

# GUÍA DE BENEFICIOS 2021



# PROGRAMA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

## Qué hay Adentro

Este folleto proporciona un resumen de sus opciones de beneficios y está diseñado para ayudarlo a tomar sus decisiones e inscribirse en su cobertura. Para inscribirse, siga las instrucciones de la página 3 de esta guía. La información de contacto del proveedor se encuentra al final de este folleto. Este folleto está destinado a proporcionar información general. No es un contrato ni un acuerdo. Los diversos beneficios proporcionados por Southern Furniture Industries están contenidos en los documentos oficiales y pueden ser modificados de vez en cuando.

## Inscribirse

Puede inscribirse para la cobertura dentro de los 30 días posteriores a su fecha de elegibilidad inicial o durante el período anual de inscripción abierta. Fuera del período de inscripción abierta, el único momento en que puede cambiar su cobertura es dentro de los 31 días posteriores a la experiencia de un cambio calificado de estado. (Consulte “Cambio de Cobertura Durante el Año” para obtener más detalles).

## ¡Aproveche al Máximo sus Planes de Beneficios 2021!

Southern Furniture Industries le ofrece a usted y a los miembros de su familia elegibles un programa de beneficios completo y valioso. Lo alentamos a que se tome el tiempo para informarse sobre sus opciones y elegir la mejor cobertura para usted y su familia.

### Al hacer sus elecciones de beneficios, tenga en cuenta lo siguiente:

- Los planes 1 y 2 se ofrecerán a todos los empleados de Southern Motion y Fusion Furniture (consulte las páginas [7](#) y [8](#)).
- Se eliminarán el plan GAP de Gulf Guaranty y el Plan Fusion 3.
- Todos los empleados del Plan Fusion 3 se trasladarán automáticamente al Plan 1. No es necesario inscribirse a menos que desee **CAMBIAR** su plan de salud al Plan 2. El deducible y los montos de bolsillo se transferirán a su nuevo plan.
- El recargo por tabaco aumentará.
- El coseguro del nivel de medicamentos especializados del Plan 2 cambió al 20%, sin límite. Se está introduciendo un nuevo programa de cupones para medicamentos especiales.

## ANUNCIANDO UNA CLÍNICA DE SALUD PARA EMPLEADOS. ¡PRÓXIMAMENTE!

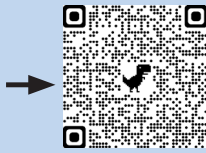
A finales de este año, los empleados y dependientes cubiertos por el plan 1 o 2 disfrutará de los servicios de la clínica de salud, incluidos los servicios a un costo CERO, incluyendo los medicamentos recetados dispensados en la clínica.



# CÓMO NAVEGAR POR EL KRONOS BENEFIT CENTER

Inicie sesión en "UKG Ready" para actualizar su información de contacto si aún no lo ha hecho.

*Nota: Es posible que no pueda acceder a su inscripción si no ha actualizado su información personal. Escanea el código QR a la derecha con su teléfono móvil. Va*



Si tiene alguna pregunta o problema para iniciar sesión, envíe un correo electrónico a: [HR@southernmotion.com](mailto:HR@southernmotion.com)

Desde una computadora, inscribese en esta dirección web: <https://kronosbenefitscenter.com/>

O,

a partir del 15 de marzo, Utilice su teléfono móvil y toma una foto del Código QR a la derecha y ve directamente a la página de inscripción de beneficios!



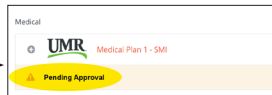
**PASO 1:** Inicia sesión con tu nombre de usuario y contraseña

**PASO 2:** Seleccione el botón naranja "Get Started"

**PASO 3:** Siga las indicaciones para "Manage Your Profile"

**PASO 4:** Seleccione el botón "Next: Review My Family"

**PASO 5:** Algunos beneficios serán "Pending Approval" de R.R.H.H.



**PASO 6:** Haga sus selecciones de beneficios para cada plan, comenzando con el Plan Médico hasta el 401k.

*Nota: 401k es solo un reconocimiento. Para inscribirse en 401k, use el enlace Fidelity ubicado en Beneficios / Documentos en el menú a la izquierda de la pantalla de inscripción.*

*Nota para los consumidores de tabaco: Consulte el "PASO 6 EJEMPLO DE PÁGINA WEB DE RECARGO DE TABACO" en la parte inferior derecha de este póster para obtener más información.*

**PASO 7:** Debe actualizar su carrito después de cada elección de beneficios.

*Nota para los consumidores de tabaco: Su inscripción debe ser autorizada por Recursos Humanos.*

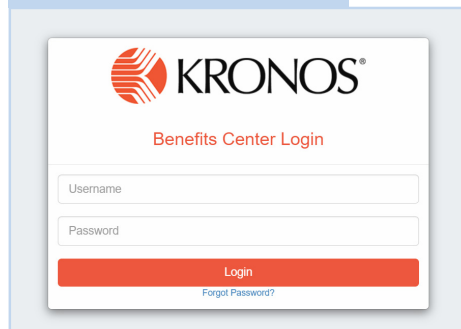
**PASO 8:** Complete su información de beneficiario.

**PASO 9:** Revisa y Checkout

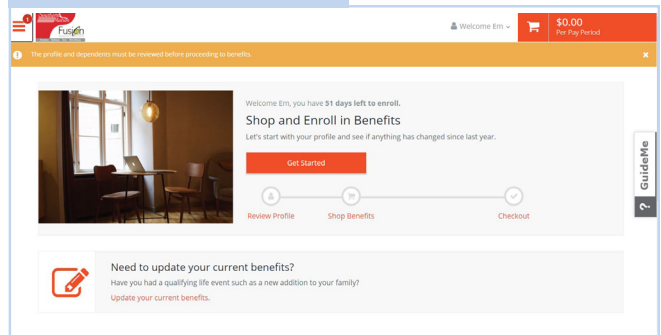
*Nota para los consumidores de tabaco: Podrá realizar el checkout después de recibir la aprobación de RR.HH.*

**USTED DEBERÁ PROPORCIONAR DOCUMENTACIÓN PARA LA COBERTURA DEPENDIENTE DESPUES DEL CHECKOUT.**

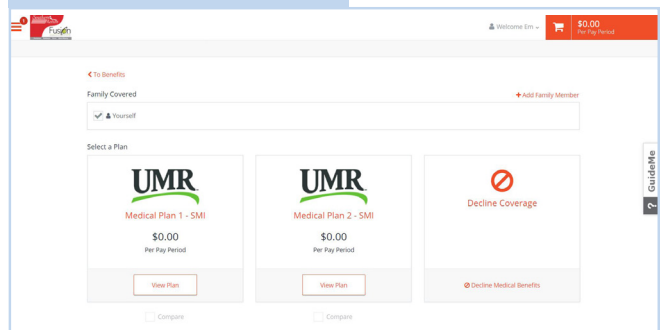
## PASO 1 EJEMPLO DE SITIO WEB



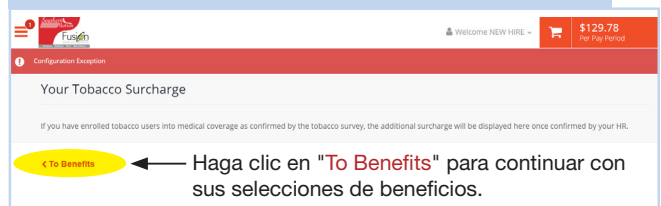
## PASO 2 EJEMPLO DE SITIO WEB



## PASO 6 EJEMPLO DE SITIO WEB 1



## PASO 6 EJEMPLO DE PÁGINA WEB DE RECARGO DE TABACO



Haga clic en "To Benefits" para continuar con sus selecciones de beneficios.

