro del equipo + 1 niño	$324.00	Miembro del equipo + Familia	$1,950.00
Miembro del equipo + 2 niños	$560.00		
Miembro del equipo + Cónyuge+ 1 Hijo	$660.00		
Miembro del equipo + Cónyuge+2 Hijos	$893.00		

** Cada niño adicional es +$137*

Dental

Nivel de cobertura	Guardian PPO	Guardian DHMO
Solo miembro del equipo	$33.49	$3.16
Miembro del equipo + 1 Miembro	$79.51	$16.36
del equipo dependiente + Familia	$166.70	$28.73

Seguro de vida básico/AD&D

Nivel de cobertura	Inscripto en el Plan Médico Ayres	No está inscrito en el plan médico Ayres
Solo miembro del equipo	No hay costo adicional	$.70

Los siguientes beneficios se le ofrecen sin ningún costo y corren a cargo de Ayres Management:

- Programa de asistencia al empleado
- Programa de asistencia en viajes

Es **importante** reconocer que siempre hemos dado prioridad a nuestros empleados y a su acceso a prestaciones de calidad, y que seguiremos comprometidos con mantener ese enfoque en el futuro. Ayres no ha aumentado las contribuciones de los empleados durante cinco años consecutivos, lo cual es verdaderamente sin precedentes en el entorno actual de prestaciones, dado el continuo aumento de los costes sanitarios y las presiones del mercado. Nuestro objetivo siempre ha sido equilibrar un sólido programa de prestaciones para empleados sin dejar de apoyar a nuestros empleados.

Planes Médicos del Grupo Ayres

Plan médico de red EPO

Con el plan de la Organización de Proveedores Exclusivos (EPO), puede referir a cualquier médico dentro de la red Nacional PPO (Blue Card PPO) de Anthem Blue Cross Blue Card. Este plan requiere que solo utilice médicos, clínicas y hospitales que pertenecen a la red, excepto en el caso de una emergencia. Si elige consultar a un proveedor que no forma parte de la red, deberá pagar el costo total de su atención.

Tradicional PPO Medical Plan

El plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) le permite decidir cómo recibir su atención médica. No está limitado a los médicos de la red PPO de Anthem Blue Cross National Blue Card y puede acudir por su cuenta a especialistas. Si recibe atención de un médico que sea miembro de la red, el plan de seguro pagará un mayor porcentaje del costo total. También puede obtener servicios a través de un proveedor fuera de la red; sin embargo, usted será responsable de la diferencia entre el monto cubierto y los cargos reales, y es posible que deba presentar las reclamaciones.

Cómo encontrar un proveedor médico

Visite www.anthem.com/ca. Los afiliados a EPO y PPO deben seleccionar la red exclusiva de National PPO (Blue Card PPO) cuando se les solicite.

También puede escanear el código QR para descargar la aplicación Sydney Health y buscar asistencia sanitaria, comparar precios, consultar el estado de su plan y surtir recetas.

Resumen de prestaciones y cobertura (SBC)

Las aseguradoras de salud y los planes de salud colectivos están obligados a proporcionarle un resumen fácil de entender sobre las prestaciones y la cobertura de su plan de salud, conocido como «Resumen de prestaciones y cobertura» (SBC), que se encuentra publicado en el sitio web de Ayres PropelHR. Esta guía está diseñada para ayudarle a comprender las opciones de planes médicos que le ofrece Ayres Management. Consulte el SBC y los contratos de la aseguradora facilitados por Anthem Blue Cross para obtener más detalles sobre los planes.

Esta Guía de Beneficios para los Miembros del Equipo ofrece una visión general de algunas de las opciones de planes de prestaciones de las que dispone. Su finalidad es meramente informativa. No pretende constituir un acuerdo de continuidad en el empleo. Tampoco es un documento legal del plan. En caso de discrepancia entre esta guía y los documentos del plan, prevalecerán estos últimos.

BENEFICIOS

Planes médicos de Ayres Management

Nombre del plan	LEA Network EPO	LEA Tradicional PPO	
	Solo en red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible (anual) - Individual - Familia	 $150 $450	 $300 $900	 $300 $900
Gasto máximo de bolsillo - Individual - Familia	 $10,600 $21,200	 $10,600 $21,200	 $10,600 $21,200
Copago de visita al consultorio - Cuidado preventivo - LiveHealth en línea - Médico de Atención Primaria - Visita al consultorio del especialista - Atención de urgencias	 Sin cargo $20 o $40 Copago $20 Copago $40 Copago $20 Copago	 Sin cargo $20 o $40 Copago $20 Copago $40 Copago $20 Copago	 Deductible, 30% Deductible, 30% Deductible, 30% Deductible, 30%
Hospitalization - Paciente hospitalizado - Paciente ambulatorio	Deductible, 20% Deductible, 20%	Deductible, 20% Deductible, 20%	 Deductible,30% Deductible, 30%
Laboratorio Rayos X - Diagnóstico - Complejo	Deductible, 20%	Deductible, 20%	Deductible, 30%
Servicios de emergencia	Copago de $150, y después un 20 % de co-seguro	$150 Copago + 20%	
Salud mental/abuso de sustancias - Paciente hospitalizado - Ambulatorio (Terapia de grupo)	Deductible, 20% $20 Copago	Deductible, 10% $20 Copago	Deductible,30% Deductible, 30%
Ambulancia	Deductible, 20%	Deductible, 20%	Deductible, 20%
Cuidado de la vista anual	Consulte la página 16	Consulte la página 16	Consulte la página 16
Equipo médico duradero	Deductible, 20%	Deductible, 10%	Deductible, 30%
Físico, Ocupacional, Terapia de lenguaje	$40 Copago Max 60 Visitas/año combinadas	$40 Copago Max 20 Visitas/año combinadas	Deductible, 30%

Beneficios de farmacia

Venta al por menor y pedidos por correo			
Formulario Genérico	30 %, con un copago mínimo de $5 y un máximo de $20	30 %, con un copago mínimo de $5 y un máximo de $20	No cubierto
Formulario de marca	30% co-seguro	30% co-seguro	
Noformulario	$15 copago + 30% co-seguro	$15 copago + 30% co-seguro	
Límite de suministro	30 días comercio minorista	30 días comercio minorista	
Receta de especialidad			
Genérico	30% co-seguro	30% co-seguro	No cubierto
Nombre de la marca	$25 co-pago + 30% co-seguro	$25 co-pago + 30% co-seguro	
No formulario	$50 co-pago + 30% co-seguro	$50 co-pago + 30% co-seguro	

BENEFICIOS

Ayres Management Planes Médicos

Consejos para usar sus beneficios médicos

Entender la Declaración de Explicación de Beneficios (EOB) si está inscrito en una opción PPO.

❶ Si se inscribe en una de las opciones de planes médicos de Ayres Management, recibirá un documento de Explicación de beneficios (EOB) después de que usted o un familiar cubierto reciban servicios de atención médica. Las EOB brindan los detalles necesarios sobre el pago de reclamos información que incluye el monto de su responsabilidad. Una EOB NO es una factura. Es para ayudarlo a comprender cómo se procesó su reclamo. La EOB es una declaración que detalla la actividad de su cuenta de beneficios médicos.
Para ver sus EOB actuales o pasadas en línea, visite **https://mesa.leadingedgeadmin.com**. Para acceder a sus Explicaciones de Beneficios (EOB) actuales, su historial de reclamaciones y beneficios (SBC), deberá registrarse en el portal de MESA: https://mesa.leadingedgeadmin.com. Una vez registrado, tendrá acceso a la cobertura de su plan, su historial de reclamaciones y a su Explicación de Beneficios (EOB) para consultar o imprimir, así como para imprimir una tarjeta de identificación temporal.

❷ **Utilice los centros de atención de urgencia en lugar de las salas de emergencia de los hospitales siempre que sea posible.**
Frecuentemente, los pacientes acuden a los servicios de urgencias hospitalarias por dolencias o lesiones que podrían ser tratadas de forma más económica, y con la misma eficacia, en un centro de urgencias. No siempre es fácil determinar cuándo se debe elegir la atención de urgencia en lugar del servicio de urgencias del hospital. Las siguientes listas ofrecen alguna orientación, pero no necesariamente incluyen todo.
*Asegúrese de que el proveedor de atención de urgencia facture como atención de urgencia y no como sala de emergencias.

Ejemplos de situaciones de ATENCIÓN URGENTE	Ejemplos de situaciones de EMERGENCIA
Cualquier enfermedad o lesión que lo lleve a ver a su médico de atención primaria, incluidos, entre otros: • Accidentes y caídas • Esguinces • Problemas de espalda • Dificultades para respirar • Dolor abdominal • Sangrado/cortes menores • Fiebre alta • Vómitos, diarrea o deshidratación • Dolor de garganta intenso o tos • Asma de leve a moderada	Cualquier accidente o enfermedad que pueda conducir a la pérdida de la vida o una extremidad, complicación médica grave o incapacidad permanente incluyendo, pero no limitado a: • Dolor de pecho* • Convulsiones • Choque • Sin pulso • Estado inconsciente o catatónico • Mareos repentinos, pérdida de coordinación o equilibrio • Dolor abdominal severo • Sangrado severo o incontrolable • Huesos rotos o fracturas compuestas • Dificultad grave para respirar o dificultad para respirar • Lesión de la médula espinal o de la espalda • Quemaduras severas • Lesiones mayores en la cabeza • Ingestión de venenos u objetos obstructivos • Mordeduras de animales, serpientes o humanos

*Si cree que puede estar experimentando un ataque al corazón, ¡llame al 911 de inmediato! ¡No conduzca usted mismo a la sala de emergencias!