### ATENCIÓN - RECUERDE:

- El único momento en que puede realizar cambios en sus beneficios es con un evento que califique. Un evento que califica puede ser el nacimiento de un hijo, o si o un miembro de la familia, pierde o gana cobertura.
- Los beneficios pendientes de aprobación se rechazarán si la documentación requerida no se envía antes del cierre de la ventana de inscripción.
- **NO SE LO PIERDA— ¡INSCRÍBASE HOY!**

# ELEGIBILIDAD

Usted es elegible para participar en estos planes al cumplir los requisitos de elegibilidad de cada plan. Para determinar los beneficios para los cuales puede ser elegible, consulte la tabla a continuación:

Plan	Estatus de Empleo	Periodo de Espera
<b>Beneficios Pagados por Southern Furniture Industries</b>		
Seguro de Vida de Término Fijo con AD&D	Tiempo-Completo - 30 + horas por semana Tiempo-Parcial - Inelegible	1ro del mes después de 60 días
Discapacidad de Corto Plazo	Tiempo-Completo - 30 + horas por semana Tiempo-Parcial - Inelegible	Después de un año de empleo
Programa de Asistencia al Empleado & Servicios de Asistencia a los Viajeros	Tiempo-Completo - 30 + horas por semana Tiempo-Parcial - Inelegible	1ro del mes después de 60 días
<b>Beneficios Voluntarios</b>		
Plan Medico y Medicamentos Recetados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si su cónyuge es elegible para cobertura médica a través de su empleador, entonces él / ella debe mantener al menos cobertura individual en ese plan para ser un dependiente elegible.</li> <li>• Hijos dependientes hasta 26 años</li> </ul>	Tiempo-Completo - 30 + horas por semana Tiempo-Parcial - Inelegible	1ro del mes después de 60 días
Dental <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hijos solteros dependientes cubiertos hasta 26 años</li> </ul>	Tiempo-Completo - 30 + horas por semana Tiempo-Parcial - Inelegible	1ro del mes después de 60 días
Visión( con programa de audición) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hijos solteros dependientes cubiertos hasta 26 años</li> </ul>	Tiempo-Completo - 30 + horas por semana Tiempo-Parcial - Inelegible	1ro del mes después de 60 días
Seguro de Vida Voluntario de Término Fijo con AD&D <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hijos solteros dependientes cubiertos hasta 26 años</li> </ul>	Tiempo-Completo - 30 + horas por semana Tiempo-Parcial - Inelegible	1ro del mes después de 60 días
Discapacidad de Largo Plazo Voluntario	Tiempo-Completo - 30 + horas por semana Tiempo-Parcial - Inelegible	1ro del mes después de 60 días
Plan de Retiro 401(k)	Tiempo-Completo - 30 + horas por semana Tiempo-Parcial - Inelegible	Próximo trimestre después de 60 días

## Cambio en Estatus

Cuando ha hecho sus elecciones de beneficios y el periodo de inscripción abierto ya esta cerrado, no se puede hacer cambios en sus beneficios hasta el próximo periodo de inscripción abierto, salvo que tiene un cambio en estatus calificado como por ejemplo:

- Un cambio en su estatus marital legal (como casamiento, divorcio o fallecimiento de su esposo);
- Cambio en el numero de dependientes (como nacimiento, o adopción de un hijo o fallecimiento de un dependiente);
- Cambio en el estatus laboral de su esposo (incluyendo empezar o terminar empleo, o cambio de tiempo completo a estatus tiempo parcial o viceversa);
- Su dependiente cumpliendo o dejando de cumplir con los requisitos para ser elegible para cobertura como dependiente;
- Logrando elegibilidad para Medicare o Medicaid.

Tiene 30 días después de la fecha del evento calificado para notificar a Recursos Humanos y proveer documentación apropiada para cambiar sus beneficios. Pedidos recibidos después de los 30 días no serán aceptados. Todos los cambios en status no permiten un cambio en las elecciones de beneficios. Un cambio en elecciones de beneficios esta permitido solamente cuando esta determinado que el cambio en estatus afecta la elegibilidad para cobertura del empleado, esposo, o un dependiente debajo el plan de beneficio.

# BENEFICIOS PAGADOS POR LA COMPAÑÍA

## Seguro de Vida de Término Fijo con AD&D

### Proveedor

Lincoln Financial Group

### Sitio Web

[www.lincoln4benefits.com](http://www.lincoln4benefits.com)

### Teléfono

800-423-2765

Southern Furniture Industries brindan un seguro de vida básico con beneficios de AD&D para todos los empleados elegibles de tiempo completo.

Detalle de Beneficio	Seguro de Vida Básico/AD&D
Seguro de Vida Básico/AD&D para Empleados	\$15,000*

\* Los beneficios se reducen al 65% a los 65 años; 50% a los 70 años.

## Discapacidad de Corto Plazo

### Proveedor

Lincoln Financial Group

### Sitio Web

[www.lincoln4benefits.com](http://www.lincoln4benefits.com)

### Teléfono

800-423-2765

Southern Furniture Industries brindan este beneficio de discapacidad de corto plazo, pagado por la compañía, a todos los empleados elegibles de tiempo completo, reenumerados por hora. El beneficio por discapacidad de corto plazo incluye un período de espera de 12 meses para los nuevos contratados.

Detalle de Beneficio	Empleados Renumerados por Hora
Periodo de Espera	Periodo de espera de 14 días
Beneficios Pagables	11 semanas
Porcentaje de Ingreso Reembolsado	\$300 por semana 60% hasta un máximo de \$300

## Programa de Asistencia Al Empleado

### Proveedor

Employee Connect

### Sitio Web

[www.guidanceresources.com](http://www.guidanceresources.com)

### Teléfono

888-628-4824

- Acceso telefónico ilimitado 24/7 a servicios legales, financieros y de balance de trabajo/vida;
- Familia y relaciones;
- Asuntos legales y financieros;
- Estilos de vida saludables;
- Transiciones de trabajo y la vida;
- Preparación de testamento en línea;
- Recursos legales en línea;
- Herramientas financieros;
- Abuso de sustancias entre otros;
- Asistencia a personas mayores y dependientes.

Para obtener más información sobre el programa Lincoln Financial Employee Connect, visite [www.Lincoln4Benefits.com](http://www.Lincoln4Benefits.com) o [www.GuidanceResources.com](http://www.GuidanceResources.com) (usuario = LFGsupport; contraseña = LFGsupport1), o hable con un especialista al 888-628-4824.

# BENEFICIOS PAGADOS POR LA COMPAÑÍA

## Asistencia al Viajeros TravelConnect<sup>SM</sup>

### Proveedor

TravelConnect

### Sitio Web

[www.mysearchlightportal.com](http://www.mysearchlightportal.com)

### Teléfono

866-525-1955

**Evacuación de Emergencia Médica y Transporte:** Este beneficio incluye la organización y el pago por el transporte del paciente al centro médico más cercano que pueda tratar la lesión o enfermedad. Una vez que el paciente puede viajar a casa, incluye el arreglo y el pago por el viaje.

**Transporte de Niños Dependientes:** Si una emergencia médica no deja a los padres disponibles, este beneficio incluye la organización y el pago por el viaje a casa del niño o la organización y el pago para que un miembro de la familia viaje y cuide al niño.

**Monitoreo de Viajes:** Incluye la gestión de la atención cuando el viajero tiene una emergencia médica. Los servicios varían de un caso a otro, pero pueden incluir: solicitudes y revisiones de registros médicos para garantizar que el tratamiento sea adecuado; servicios de intermediación; servicios de traducción médica para el paciente y/o la familia; o comunicación entre el paciente y la familia en casa.

### Y Mucho Más:

- Asistencia con lentes correctivas o reemplazo de dispositivos médicos;
- Disposición para la entrega de medicamentos, vacunas o sangre;
- Consultas para la familia, el empleador y/o su médico en su país;
- Repatriación de un viajero fallecido;
- Asistencia de seguridad y evacuación política;
- Información del destino - clima, moneda y más;
- Organización de viajes de emergencia y transferencia de fondos;
- Ayuda con documentos perdidos o robados;
- Servicios de traducción de idiomas;
- Referencias médicas y dentales.

Para usar los servicios de TravelConnect<sup>SM</sup>, llame a On Call International al 866-525-1955, o visita [mysearchlightportal.com](http://mysearchlightportal.com) e ingrese su ID de grupo: SOUTHMOT2. Una descripción del programa está disponible en [mysearchlightportal.com](http://mysearchlightportal.com).



# PLAN MEDICO Y MEDICAMENTOS RECETADOS

## Proveedor

UMR

## Sitio Web

[www.umar.com](http://www.umar.com)

## Teléfono

800-826-9781

## Sitio Móvil

Sitio móvil UMR: [www.umar.com](http://www.umar.com)



- Ver reclamaciones a medida que son procesadas
- Accede a tu tarjeta de identificación virtual
- Localice un proveedor adentro de la red, por especialización

**Para revisar el costo de su medicamento, por favor visita Express Scripts:**

## Sitio Web

[www.express-scripts.com](http://www.express-scripts.com)

## Teléfono

800-818-6634

**Tu tienes a Teladoc!  
Acceso 24/7 a médicos por teléfono o video.**



- Hable con un médico en minutos.
- Disponible 24/7 en cualquier lugar
- Obtén recetas

Para mas información visita:

[Teladoc.com](http://Teladoc.com)



Southern Furniture Industries ofrece una opción de dos planes médicos de Preferred Provider Organization (PPO) autofinanciados a través de UMR, una compañía de UnitedHealthcare. Nuestros planes PPO permiten a los participantes utilizar una red de médicos e instalaciones contratadas por UnitedHealthcare para brindar servicios a precios negociados. Tendrá la opción de utilizar proveedores dentro y fuera de la red; sin embargo, recibirá los mayores ahorros con los proveedores dentro de la red.

Plan 1		
UMR		
Servicios	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Máximo de Beneficio de por Vida</b>	Sin límite	
	<b>Empleado Paga</b>	<b>Empleado Paga</b>
<b>Medico de Atención Primaria</b>	copago de \$25	40% después del deducible
<b>Teladoc</b>	copago de \$0	No aplica
<b>Clinica Familiar de Cuidado Aguda</b>	copago de \$10	No aplica
<b>Especialista</b>	copago de \$50	40% después del deducible
<b>Servicios Preventivos:</b>	Sin cargos	No hay cobertura Examen rutina de niños 40% después del deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen rutina de niños,</li> <li>• Examen rutina de adultos</li> </ul>		
<b>Deducible por Año Calendario</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individual \$500</li> <li>• Familia \$1,500</li> </ul>		
<b>Hospitalización</b>	25% después del deducible	40% después del deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internado &amp; Ambulatorio</li> </ul>		
<b>Servicios de Médicos Internado &amp; Ambulatorio</b>	25% después del deducible	40% después del deducible
<b>Sala de Emergencia</b>	25% después del deducible	40% después del deducible
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El uso fuera de emergencias no está cubierto</li> </ul>		
<b>Centro de Urgencias</b>	copago de \$25/\$50	40% después del deducible
<b>Máximo Out of Pocket por Año del Plan</b>		\$25,000
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individual \$2,500</li> <li>• Familia \$6,250</li> </ul>		
<b>Medicamentos Recetados</b> (por correo o minorista)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genérico copago de \$5</li> <li>• Marca Preferencial copago de \$25</li> <li>• Marca Normal coseguro de 50%</li> <li>• Especializados coseguro de 50%</li> </ul>	No hay cobertura
	<b>Un suministro de 90 días está disponible mediante pedido por correo o en una farmacia minorista Smart90.</b>	

## Plan de Salud de Derechos Adquiridos

Los planes médicos ofrecidos por Southern Furniture Industries siguen siendo "planes de derechos adquiridos" según la ley de Patient Protection and Affordable Care Act. Las preguntas sobre qué protecciones se aplican y qué protecciones no se aplican a un plan de salud de derechos adquiridos y qué podría causar que un plan cambie del estado de plan de salud de derechos adquiridos pueden dirigirse a la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, Departamento de Trabajo de los EE. UU. 3272 o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Este sitio web tiene una tabla que resume qué protecciones aplican y no se aplican a los planes de salud de derechos adquiridos.

# PLAN MEDICO Y MEDICAMENTOS RECETADOS

## Proveedor

UMR

## Sitio Web

[www.umar.com](http://www.umar.com)

## Teléfono

800-826-9781

## Sitio Móvil

Sitio móvil UMR: [www.umar.com](http://www.umar.com)



- Ver reclamaciones a medida que son procesadas
- Accede a tu tarjeta de identificación virtual
- Localice un proveedor adentro de la red, por especialización

Para revisar el costo de su medicamento, por favor visita **Express Scripts**:

## Sitio Web

[www.express-scripts.com](http://www.express-scripts.com)

## Teléfono

800-818-6634

Tu tienes a **Teladoc!**  
Acceso 24/7 a médicos por teléfono o video.