❸ **Use medicamentos genéricos y de venta libre cuando estén disponibles. La mejor manera de ahorrar en recetas es usar medicamentos genéricos o de venta libre en lugar de medicamentos de marca.**
Cuando use medicamentos genéricos, pagará el copago más bajo. Los medicamentos genéricos deben usar los mismos ingredientes activos que la versión de marca del medicamento. Todos los medicamentos especializados se tramitarán a través de CarelonRx

❹ Use el beneficio de medicamentos recetados de pedido por correo para medicamentos de mantenimiento.
La farmacia de pedido por correo es una forma rápida, fácil y conveniente de ahorrar tiempo y dinero en sus medicamentos de mantenimiento. Puede pedir suministros adicionales de medicamentos con descuento. Consulte las condiciones de la compañía aérea para obtener más información.

Consejos para usar sus beneficios médicos y de farmacia

❺ Utilice sus beneficios de atención preventiva para mantenerse saludable sin costo alguno para

¡Para recibir el valor total de su plan, programe sus exámenes de atención preventiva! Nuestros planes cubren estos exámenes al 100 % cuando utiliza proveedores dentro de la red. Los exámenes preventivos pueden ayudar a identificar cualquier problema de salud potencial desde el principio. No todo Se recomienda la atención preventiva para todos, así que hable con su médico para decidir qué servicios son adecuados para usted y su familia. Los servicios de atención preventiva incluyen, entre otros, los servicios que se enumeran a continuación.

Mu eres

- Pruebas de Papiloma
- Mamografías
- Exámenes físicos anuales
- Vacunas contra la gripe
- Anticoncepción aprobada por la FDA
- Vacunas
- Colonoscopia
- Controles de presión arterial
- •Colesterol (total y HDL)
- Diabetes mellitus: línea de base para alto riesgo

Hombres

- Colonoscopia
- Detección de cáncer de próstata
- Exámenes físicos anuales
- Vacunas contra la gripe
- Vacunas
- Controles de presión arterial
- Colesterol (total y HDL)
- Diabetes mellitus: línea de base para individuos de alto riesgo.

Niños

- Cuidado del bebé sano
- Exámenes físicos anuales
- Vacunas contra la gripe
- Vacunas
- Antecedentes médicos/familiares y examen físico
- Controles de presión arterial
- Examen de la vista

La atención que necesita, cuando la necesita

Cuando no se siente bien o su hijo está enfermo, lo último que quiere hacer es dejar la comodidad del hogar para sentarse en una sala de espera. Ahora no tienes que hacerlo. Anthem Blue Cross le permite ver y hablar con un médico o enfermera desde su dispositivo móvil o computadora sin cita previa.

Citas por video a través de LiveHealth Online:

Con solo unos pocos pasos, estará listo para ver a su médico, sin tener que ir al consultorio del médico.
Registrarse es rápido, fácil y gratuito. Asegúrese de ingresar la información de su seguro, ya que LiveHealth Online es un beneficio cubierto por nuestros planes de Anthem.

Empezando:
Ir a **www.livehealthonline.com.**

Telemedicina a través de su PCP o Especialista

Algunos de sus médicos de atención primaria, especialistas, pediatras o grupos médicos pueden estar ofreciendo atención telefónica o virtual.
consulta. Si necesita hablar con su proveedor, llame al para preguntar si ofrecen consulta virtual. Esto le ahorrará un viaje al consultorio médico.
Se aplican copagos por visitas regulares al consultorio según el diseño del plan médico de Ayres

Para preguntas médicas, de reclamos y de farmacia, comuníquese con Consierje:
Consierje es el departamento de atención al cliente que ayudará a todos los miembros inscritos con sus preguntas médicas, de farmacia y de reclamos. Están disponibles de lunes a viernes de 5:30 a. m. a 3:00 p. m. (hora del este). Puede comunicarse con ellos llamando al número de atención al cliente de Consierje: (844) 437-8347 o regístrese en el portal de MESA: https:// mesa.leadingedgeadmin.com para consultar la información de los miembros y sus reclamos.

BENEFICIOS

Cómo entender tu resumen de prestaciones (EOB), tu tarjeta de identificación médica y tu compañía de seguros

¿Qué es una Explicación de beneficios (EOB)?

Una Explicación de beneficios (EOB) es un resumen que emite su seguro médico y en el que se explica cómo se ha tramitado su reclamación. No es una factura.
Recibirá las EOB de Leading Edge Administrators (LEA), su compañía aseguradora.

¿Por qué es importante?

Su Explicación de beneficios (EOB) le ayuda a comprender cómo se ha tramitado su reclamación, qué ha cubierto su seguro y qué importe puede tener que abonar. También le permite comprobar si hay errores y llevar un control de sus gastos sanitarios.
Proceso de EOB y facturación

EOB & Proceso de facturación

1. Revisa tu EOB de Leading Edge Administrators
2. Espera a recibir la factura de la consulta de tu proveedor. Si no la recibes en un plazo de 3 a 12 semanas, ponte en contacto con el proveedor para solicitarla.
3. Compare la factura con la sección 3 de su EOB. Si los importes coinciden, proceda al pago. Si los importes no coinciden, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente en el 1-844-437-8347 o con IAG en el 949-387-2323 (opción 3).

   Importante: En caso de hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas o visitas al servicio de urgencias, asegúrese de recibir un resumen de beneficios (EOB). Este documento confirma que su solicitud ha sido tramitada y que el programa SPP se ha aplicado correctamente.

Guía general para entender su EOB

Escanee el código QR para acceder al vídeo explicativo que describe cómo leer y entender su EOB.

¿Cuál es mi compañía de seguros?

- Leading Edge Administrators (LEA).

¿Por qué aparece «Anthem» en mi tarjeta de identificación?

- Anthem es tu red de proveedores y se encarga de tramitar todas las reclamaciones. No tienes un seguro de Anthem.

¿Dónde puedo conseguir una copia de mi tarjeta de identificación médica?

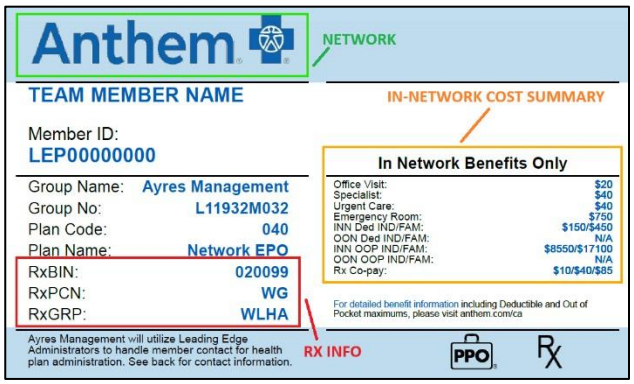
- Puede registrarse en el portal de MESA LEA o ponerse en contacto con LEA para solicitar una copia.

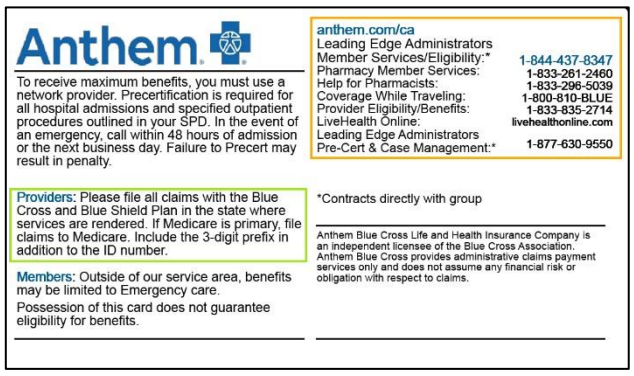
¿Cómo comprueba mi proveedor mi elegibilidad?

- Su proveedor puede comprobar su cobertura a través del sistema electrónico de verificación de cobertura de Anthem. El proveedor debe seleccionar la opción «Plan Blue Cross and Blue Shield».

¿Qué pasa si mi proveedor no puede verificar la cobertura?

- Pídale a su proveedor que llame al número de teléfono de verificación de proveedores que figura en su tarjeta de identificación para obtener ayuda: 1-833-835-2714





¿Qué hago si tengo alguna duda sobre mi proveedor o mi tarjeta de identificación?

- Puede ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Miembro de LEA llamando al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación: 1-844-437-8347
  - También puede ponerse en contacto con IAG llamando al 949 387-2323, opción 3

Evita ir a la farmacia con el servicio de entrega a domicilio

Recibe tus medicamentos de uso prolongado en tu casa con la Farmacia de CarelonRx

Beneficios de la entrega a domicilio

Comodidad. Tus medicamentos se entregan directamente en tu casa o en el lugar que tú elijas.