- Hable con un médico en minutos.
- Disponible 24/7 en cualquier lugar
- Obtén recetas

Para mas información visita:

[Teladoc.com](http://Teladoc.com)



Plan 2		
UMR		
Servicios	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Máximo de Beneficio de por Vida	Sin límite	
	Empleado Paga	Empleado Paga
Medico de Atención Primaria	copago de \$25	50% después del deducible
Teladoc	copago de \$0	No aplica
Clinica Familiar de Cuidado Aguda	copago de \$10	No aplica
Especialista	copago de \$50	50% después del deducible
Servicios Preventivos:	100% una vez por año del plan por servicios bajo mandato según ACA *	No hay cobertura
Deducible por Año Calendario		
• Individual	\$1,500	\$3,000
• Familia	\$3,000	\$6,000
Hospitalización		
• Internado & Ambulatorio	30% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de Médicos Internado & Ambulatorio	30% después del deducible	50% después del deducible
Sala de Emergencia		
• El uso fuera de emergencias no está cubierto	30% después del deducible	30% después del deducible
Centro de Urgencias	copago de \$25/\$50	copago de \$25/\$50
Máximo Out of Pocket por Año del Plan	Los copagos, el deducible y el coseguro se acumulan hacia el Out of Pocket máximo	
• Individual	\$7,000	\$14,000
• Familia	\$14,000	\$28,000
Medicamentos Recetados (por correo o minorista)	deducible Rx de \$250	No hay cobertura
• Genérico	• copago de \$10 copay, sin deducible Rx	
• Marca Preferencial	• copago de \$35, después del deducible Rx	
• Marca Normal	• coseguro de 50% después del deducible Rx; máximo de \$250	
• Especializados	• coseguro de 50% después del deducible Rx; máximo de \$500	
Inscríbese en el <b>NUEVO</b> Programa de medicamentos especializados que se explica en la página 9	Un suministro de 90 días está disponible a través de pedidos por correo o en una farmacia minorista Smart 90.	

\*Para obtener una lista actualizada de los servicios preventivos y las vacunas cubiertos por su plan, visite [www.uspreventiveservicestaskforce.org](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org).

## NOTA IMPORTANTE:

Documentación requerida para la inscripción médica: licencia de matrimonio, tarjeta de seguro social, certificado de nacimiento, decreto de divorcio y/u orden judicial sobre custodia y seguro. No devolver estos formularios de inscripción completos y la documentación de respaldo antes de la fecha límite de inscripción resultará en la renuncia de beneficios.

# PRESCRIPTION DRUGS

## Proveedor

Express Scripts

## Sitio Web

[www.express-scripts.com](http://www.express-scripts.com)

## Teléfono

800-818-6634

## PROVEEDOR DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS

NFP Rx Solutions

## Teléfono

888-201-9175

## Nuevo Programa de Medicamentos Especializados para Miembros del Plan 2 Programa de Medicamentos Recetados Especializados NFP Rx Solutions,

### 1. ¿Quién es elegible para este programa?

Cualquier miembro del Plan de Salud 2 que esté tomando medicamentos especializados como Humira, Ravicti, Gilenya, Sprycel y Neupogen, por nombrar algunos, para afecciones como artritis reumatoide, esclerosis múltiple, VIH y cáncer.

### 2. ¿Cuáles son los beneficios de este programa?

Usted paga solo el 20% del costo de estos medicamentos de alto costo.

### 3. ¿Cómo puedo inscribirme en este programa?

Todos los empleados y sus dependientes, actualmente recetados con medicamentos especializados, recibirán una carta de NFP Rx Solutions con instrucciones sobre cómo inscribirse en el programa. El equipo de NFP Rx Solutions se comunicará con los empleados y sus dependientes actualmente recetados con medicamentos de especialidad por carta para registrarse en el programa. Al recibir la carta, los miembros deben comunicarse con Rx Solutions al 888-201-9175 para inscribirse en los programas disponibles a través del fabricante del medicamento.

### 4. ¿Qué pasa si no me inscribo en este programa?

Pagará un costo más alto por su medicamento especializado.

## El Programa Smart 90

Tiene dos formas de obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento para 3 meses y **AHORRANDO** dinero!

### Elige Entrega a Domicilio



**Obtenga su suministro de 3 meses entregado a usted por Express Scripts PharmacySM**

Express Scripts llamará a su médico para obtener una nueva receta de 3 meses.

Puede obtener envío estándar gratuito.  
Puede hablar con su farmacéutico de Express Scripts desde la privacidad de su hogar, a cualquier hora del día o de la noche.

Puede aprovechar un plan de pago extendido para hacer que administrar su presupuesto sea tan fácil como administrar su medicamento.

Llame a **800-818-6634** o visita [www.Express-Scripts.com](http://www.Express-Scripts.com)  
Si tienes preguntas.

### Encuentra una Farmacia



**Obtenga su suministro para 3 meses en una farmacia participante.**

Pregúntele a la farmacia cómo transferir su receta, o cómo comenzar una nueva, y luego surta su receta de 3 meses.

# PLAN DENTAL

## Proveedor

Lincoln Financial Group

## Sitio Web

[www.lincoln4benefits.com](http://www.lincoln4benefits.com)

## Teléfono

800-423-2765

Detalle de Beneficio	Plan Dental
Deducible del Año del Plan	\$50 por individuo / \$150 por familia
Máximo del Año del Plan	\$1500
Servicios Preventivos <ul style="list-style-type: none"> <li>Cada 6 meses</li> </ul>	100%, sin deducible
Servicios Básicos	80%
Servicios Complicados	50%
Ortodoncia <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta 19 Años</li> </ul>	50%
Máximo de Ortodoncia	\$1500

# PLAN DE VISIÓN

## Proveedor

VSP Choice Network

## Sitio Web

[www.vsp.com](http://www.vsp.com)

## Teléfono

800-877-7195

## Programa de Descuento para Audífonos TruHearing®

Miembros de VSP® Vision Care pueden ahorrar hasta un 60% en audífonos de marca. Dependientes e incluso miembros de la familia extendida son elegibles para ahorros exclusivos también. Obtenga más información en [truhearing.com/vsp](http://truhearing.com/vsp) o llame al 877.396.7194 si tiene preguntas.