- Administra tus recetas con la aplicación Sydney℠ Health o en **anthem.com**.
- Los pedidos que se realizan por primera vez tardan aproximadamente cinco días en procesarse. Las reposiciones suelen tardar solo dos días. El plazo de envío estándar varía de 3 a 5 días.
- Haz el seguimiento de tus pedidos.
- Configura recordatorios y reposiciones automáticas.

Seguridad. Un farmacéutico certificado controla todos los pedidos antes del envío. Nuestro embalaje discreto tiene estas características:

- Inviolable
- Impermeable
- Con control de temperatura, de ser necesario

Tranquilidad. Es menos probable que omitas alguna dosis y más probable que mantengas la regularidad del tratamiento que te indicó tu médico si te pasas a la opción de entrega a domicilio.* También puedes hablar, enviar un mensaje de texto o chatear las 24 horas, los 7 días de la semana con un farmacéutico capacitado si tienes preguntas o necesitas ayuda.

Servicio simple. El servicio de farmacia de CarelonRx se pondrá en contacto con tu médico para solicitar una nueva receta para 90 días en caso de que la necesites. Si para algún medicamento se requiere una aprobación previa, el equipo de entrega a domicilio se comunicará contigo para obtener tu consentimiento antes de enviarte el medicamento.

Ahorros. Muchos medicamentos cuestan menos cuando surtes un suministro para 90 días en lugar de tres suministros para 30 días. El envío estándar es siempre gratuito. Con el servicio de farmacia de CarelonRx, también puedes averiguar opciones menos costosas para ahorrar dinero.

La inscripción es simple

1. Inicia sesión en **anthem.com** e ingresa en la página **Prescriptions Home (Entrega a domicilio de medicamentos recetados)**. También puedes iniciar sesión en tu aplicación móvil y seleccionar **Pharmacy (Farmacia)** o escanear el siguiente código QR. Si aún no lo has hecho, registra tu cuenta de miembro.

2. Ve a **View Prescriptions (Ver recetas)** y sigue los pasos que se indican para optar por el servicio de farmacia de CarelonRx.

Contáctanos si necesitas ayuda

Llame al número que se encuentra en la parte posterior de tu tarjeta de identificación o utiliza la herramienta de chat en vivo en Sydney Health o **anthem.com**.

* Sitio web de la National Library of Medicine, National Center for Biotechnology: *A Retrospective Database Study Comparing Diabetes-Related Medication Adherence and Health Outcomes for Mail-Order Versus Community Pharmacy* (consultado en marzo de 2019): ncbi.nlm.nih.gov.

Sydney Health está disponible a través de un acuerdo con Carelon Digital Platforms, una empresa independiente que ofrece serv icios de aplicación móvil en nombre de tu plan médico. ©2023

Servicios proporcionados por CarelonRx, Inc. CarelonRx, Inc. es una compañía independiente que presta servicios de administra ción de beneficios de farmacia en nombre de tu plan médico.

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de las siguientes compañías: En Colorado: RockyMountain Hospital and Medical Service, Inc. Los productos de HMO están asegurados por HMO Colorado, Inc. En Connecticut: Anthem Health Plans, Inc. En Georgia: Blue Cross Blue Shield Healthcare Plan of Georgia, Inc. En Indiana: Anthem Insurance Companies, Inc. En Kentucky: Anthem Health Plans of Kentucky, Inc. En Maine: Anthem Health Plans of Maine, Inc. En Missouri (excepto en 30 condados del área de Kansas City): RightCHOICE® Managed Care, Inc. (RIT), Healthy Alliance® Life Insurance Company (HALIC) y HMO Missouri, Inc. RIT y ciertos afiliados administran los beneficios que no corresponden a planes HMO asegurados por HALIC y los beneficios de HMO asegurados por HMO Missouri, Inc. RIT y ciertos afiliados solo ofrecen servicios administrativos para planes autofinanciados y no aseguran beneficios. En Nevada: Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. Los productos de HMO están asegurados por HMO Colorado, Inc., que opera con el nombre comercial HMO Nevada. En New Hampshire: Anthem Health Plans of New Hampshire, Inc. Los planes HMO son administrados por Anthem Health Plans of New Hampshire, Inc. y están asegurados por Matthew Thornton Health Plan, Inc. En Ohio: Community Insurance Company. En Virginia: Anthem Health Plans of Virginia, Inc. opera como Anthem Blue Cross and Blue Shield en Virginia, y el área de servicio abarca la totalidad de Virginia, a excepción de City of Fairfax, Town of Vienna y el área al este de State Route 123. En Wisconsin: Blue Cross Blue Shield of Wisconsin (BCBSWI) asegura o administra las pólizas de los planes PPO y de indemnización, y asegura los beneficios fuera de la red de las pólizas de POS ofrecidos por Compcare Health Services Insurance Corporation (Compcare) o Wisconsin Collaborative Insurance Corporation (WCIC). Compcare asegura o administra las pólizas de HMO o POS; WCIC asegura o administra las pólizas de Well Priority HMO o POS. Licenciatarios independientes de Blue Cross Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

1068596MUMSPABS 04 24

Mutual of Omaha

Seguro básico de vida/AD&D

Nunca es agradable hablar de seguros de vida. Pero probablemente ya sepa que el seguro de vida es algo que necesita para proteger a sus seres queridos en caso de que usted fallezca. Gastos como los del funeral, las deudas y el coste de la vida pueden suponer una suma considerable. Afortunadamente, el seguro de vida puede ayudar a aliviar la carga económica y proporcionar una cobertura que ayude a sufragar este tipo de gastos.

El seguro de vida protege a su familia u otros beneficiarios en caso de fallecimiento mientras siga trabajando activamente en la empresa.

La cobertura por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) proporciona una prestación adicional a su beneficiario si su fallecimiento se debe a un accidente o lesión cubiertos.

Los beneficios del seguro de vida se reducirán en determinados porcentajes a medida que envejezca, y finalizarán cuando deje la empresa o se jubile.

Seguro básico de vida/AD&D

$20,000/ $20,000 siempre y cuando esté inscrito en el Plan Médico del Grupo Ayres; los miembros del equipo que no estén inscritos en el Plan Médico del Grupo Ayres pueden contratar un seguro de vida por separado.

Elegir un beneficiario

Un beneficiario es una persona o entidad a la que usted designa para recibir las prestaciones por fallecimiento. Elegir a un beneficiario y mantener sus datos actualizados es una parte esencial de tener un seguro de vida. Recuerde revisar su designación de beneficiarios cuando surjan nuevas circunstancias, como el nacimiento o la adopción de un hijo, el matrimonio o el divorcio. Si lo necesita, puede llamar al Departamento de Recursos Humanos para solicitar una copia del formulario de designación de beneficiarios.

Programa de asistencia al empleado

Al contratar un seguro de vida, el Programa de Asistencia al Empleado (EAP) de Mutual of Omaha le ofrece a usted y a los miembros de su familia asistencia gratuita y confidencial para ayudarles a resolver problemas personales o profesionales que puedan interferir en sus responsabilidades y obligaciones laborales o familiares. Los servicios están disponibles a través de un proveedor de Mutual of Omaha las 24 horas del día, los 7 días de la semana, mediante un número gratuito a nivel nacional.

Servicios adicionales del EAP

Opciones de asesoramiento

- Tres llamadas al año (por hogar) con nuestros profesionales internos del Programa de Asistencia al Empleado (EAP), titulados de máster, que proporcionarán a la persona que llame recursos comunitarios
- Los recursos comunitarios adicionales o las posibles opciones de asesoramiento correrán a cargo del empleado

Servicios en línea

- Actualidad y recursos
- Familia y relaciones
- Bienestar emocional
- Bienestar financiero
- Asistencia jurídica
- Bienestar físico
- Trabajo y carrera profesional
- Biblioteca de bienvenida bilingüe
- Abuso de sustancias y adicción

Servicios de conciliación laboral y familiar

- Recursos y servicios de referencia para el cuidado de niños y personas mayores

Servicios financieros

- Plataforma financiera inclusiva impulsada por Enrich
- Herramienta de evaluación financiera personal
  Cursos, artículos y recursos personalizados para satisfacer las necesidades financieras
- Informes periódicos sobre la evolución de la salud financiera

Servicios jurídicos

- Recursos útiles disponibles en la página web
- Formularios legales, bibliotecas y herramientas
- 1 consulta jurídica con un abogado al año (hasta 30 minutos)
- 25 % de descuento en servicios jurídicos continuados para el mismo asunto

Asistencia en viajes a nivel mundial

Al contratar un seguro de vida, «Worldwide Travel Assistance» es un servicio prestado por AXA Assistance USA para ofrecerle un recurso que cubra todas sus necesidades durante sus viajes. Proporciona una amplia gama de servicios de información, derivación, coordinación y gestión, diseñados para responder a la mayoría de las situaciones de asistencia médica y a muchas otras emergencias que puedan surgir durante su viaje. También ofrece asistencia previa al viaje e información sobre requisitos de pasaporte y visado, divisas extranjeras y el tiempo. La Asistencia en Viajes a Nivel Mundial está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Cuando necesite ayuda, AXA Assistance USA y un profesional cualificado podrán atenderle y satisfacer sus necesidades.