	Dentro de la Red	Reembolso Fuera de la Red
<b>Visita a la Oficina</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de Visión Comprensivo</li> </ul>	copago de \$10	Hasta \$45
<b>Anteojos Recetados</b> (marcos con lentes)	copago de \$25	Hasta \$30
<b>Marcos</b>	presupuesto de \$130 presupuesto de \$150 por marcas destacadas presupuesto de \$70 por marcos de Walmart	Hasta \$70
<b>Lentes de Contacto - Electivos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes</li> <li>Evaluación y ajuste</li> </ul>	presupuesto de \$130 Copago <b>máximo de \$60</b>	Hasta \$105
<b>Lentes de Contacto - Necesarios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes</li> <li>Evaluación y ajuste</li> </ul>	Cubierto completamente después de copago de \$25 Copago <b>máximo de \$60</b>	Hasta \$210
<b>Frecuencia de Servicios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de Visión Comprensivo</li> <li>Lentes</li> <li>Marcos</li> <li>Materiales</li> </ul>	Cada 12 meses  Cada 12 meses Cada 24 meses Cada 12 meses	



# SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO CON AD&D

## Proveedor

Lincoln Financial Group

## Sitio Web

[www.lincoln4benefits.com](http://www.lincoln4benefits.com)

## Teléfono

800-423-2765

Southern Furniture Industries ofrece a todos los empleados elegibles de tiempo completo, Seguro de Vida de Término Fijo voluntario y seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D). Anualmente, durante la inscripción abierta, los empleados pueden aumentar el monto de su seguro por \$10,000 sin evidencia de asegurabilidad.

<b>Empleado</b>	Hasta 5 x ingreso anual (incrementos de \$10,000)
<b>Máximo de Empleado</b>	\$500,000
<b>Emisión Garantizada*</b>	\$250,000
<b>Conyuge</b>	50% del monto que tiene el empleado hasta 250,000
<b>Cifra Garantizado para Conyuge</b>	\$50,000
<b>Cifra Garantizado para Dependientes</b>	Nacimiento - 15 días no hay cobertura 16 días - 6 meses \$250 6 meses - 26 \$10,000

Los beneficios para empleados y cónyuges terminan a la edad normal de jubilación del Seguro Social (SSNRA).

\* Los beneficios se reducen en un 35% a los 65 años; 50% a los 70 años.

# DISCAPACIDAD DE LARGO PLAZO VOLUNTARIO

## Proveedor

Lincoln Financial Group

## Sitio Web

[www.lincoln4benefits.com](http://www.lincoln4benefits.com)

## Teléfono

800-423-2765

Southern Furniture Industries ofrece a todos los empleados elegibles de tiempo completo, seguro de Discapacidad de Largo Plazo Voluntario.

<b>Periodo de Eliminación</b>	90 días
<b>Beneficios Pagables</b>	Social Security Normal Retirement Age (SSNRA)
<b>Definición de Discapacidad</b>	2 años de ocupación propio
<b>Porcentaje de Ingreso Reembolsado</b>	60% o <b>máximo de \$5,000</b>
<b>Máximo de Beneficio</b>	\$5,000 mensual

Es posible que no sea elegible para recibir beneficios si ha recibido tratamiento para una afección dentro de los 3 meses anteriores a su fecha de vigencia según esta póliza hasta que haya estado cubierto por la póliza durante 12 meses.

# PLAN DE RETIRO 401(K)

## Proveedor

Fidelity

## Sitio Web

[www.401k.com](http://www.401k.com)

## Teléfono

800-835-5097

Ahora es el momento de comenzar a pensar en su futuro financiero. Su plan de jubilación le permite ahorrar con dólares antes de impuestos, lo que reduce la cantidad de impuestos que paga.

La participación es fácil. Usted contribuye una parte de su pago a su cuenta en cada período de pago a través de deducciones de nómina. Luego, estas contribuciones se invierten en las opciones de inversión del plan que ha seleccionado, lo que le permite a su dinero la oportunidad de crecer aún más. Cuanto antes comience, más tiempo podrá trabajar su dinero para prepararse para su jubilación.

Pequeños pasos pueden ayudar a llegar a su meta de jubilación. Toma uno hoy. Únase a su plan de jubilación ahora y ayude a hacer de su futuro todo lo que desea que sea.

# AVISOS REQUERIDOS

## Aviso de Derecho de Inscripción Especial

Si rechaza la inscripción para usted o para sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura del plan de salud de grupo, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o el empleador dejara contribuir para su u otra cobertura de sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de su o sus dependientes finalización de la cobertura (o después que el empleador deja de contribuir a la otra cobertura). Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, póngase en contacto con su Director de Recursos Humanos.

## Acto de Salud de Mujeres y Derechos de Cáncer

Si usted ha tenido o va a tener una mastectomía, usted puede tener derecho a determinadas prestaciones en virtud de la Ley de Salud de la Mujer y Derechos de Cáncer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados a la mastectomía, la cobertura proveerá en la forma que está determinado en consulta con el médico que lo atiende y el paciente, para:

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

Estos beneficios serán provistos sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo nuestros planes. Por lo tanto, los siguientes deducibles y coseguros que aplican Si desea obtener más información sobre beneficios WHCRA, llame a UMR a 800-826-9781.

## Asistencia Bajo Medicaid y el Programa de Seguro para Salud de Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para las primas que puede ayudarle a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia para las primas, pero es posible que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro de Salud. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en un estado enumerado a continuación, pongase en contacto con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si asistencia para las primas está disponible.

Si usted o sus dependientes no están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y usted piensa que usted o alguno de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque 1-877-KIDS NOW o [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para saber cómo aplicar. Si usted califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia de primas bajo Medicaid o CHIP, y también elegibles debajo su plan de empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si no están ya inscritos. Esto se conoce como una oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haber sido determinado elegible para asistencia con la prima. Si usted tiene preguntas acerca de la inscripción en el plan de empresa, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al 1-866-444-EBSA (3272).



# AVISOS REQUERIDOS

Si usted vive en uno de los estados en el siguiente cuadro, usted puede ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud del empleador. Debe comunicarse con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.–