EAP: Para más información

Ir a www.mutualofomaha.com/eap o llama (800) 316-2796 pata más información.

Viajes: Para más información

Para obtener más información sobre www.mutualofomaha.com, acceda a su tarjeta de prestaciones descargable en línea, seleccione «Worldwide Travel Assistance» o llame a AXA Assistance USA al (800) 856-9947 o al (312) 935-3658.

BENEFICIOS

Seguro dental

Guardian | DHMO Dental Plan

Con el plan de la Organización de Mantenimiento de la Salud Dental (DHMO) a través de Guardian, debe seleccionar un dentista general para que brinde su atención dental. Se comunicará con su dentista general para todas sus necesidades dentales, como chequeos de rutina y
situaciones de emergencia. Si se necesita atención especializada, su dentista general le proporcionará la referencia necesaria. Para los procedimientos cubiertos, pagará la tarifa de copago o co-seguro preestablecida que se describe en su Programa del Plan DHMO. Guarde una copia del cronograma del plan Guardian 55G cuando utilice este plan. Esto mostrará los copagos aplicables que se aplican a todos los servicios dentales que están cubiertos por este plan. El horario se puede descargar desde el sitio electrónico de la empresa. En este momento, tenga en cuenta que no hay proveedores de DHMO cerca de la ubicación de Paso Robles.

Guardian | Plan Dental PPO

Con el plan dental Guardian Preferred Provider Organization (PPO), puede visitar a un dentista de la red DentalGuard Alliance, un dentista de la red DentalGuard Preferred o un dentista que no sea de la red. La red de la Alianza incluye un grupo más pequeño y selectivo de proveedores de atención dental que han acordado proporcionarle un mayor ahorro. Si no puede localizar un dentista de su agrado en la red de la Alianza, puede elegir un dentista en la red preferida, que aún proporcionará un ahorro promedio del 30%. Si obtiene servicios utilizando un dentista que no pertenece a la red, incurrirá en gastos de bolsillo mucho más altos y puede ser responsable de presentación de reclamaciones.

Nombre del plan	Plan DHMO guardián	Guardian PPO Plan		
Nombre de la red	**DHMO/MDG/Prepago**	**DentalGuard Alliance**	**DentalGuard Preferred**	**Non-Network**
Beneficios dentales				
Año calendario Máximo	Ilimitado	$2,500		
Deducible (Anual) -Individual - Familia	$0 $0	$50 3 por familia	$50 3 por familia	$50 3 por familia
Exámenes preventivos (plan paga), radiografías, limpiezas	100% para la mayoría de los servicios	Sin cargo	Sin cargo	Deducible, 10%
Servicios Básicos (Plan Paga) Empastes, Cirugía Oral, Endodoncia, Periodoncia	Ver Cronograma del Plan	Deducible, 10%	Deducible, 10%	Deducible, 30%
Servicios Principales (Plan Paga) Coronas, Prótesis	Ver Cronograma del Plan	Deducible, 40%	Deducible, 40%	Deducible, 60%
Ortodoncia -Miembros cubiertos -Copago -Coaseguro - Importe máximo de prestaciones a lo largo de la vida	Niños y Adultos $1,975 Niño / $2,175 Adulto N/A N/A	Niños y Adultos N/A Deducible, 50% $1,000		

Encontrar un proveedor dental

Visite www.guardianananytime.com, llame al (800) 273-3330 si tiene un plan DHMO o al (888) 600-1600 si tiene un plan PPO, o descargue la aplicación móvil de Guardian. Los afiliados a DHMO deben seleccionar la red «Managed Dental Care» y los afiliados a PPO deben seleccionar la red «DentalGuard Alliance» o «DentalGuard Preferred» cuando se les solicite.

Descargar la aplicación móvil de Guardian

Descargar para iOS

Descargar para Android

MDG Codes ++	Covered Services	Patient Charges
	Periodontics (cont.)	
4270	Pedicle soft tissue graft procedure	$65 00
4271	Free soft tissue graft procedure (including donor site surgery)	$70 00
4341	Periodontal scaling & root planing - per quadrant	$10 00
4355	Full mouth debridement to enable evaluation & diagnosis	$5 00
4910	Periodontal maintenance procedures (following active therapy)	$5 00
4920	Unscheduled dressing change (by other than treating dentist)	NO CHARGE
9951	Occlusal adjustment - limited - per visit	NO CHARGE
	Prosthodontics (Removable)	
5110/5120	Complete denture (including routine post delivery care)	$110 00
5130/5140	mmediate denture (including routine post delivery care)	$110 00
	Partial dentures (including routine post delivery care):	
5211/5212	Resin base - including clasps, rests, teeth	$90 00
5213/5214	Cast metal framework with resin base - including clasps, rests, teeth	$130 00
	Repairs & adjustments:	
5410/11/21/22	Denture adjustments	$5 00
5510/5610	Repair denture base	NO CHARGE
5520/5640	Replace missing or broken teeth - per tooth	NO CHARGE
5630	Repair or replace clasp	$5 00
5650	Add tooth to existing partial	$5 00
5660	Add clasp to existing partial	$5 00
5710/11/20/21	Rebase denture	$15 00
5730/31/40/41	Reline denture (chairside)	$10 00
5750/51/60/61	Reline denture (laboratory)	$15 00
5820/5821	nterim partial denture (stayplate)	$45 00
5850/5851	Tissue conditioning	NO CHARGE
	Oral Surgery	
7110/7120	Extraction - single tooth	NO CHARGE
7130	Root removal - exposed roots	NO CHARGE
7210	Surgical removal of erupted tooth	$20 00
7220	Removal of impacted tooth - soft tissue	$25 00
7230	Removal of impacted tooth - partially bony	$35 00
7240	Removal of impacted tooth - completely bony	$40 00
7241	Removal of impacted tooth - completely bony, with unusual surgical complications	$40 00
7250	Surgical removal of residual tooth roots (cutting procedure)	$20 00
7270	Tooth reimplantation and/or stabilization of accidentally evulsed tooth	$30 00
7280	Surgical exposure of impacted or unerupted tooth for orthodontic reasons	$45 00
7281	Surgical exposure of impacted or unerupted tooth to aid eruption	$30 00
7285	Biopsy of oral tissue - hard	$25 00
7286	Biopsy of oral tissue - soft	$20 00
7310	Alveoplasty in conjunctionwith extractions - per quadrant	$15 00

MDG Codes ++	Covered Services	Patient Charges
	Oral Surgery (cont.)	
7320	Alveoplasty not in conjunction with extractions - per quadrant	$25 00
7450	Removal of odontogenic cyst/tumor - up to 1 25cm	$30 00
7451	Removal of odontogenic cyst/tumor - over 1 25cm	$55 00
7470	Removal of exostosis - maxilla or mandible	$40 00
7510	ncision & drainage of intraoral abscess	$15 00
7960	Frenulectomy (separate procedure)	$30 00
	Orthodontic Treatment (covers 24 months active treatment)	
8601	Orthodontic evaluation and consultation	$100 00
8602	Orthodontic treatment plan and records, including x-rays, study models and photos	$150 00
8070/8080/8090	Comprehensive orthodontic treatment, including fabrication and insertion of fixed banding appliance and periodic visits, up to 24 months; dependent child to age 18 (as determined by the Member s age on the date of banding)	$1975 00
8070/8080/8090	Comprehensive orthodontic treatment, including fabrication and insertion of fixed banding appliance and periodic visits, up to 24 months; employee, spouse, or dependent child over age 18 (as determined by the Member s age on the date of banding)	$2175 00
8670	Periodic comprehensive orthodontic treatment visit	NO CHARGE
8680	Orthodontic retention	$300 00
	Miscellaneous Services	
9110	Palliative (emergency) treatment - per visit	NO CHARGE
9215	Local anesthesia	NO CHARGE

++ Covered Services are subject to exclusions, limitations and Plan provisions. Other codes may be used to describe Covered Services.