Estado	Programa	Sitio Web	Teléfono
Alabama	Medicaid	<a href="http://www.myalhipp.com">www.myalhipp.com</a>	1-855-692-5447
Alaska	Medicaid	<a href="http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx">http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx</a>	1-866-251-4861
Arkansas	Medicaid	<a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a>	1-855-MyARHIP (855-692-7447)
California	Medicaid	<a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a>	1-916-445-8322
Colorado	Medicaid	<a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a> <a href="https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus">https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus</a>	1-800-221-3943/State Relay 711 1-800-359-1991/ State Relay 711
Florida	Medicaid	<a href="https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html</a>	1-877-357-3268
Georgia	Medicaid	<a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a>	678-564-1162 ext 2131
Indiana	Medicaid	<a href="http://www.in.gov/fssa/hip/">http://www.in.gov/fssa/hip/</a> <a href="http://www.indianamedicaid.com">http://www.indianamedicaid.com</a>	1-877-438-4479 1-800-403-0864
Iowa	Medicaid	<a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members">https://dhs.iowa.gov/ime/members</a> <a href="http://dhs.iowa.gov/Hawki">http://dhs.iowa.gov/Hawki</a>	1-800-338-8366 1-800-257-8563
Kansas	Medicaid	<a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a>	1-800-792-4884
Kentucky	Medicaid	<a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a> <a href="https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx">https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</a>	1-855-459-6328 1-877-524-4718
Louisiana	Medicaid	<a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> or <a href="http://www.idh.la.gov/lahipp">www.idh.la.gov/lahipp</a>	1-888-342-6207
Maine	Medicaid	<a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a>	1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711
Massachusetts	Medicaid y CHIP	<a href="https://www.mass.gov/info-details/masshealth-premium-assistance-pa">https://www.mass.gov/info-details/masshealth-premium-assistance-pa</a>	1-800-862-4840
Minnesota	Medicaid	<a href="https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp">https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</a>	1-800-657-3739
Missouri	Medicaid	<a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a>	573-751-2005
Montana	Medicaid	<a href="http://dphs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a>	1-800-694-3084
Nebraska	Medicaid	<a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a>	Phone: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
Nevada	Medicaid	<a href="http://dhcfp.nv.gov">http://dhcfp.nv.gov</a>	1-800-992-0900
New Hampshire	Medicaid	Website: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm">https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm</a>	603-271-5218
New Jersey	Medicaid CHIP	<a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a> <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a>	609-631-2392 1-800-701-0710
New York	Medicaid	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>	1-800-541-2831
North Carolina	Medicaid	<a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a>	919-855-4100
North Dakota	Medicaid	<a href="http://www.nd.gov/dhs/services/medicalsev/medicaid/">http://www.nd.gov/dhs/services/medicalsev/medicaid/</a>	1-844-854-4825
Oklahoma	Medicaid y CHIP	<a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a>	1-888-365-3742
Oregon	Medicaid	<a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a> <a href="http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html">http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html</a>	1-800-699-9075
Pennsylvania	Medicaid	<a href="https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/MedicaI/HIPP-Program.aspx">https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/MedicaI/HIPP-Program.aspx</a>	1-800-692-7462
Rhode Island	Medicaid	<a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a>	1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rite Share Line)
South Carolina	Medicaid	<a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a>	1-888-549-0820
South Dakota	Medicaid	<a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a>	1-888-828-0059
Texas	Medicaid	<a href="http://gethipptexas.com/">http://gethipptexas.com/</a>	1-800-440-0493
Utah	Medicaid y CHIP	<a href="https://medicaid.utah.gov/">https://medicaid.utah.gov/</a> <a href="http://health.utah.gov/chip">http://health.utah.gov/chip</a>	1-877-543-7669
Vermont	Medicaid	<a href="http://www.greenmountaincare.org/">http://www.greenmountaincare.org/</a>	1-800-250-8427
Virginia	Medicaid CHIP	<a href="https://www.coverva.org/hipp/">https://www.coverva.org/hipp/</a>	1-800-432-5924 1-855-242-8282
Washington	Medicaid	<a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a>	1-800-562-3022
West Virginia	Medicaid	<a href="http://mywhipp.com/">http://mywhipp.com/</a>	1-855-MyWHIPP (1-855-699-8447)
Wisconsin	Medicaid	<a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a>	1-800-362-3002
Wyoming	Medicaid	<a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a>	1-800-251-1269

Para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, puede contactar: Departamento de Trabajo, Beneficios a los empleados de EE.UU. Administración de Seguridad Social en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) o 1-866-444-EBSA (3272) o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Servicios de Medicare y Medicaid en [www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov) o 1-877-267- 2323, Opción de menú 4, Ext. 61565. OMB de Control Número 1210-0137 (expira 1/31/2023)

# AVISOS REQUERIDOS

## Disponibilidad de Información de Salud Resumida

Como empleado, los beneficios de salud disponibles para usted representan un componente importante de su paquete de compensación. También brindan una protección importante para usted y su familia en caso de enfermedad o lesión.

Elegir una opción de cobertura de salud es una decisión importante. Para ayudarlo a tomar una decisión informada, su plan pone a disposición un Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), que resume información importante sobre cualquier opción de cobertura de salud en un formato estándar, para ayudarlo a comparar opciones. Usted es responsable de proporcionar una copia del aviso a sus dependientes que están cubiertos por el plan.

El SBC está disponible llamando a RH al 662-488-4007. Una copia en papel también está disponible, sin cargo, en la Oficina de Recursos Humanos.

## Aviso Importante de Southern Furniture Industries sobre su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare

Se requiere que Southern Furniture Industries proporcionen a todos los participantes elegibles para Medicare en los Planes Médicos de Southern Furniture Industries con este Aviso de Cobertura Acreditable sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Southern Furniture Industries, y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare de Medicamentos Recetados, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para medicamentos recetados proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. Southern Furniture Industries ha determinado que la cobertura para medicamentos recetados ofrecida por el Southern Furniture Industries en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para medicamentos recetados para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

## ¿Cuándo puede inscribirse en un plan de Medicamentos Recetados (Part D) de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando comienzas a ser elegible para recibir Medicare, y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si se inscribe desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, su cobertura comenzará el 1 de enero.

## ¿Cuándo pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicamentos Recetados de Medicare?

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

## ¿Qué sucede con su cobertura de Southern Furniture Industries si decide inscribir en un plan de Medicamentos Recetados de Medicare?

Si decide afiliarse a un plan de medicamentos recetados de Medicare, su cobertura actual de Southern Furniture Industries Health Plan no se verá afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por el plan, el plan Southern Furniture Industries pagará primero los beneficios de medicamentos recetados, y Medicare determinará sus pagos en segundo lugar. Para obtener más información sobre qué programa paga primero y qué programa paga en segundo lugar, consulte la Descripción Resumida del Plan del plan (SPD) o comuníquese con el número de teléfono o la dirección web que se menciona en este documento.

Si decide afiliarse a un plan de Medicare Parte D (medicamentos recetados) y cancelar su cobertura médica/de medicamentos recetados actual de Southern Furniture Industries, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura, pero solo durante cualquier período de inscripción abierto bajo el plan médico Southern Furniture Industries.

# AVISOS REQUERIDOS

## ¿Cuándo Pagará una Prima Más Alta (multa) para Inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare?

También debe saber que si es elegible para Medicare y abandona o pierde su cobertura actual con Southern Furniture Industries y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare dentro de los 63 días consecutivos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar un monto más alto (una multa) para afiliarse a un plan de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Si transcurre 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos el 1% de la prima del beneficiario base de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin una cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19% más alta que la prima del beneficiario base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) para afiliarse a un plan de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Si transcurre 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos el 1% de la prima del beneficiario base de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin una cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19% más alta que la prima del beneficiario base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para unirse.

## Para Obtener Más Información Sobre este Aviso o su Cobertura Actual de Medicamentos Recetados...

Para más información, póngase en contacto con su gerente local de recursos humanos.

NOTA: Recibirás este aviso cada año. También lo obtendrá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, y si esta cobertura a través de Southern Furniture Industries cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Formulario CMS 10182-CC, actualizado el 1 de abril de 2011.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0990. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 8 horas por respuesta inicialmente, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de los estimados de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención de: PARA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

## Para Obtener Más Información Sobre sus Opciones Bajo la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare...

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". Cada año recibirá una copia del manual en el correo por Medicare. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

Llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte la portada posterior de su copia del manual "Medicare y Usted" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada. Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la web en [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov) o llámelos al 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).