** If high noble metal is used, there will be an additional patient charge for the actualcost of the high noble metal.

A. Plan Schedules are only Valid for Covered Services rendered by Participating Dentists in the State of California.

Managed DentalGuard Plan

Schedule - SOM

MDG Codes ++	Covered Services	Patient Charges
	Appointments & Diagnostic Services	
0101*	Office visit - during regular hours - participating general dentist only	$5.00
0102	Broken appointment (without 24 hours notice)	$25.00
0120/0140/0150	Oral evaluation	NO CHARGE
0460	Pulp vitality tests	NO CHARGE
0470	Diagnostic casts	NO CHARGE
9310	Consultation (by dentist other than practitioner providing treatment)	NO CHARGE
9430	Office visit for observation - regular hours - no other service performed	NO CHARGE
9440	Emergency office visit - after regularly scheduled office hours	$50.00
	Radiographs	
0210	ntraoral - complete series (including bitewings)	NO CHARGE
0220/0230/0240	ntraoral - periapical or occlusal - single film	NO CHARGE
0270/0272/0274	Bitewings	NO CHARGE
0330	Panoramic film	NO CHARGE
	Preventive & Space Maintenance	
1110/1120	Prophylaxis	NO CHARGE
1201/1203	Topical application of fluoride (may include prophylaxis) - child	NO CHARGE
1310	Nutritional counseling for control ofdental disease	NO CHARGE
1330	Oral hygiene instruction	NO CHARGE
1351	Sealant - per tooth	NO CHARGE
1510	Space maintainer - fixed - unilateral	$10.00
1515	Space maintainer - fixed - bilateral	$20.00
1550	Recementation of space maintainer	NO CHARGE
	Restorative	
2110	Amalgam - one surface - primary	NO CHARGE
2120	Amalgam - two surfaces - primary	NO CHARGE
2130	Amalgam - three surfaces - primary	NO CHARGE
2131	Amalgam - four or more surfaces - primary	NO CHARGE
2140	Amalgam - one surface - permanent	NO CHARGE
2150	Amalgam - two surfaces - permanent	NO CHARGE
2160	Amalgam - three surfaces - permanent	NO CHARGE
2161	Amalgam - four or more surfaces - permanent	NO CHARGE
2210	Silicate cement - per restoration	NO CHARGE
2330	Resin/composite - one surface, anterior	NO CHARGE
2331	Resin/composite - two surfaces, anterior	$5.00
2332	Resin/composite - three surfaces, anterior	$5.00
2335	Resin/composite - four or more surfaces or incisal angle, anterior	$10.00
2336	Composite resin crown, anterior - primary	$5.00
2380	Resin/composite - one surface, posterior - primary	$5.00
2381	Resin/composite - two surfaces, posterior - primary	$5.00
2382	Resin/composite - three or more surfaces, posterior - primary	$10.00
2385	Resin/composite - one surface, posterior - permanent	$5.00
2386	Resin/composite - twosurfaces, posterior - permanent	$10.00
2387	Resin/composite - three or more surfaces, posterior - permanent	$10.00

MDG Codes ++	Covered Services	Patient Charges
	Crown, Bridge & Other Cast Restorations	
2510	nlay - metallic - one surface**	$60.00
2520/6520	nlay - metallic - two surfaces**	$75.00
2530/6530	nlay - metallic - three or more surfaces**	$75.00
2543/6543	Onlay - metallic - three surfaces**	$80.00
2544/6544	Onlay - metallic - four or more surfaces**	$80.00
2702	Crown supporting existing partial denture, in addition to crown	$125.00
2703	Multiple crown and bridge unittreatment plan - per unit	$125.00
2740	Crown - porcelain/ceramic substrate	$100.00
2750 - 2752	Crown - porcelain fused to metal**	$95.00
2790 - 2792	Crown - full cast metal**	$90.00
2810/6780	Crown - 3/4 cast metallic**	$95.00
6210 - 6212	Pontic - cast metal**	$90.00
6240 - 6242	Pontic - porcelain fused to metal**	$95.00
6750 - 6752	Crown - abutment - porcelain fused to metal**	$95.00
6790 - 6792	Crown - abutment - full cast metal**	$90.00
	Other Restorative Services	
2910/2920/6930	Recement inlay, crown, bridge	NO CHARGE
2930/2931	Prefabricated stainless steel crown	$10.00
2932	Prefabricated resin crown	$20.00
2940	Sedative filling	NO CHARGE
2950/6973	Core buildup, including any pins	$20.00
2951	Pin retention - per tooth, in addition to restoration	NO CHARGE
2952/6970	Cast post & core	$30.00
2954/6972	Prefabricated post & core	$25.00
2960	Labial veneer (laminate) - chairside	$40.00
	Endodontics	
3110/3120	Pulp cap	NO CHARGE
3220	Therapeutic pulpotomy	NO CHARGE
3310	Root canal - anterior	$25.00
3320	Root canal - bicuspid	$30.00
3330	Root canal - molar	$90.00
3346	Root canal - retreatment - anterior	$35.00
3347	Root canal - retreatment - bicuspid	$40.00
3348	Root canal - retreatment - molar	$95.00
3410	Apicoectomy/periradicular surgery - anterior	$55.00
3421	Apicoectomy/periradicular surgery - bicuspid - first root	$60.00
3425	Apicoectomy/periradicular surgery - molar - first root	$60.00
3426	Apicoectomy/periradicular surgery - each additional root	$25.00
3430	Retrograde filling - per root	$10.00
	Periodontics	
4210	Gingivectomy or gingivoplasty - per quadrant	$35.00
4211	Gingivectomy or gingivoplasty - per tooth	$15.00
4240	Gingival flap procedure - including root planing - per quadrant	$65.00
4249	Clinical crown lengthening - hard tissue	$55.00
4260	Osseous surgery - including flap entry, closure - per quadrant - five toeight teeth	$95.00
4261	Osseous surgery - including flap entry, closure - per quadrant - one to four teeth	$60.00

Consejos para usar sus beneficios dentales

Entiende tu plan.

1. Comprender los beneficios de su plan dental, incluido cómo funcionan los copagos, los deducibles y los beneficios máximos por año calendario, es clave para obtener el máximo valor de su plan y evitar sorpresas. Al registrarse en www.guardiananytime.com, puede revisar los beneficios del plan junto con la opción de imprimir su tarjeta de identificación.

Aproveche los servicios preventivos que ofrece el plan

2. La forma menos costosa de mantener una buena salud oral es ir a su dentista por lo menos dos veces al año para un examen y limpieza. Las visitas periódicas al dentista pueden ayudar a prevenir problemas de salud graves, como enfermedades orales y cánceres, y acudir al dentista es más asequible a largo plazo para quienes están asegurados y aprovechan todos los servicios. Tanto el plan DHMO como el PPO cubren la mayoría de los servicios preventivos sin cargo para usted. Como bonificación adicional, no se aplica el deducible anual para los servicios preventivos en el plan dental PPO.

Utilice proveedores dentales contratados.

3. Con el plan DHMO, debe acudir a su dentista de la red seleccionado para recibir tratamiento. Si acude a otro dentista, aunque este forme parte de la red, su visita no estará cubierta.
o Cambio de dentista principal: Para actualizar su dentista principal, llame a Guardian antes del día 20 del mes. El cambio entrará en vigor el día 1 del mes siguiente.
o Si llama después del día 20, el cambio no entrará en vigor hasta el día 1 del mes siguiente, tras un periodo de espera de un mes completo. Si necesita atención dental pronto, asegúrese de realizar los cambios antes del día 20 para evitar retrasos.

Con el plan PPO, tienes la flexibilidad de acudir a cualquier dentista autorizado de la red; sin embargo, los proveedores contratados de la red tienen un acuerdo de tarifas con la compañía de seguros por los servicios prestados. Si acudes a un proveedor que no pertenece a la red, tus gastos de bolsillo serán más elevados y podrías tener que pagar la diferencia.

4. **Solicitar una predeterminación de beneficios.**
Le recomendamos enfáticamente que le pida a su dentista una predeterminación si se espera que los cargos totales excedan los $300.La predeterminación le permite a usted ya su dentista saber por adelantado cuál será el pago por cualquier servicio que pueda estar en cuestión.

Conozca los límites de su plan.

5. El plan dental PPO incluye un máximo de $2,500 por año calendario para beneficios dentales y un máximo de $1,000 de por vida para servicios de ortodoncia para cada miembro de su familia. Un beneficio máximo por año calendario es la cantidad máxima total que el plan pagará por año por beneficios dentales. Este importe se renueva al principio de cada año natural. Si no usa esta cantidad, no se transfiere.

Además del máximo por año calendario, los planes DHMO y PPO limitan la cantidad de limpiezas a dos veces por año. Pueden aplicarse otras limitaciones. Si no está seguro, pídale a su dentista que verifique por usted.

6. **Programe sus procedimientos para aprovechar al máximo su cobertura dental.**
Como parte de la planificación dental, debe consultar con su dentista y, si es posible, retrasar los procedimientos no urgentes que elevarían los costos de su bolsillo por encima del beneficio máximo por año calendario de su plan. Si es posible, planifique sus procedimientos de tal manera que su máximo anual se renueve entre etapas

7. **Discutir procedimientos alternativos cuando sea necesario.**
Al informarle a su dentista que el costo es un problema, es posible que él o ella pueda sugerir tratamientos alternativos que sean menos costosos, pero igual de efectivos.

BENEFICIOS

Descuentos de Visión y Ventajas para Miembros

Ventajas de visión incluidas (Inscritos en el plan médico)

Visitas al oftalmólogo - Problemas médicos de los ojos
Si buscas beneficios a través de un oftalmólogo (un oftalmólogo que trata enfermedades oculares relacionadas con la medicina y normalmente no prescribe gafas), tendrás que acceder a los beneficios a través de tu cobertura médica con la LEA.

Programa de Reembolso – Exámenes Anuales de la Vista

Las visitas de optometrista para adultos y niños inscritos como dependientes en el plan están cubiertas por el Programa de Reembolso de Gestión de Ayres. Puedes acudir a cualquier optometrista titulado que elijas. El plan te reembolsará hasta 100 dólares por año natural, menos un copago de 20 dólares por la visita a la oficina. Por ejemplo, si el coste de tu examen de optometría es de $100 Ayres Management, L.P. te reembolsará $80. Por favor, ten en cuenta: los reembolsos no son automáticos. Para recibir el reembolso, debe enviar una copia de su factura de examen a nuestro correo electrónico seguro de Recursos Humanos sindy@ayresgroup.net o fax seguro al 714-549-4459.

Descuentos de visión incluidos (asegurados dentales)

No se necesitan tarjetas de identificación para los descuentos de visión
En el momento de servicio, simplemente notifique a su médico de la red Guardian VSP que es miembro del plan de acceso Guardian VSP para recibir su descuento.

Nombre del plan	Plan de descuento Guardian (VSP) Visión
Nombre de la red	VSP Acceso
Beneficios de visión	
Exámenes *(visita de seguimiento, ajuste de lentes de contacto)*	20% descuento en el cargo habitual del médico de la VSP
Monturas, objetivos estándar y opciones de objetivos	20% descuento en el cargo habitual del médico de la VSP cuando se adquiere un par completo de gafas graduadas
Servicios profesionales de lentes de contacto	20% descuento sobre el cargo habitual del médico de la VSP por servicios profesionales. Tenga en cuenta que las lentes de contacto no están descontadas
Corrección visual láser	Descuento medio del 20% sobre el cargo habitual del cirujano, o un 5% de descuento en cualquier precio promocional si es menor que el precio habitual con descuento

Adultos y niños - (Examen de la vista y uso de gafas)
Si estás inscrito en un seguro dental a través de Guardian, el Plan de Descuento de Visión, que se te ofrece sin coste adicional. Los descuentos ofrecidos solo están disponibles a través de la red Guardian VSP Access. Debes pagar la totalidad de la tarifa con descuento directamente al médico de la red VSP. Los descuentos solo están disponibles en los proveedores de la red Access de Guardian VSP.

Encontrar Uno proveedor de la vista

- **Oftalmólogo:** Use sus beneficios médicos a través de Anthem Blue Cross **www.anthem.com/ca** o llame al (800) 274-7767. Ver la rojo "Azul Cruz PPO (Cauteloso Comprador) - Grande Grupo" cuando se le solicite.
- **Optometrista:** Vaya un cualquier optometrista o puede localizar Uno médico de la red VSP Acceso en **www.guardiananytime.com** o llamando al (877) 814-8970.

AYRES Management
Plan de Visión General de Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) Año: 1 de julio de 2026 – 30 de junio de 2027

¿Qué es el Plan de Cuenta de Gastos Flexible? El Plan de Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) te ofrece una forma de ahorrar dinero en tus gastos de bolsillo en atención sanitaria y/o gastos de cuidado de dependientes utilizando dinero libre de impuestos. Tu elección anual se deduce de tu nómina en cantidades iguales antes de impuestos. Cuando incurras en un gasto elegible, entonces podrás ser reembolsado utilizando esos dólares libres de impuestos.

FSA de Atención Sanitaria—hasta 3.400 dólares. Puedes reservar desde un mínimo de 150 hasta un máximo de 3.400 dólares en dólares antes de impuestos en una cuenta de gastos sanitarios. Esto te permite pagar los gastos sanitarios que cumplan los requisitos de tu bolsillo para ti y tus dependientes. La cantidad que decidas aportar se deducirá de tu salario en cuotas iguales a lo largo del año. No puedes cambiar esta cantidad a menos que tengas un Evento de Vida Cualificado.

Cómo estimar tus ahorros con una FSA

Una de las decisiones más importantes que tomarás al participar en una FSA es cuánto aportar cada año. A continuación, te hemos proporcionado una muestra para que te hagas una idea de los posibles ahorros fiscales y una hoja de cálculo para ayudarte a estimar tus gastos elegibles.

Ejemplo:	Con FSA	Sin FSA
Ingresos brutos anuales	$40,000.00	$40,000.00
Aportaciones anuales antes de impuestos	$3,050.00	$ -
Ingresos imponibles anuales	$36,950.00	$40,000.00
Impuesto federal (15 %)	*$5,542.50*	*$6,000.00*
Impuesto estatal (5 %)	*$1,847.50*	*$2,000.00*
Seguro de incapacidad estatal (1,2 %)	*$443.40*	*$480.00*
Seguridad Social (6.2 %) *	*$2,290.90*	*$2,480.00*
Medicare (1.45 %)	*$535.78*	*$580.00*
Gastos anuales después de impuestos	$ -	$3,050.00
Ingresos netos después de impuestos y gastos	$26,289.93	$25,410.00
Ahorro mensual	**$73.33**	
Ahorro anual	**$879.92**	

**Las cuotas pueden estar sujetas a cambios en la nómina en función de la aprobación de la legislación.*

FSA de Cuidado de Dependientes—hasta 7.500 dólares El IRS permite a las familias reservar hasta 7.500 dólares antes de impuestos cada año para pagar gastos elegibles de cuidado de dependientes. Los gastos elegibles son aquellos que debes pagar por el cuidado de los dependientes para que tú y tu cónyuge puedan trabajar, o si tu cónyuge estudia a tiempo completo o está buscando empleo activamente. Si tu cónyuge también contribuye a un FSA de Cuidado de Dependientes, tus aportaciones totales no pueden superar los 7.500 $ si ya contribuiste a través de otro empleador, debes asegurarte de que la cantidad total del año natural no supere los 7.500 $ en total.

Las parejas casadas que presentan la declaración de impuestos por separado están limitadas a 3.750 dólares cada una. Los gastos elegibles incluyen los siguientes: niñera o niñera hasta los 12 años, preescolar o guardería, cuidado antes o después del colegio hasta los 12 años, campamento diurno hasta los 12 años, guardería para adultos o niños con discapacidad y guardería para mayores para padres o dependientes, siempre que residan en tu domicilio.

Inscripción Si desea participar en una cuenta de gastos flexible para gastos sanitarios o de cuidado de dependientes, debe volver a inscribirse cada año, según las directrices del IRS. Fuera del periodo de inscripción abierta, solo podrás cambiar tus beneficios si tienes un cambio de estatus cualificado por el IRS, como: Estado civil, tener o adoptar un hijo, o cambiar el empleo de tu cónyuge.

Cómo presentar una reclamación para recibir el reembolso o si tienes preguntas:

1. Correo electrónico a: Flex@accruecms.com
2. Atención al cliente: 888-882-1498
3. Aplicación móvil: AccrueCMS

Nota: Al presentar reclamaciones físicas, debe completar un formulario y adjuntar los recibos correspondientes. Además, se requiere un mínimo de 20 dólares. Cualquier reclamación presentada que sea inferior a 20 dólares será procesada y pendiente hasta que se alcance el mínimo.

Periodo de gracia de 2 meses y medio: El Plan permite que te reembolsen de las cantidades no utilizadas que quedan en tu Cuenta de Gastos Sanitarios y/o Cuenta de Cuidado de Dependientes hasta 2 meses y medio tras el final del año del Plan. El periodo de gracia comenzará el 1 de julio y finalizará el 30 de septiembre. Las reclamaciones de reembolso con facturas y recibos deben ser presentadas y recibidas por Accumule CMS a más tardar el 30 de septiembre.

Úsalo o piérdelo
Al decidir cuánto aportar, planifica con cuidado. El IRS ha impuesto una regla de "úsalo o piérdelo". Cualquier cantidad que quede en tu cuenta de atención médica o si tienes saldo en tu cuenta de dependientes al final del año del plan y no la presentas para reembolso antes del 30 de septiembre será confiscada, según lo exige la ley.

Acceso a cuentas en línea

Ve a configurar su **cuenta CMS de Accumule**. Tendrás acceso para ver tu cuenta — elecciones, depósitos, historial de reclamaciones y mucho más, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. ¡Es fácil y rápido!

Comprobar los gastos del escaneo de saldo

¿Te preguntas si puedes pagar un procedimiento electivo o una factura que se acumule? Haz una revisión rápida de cuentas para ver tu saldo actual. No hace falta esperar una respuesta: está al alcance de la mano.

¿Cómo puedes determinar fácilmente qué productos se pueden pagar con los fondos de tu cuenta? Con AccrueCMS, simplemente puedes escanear un código de barras del producto para ayudar a determinar la elegibilidad como gasto médico cualificado. Eso es tranquilidad con solo pulsar un botón.

Haz pagos rápidamente

¡No más torpes con las cartas! Con los pagos móviles, no necesitas usar (ni siquiera llevar) tu tarjeta de débito de beneficios cuando quieras pagar los gastos elegibles. Tu tarjeta estará accesible (junto con el resto de tus tarjetas de crédito o débito) en tu cartera móvil.