# AVISOS REQUERIDOS

## Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Este Aviso le proporciona información para proteger la privacidad de su información confidencial de atención médica, en lo sucesivo denominada información de salud protegida (PHI). El Aviso también describe los derechos de privacidad que tiene y cómo puede ejercer esos derechos. Por favor revísalo con cuidado.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con Recursos Humanos al 662-488-4007.

Este Aviso es efectivo el 1 de mayo de 2020.

### CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Aviso de Prácticas de Privacidad Model HIPAA

Fecha de Vigencia: 5/1/2020

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con Recursos Humanos al 662-488-4007.

Nuestro Deber Legal:

Estamos obligados por ley a:

- Mantener la privacidad de la información de salud protegida
- Darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud sobre usted
- Siga los términos de nuestro aviso que está actualmente vigente

### CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD:

A continuación se describen las formas en que podemos usar y divulgar la información de salud que lo identifica ("Información de salud"). Excepto por los fines que se describen a continuación, usaremos y divulgaremos la información médica solo con su permiso por escrito. Puede revocar dicho permiso en cualquier momento escribiendo a nuestro Privacy Officer.

**Para tratamiento.** Podemos usar y divulgar información médica para su tratamiento y para brindarle servicios de atención médica relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar información de salud a médicos, enfermeras, técnicos u otro personal, incluidas personas fuera de nuestra oficina, que participan en su atención médica y necesitan la información para brindarle atención médica.

**Para pago.** Podemos usar y divulgar información médica para que nosotros u otras personas puedan facturar y recibir pagos de usted, una compañía de seguros o un tercero por el tratamiento y los servicios que recibió. Por ejemplo, podemos darle a su plan de salud información sobre usted para que paguen por su tratamiento.

**Para operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar información médica para fines de operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podemos usar y divulgar información para asegurarnos de que la atención obstétrica o ginecológica que recibe sea de la calidad más alta. También podemos compartir información con otras entidades que tienen una relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus actividades operativas de atención médica.

**Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podemos usar y divulgar información de salud para contactarlo y recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos usar y divulgar información de salud para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**Personas involucradas en su cuidado o pago por su cuidado.** Cuando sea apropiado, podemos compartir información de salud con una persona que esté involucrada en su atención médica o en el pago de su atención, como su familia o un amigo cercano. También podemos notificar a su familia sobre su ubicación o condición general o divulgar dicha información a una entidad que asiste en un esfuerzo de ayuda en caso de desastre.

**Investigación.** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información de salud para investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar la comparación de la salud de los pacientes que recibieron un tratamiento con los que recibieron otro, para la misma condición. Antes de que usemos o divulguemos información de salud para investigación, el proyecto pasará por un proceso de aprobación especial. Incluso sin una aprobación especial, podemos permitir que los investigadores revisen los registros para ayudarlos a identificar a los pacientes que pueden ser incluidos en su proyecto de investigación o para otros propósitos similares, siempre y cuando no eliminen o tomen una copia de cualquier información de salud.

# AVISOS REQUERIDOS

## Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA (cont)

### SITUACIONES ESPECIALES:

Según lo exija la ley. Divulgaremos información de salud cuando así lo exijan las leyes internacionales, federales, estatales o locales. Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad. Podemos usar y divulgar información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, las revelaciones se harán solo a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

Socios de negocio. Podemos divulgar información de salud a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos usar otra compañía para realizar servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios comerciales están obligados a proteger la privacidad de su información y no están autorizados a usar o divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es un donante de órganos, podemos usar o divulgar Información de salud a organizaciones que manejan la obtención de órganos u otras entidades dedicadas a la obtención, almacenamiento o transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Militares y veteranos. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información de salud según lo exijan las autoridades de comando militar. También podemos divulgar Información de salud a la autoridad militar extranjera correspondiente si usted es miembro de un ejército extranjero.

Workers Compensation. Podemos divulgar información de salud Workers Compensation o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos para la salud pública. Podemos divulgar información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar nacimientos y defunciones; reportar el abuso o negligencia infantil; reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas sobre el retiro de productos que puedan estar usando; una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; y la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Fines de notificación de violación de datos. Podemos usar o divulgar su información médica protegida para proporcionar avisos requeridos por ley de acceso no autorizado o divulgación de su información médica.

Juicios y disputas. Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar Información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar Información de salud en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar información de salud si un oficial de la ley lo solicita, si la información es: (1) en respuesta a una orden judicial, citación o proceso similar; (2) información limitada para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; (3) sobre la víctima de un delito, incluso si, bajo ciertas circunstancias muy limitadas, no podemos obtener la autorización de la persona; (4) sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal; (5) sobre conducta criminal en nuestras instalaciones; y (6) en una emergencia para reportar un crimen, la ubicación del crimen o las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias. Podemos divulgar información de salud a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información de salud a directores de funerarias según sea necesario para sus funciones.

Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia. Podemos divulgar información médica a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de protección para el Presidente y otros. Podemos divulgar Información de salud a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estados extranjeros o para realizar investigaciones especiales.

Internos o particulares en custodia. Si usted es un interno de una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar Información de salud a la institución correccional o al oficial de la ley. Esta divulgación sería si fuera necesario: (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) la seguridad de la institución correccional.

### USOS Y DIVULGACIONES QUE NOS REQUIEREN QUE LE DAMOS UNA OPORTUNIDAD DE OBJETAR Y OPTAR

Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención. A menos que usted se oponga, podemos divulgarla a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que identifique, su información médica protegida que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si no puede aceptar u objetar dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted según nuestro criterio profesional.

Alivio de desastres. Podemos divulgar su información médica protegida a las organizaciones de ayuda en caso de desastres que buscan su información médica protegida para coordinar su atención, o notificar a familiares y amigos su ubicación o condición en un desastre. Le brindaremos la oportunidad de aceptar u objetar dicha divulgación cuando prácticamente podamos hacerlo.

### SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO SE REQUIERE PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Los siguientes usos y divulgaciones de su información de salud protegida se realizarán solo con su autorización por escrito:

1. Usos y divulgaciones de información médica protegida con fines de marketing; y
2. Divulgaciones que constituyen una venta de su información médica protegida

# AVISOS REQUERIDOS

## Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA (cont)

Otros usos y divulgaciones de información médica protegida no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si nos otorga una autorización, puede revocarla en cualquier momento mediante la presentación de una revocación por escrito a nuestro Privacy Officer y ya no divulgaremos la Información médica protegida bajo la autorización. Pero la revelación que hicimos en dependencia de su autorización antes de su revocación no se verá afectada por la revocación.