Accede a la tarjeta de débito de beneficios a través de la cartera móvil para pagar los gastos elegibles

Registra un gasto sanitario y recoge el recibo en el momento en que se realice la transacción. Añade fácilmente beneficiarios y paga facturas desde cualquier cuenta. Y, si pagas de tu bolsillo, presenta una reclamación con recibo, directamente desde tu teléfono.

www.accruesolutions.com (888)882-1498 info@acruesolutions.com

Abra una Cuenta Accrue Solutions (FSA) de Gastos Flexibles

Ahorre entre 25% y 40% en los gastos diarios

Abra una cuenta Accrue Solutions (FSA) de Gastos Flexibles durante el periodo de inscripcion abierta y sucederan cosas buenas. Usted tendra dinero disponible para gastos aprobados no cubiertos por su seguro, ahorrandole entre un 25% - 40%.

Como functional la FSA

Usted puede inscribirse en una FSA durante el periodo de inscripcion abrierta. Con cada cheque de pago, aparta algo de su salario, antes de los impuestos, que se utilizara para los gastos aprobados. Esta es la forma de ohorrar dinero: $100 puestos en la FSA son $100 para pagar los gastos elegibles o aprobados. Sin una FSA, usted paga impuestos, dejando $60 o $75 para pagar por los mismos gastos elegibles.

Calcule sus ahorros

Lo que ahorre dependera de lo que gaste en la salud y el cuidado de dependientes, y en su situacion fiscal. Por cada $100 en gastos elegibles, la mayoria de la gente ahorrara entre $30 y $40 en impuestos. Puede utilizar su FSA para ahorrar en cientos de productos y servicios para usted y su familia.

Maxima Anual

- **Medicos FSA - $3,300 ($660 vuelcos por año)**
- **Cuidado de dependiente - $5,000**

Federal tax rate	Annual FSA contribution	Your estimated annual tax savings*
15%	$1,500	$340
15%	$2,500	$566
25%	$1,500	$490
25%	$2,500	$816
33%	$1,500	$610
33%	$2,500	$1,016

Los gastos elegibles son definidos por el IRS y su empleador. Normalmente, su cuedado de la salud de FSA cubre:

- **Recetas** para casi cualquier condicion medica
- **Productos recetados**
- **Co-pagos y deductibles**
- **Atencion odontogica**
- **Ortodoncia**, ninos y adultos
- **Cuidado de la vista**
- **Terapia fisica**
- **Cuidados quiropracticos**

- Acne treatments
- Allergy medicine**
- Antacids**
- Bandages
- Chiropractic care
- Cold medicine**
- Condoms
- Contact lenses & cleaners
- Copays, co-insurance & deductibles
- Dental care
- Diabetic supplies
- Eyeglasses
- Hearing aids
- Laser eye surgery
- Orthodontia
- Pain relievers**
- Pregnancy tests
- Prescription drugs
- Smoking cessation programs**
- Sunscreen

IRS Publication 502: Medical and Dental Expenses.

***Over-the-counter (OTC) drugs and medicines (except insulin) are only eligible for reimbursement when prescribed by a physician.*

Usted también deberá cumplir con uno de los siguientes requerimientos para elegibilidad:

¬ Su esposo está trabajando o buscando por trabajo

¬ Usted es un padre o guardián(tutor) soltero

¬ Al momento en que usted está empleado, su esposo es un estudiante de tiempo completo o por lo menos cinco meses durante el año.

¬ Su esposo esta física o mentalmente discapacitado y es incapaz de proporcionar cuidado para o por él/ella mismo(a)

¬ Usted está legalmente separado o divorciado y tiene la custodia de su hijo, incluso si usted no puede reclamar una exención por este dependiente en sus impuestos sobre la renta (por este periodo de tiempo que su hijo resida con usted, este plan puede ser usado para pagar servicios del cuidado de su hijo(guardería)

Un dependiente elegible califica si es un individuo que pasa por lo menos ocho horas al día en su casa y es uno de los siguientes:

¬ El dependiente el cual usted reclama en la exención de impuestos sobre la renta es menor de 13 años (los gastos ya no son elegibles para reembolso después del cumpleaños trece)

¬ Usted tiene un hijo bajo su custodia debajo de la edad de trece años y está legalmente separada(o) o divorciada(o)

¬ Su esposo esta física o mentalmente discapacitado para proporcionar cuidado por él/ella mismo(a)

¬ Su dependiente, sin tener en cuenta la edad, quien esta física o mentalmente discapacitado para proporcionar cuidado por él/ella mismo(a), incluso si usted no puede reclamar una exención por este dependiente en su declaración de impuestos Los Gastos Elegibles para Reembolso incluyen:

Cuidado recibido adentro o afuera de su casa por alguien que no haya sido:

su esposo, una persona nombrada en su lista de dependientes en su declaración de impuestos o uno de sus hijo debajo de la edad de diecinueve años; el proveedor de cuidado de su hijo debe reclamar los pagos recibidos como ingresos

¬ Cuidado recibido por una calificada guardería infantil o adulto o centro de cuidado de dependientes ¬ Cuidado proporcionado por una ama de llaves mientras haya sido por tiempo prolongado, en parte, que haya sido para el cuidado de dependientes que califican

¬ Cuidado proporcionado a través de una guardería, preescolar, después de la escuela o programa de campamento de verano

Gastos de impuestos realizados para el cuidado del dependiente también pueden ser presentados para reembolso Gastos no elegibles ¬ Incluyen, pero no están limitados a:

gastos de cuidado del dependiente, cuidado del dependiente de la edad de trece años o más, trabajo no relacionado con servicio de niñera, cuidado que en su naturaleza es educacional (kindergarten y por debajo de este grado) o campamento durante la noche. Todas la reclamaciones y recibos presentados son revisados y procesados antes de la emisión del reembolso (IRS $125; 129)

Cuentadegastosflexiblesparaelcuidado dedependientes
Límites de contribución y reglamentos del IRS

El Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) establece la cantidad máxima en dólares que puede elegir y contribuir a una cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (FSA para el cuidado de dependientes). El límite de contribución anual para el año 2021 es el siguiente:

> Por hogar - **$5,000**
>
> Por persona (si está casado y presenta la solicitud por separado) - **$2,500**

Si bien la mayoría de la gente incurre en más del límite por año, recomendamos revisar cuánto destina en gastos elegibles para el cuidado de dependientes cada año para determinar su elección.

Reglamentos del IRS

Fondos disponibles a medida que usted contribuye

Los fondos estarán a su disposición cuando se deduzcan de su sueldo y se aporten al plan. Esto significa que cuando se procese la nómina y su cheque de pago esté disponible para usted, las contribuciones de la FSA para el cuidado de dependientes se aplicarán a su cuenta y estarán disponibles para su reembolso.

Usar o perder

No se olvide de gastar sus dólares de la FSA. Si no ha utilizado todos los dólares de la FSA antes de que finalice el año del plan, perderá todo el dinero que quede en su cuenta. (Consulte con su empleador para confirmar cuántos días tiene para presentar las solicitudes de reembolso después de que termine el año del plan).

Cambio de la elección de la FSA para el cuidado de dependientes

Para hacer cambios en su elección después de la inscripción abierta, necesita vivir un hecho generador de elegibilidad. Estos hechos incluyen:

- Cambio de estado civil
- Cambio en el número de dependientes
  - Aumento por nacimiento, adopción o matrimonio
  - Disminución por fallecimiento, divorcio o pérdida de elegibilidad
- Ganancia o pérdida de elegibilidad debido a un cambio en la situación laboral del afiliado, cónyuge o
- dependiente
- Cambio de proveedores deguardería
- Un hijo que cumple 13 años
- Aumento o disminución del costo de los gastos de guardería que califican
- Sentencia, decreto u orden que requiera un cambio en la cobertura

Si experimenta un hecho de vida generador de elegibilidad, contacte a su empleador para hacer cambios en su elección.

ACCRUE **CMS**

©2021 • All Rights Reserved Accrue Solutions

BENEFICIOS

Ahorros para la jubilación

Ayres Management | Plan de Ahorro e Inversión 401(k)

Se recomienda que participes en el plan 401(k) de Ayres Management. Este plan te permite financiar tu jubilación con dinero antes o después de impuestos.

Elegibilidad

Los miembros del equipo que cumplan los requisitos podrán incorporarse al plan cuando se cumplan los siguientes requisitos:

⇒ 21 años de edad
⇒ 1,000 horas de servicio
⇒ 12 meses de servicio consecutivo
⇒ 500 horas de servicio en un periodo de 12 meses durante dos años consecutivos (norma de jornada parcial a largo plazo)

Fechas de entrada

1 de enero, 1 de julio

Contribución del empleador

El plan permite a Ayres realizar una contribución de contrapartida discrecional cuyo importe será determinado por Ayres anualmente.

Consolidación de derechos

Tus contribuciones siempre se consolidan al 100%. Las contribuciones de tu empresa se consolidan de la siguiente manera:

Calendario de consolidación

Años de servicio	Porcentaje consolidado
1	0%
2	20%
3	40%
4	60%
5	80%
6+	100%

Límites máximos del IRS para los planes 401(k)	2026	2027
Aplazamiento voluntario	$24,500	Indexado a la inflación
Curso de recuperación para miembros del equipo mayores de 50 años	$8,500	Indexado a la inflación

Consulte la Descripción resumida del plan para obtener más detalles sobre cómo solicitar una distribución del plan. Asegúrese de consultar con su asesor fiscal antes de solicitar una distribución de fondos de su cuenta del plan.