### TUS DERECHOS:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que tenemos sobre usted:

**Derecho a inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información médica que se puede usar para tomar decisiones sobre su atención o el pago de su atención. Esto incluye registros médicos y de facturación, que no sean notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar esta información de salud, debe hacer su solicitud, por escrito, a la Privacy Official Southern Motion Incorporated, PO Box 1064, Pontotoc MS 38863. Tenemos hasta 30 días para que su información de salud protegida esté disponible para usted y podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud. Es posible que no le cobremos una tarifa si necesita la información para un reclamo de beneficios conforme a la Ley del Seguro Social o cualquier otro programa de beneficios estatal o federal basado en las necesidades. Podemos negar su solicitud en ciertas circunstancias limitadas. Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a que un profesional de la salud con licencia que no participó directamente en la denegación de su solicitud revise la denegación, y cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho a una copia electrónica de registros médicos electrónicos.** Si su Información de salud protegida se mantiene en un formato electrónico (conocido como registro médico electrónico o registro de salud electrónico), tiene derecho a solicitar que se le entregue una copia electrónica de su registro o se la transmita a otra persona o entidad. Haremos todo lo posible para proporcionar acceso a su información médica protegida en la forma o formato que solicite, si es fácilmente producible en dicha forma o formato. Si la Información de salud protegida no es fácilmente producible en el formulario o formato que solicita, su registro se proporcionará en nuestro formato electrónico estándar o si no desea este formulario o formato, una copia impresa legible. Podemos cobrarle una tarifa razonable, basada en el costo, por la mano de obra asociada con la transmisión del registro médico electrónico.

**Derecho a recibir un aviso de incumplimiento.** Usted tiene el derecho de ser notificado en caso de incumplimiento de cualquiera de su Información de salud protegida no asegurada.

**Derecho a enmendar.** Si considera que la información médica que tenemos es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre y cuando la información sea mantenida por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, debe hacer su solicitud, por escrito, a Privacy Official Southern Motion Incorporated, PO Box 1064, Pontotoc MS 38863.

**Derecho a una contabilidad de las revelaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una lista de ciertas divulgaciones que hicimos de Información de salud para fines distintos del tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica o para los cuales proporcionó una autorización por escrito. Para solicitar un informe de las divulgaciones, debe realizar su solicitud, por escrito, a Privacy Official Southern Motion Incorporated, PO Box 1064, Pontotoc MS 38863.

**Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información de salud que divulgamos a alguien involucrado en su atención o el pago de su atención, como un miembro de la familia o un amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no compartamos información sobre un diagnóstico o tratamiento en particular con su cónyuge. Para solicitar una restricción, debe hacer su solicitud, por escrito, a Privacy Official Southern Motion Incorporated, PO Box 1064, Pontotoc MS 38863. No estamos obligados a aceptar su solicitud a menos que nos solicite restringir el uso y la divulgación de su información de salud protegida a un plan de salud para fines de pago u operación de atención médica, y dicha información que desea restringir se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual nos ha pagado "de su bolsillo" en su totalidad. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

**Pagos de su bolsillo.** Si pagó de su bolsillo (o, en otras palabras, solicitó que no facturemos a su plan de salud) por un artículo o servicio específico, tiene derecho a solicitar que su información médica protegida con respecto a ese artículo o el servicio no se divulgará a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica, y cumpliremos con esa solicitud.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted por correo o en el trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud, por escrito, a Privacy Official Southern Motion Incorporated, PO Box 1064, Pontotoc MS 38863. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que lo contactemos. Vamos a acomodar las solicitudes razonables.

**Derecho a una copia en papel de este aviso.** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Puede obtener una copia de este aviso de Recursos Humanos.

### CAMBIOS A ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer que el nuevo aviso se aplique a la información de salud que ya tenemos, así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de nuestro aviso actual en nuestra oficina. El aviso contendrá la fecha de vigencia en la primera página, en la esquina superior derecha.

### QUEJAS:

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja en nuestra oficina, comuníquese con Recursos Humanos al 662-488-4007. Todas las quejas deben hacerse por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Puede ponerse en contacto con su oficina de RH en:  
Southern Motion Incorporated, PO Box 1064, Pontotoc MS 38863 o  
Teléfono: 662-488-4007

Fusion Furniture Incorporated, 957 Pontotoc County Industrial Pkwy, Ecu, MS 38841  
Phone: 662-489-1296

Los Planes pueden cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. Si los Planes cambian este Aviso, los Planes pueden hacer que los términos de los nuevos Avisos entren en vigencia para toda la PHI que mantienen los Planes, incluida cualquier información que los Planes hayan creado o recibido antes de que emitiéramos el nuevo Aviso. Si los Planes cambian este Aviso, los Planes lo pondrán a su disposición.

# AVISOS REQUERIDOS

## Aviso de Discriminación

Southern Furniture Industries cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Southern Furniture Industries no excluyen a las personas ni las tratan de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

## Southern Furniture Industries:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, contacte a Recursos Humanos.

Si cree que Southern Furniture Industries no brindaron estos servicios o discriminaron de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Recursos Humanos. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Recursos Humanos está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



# INFORMACIÓN DE CONTACTO DE PROVEEDORES

Para preguntas sobre beneficios médicos,  
contacte a **UMR** a:  
**800-826-9781** o visita [www.umar.com](http://www.umar.com)



Para preguntas sobre Medicamentos Recetados  
contacte a **Express Scripts (ESI)** a:  
**800-818-6634** o visita [www.express-scripts.com](http://www.express-scripts.com)



Para preguntas sobre beneficios Dentales,  
contacte a **Lincoln Financial Group** a:  
**800-423-2765** o visita [www.lincoln4benefits.com](http://www.lincoln4benefits.com)



Para preguntas sobre Visión,  
contacte a **VSP** a:  
**800-877-7195** o visita [www.vsp.com](http://www.vsp.com)



Para preguntas sobre Seguro de Vida Voluntario y Seguro de Vida Básico,  
contacte a **Lincoln Financial Group** a:  
**800-423-2765** o visita [www.lincoln4benefits.com](http://www.lincoln4benefits.com)



Para preguntas sobre Discapacidad de Corto Plazo,  
contacte a **Lincoln Financial Group** a:  
**800-423-2765** o visita [www.lincoln4benefits.com](http://www.lincoln4benefits.com)



Para preguntas sobre el Programa de Asistencia al Empleado,  
contacte a **Employee Connect** a:  
**888-628-4824** o visita [www.guidanceresources.com](http://www.guidanceresources.com)



Para preguntas sobre el Programa de Asistencia al Viajero,  
contacte a **Lincoln Travel Connect** a:  
**866-525-1955** o visita [www.mysearchlightportal.com](http://www.mysearchlightportal.com)



Para preguntas sobre el Plan de Ahorros 401(k),  
contacte a **Fidelity** a:  
**800-835-5097** o visita [www.401k.com](http://www.401k.com)



La información de este guía de inscripción esta presentado por motivo ilustrativo, y basado solamente en información proveído por el empleador. El texto que contiene fue extractado de los varios resúmenes descriptivos de los planes e información sobre los beneficios. Cada precaución fue tomada, sin embargo, discrepancias o errores son posibles. En el caso de discrepancia entre esa guía y el documento actual de plan, el documento actual prevalecerá. Todo la información esta confidencial a través de al Acto Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. Si tiene una pregunta sobre la guía,