Waypoint Asesores Financieros

Tanto si acabas de iniciar tu trayectoria profesional como si llevas mucho tiempo en el mercado laboral, nuestro equipo ampliado en Waypoint comparte el compromiso de nuestra empresa de informar a los miembros de nuestro equipo sobre la importancia de esta valiosa prestación de jubilación. ¿No sabe cómo invertir? El equipo de Waypoint Financial Advisors está a su disposición. Si tiene alguna pregunta sobre su futuro como jubilado o sobre cómo empezar con el plan, puede escanear el código QR que aparece a continuación o llamar a Waypoint al 877-757-3263. Para obtener ayuda en español sobre el plan 401k, llame al 877-757-3263.

WAYPOINT FINANCIAL ADVISORS

Scan this QR code to visit your participant website!

Acerca de nuestro proveedor del plan 401(k)

Nuestro plan 401(k) está gestionado por Voya Financial, un proveedor líder en servicios de ahorro para la jubilación e inversión. Voya ofrece a los empleados acceso a herramientas de gestión de cuentas en línea, recursos para la planificación de la jubilación, opciones de inversión y atención al cliente para ayudarte a prepararte para tu futuro financiero.

Cómo acceder a su cuenta 401(k)

Puede acceder a ella en línea visitando www.voyaretirementplans.com; por teléfono, llamando al servicio de atención al cliente de Voya al (800) 584-6001 e indicando el plan o grupo 775839; o a través de la aplicación móvil Voya Retire (una forma fácil, segura y cómoda de acceder a su cuenta).

¿Te gustaría saber más?

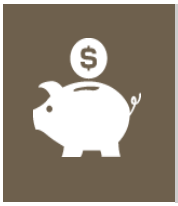
¡Escanea el código QR para acceder a recursos digitales y educativos que te ayudarán en tu camino hacia el bienestar financiero general!

BENEFICIOS

Sector Bancario

Cooperativa de Ahorro y Crédito del Condado de Orange | Cheques, ahorros y préstamos

La Cooperativa de Ahorro y Crédito del Condado de Orange es una organización sin fines de lucro cooperativa de ahorro y crédito constituida por la comunidad en California que atiende a los miembros del equipo que viven o trabajan en los condados de Orange y Riverside, Long Beach, Signal Hill, Lakewood y Cerritos. OCCU ofrece una amplia gama de productos y servicios bancarios como cheques, ahorros, préstamos e inversiones para cada época de la vida. Los nuevos participantes son elegibles para un depósito de bonificación de $50 de OC Credit Union cuando abre una cuenta de cheques con estados de cuenta electrónicos gratuitos, tarjeta de débito MasterCard y depósito directo. Además, la tarifa de servicio mensual no se aplica al depósito directo. Con más de
29,500 cajeros automáticos CO-OP sin recargo en todo el país, la banca nunca ha sido tan simple con OCCU.



Para más información

Vaya un **www.orangecountyscu.org o** llame al (888) 354-6228 para obtener más detalles.

Educación Continua

universidad bautista de California | Enseñanza superior

El programa de asociación corporativa con CBU, permite a los miembros del equipo acceder a la amplia gama de CBU de 40 diferentes licenciaturas, 45 maestrías y credenciales en su énfasis en su campus en Riverside, San Bernardino, y en línea. La ayuda financiera disponible para aquellos que califican y los créditos pueden ser Transferido. El corporativo asociación programa Ofrece Beca de matrícula del 10% para los miembros del equipo que se inscriban en la escuela.

Para más información

Visite www.cbuonline.edu o llame al (951) 343-3927 para obtener más detalles.

Ayres Se preocupa

Fondo de Beneficios y Becas

El bienestar de los miembros de nuestro equipo y sus familias es muy importante para Ayres. Es nuestra esperanza, que podamos expandir nuestro Ayres Cares a un programa exitoso en curso que será beneficioso para los miembros de nuestro equipo en los años para
Qué.

Fondo de Becas

Las becas están disponibles para los miembros del equipo de Ayres Hotels /Group en buen estado y los niños o pupilos legales de los miembros del equipo en buen estado que tienen un deseo sincero de continuar su educación. Ofrecemos tres tipos de becas: una para solicitantes que buscan títulos en hospitalidad, negocios, finanzas, contabilidad o economía; una para solicitantes que buscan títulos en cualquier otro campo; y uno para los solicitantes elegidos a discreción del comité.

Para más información

Para obtener más información sobre Ayres Cuidados y nuestros beneficios, visitar **www.ayrescares.com.**

Descuentos para empleados

Fun Express| Entradas con descuento

Fun Express es el mayor proveedor de programas de entretenimiento con descuento de California. Fun Express tiene boletos con descuento para más de 50 atracciones del sur de California, incluyendo Universal Studios, Knott's Berry Farm, SeaWorld, Legoland, Dinner Shows, Cines, Parques Acuáticos y mucho más. Como miembro del equipo, usted y su familia ahora son elegibles para ahorrar hasta un 55% en el mejor entretenimiento familia r del sur de California. Puede solicitar boletos con descuento inmediatamente registrándose como miembro del equipo con su miembro del equipo

Código de acceso (EAC) proporcionado anteriormente. Simple mente vaya a FunEx .com y haga clic en "Registrarse". Fun Express tiene una tarifa de procesamiento de $ 4 por atracción (no por boleto). Vaya a **www.funex.com** e ingrese el código de acceso (EAC) "16-58430" o llame al (949) 367-1900 para pedidos por teléfono.

RECURSOS Y CONTACTOS

Beneficio	Número de grupo/ID	Servicios para Miembros	Sitio web
Leading Edge Administrator / Anthem Blue Cross | Cuentas de gastos médicas y flexibles			
Médico Leading Edge Administrators		Puede comunicarse con el servicio de conserjería para miembros llamando al número que figura al reverso de su tarjeta de identificación médica: 844-437-8347	**https://mesa.leadingedgeadmin.com** *registrese en linea
LiveHealth Online atencion virtual			
Red Medica Anthem National PPO (BlueCard PPO)	PPO Plan L11194M072 EPO Plan L11194M073		**www.anthem.com/find-care/** *descarga la aplicacion Sydney Health
Medicamentos recetados CarelonRx	Rx Bin: 02009 /WG Grupo Rx: WLDA	(833) 261-2460	**www.carelonrx.com** *descarga la aplicacion Sydney Health
Cuentas de gastos flexibles Accrue CMS	Ayres Management	(888)882-1498	**www.accruecms.com** *descarga la aplicacion AccrueCMS
Guardian | Dental, Vision, Vida/AD&D y Beneficios Adicionales			
Dental DHMO	426864	(800) 273-3330	**www.guardianantytime.com** *descarga la aplicacion Guardian
Dental DPPO, Red Alliance/Pref	426864	(888) 600-1600	
Descuento de VSP Vision Network	Ayres Management	(877) 814-8970	**www.guardianantytime.com**
Vida básica/AD&D	Ayres Management	(800) 493-6902	**www.mutualofomaha.com**
Programan de Asistencia al Empleado	Ayres Management	(800) 316-2796	**www.mutualofomaha.com/eap**
Programa de Asistencia en Viaje **Asistencia de viaje en todo el mundo**	**Ayres Management**	(312)935-3658 (800)856-9947	**www.mutualofomaha.com**
Voya Financial | Plan de Ahorro e Inversión 401(k)			
401(k) Voya Financial	775839	(800) 584-6001 Horas: 8AM - 9PM PST	**www.ayresgroup401k.com** *descarga la aplicacion Voya
Consultor de Inversiones WayPoint	conectarse a través de texto (949)239-0545	Apoyo a los participantes (877) 757-3263 401ksupport@waypointfas.com	**https://waypointfas.com/ayres/**
Beneficios varios			
Banca Cooperativa de Ahorro y Crédito del Condado de Orange	N/A	(888) 287-9475	**www.orangecountycu.org**
Tarjeta de entretenimiento Diversión Express	16-58430	(949) 367-1900	**www.funex.com**
Educación Continua Universidad Bautista de California	N/A	(951) 343-3927	**www.cbuonline.edu**
Ayres Se preocupa	N/A	N/A	**www.ayrescares.com**
Recursos Humanos del Ayres Management	N/A	(714) 850-0409, (714) 549-4459 (Fax) humanresources@ayreshotel.com	**www.ayreshr.com**

Notas

Esta Guía de beneficios para empleados proporciona una descripción general de algunas de sus opciones de planes de beneficios. Es solo para fines informativos. No pretende ser un acuerdo para la continuación del empleo. Tampoco es un documento de plan legal. Si hay un desacuerdo entre esta guía y los documentos del plan, prevalecerán los documentos del plan.

Además, los planes descritos en esta guía están sujetos a cambios sin previo aviso. La continuación de cualquier plan de beneficios o cobertura es a discreción de la compañía y de acuerdo con las leyes federales y estatales. Si necesita información adicional o tiene alguna pregunta sobre el programa de beneficios, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos.