



GUÍA DE INSCRIPCIÓN A LOS BENEFICIOS DE **2026** PARA INSCRIPCIÓN ANUAL Y EMPLEADOS NUEVOS



Beneficios vigentes a partir del 1 de enero de 2026

CONTENIDO

Elegibilidad e inscripción.....	3
Nuestra asociación para el bienestar	6
Comprender y elegir una opción médica.....	9
Dónde acudir para recibir atención.....	13
Cuenta de ahorros para la salud (HSA).....	14
Cuentas de gastos flexibles (FSA)	16
Apoyo de los planes médicos	17
Plan odontológico y oftalmológico	21
Cobertura adicional: atención médica complementaria.....	23
Más formas de asegurar su bienestar: seguro por discapacidad, de vida y por AD&D...	24
Programa de Asistencia al Empleado (EAP).....	27
Programa de descuentos BenefitHub.....	28
Contactos útiles para 2026	29

NOTA: A lo largo de esta guía, las referencias a:

- **cónyuges** incluyen a las parejas de hecho cubiertas;
- **dependientes** incluyen al cónyuge o a los hijos; y
- **empleados nuevos** incluyen a los empleados recién elegibles para beneficios, a excepción de la fecha límite de inscripción indicada en la página 5.



ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

¿Quién es elegible para los beneficios?

Los empleados regulares a tiempo completo o parcial que trabajan 30 horas o más por semana.

Algunos empleados pueden ser elegibles según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) si trabajaron una cantidad mínima de horas el año anterior. (Se le notificará si esto aplica a usted).

Los empleados también son elegibles según la ACA si pasan de ser elegibles para beneficios a no elegibles. **En este caso, su cobertura médica actual y sus aportes actuales a la HSA (si está inscrito en una HSA) continuarán automáticamente durante el resto del año. Si desean renunciar a la cobertura, deben llamar al Centro de Beneficios de LSC en un plazo de 14 días a partir del cambio de estado.**

¿Quiénes son dependientes elegibles?

Los empleados solo pueden inscribir a familiares elegibles en sus beneficios:

- Cónyuge legal o pareja de hecho.
- Hijos hasta los 26 años, independientemente de su condición de estudiante o estado civil.
- Hijos dependientes solteros con discapacidad de cualquier edad (se le pedirá que proporcione una evidencia de discapacidad).

Comprobaremos que sus dependientes son elegibles para inscribirse en nuestros planes. Todos los dependientes inscritos deberán presentar una prueba de elegibilidad (por ejemplo, certificados de nacimiento, declaraciones de impuestos federales y registros legales, si corresponde). **Consulte la documentación necesaria para verificar dependientes en mylscbenefits.com, en la sección "Summaries & Notices/SPDs" (Resúmenes y avisos/descripción resumida del plan [SPD]).**



Los dependientes deben verificarse dentro de los 30 días de la fecha de presentación de su elección.



* Si no verifica a su(s) dependiente(s) conforme a las normas del administrador del plan, no se añadirá(n) a la cobertura a su(s) dependiente(s) no verificado(s). La siguiente oportunidad de añadir a su(s) dependiente(s) a la cobertura será en la inscripción anual o en el momento en que se produzca un evento de vida calificado.

¿Qué sucede si no me inscribo?

Si no desea una cobertura, aun así debe tomar medidas para evitar elecciones predeterminadas y designar a sus beneficiarios..

INSCRIPCIÓN PARA EMPLEADOS NUEVOS/ RECIENTEMENTE ELEGIBLES	INSCRIPCIÓN ANUAL
Si elige no tomar medidas durante el período de inscripción, su cobertura, por defecto, será la siguiente: • Plan HSA Value; cobertura solo para empleado • Tarifas de consumidor de tabaco • Beneficios pagados por la Compañía: seguro de vida básico, seguro por discapacidad a corto plazo y seguro básico por discapacidad a largo plazo	Si elige no tomar medidas durante la inscripción anual, su cobertura actual se transferirá al año siguiente, con estas excepciones: • Cuenta de ahorros para la salud* • Cuentas de gastos flexibles* • Estado de consumidor de tabaco (se restablecerá a “Consumidor de tabaco”)

* Sus aportes serán de \$0 por defecto.

No puede realizar cambios fuera de su período de inscripción, a menos que experimente un evento de vida calificado, como lo siguiente:

- Matrimonio
- Divorcio
- Cambio de estado suyo o de su cónyuge
- Nacimiento o adopción
- EL dependiente ya no es elegible para la cobertura de LSC

Tiene 30 días a partir de un evento de vida para actualizar su cobertura. [Algunos eventos permiten hasta 60 días para realizar cambios; consulte la descripción resumida del plan (SPD) y cualquier resumen de modificaciones materiales (SMM) relacionado en mylscbenefits.com para obtener más información]. De lo contrario, debe esperar hasta el siguiente período de inscripción anual para cambiar su cobertura.



Cómo inscribirse

Facilitamos la inscripción

LSC quiere apoyarlo durante la inscripción; por eso le ofrecemos dos maneras de inscribirse:

Acceda en línea

Visite mylscbenefits.com desde su teléfono o navegador web y haga clic en el enlace del Centro de Beneficios de LSC para registrarse/iniciar sesión.



Llame al Centro de Beneficios de LSC

1-888-681-2241, de lunes a viernes, de 7:00 a. m a 7:00 p. m, hora central.

¿Empleado nuevo?

Si usted es un nuevo empleado, la cobertura entra en vigor el primer día del mes *siguiente* a la finalización de un mes calendario completo de trabajo independientemente del día del mes en que haya comenzado a trabajar. Por ejemplo, si su fecha de contratación es cualquier día de enero (incluido el primer día del mes calendario, es decir, el 1 de enero), su cobertura comenzará el 1 de marzo.

Tiene hasta la fecha de entrada en vigor de sus beneficios para completar su inscripción y la inscripción de sus dependientes.

Si vuelve a ser contratado después de una interrupción en el servicio de más de 30 días, se lo considera un empleado nuevo a los fines de los beneficios y debe tomar medidas.

Si vuelve a ser contratado en los 30 días siguientes a una interrupción del servicio, sus beneficios entrarán en vigor en la fecha de su nueva contratación.

¿Recientemente elegible?

Si trabaja en LSC durante 30 días o más antes de volverse elegible para los beneficios, la fecha de entrada en vigor de sus beneficios será la fecha en que se vuelva elegible; **tiene hasta 14 días después de la fecha de cambio de estado para inscribirse.**

Consulte la página 4 para saber qué ocurre si no se inscribe o elige "Sin cobertura" antes de la fecha límite.

PARA LOS EMPLEADOS NUEVOS: CUÁNDO EMPIEZA LA COBERTURA

Si empieza cualquier día (incluido el 1) del mes de...	Su cobertura comienza el...
Enero	1 de marzo
Febrero	1 de abril
Marzo	1 de mayo
Abril	1 de junio
Mayo	1 de julio
Junio	1 de agosto
Julio	1 de septiembre
Agosto	1 de octubre
Septiembre	1 de noviembre
Octubre	1 de diciembre
Noviembre	1 de enero
Diciembre	1 de febrero

NUESTRA ASOCIACIÓN PARA EL BIENESTAR



CONOZCA sus riesgos.



TOME acción.



PROSPERE con confianza.

El bienestar es un viaje, y sus beneficios están aquí para apoyarlo en cada paso del camino, pero no podemos hacerlo solos. Se necesita una colaboración entre usted y la Compañía.

Nuestra responsabilidad es ofrecerle acceso a beneficios sólidos y de apoyo.

Su responsabilidad es utilizar sus planes sabiamente:

- **CONOZCA sus riesgos de salud:** reciba su atención preventiva gratuita dentro de la red para que lo ayude a mantener una buena salud, controlar los factores de riesgo y detectar cualquier problema de salud de manera temprana. Las afecciones que no se detectan de manera temprana pueden volverse más graves y ser más costosas de tratar.
- **ACTÚE:** acuda a prestadores con los mejores resultados, siga los consejos de su proveedor, tome sus medicamentos con regularidad y reciba la atención de seguimiento recomendada.
- **PROSPERE con confianza:** aporte a la HSA o a la FSA de atención médica para aprovechar los ahorros antes de impuestos, y utilice los numerosos programas de apoyo y recursos a su disposición.

Cuando trabajamos juntos, podemos hacer frente al aumento de los costos de atención médica al aprovechar al máximo los beneficios y los recursos disponibles, porque todos compartimos el costo de estos servicios.



Programa de bienestar para 2026

Requisitos: para completar el Programa de bienestar para 2026 y ahorrar dinero en las primas médicas de 2027, los empleados y cónyuges/parejas domésticas cubiertos inscritos en el plan médico de LSC a partir del 1 de abril de 2026 deben hacer lo siguiente:

- **Completar una evaluación de bienestar en eHealthScreenings.**
- **Completar una evaluación y cargar los formularios requeridos.**

Si no completa el programa para 2026

Pagará hasta \$1,300 adicionales por la cobertura médica de 2027 (\$650 para usted y \$650 para su cónyuge) si no completa el programa para 2026 antes del 1 de septiembre de 2026.

Regístrese en eHealthScreenings para el Programa de bienestar

Todos los participantes tendrán que descargar un formulario que deberán completar en un laboratorio externo o con un médico de atención primaria. El laboratorio externo completará y cargará el formulario por usted automáticamente; si acude a un médico de atención primaria, deberá cargar usted mismo el formulario completo en eHealthScreenings. También pueden realizarse evaluaciones en el lugar de trabajo. En abril de 2026 se facilitará más información sobre esta opción. Inicie sesión en eHealthScreenings para seleccionar el modo en que realizará su evaluación y complete la evaluación de bienestar.

Cómo registrarse en eHealthScreenings

1. Visite ehealthscreenings.com/signup.
2. En la casilla “NOT YET REGISTERED?” (¿Aún no se ha registrado?), introduzca la clave de evaluación: **LOC387** y haga clic en “Submit” (Enviar).
3. Introduzca el nombre de usuario y la contraseña asignados por defecto:
 - **NOMBRE DE USUARIO:** inicial del nombre + inicial del apellido + fecha de nacimiento (MMDDAAA) (por ejemplo, John Smith nacido el 23 de abril de 1975 es JS04231975)
 - **CONTRASEÑA:** apellido + 4 últimos dígitos de su número de Seguro Social (por ejemplo, John Smith con número de Seguro Social 123456789 es Smith6789)
4. Haga clic en “Verify My Account” (Verificar mi cuenta) y siga las indicaciones. Podrá seleccionar la sección “Offsite Lab” (Laboratorio externo) o la sección “Physician Screening” (Evaluación del médico).

* El nombre de usuario y la contraseña distinguen entre mayúsculas y minúsculas.

FECHAS IMPORTANTES

- **Regístrese en eHealthScreenings** y descargue el formulario de evaluación del médico o de laboratorio externo antes del **24 de agosto de 2026.**
- **Los formularios completos deberán cargarse en eHealthScreenings** antes del **1 de septiembre de 2026.**



Comprométase a no fumar

El consumo de tabaco lo pone a usted y a otros en riesgo de tener muchas afecciones de salud. Queremos recompensar a quienes no consumen tabaco. Quienes se comprometan a no fumar recibirán un crédito, como **ya se refleja** en las primas médicas: \$500 para el empleado y \$500 para el cónyuge. Quienes consuman tabaco (o no se comprometan a no fumar) no verán el crédito en sus primas médicas a partir de enero de 2026, pero, si completan el programa de asesoramiento sobre el consumo de tabaco en cualquier momento durante 2026, obtendrán el crédito de allí en adelante.

EMPLEADO	CÓNYUGE
\$500 al año	\$500 al año

Consiga ayuda para dejar el hábito para siempre con el programa de asesoramiento sobre el consumo de tabaco a través de Carelon Wellbeing. Es totalmente GRATUITO para todos los empleados y cónyuges. Regístrese en carelonwellbeing.com/lsc, descargue la aplicación, o llame o envíe un mensaje de texto al **1-877-409-1488**.

Atención preventiva: tome medidas para estar en su mejor estado

Ya lo hemos mencionado antes, pero merece la pena repetirlo: cuando se inscribe en cualquiera de las opciones médicas, toda la atención preventiva elegible dentro de la red es GRATUITA. Sí, ¡GRATUITA!

La atención preventiva le permite adelantarse a sus necesidades de atención médica. Si conoce su estado de salud y sus riesgos, y se coloca las vacunas y se realiza las revisiones recomendadas (todo ello cubierto sin costo alguno para usted), podrá evitar enfermedades y tener la tranquilidad de poder actuar ante cualquier riesgo lo antes posible. Algunos ejemplos:

- Exámenes físicos anuales
- Vacunas contra la gripe
- Mamografías
- Consultas de control pediátrico
- Colonoscopias
- Análisis de sangre para la detección del cáncer a partir de los 50 años (consulte la página 20)

¿SABÍA LO SIGUIENTE? Determinados medicamentos preventivos son GRATUITOS. Entre ellos se incluyen medicamentos genéricos elegibles para el colesterol y la presión arterial, así como medicamentos recetados relacionados con determinados cuidados preventivos de la mujer.

Además, si está en HSA Core o HSA Value, es posible que pueda renunciar al deducible para otros medicamentos preventivos como parte del programa de beneficios de medicamentos preventivos. Esto incluye categorías de medicamentos recetados que suelen utilizarse con fines preventivos, como anticonceptivos, para la diabetes, para la hipertensión, para el colesterol alto, etc.



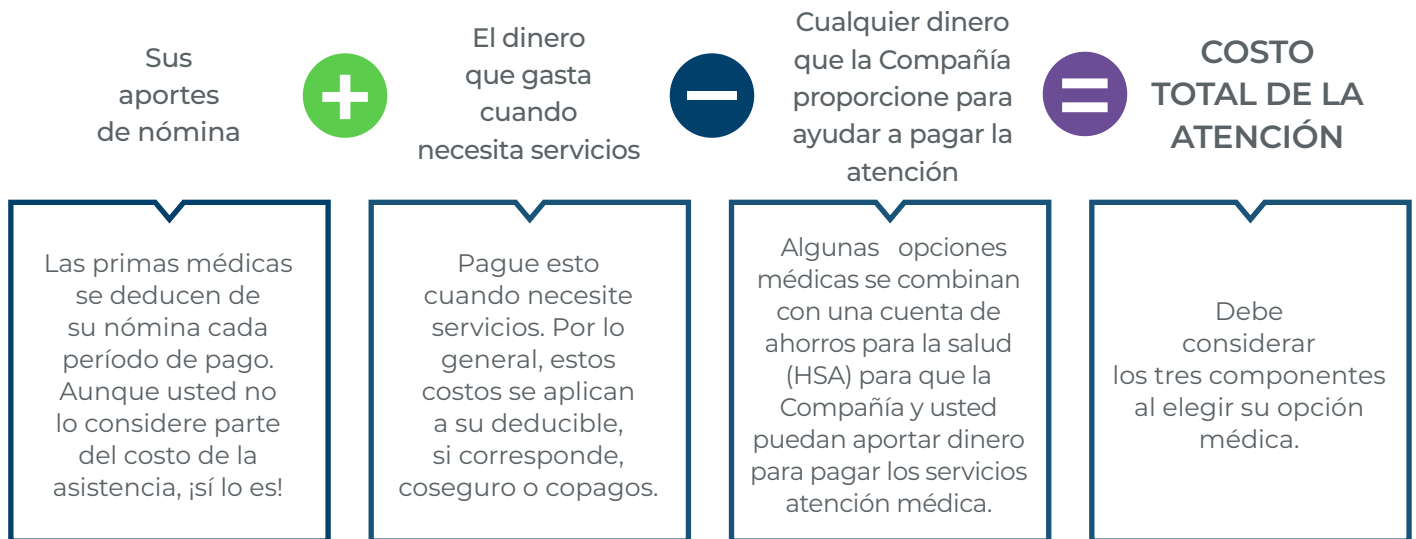
CONSEJO: Asegúrese de que el personal de facturación de su proveedor codifique la visita como atención de rutina o preventiva para ayudar a que su reclamo se pague en su totalidad.

COMPRENDER Y ELEGIR UNA OPCIÓN MÉDICA



Los beneficios de LSC ofrecen tres opciones de cobertura médica: **HSA CORE**, **HSA VALUE** y **COUPE PPO**. Al elegir su opción médica, es importante comprender el costo total de su cobertura médica y las similitudes y diferencias entre cada opción.

El costo de la atención bajo el plan médico consta de tres partes:



¿Qué sigue igual?

Todas nuestras opciones médicas utilizan la red BCBS que usted conoce y en la que confía, y cubren los mismos servicios médicos, que incluyen lo siguiente:

- Atención preventiva gratuita dentro de la red, como exámenes físicos anuales, exámenes de bienestar, exámenes de detección del cáncer y vacunas.
- Visitas virtuales de bajo costo con un médico y cobertura de salud conductual.
- Cobertura de medicamentos recetados a través de Prime Therapeutics.
- Protección para su economía con un gasto máximo de bolsillo anual.



Principales diferencias

HSA Core y HSA Value

Con **HSA Core** y **HSA Value**, tendrá acceso a una HSA. Se trata de una cuenta de ahorros para la salud, que le permite aportar fondos antes de impuestos para pagar los gastos de atención médica elegibles ahora o en el futuro, incluida la jubilación. La Compañía también le proporciona fondos para su HSA.

Otra diferencia con **HSA Core** y **HSA Value** es que usted utilizará **coordinadores de Quantum Health** que son enfermeros, expertos en beneficios y especialistas en reclamos que harán todo lo necesario para apoyar sus necesidades únicas de atención médica y beneficios. (Con Coupe PPO, cuenta con un asistente de salud de Coupe).

Coupe PPO

Con **Coupe PPO**, usted recibe *por adelantado* el costo total (su copago) de las visitas y los procedimientos de atención médica antes de solicitar atención. Empieza buscando proveedores/médicos en la aplicación o el sitio web de Coupe o llamando a un asistente de salud de Coupe para que lo ayude a encontrar un proveedor de alta calidad. Su **asistente de salud de Coupe** también puede ayudarlo a resolver dudas sobre facturación, proveedores o planes.* Coupe Health clasifica a los proveedores en tres categorías de copago en función de su calidad y eficacia:



Nota: Los costos no incluyen los de los medicamentos recetados. Cuando necesite medicamentos recetados, pagará una parte del costo mediante copagos o coseguro, como con **HSA Core** y **HSA Value**.

Cómo pagará los servicios cuando necesite acudir a un proveedor

HSA CORE Y HSA VALUE

-  **ENCUENTRE** un proveedor dentro de la red.
-  **RECIBA ATENCIÓN.**
-  **PAGUE** su deducible/coseguro en el momento del servicio.
-  **EL PLAN PAGA** su parte.
-  **DECIDA** si quiere pagar la parte que le corresponde de gastos de bolsillo o utilizar su HSA. Si no usa su HSA ahora, puede ahorrar los fondos para gastos elegibles en el futuro.

COUPE PPO

-  **BUSQUE** su afección/sus servicios de tratamiento en la aplicación o el sitio web de Coupe.
-  **CONSULTE** precios de proveedores cercanos en los distintos niveles.
-  **ELIJA** el proveedor adecuado para usted en el nivel con el que se siente cómodo.
-  **RECIBA ATENCIÓN.**
-  **PAGUE** al proveedor el precio asignado en el momento del servicio.
-  **EL PLAN PAGA** su parte.
-  **DECIDA** si quiere pagar la parte que le corresponde de gastos de bolsillo o, si está inscrito, utilizar su FSA de atención médica.

* El programa de Lantern no se aplica a Coupe PPO.

Resumen de sus opciones médicas

 = Solo empleado

 = Empleado + dependientes

CATEGORÍA		HSA CORE		HSA VALUE	
		Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual		\$7,000	\$14,000	\$2,500	\$5,000
		\$14,000 ¹	\$28,000 ¹	\$5,000 ²	\$10,000 ²
Coseguro (lo que paga después de alcanzar el deducible)		Usted paga el 0 % después de alcanzar el deducible y el gasto máximo de bolsillo		Usted paga el 20 % después de alcanzar el deducible	Usted paga el 50 % después del deducible
Gasto máximo de bolsillo anual (combinación de gastos médicos y de medicamentos recetados)		\$7,000	\$14,000	\$5,000	\$10,000
		\$14,000 ¹	\$28,000 ¹	\$10,000 ²	\$19,600 ²
Atención preventiva (por ejemplo, exámenes físicos anuales, vacunas contra la gripe, mamografías, consultas de control pediátrico)		GRATIS		GRATIS	Usted paga el 50 % después de alcanzar el deducible
Visitas al consultorio		Usted paga el 0 % después de alcanzar el deducible y el gasto máximo de bolsillo		Usted paga el 20 % después de alcanzar el deducible	Usted paga el 50 % después de alcanzar el deducible
Sala de emergencias ³		Usted paga el 0 % después de alcanzar el deducible y el gasto máximo de bolsillo		Usted paga el 20 % después de alcanzar el deducible	Usted paga el 20 % después de alcanzar el deducible si se trata de una verdadera emergencia; en caso contrario, el 50 % después de alcanzar el deducible
Deducible + coseguro + copago = gasto máximo de bolsillo anual Una vez alcanzado el gasto máximo de bolsillo, los beneficios de LSC pagan el 100 % de los servicios cubiertos.					
Medicamentos recetados — Usted paga ⁴ :					
		Venta al por menor y orden por correo (después de alcanzar el deducible y el gasto máximo de bolsillo)		Venta al por menor y orden por correo (después de alcanzar el deducible)	
• Genérico • De marca en el formulario • De marca fuera del formulario • Especializado		0 %		20 %	

1. En el caso de HSA Core, ningún miembro de su familia paga más que el deducible individual, que es lo mismo que el gasto máximo de bolsillo individual, antes de que el plan empiece a pagar el 100 % de los gastos cubiertos. Por ejemplo, si su cónyuge cubierto tiene una hospitalización e incurre en \$11,000 de gastos cubiertos, él/ella pagaría \$7,000 para alcanzar el deducible individual y el gasto máximo de bolsillo, y el plan pagaría \$4,000. El plan también empezaría a pagar el 100 % de los gastos cubiertos de su cónyuge durante el resto del año. Después de que los gastos totales de todos los miembros de la familia inscritos alcancen el deducible familiar, el plan empieza a pagar el 100 % de los gastos cubiertos para todos.
2. En el caso de HSA Value, no hay un límite individual para el deducible; el plan empieza a pagar los beneficios de los reclamos de un individuo solo después de que se haya alcanzado el deducible total de la categoría de cobertura (por ejemplo, familiar), incluso si esos gastos los realiza un solo individuo. Sin embargo, el gasto máximo de bolsillo funciona de forma diferente. Ningún miembro de su familia paga más del gasto máximo de bolsillo individual antes de que el plan comience a pagar el 100 % de los gastos cubiertos.
3. Si acude a la sala de emergencias para servicios que no son de emergencia, se le cobrarán \$500 adicionales que NO se tendrán en cuenta para el deducible ni para el gasto máximo de bolsillo.
4. Ciertos medicamentos preventivos están cubiertos al 100 % por los beneficios de LSC, por lo que usted no paga nada, y ciertos medicamentos preventivos se aplican directamente al gasto máximo de bolsillo. HSA Core y HSA Value: llame a Quantum Health si tiene alguna pregunta. Coupe PPO: llame al asistente de salud de Coupe. Si utiliza un descuento, como un cupón de un fabricante de medicamentos, solo el monto que pague de su bolsillo se aplicará a su deducible anual y a su gasto máximo de bolsillo.

Resumen de sus opciones médicas *(continuación)*

	COUPE PPO			
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	Fuera de la red
Deducible	\$0			
Gasto máximo de bolsillo	\$6,500 (solo empleado)/ \$13,000 (empleado + dependientes)			NA
Atención preventiva	\$0			
Visita al consultorio de un médico de atención primaria	\$35	\$70	\$105	\$200
Visita al consultorio de un especialista	\$75	\$150	\$225	\$350
MEDICAMENTOS RECETADOS	VENTA AL POR MENOR		PEDIDO POR CORREO	
Genéricos	20 % (\$20 mín./\$50 máx.)		20 % (\$50 mín./\$125 máx.)	
De marca preferidos	20 % (\$60 mín./\$95 máx.)		20 % (\$150 mín./\$237.50 máx.)	
De marca no preferidos	30 % (\$75 mín./\$150 máx.)		30 % (\$187.50 mín./\$375 máx.)	
Especializados	\$250		No se permite el suministro para más de 30 días	

Nota: Puede consultar la lista completa de copagos en mylscbenefits.com.



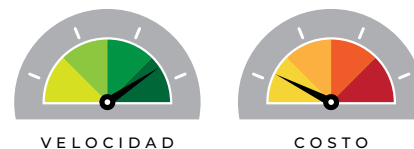
DÓNDE ACUDIR PARA RECIBIR ATENCIÓN



Teladoc Health

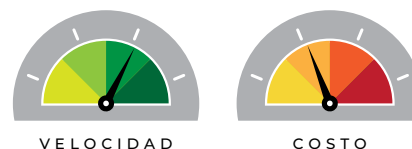
Una de las opciones más rápidas y de menor costo es Teladoc Health. Con Teladoc Health, puede hablar con un médico o especialista en salud conductual con licencia en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, directamente desde su teléfono o computadora.

Teladoc Health también ofrece atención primaria virtual, que le permite establecer una relación continua con un proveedor que puede hacerle controles de rutina, controlar afecciones crónicas y ponerlo en contacto con atención en persona cuando sea necesario, todo al menor costo. Consulte la página 18 para obtener más información sobre Teladoc Health.



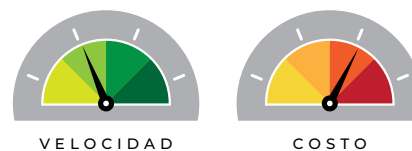
Médico de atención primaria

Puede consultar en persona a su médico de atención primaria (PCP) dentro de la red para recibir atención preventiva gratuita y para las necesidades de salud cotidianas.



Atención urgente

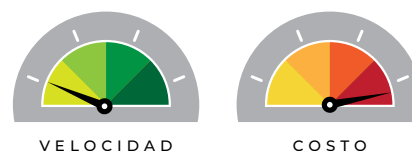
Los centros de atención de urgencia son una buena opción si necesita ayuda de manera rápida y la situación no representa una amenaza para la vida. Por ejemplo, si tiene un esguince de tobillo, una infección grave de oído o fiebre alta que necesita atención inmediata y el consultorio de su médico de atención primaria (PCP) no está disponible.



Sala de emergencias

La sala de emergencias solo debe usarse para verdaderas emergencias, como dolor en el pecho, dificultad para respirar o una lesión grave, como un hueso roto por un accidente automovilístico.

Y recuerde que **si acude a la sala de emergencias para servicios que no son de emergencia, pagará \$500 adicionales.**



CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)

Si se inscribe en la opción médica HSA Core o HSA Value, tendrá acceso a una cuenta de ahorro única con ventajas fiscales denominada cuenta de ahorros para la salud o HSA. Puede utilizar esta cuenta para pagar los gastos de atención médica elegibles que les correspondan a usted y a sus dependientes elegibles, libres de impuestos a efectos del impuesto federal sobre la renta (las leyes estatales pueden variar).

Conceptos básicos sobre el uso de una cuenta de ahorros para la salud



LSC LE DA DINERO

La Compañía aporta a su HSA para ayudarlo a pagar los gastos médicos elegibles. Consulte su hoja de tarifas en mylscbenefits.com para conocer el monto y los detalles adicionales.

NOTA: Tendrá que renunciar al aporte de la Compañía a la HSA si sigue trabajando más allá de los 65 años (es decir, si se vuelve elegible para Medicare) o si no desea recibir el aporte de la empresa.



AÑADA SU PROPIO DINERO

Elija una cantidad para reservar en su HSA durante el año, hasta los límites del IRS indicados en la página 15. El dinero proviene de su nómina, antes de impuestos y en incrementos, cada día de pago.

Puede iniciar, detener o ajustar el monto en cualquier momento del año.

UTILICE SU HSA PARA PAGAR

Utilice su tarjeta de HSA como una tarjeta de débito para gastos médicos, odontológicos y oftalmológicos elegibles (por ejemplo, cuando el médico le envíe una factura o cuando retire un medicamento recetado).

El dinero permanece en su cuenta hasta que lo gasta, ya sea mañana, dentro de dos años o dentro de dos décadas.

Características principales de una cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Disfrute de la triple ventaja fiscal	El dinero que ingresa en su HSA: 1) Es antes de impuestos federales. 2) No se grava si se utiliza para gastos calificados. 3) Puede generar ingresos, que no están sujetos a impuestos federales.
Impulse sus ahorros	La Compañía aportará a su HSA. Puede utilizar este dinero para ayudar a pagar los gastos elegibles.
Sea el propietario de la cuenta	Los fondos de la HSA son suyos, incluido el aporte de la Compañía, incluso si cambia de plan médico o deja la Compañía.
Controle cómo la usa	Utilice los fondos de su HSA para gastos calificados, o pague de su bolsillo y guarde sus fondos para más adelante.
Invierta sus ahorros	Tiene la posibilidad de invertir en diversas opciones una vez que el saldo de su HSA alcance un nivel mínimo de \$1,000.
Ahorre para gastos médicos en el futuro	Al acumular los fondos de su HSA de un año a otro, podrá usar el dinero para gastos médicos futuros, incluso durante la jubilación.

Límites de aportes a la cuenta de ahorros para la salud para 2026

El IRS establece límites sobre la cantidad que puede añadir a su HSA cada año. El monto combinado para 2026 de lo que aporta la Compañía y lo que aporta usted no puede ser superior a:

- **\$4,400** (cobertura médica individual)
- **\$8,750** (todos los demás niveles de cobertura médica)

Las personas mayores de 55 años también pueden realizar un aporte complementario de **\$1,000**.



CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

Las FSA le permiten pagar los gastos elegibles de atención médica o de cuidado de dependientes antes de impuestos a través de deducciones de nómina. A diferencia de las HSA, que se renuevan cada año, las FSA se consideran cuentas que funcionan bajo la regla “úselo o piérdalo”. Los fondos no utilizados se pierden al final del año calendario. Se ofrecen tres tipos de FSA:

	FSA DE ATENCIÓN MÉDICA DE USO COMPLETO	FSA DE ATENCIÓN MÉDICA DE USO LIMITADO	FSA PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES
Quién puede participar	Todos los empleados elegibles para beneficios que no estén inscritos en las opciones médicas HSA Core o HSA Value	Empleados inscritos en las opciones médicas HSA Core y HSA Value	Todos los empleados elegibles para beneficios
Cuánto puede aportar anualmente	Hasta \$3,300	Hasta \$3,300	Hasta \$7,500 para individuos o parejas casadas que presentan declaraciones de impuestos conjuntas Hasta \$3,750 si está casado y presentan declaraciones de impuestos por separado
	Los aportes a la FSA para empleados altamente remunerados pueden verse limitados en función del resultado de determinadas pruebas de no discriminación impuestas a las FSA por el IRS.		
Gastos elegibles	Gastos médicos, de medicamentos recetados, de atención odontológica y oftalmológica que su seguro no paga: consulte la Publicación 502 del IRS para obtener una lista completa.	Solo gastos dentales y de la vista hasta que alcance el deducible de su plan médico. Una vez que alcance el deducible del plan médico y envíe el formulario de verificación correspondiente para su aprobación, los fondos también se pueden usar para gastos médicos.	Guardería, preescolar y cuidado después de la escuela de un hijo dependiente menor de 13 años o de un dependiente fiscal que es física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo
Disponibilidad de fondos	Podrá disponer de la totalidad del monto al inicio del año o al mes siguiente de afiliarse al plan.		Los fondos están disponibles a medida que se retienen de su salario y se depositan en su cuenta.
Acceso a su cuenta	Puede utilizar la tarjeta de débito de HealthEquity o presentar reclamos directamente para obtener el reembolso.	Para los gastos odontológicos y oftalmológicos, puede utilizar su tarjeta de débito de HealthEquity o presentar reclamos directamente para obtener el reembolso. También puede utilizar la tarjeta de débito de HealthEquity para gastos médicos (una vez que sea elegible y si declara ante HealthEquity que ha alcanzado el deducible de su plan médico).	Puede presentar reclamos directamente para obtener el reembolso.
Verificación de los reclamos	HealthEquity aplicará los fondos de reembolso de reclamos futuros a los reclamos no verificados hasta que el monto se abone en su totalidad.		
“Úselo o piérdalo”	En general, tiene hasta el 31 de marzo de 2027 para presentar reclamos por servicios recibidos durante el año del plan 2026. Los fondos de la FSA no utilizados se pierden, ¡así que planifique estratégicamente!		
Si finaliza su relación laboral o pone fin al plan como parte de un evento de vida calificado	La cobertura de su FSA termina en la fecha de finalización de la relación laboral. Puede solicitar el reembolso de los gastos elegibles en los que haya incurrido hasta la fecha del cambio de situación laboral. Tiene hasta el 31 de marzo de 2027 para presentar los reclamos de reembolso de los servicios recibidos durante el año del plan 2026 hasta la fecha de finalización de la relación laboral. No puede presentar reclamos por servicios recibidos después de la fecha de finalización de la relación laboral. Usted pierde los fondos que queden en su cuenta después de que se hayan pagados todos los reclamos calificados, a menos que se inscriba en la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA).		

APOYO DE LOS PLANES MÉDICOS

Asistencia de expertos en atención médica

Nunca tendrá que resolver las cosas solo. Todas nuestras opciones de planes médicos brindan apoyo personalizado cuando más lo necesita.

Si está inscrito en **HSA Core** o **HSA Value**, recibirá ayuda de los **coordinadores de atención médica de Quantum**.

Tres formas de conectarse con los coordinadores de Quantum Health

 Descargar la aplicación de Quantum Health	Conéctese a través de mylscbenefits.com	Llame al 1-844-460-2803
--	---	---

Si está inscrito en **Coupe PPO**, lo ayudará un **asistente de salud de Coupe**.

Tres formas de conectarse con un asistente de salud de Coupe

 Descargue la aplicación de Coupe Health	Conéctese a través de mylscbenefits.com	Llame al 1-800-882-5158
---	---	---

Más allá del plan que elija, estos recursos sirven para orientarlo con su atención médica y sus beneficios.



Acceda a un médico o especialista en salud conductual con licencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días al año con Teladoc Health

Cuando necesite atención rápida pero no pueda acudir a su médico habitual, puede utilizar Teladoc Health para atención primaria, cuestiones médicas no urgentes, apoyo a la salud mental y conductual e incluso dermatología.

Teladoc Health le permite incluso elegir un médico de atención primaria (PCP) virtual y que todas sus visitas habituales y por enfermedad sean realizadas por el mismo proveedor, independientemente de dónde viva o cuándo necesite atención. Su proveedor de Teladoc Health puede derivarlo, si es necesario, a especialistas en la comunidad. Incluso puede solicitar los análisis de laboratorios, las radiografías y los estudios de diagnóstico por imágenes necesarios.

Y es una de las opciones más asequibles. Las consultas virtuales cuestan solo **\$10 en todos los planes médicos**. Para quienes tienen **HSA Core** o **HSA Value**, esos \$10 se aplican a su deducible. Para los miembros de **Coupe PPO**, no hay ningún deducible. Teladoc Health es conveniente, asequible y lo ayuda a mantenerse al tanto de su salud dondequiera que esté.

Tres formas de acceder a Teladoc Health



Descargue la
aplicación de Teladoc

Visite

Teladoc.com/Primary360.com

Llame al **1-800-Teladoc**
(835-2362)

las 24 horas del día, los 7 días
de la semana



Acabe con el dolor musculoesquelético con Hinge Health

Si se inscribe en una de las opciones de planes médicos, usted y cualquier dependiente cubierto mayor de 18 años tendrán acceso **GRATUITO** a Hinge Health, un innovador programa digital diseñado para **ayudar a reducir el dolor crónico de espalda, cadera o rodilla**. Este programa de ejercicios digitales se puede realizar en cualquier lugar y en cualquier momento. Su programa personalizado puede incluir sensores portátiles para guiar los estiramientos, terapia de ejercicios personalizada y asesoramiento de salud individualizado ilimitado.

Lantern: su guía para la mejor atención quirúrgica

No se aplica a Coupe PPO

Utilizar un cirujano de Lantern lo ayuda a recibir una atención excelente y a ahorrar dinero. Lantern proporciona recursos para ayudarlo a tomar decisiones con respecto a su atención, lo que incluye cómo encontrar un cirujano certificado.

Y, al recurrir a un cirujano de Lantern, pagas menos por la atención. Lo máximo que pagará por una cirugía cubierta es \$1,700 si tiene cobertura solo para empleados y \$3,400 si tiene cobertura familiar.

Para que se cubran las cirugías de columna, articulaciones y bariátricas, es necesario recurrir a un cirujano de Lantern. Recurrir a un médico especializado y acreditado para estos procedimientos importantes ayuda a los participantes a obtener mejores resultados y a ahorrar, en promedio, entre \$2,000 y \$4,000.

Otros procedimientos habituales cubiertos por Lantern incluyen los siguientes:

- Otorrinolaringología
- Cirugía cardíaca
- Cirugía general
- Gastroenterología
- Urología
- Ortopedia

Y además, **trabajar con Lantern es muy fácil**. Usted efectúa un único pago por todos los servicios desde el ingreso hasta el alta, lo que incluye el cirujano, el centro, la anestesia y más. No más facturas múltiples ni confusas.

Tres formas de conectarse con Lantern

 Descargue la aplicación de Lantern	Regístrese en my.lanternhealth.com	Llame al 1-844-460-2803
--	--	---------------------------------------

* Los gastos quirúrgicos se pagan antes de la cirugía.

Atención oncológica superior a través de Carrum Health

Carrum Health colabora con los principales centros oncológicos de excelencia del país para ofrecerle el mejor tratamiento disponible, basado en las últimas investigaciones. Si a usted o a uno de sus dependientes cubiertos se les diagnostica cáncer, Carrum Health lo pondrá en contacto con expertos en atención oncológica que consultarán con su proveedor para asegurarse de que tiene el diagnóstico correcto y un plan de tratamiento adaptado a usted.

Tendrá acceso a enfermeros orientadores que lo ayudarán a resolver sus dudas y le proporcionarán apoyo virtual hasta dos años después del tratamiento inicial. Este beneficio de atención oncológica le permite obtener una segunda opinión, sin costo adicional, para asegurarse de que recibe el tratamiento adecuado. Este programa está a su disposición y a disposición de sus dependientes mayores de 18 años si están inscritos en una de las opciones de planes médicos.

Detección del cáncer con Galleri

A medida que envejecemos, nuestras necesidades atención médica cambian. Después de los 50 años, el riesgo de tener cáncer es 13 veces mayor. Cuando los cánceres se detectan antes de que se diseminen, la tasa de supervivencia global es 4 veces mayor que cuando se diagnostican en fases avanzadas.

Con una simple extracción de sangre, la prueba Galleri® detecta una señal compartida de cáncer en más de 50 tipos diferentes. Se trata de una innovadora prueba de detección temprana de múltiples tipos de cáncer, y somos una de las primeras compañías en ofrecerla como beneficio de atención preventiva para usted y sus dependientes elegibles mayores de 50 años si están inscritos en uno de nuestros planes médicos.

Manténgase saludable a su manera con Omada para la hipertensión y la diabetes

Si usted o un dependiente cubierto mayor de 18 años están en riesgo de diabetes tipo 2 o enfermedad cardíaca, el programa Omada se incluye en su cobertura médica **sin costo adicional**. Este programa personalizado combina herramientas y apoyo para ayudarlo a realizar cambios duraderos, ya sea en torno a la alimentación, la actividad, el sueño o el estrés.

Wondr Health

Aprenda a perder peso y a mejorar su salud comiendo los alimentos que más le gustan. Wondr es un programa personalizado y **GRATUITO** que puede ayudarlo a desarrollar las habilidades, los hábitos y la mentalidad necesarios para comer de forma correcta. Este programa está a su disposición y a disposición de sus dependientes mayores de 18 años si están inscritos en una de las opciones de planes médicos.



PLAN ODONTOLÓGICO Y OFTALMOLÓGICO

Tanto el plan odontológico como el plan oftalmológico tienen dos niveles de cobertura que puede elegir. Ambos niveles de cobertura ofrecen servicios similares y utilizan los mismos proveedores dentro de la red. Pero los precios que usted pague serán diferentes.

Detalles odontológicos | MetLife

El cuidado dental es una pieza crucial de su salud general. Ambos planes ofrecen dos limpiezas al año. Así que no olvide programar sus controles dentales para mantener sus dientes tan relucientes como siempre.

Descripción del beneficio	METLIFE PPO	METLIFE PPO PLUS
	DENTRO DE LA RED Y FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED Y FUERA DE LA RED
Deducible (no se aplica deducible para los servicios de tipo A)	\$50 individual/ \$150 familiar	\$50 individual/ \$150 familiar
Beneficio anual máximo, sin ortodoncia	\$1,500 por persona	\$2,000 por persona
Ortodoncia de por vida, beneficio máximo	No cubierto	\$2,000 por persona que recibe tratamiento de por vida
Servicios preventivos: tipo A (exámenes ¹ , limpiezas, radiografías de aleta de mordida ² , aplicación de flúor, selladores ³ , etc.)	GRATIS	GRATIS
Servicios básicos: tipo B (empastes ⁴ , radiografías de boca completa, extracciones de rutina, periodoncia no quirúrgica, cirugía oral, etc.)	Usted paga el 50 % después de alcanzar el deducible	Usted paga el 20 % después de alcanzar el deducible
Servicios especializados: tipo C (coronas, dentaduras postizas, puentes, implantes, aparatos para el bruxismo ⁵ , cirugía periodontal, extracciones quirúrgicas de dientes retenidos, endodoncia, anestesia general, etc.)	Usted paga el 50 % después de alcanzar el deducible	Usted paga el 50 % después de alcanzar el deducible
Ortodoncia: tipo D	No cubierto	Usted paga el 50 % después de alcanzar el deducible

1. Incluye 4 visitas de mantenimiento periodontal al año; 1 visita por problema específico al año.

2. 2 al año para los niños y 1 al año para los adultos.

3. 1 cada 60 meses hasta los 19 años.

4. Cubre los empastes de composite en los molares.

5. 1 sustitución en 24 meses.

Detalles del plan oftalmológico | EyeMed

Nuestros ojos cambian con el tiempo, y visitar a su oftalmólogo con regularidad puede ayudar a identificar señales de enfermedad ocular en una etapa temprana, cuando el tratamiento puede tener el mayor impacto en la preservación de la vista.

Descripción del beneficio	EYEMED		EYEMED MEJORADO	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Frecuencia del servicio de la vista (meses)	- Examen cada 12 meses¹ - Marco cada 12 meses - Marco cada 12 meses			
Examen de la vista de rutina	Copago de \$10	Asignación de hasta \$35	Copago de \$0	Asignación de hasta \$35
Imágenes de la retina	Copago de \$0	Asignación de hasta \$20	Copago de \$0	Asignación de hasta \$20
Marcos	Copago de \$0, asignación de \$130; 20 % de descuento en el exceso sobre \$130	Asignación de hasta \$60	Copago de \$0, asignación de \$170; 20 % de descuento en el exceso sobre \$170	Asignación de hasta \$80
Lentes (monofocales) ²	Copago de \$20	Asignación de hasta \$25	Copago de \$10	Asignación de hasta \$25
Lentes de contacto ²	Copago de \$0, asignación de \$150; 15 % de descuento en el exceso sobre \$150	Asignación de hasta \$150	Copago de \$0, asignación de \$170; 15 % de descuento en el exceso sobre \$170	Asignación de hasta \$150
Servicios para diabéticos	EYEMED Y EYEMED MEJORADO			
	DENTRO DE LA RED		FUERA DE LA RED	
Examen ocular de seguimiento médico	Copago de \$0		Asignación de hasta \$77	
Examen de fotografía del fondo de ojo	Copago de \$0		Asignación de hasta \$50	
Oftalmoscopia ampliada (inicial y posterior)	Copago de \$0		Asignación de hasta \$15	
Gonioscopia	Copago de \$0		Asignación de hasta \$15	
Barrido láser	Copago de \$0		Asignación de hasta \$33	

1. Examen cada 6 meses para los niños menores de 19 años.

2. **IMPORTANTE:** El beneficio cubre las lentes de contacto O los lentes con marco, pero no ambos. Tenga en cuenta también que puede haber descuentos disponibles. Regístrese como miembro en eyemed.com para recibir ofertas especiales.

COBERTURA ADICIONAL, ATENCIÓN MÉDICA COMPLEMENTARIA



Puede optar por inscribirse en estos valiosos planes complementarios de atención médica ofrecidos a través de MetLife. Cada uno ofrece una capa adicional de seguridad y tranquilidad. Considere el seguro por enfermedades críticas, accidentes y hospitalización como un complemento, no un reemplazo, de su cobertura médica. La cobertura es totalmente transferible, por lo que puede llevársela con usted si deja LSC por cualquier motivo.

Seguro por enfermedad crítica

Obtenga ayuda económica cuando se presente una enfermedad grave. El plan paga un beneficio de suma global (\$10,000 o \$20,000) al asegurado cuando se le diagnostica una enfermedad grave como: ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal en etapa terminal, insuficiencia orgánica grave o cáncer invasivo.

Seguro contra accidentes

No siempre se pueden evitar los accidentes, pero sí puede protegerse de los gastos relacionados con ellos que suponen una carga para su presupuesto. El plan paga un beneficio de suma global al asegurado cuando un accidente cubierto provoca una lesión como un hueso roto, conmoción cerebral o laceración. También hay cobertura para ayudar con el costo de traslado en ambulancia, fisioterapia y cirugía hospitalaria.

Indemnización hospitalaria

No deje que la carga económica de una visita al hospital lo agobie. El plan realiza un pago en efectivo cuando un accidente o una enfermedad elegible lo hospitaliza a usted o a un familiar cubierto: \$350 por un ingreso hospitalario y \$200 diarios durante un máximo de 31 días por una hospitalización.

Visite mylscbenefits.com para obtener más información sobre los beneficios de atención médica complementarios, lo que incluye una sesión informativa para empleados y los documentos del plan de MetLife.



ACTÚE.

Obtenga hasta \$150 por realizar exámenes de salud

Usted y sus dependientes cubiertos pueden ser recompensados, cada uno, con \$50 por completar un examen o una prueba de salud, desde exámenes físicos anuales hasta colonoscopias y mamografías. Puede ganar \$50 por cada cobertura de atención médica complementaria en la que se inscriba (seguro contra accidentes, seguro por enfermedades graves e indemnización hospitalaria) hasta un máximo de \$150 por participante cubierto.



MÁS FORMAS DE ASEGURAR SU BIENESTAR



Proteger las necesidades financieras de bienestar de su familia es importante para la Compañía. Por eso ofrecemos coberturas de seguro por discapacidad, de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D).

Discapacidad

Ofrecemos un seguro por discapacidad para ayudar a proteger sus necesidades financieras y las de su familia en caso de accidente o enfermedad.

Discapacidad a corto plazo (STD)

Si está sin trabajo debido a una enfermedad, y si The Hartford lo aprueba para beneficios por discapacidad a corto plazo (STD), sus beneficios por discapacidad comenzarán después de un período de espera de 7 días. Su cobertura por STD paga un beneficio semanal del 60 % de sus ganancias previas a la discapacidad durante un máximo de 26 semanas.

Proporcionado por los beneficios de LSC sin costo alguno para usted

Seguro básico por discapacidad a largo plazo (LTD)

En caso de que su discapacidad supere el período de STD y The Hartford lo apruebe para los beneficios por LTD, sus beneficios por LTD comenzarán el día 181 de la afección que lo incapacitó (duración determinada por el plan). Este beneficio le paga el 50 % de sus ganancias mensuales, hasta \$10,000 por mes.

Aumento opcional de seguro por discapacidad a largo plazo (LTD)

Puede adquirir un 10 % adicional de la cobertura por LTD, por lo que recibiría un beneficio total por LTD del 60 % de sus ingresos previos a la discapacidad, hasta \$10,000 al mes. Esta cobertura por LTD adicional puede ayudar a proteger sus ingresos y pagar sus facturas mientras se recupera.

Se requiere evidencia de asegurabilidad (EOI) para el aumento opcional de seguro por LTD si lo elige por primera vez, pero no si es recientemente elegible para la cobertura. Sin embargo, si se volvió elegible recientemente y espera hasta una inscripción anual futura para elegir esta cobertura, deberá enviar la EOI.



Cobertura de seguro de vida y por AD&D

Seguro de vida básico

Para ayudar a remediar la carga financiera que puede suponer para usted y su familia un fallecimiento o una lesión grave, le ofrecemos un seguro de vida básico de una vez su salario base hasta un máximo de \$300,000, **sin costo alguno para usted.**

Seguro de vida opcional y por AD&D

Tiene la posibilidad de adquirir una cobertura de seguro adicional para usted y su familia. Puede proporcionarle una capa adicional de protección y tranquilidad.

Los costos se deducen de su nómina. Si deja LSC, puede llevarse esta cobertura pagando las primas directamente a MetLife, siempre que decida hacerlo a tiempo. Para más información, comuníquese con MetLife.

Resumen del programa de seguro de vida

	LÍMITES DE COBERTURA
Seguro de vida básico <i>(pagado por la Compañía)</i>	1 vez el salario base anual hasta un máximo de \$300,000 ¹
Seguro de vida opcional para empleados	De 1 a 8 veces su salario base anual hasta un máximo (combinación del seguro de vida básico y opcional) de \$2 millones Solo para empleados nuevos y recientemente elegibles: pueden elegir hasta 3 veces el salario base anual hasta un máximo de \$500,000 sin prueba de asegurabilidad Elección nueva o aumento de la cobertura: deberá presentar una prueba de asegurabilidad
Seguro de vida opcional para cónyuges	Desde \$10,000 hasta \$200,000 ² Solo para empleados nuevos y recientemente elegibles: puede elegir hasta un máximo de \$25,000 sin prueba de asegurabilidad Elección nueva o aumento de la cobertura: deberá presentar una prueba de asegurabilidad
Seguro de vida infantil opcional	Opciones de \$5,000, \$10,000, \$15,000, \$20,000, \$25,000
Seguro por AD&D opcional <i>solo para empleados o familia</i>	De 1 a 8 veces su salario base anual hasta un máximo de \$2 millones

1. El monto de la cobertura para los empleados activos de 65 años o más está sujeta a reducciones anuales por edad de conformidad con el plan. Para obtener más información, consulte el Cronograma de beneficios y el Certificado de cobertura de seguro de vida en mylscbenefits.com.
2. El monto que elija para el seguro de vida opcional para el cónyuge no puede superar el total del monto de su seguro de vida básico para empleados más cualquier cobertura de vida opcional para empleados.



IMPORTANTE: Si elige la cobertura opcional por AD&D para su familia, deberá indicar a qué dependientes desea inscribir en dicha cobertura.

El monto opcional por AD&D que recibiría un beneficiario tras la aprobación de un reclamo varía en función de si se trata de un empleado o de un dependiente cubierto:

- El monto para un cónyuge elegible es el 60 % del monto del empleado si no hay hijos (hasta un máximo de \$750,000).
- El monto para un hijo dependiente elegible es el 25 % del monto del empleado si no hay cónyuge (hasta un máximo de \$250,000).
- Si hay cónyuge E hijos, el monto para un cónyuge elegible es el 50% del monto del empleado (hasta un máximo de \$750,000), y el monto para hijos elegibles es el 20 % del monto del empleado (hasta un máximo de \$150,000).

No puede cubrir a otro empleado como cónyuge o hijo en virtud del seguro de vida y por AD&D. Además, si aumenta su cobertura de seguro de vida y se encuentra en licencia, el aumento no entrará en vigor hasta que vuelva a trabajar activamente.

Recuerde designar a sus beneficiarios

Su beneficiario es la persona o sus beneficiarios son las personas que usted elige para que reciban los beneficios de su plan si usted fallece. Designe a sus beneficiarios durante la inscripción para que no se le olvide, pero sepa que puede volver atrás y cambiarlo en cualquier momento del año.

- Seguro de vida: mylscbenefits.com o 1-888-681-2241.
- Cuenta de ahorros para la salud (HSA): healthequity.com o 1-844-281-0928.
- Seguro de enfermedad crítica/accidente de MetLife: metlife.com/mybenefits o 1-888-447-8996.
- Plan de ahorro LSC 401(k): empower-retirement.com/participant o 1-844-243-4773.



PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

Conceptos básicos del EAP

Estrés y ansiedad cotidianos. Una muerte en la familia. Un hijo que se va a la universidad. Una mudanza de un extremo a otro del país. No se ocupe de estas cosas solo. Recurra al EAP las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener apoyo y recursos para ayudar a equilibrar los desafíos de la vida. El EAP proporciona información confidencial y orientación sobre: gestión del estrés, depresión y ansiedad, problemas matrimoniales y de pareja, búsqueda de cuidados para un padre anciano, problemas legales, planificación financiera y más. Usted queda inscrito automáticamente en este beneficio y los Beneficios de LSC cubren el costo porque apoyar su tranquilidad es una prioridad.

Tres formas de conectarse con el EAP

Llame al **1-877-409-1488** para hablar con un especialista profesional y obtener apoyo confidencial. Lo escucharán, le ofrecerán recursos y lo orientarán en la dirección correcta si necesita herramientas adicionales.

Visite **carelonwellbeing.com/LSC**. Allí encontrará más recursos en línea y tendrá acceso a artículos, vídeos y archivos de audio sobre temas que le facilitarán la vida. También puede iniciar sesiones virtuales o registrarse para hablar con un consejero.

Visite **talkspace.com/carelonwellbeing** (ingrese: LSC Communications) y conéctese virtualmente con un consejero con licencia para que pueda expresar lo que siente, dondequiera que esté, desde la comodidad de su teléfono o computadora portátil.

6 SESIONES DE ASESORAMIENTO TOTALMENTE GRATUITAS:

puede reservar hasta seis sesiones de asesoramiento presenciales o virtuales por problema y al año, ¡totalmente GRATIS! Cada miembro de su hogar es elegible para un máximo de 6 sesiones, ya sea que esté inscrito en otros beneficios de LSC o no.

1

2

3

4

5

6



PROGRAMA DE DESCUENTOS BENEFITHUB

Con BenefitHub, puede encontrar descuentos en viajes, entradas para conciertos, eventos deportivos y más. Puede transformar cada compra con tarjetas de regalo digitales con descuento del 3 % al 12 % de más de 100 marcas, y se agregan nuevas marcas periódicamente. Maximice sus ahorros con ofertas, promociones y recompensas de Cash Back.

Cómo registrarse

Visite lscommunications.benefithub.com para registrarse en BenefitHub:

- Si es la primera vez que inicia sesión, haga clic en el enlace “Don’t have an account? Sign up” (¿No tiene una cuenta? Regístrese).
- El código de referencia de registro que debe utilizar es 83ZM9A.
- Complete la información solicitada para finalizar su registro.



CONTACTOS ÚTILES PARA 2026

PROVEEDOR/BENEFICIO	SITIO WEB	TELÉFONO U HORARIO DE ATENCIÓN
Centro de Beneficios de LSC Información personalizada sobre beneficios e inscripción	mylscbenefits.com	1-888-681-2241 de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora central
HSA Value y HSA Core Quantum Health para sus beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de Blue Cross and Blue Shield	mylscbenefits.com  Descargue la aplicación de Quantum Health desde App Store o Google Play Store	1-844-460-2803 de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9:00 p. m., hora central
Coupe PPO Coupe Health para sus beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de Blue Cross and Blue Shield	mylscbenefits.com  Descargue la aplicación de Coupe Health desde App Store o Google Play Store	1-800-882-5158 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora central
BenefitHub Programa de descuentos	lsccommunications.benefithub.com	NA
Carelon Programa de Asistencia al Empleado (EAP) y asesoramiento sobre el consumo de tabaco	carelonwellbeing.com/LSC	1-877-409-1488 , las 24 horas del día, los 7 días de la semana
COBRA y servicios de facturación	cobraandbillingservices.com	1-833-874-1600 de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora central
Carrum Health Atención oncológica	carrum.me/LSC	HSA Value y HSA Core: llame a Quantum Health al 1-844-460-2803 Coupe PPO: llame a un asistente de salud de Coupe al 1-800-882-5158
eHealthScreenings Programa de bienestar	ehealthscreenings.com/registrarse (consulte la página 7 para obtener instrucciones)	1-888-708-8807 , de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m., hora central
Empower Retirement Plan de ahorro 401(k)	empower-retirement.com/participant	1-844-243-4773 , de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 9:00 p. m., hora central
EyeMed Plan oftalmológico	eyemed.com	1-866-723-0514 , de lunes a sábado, de 6:30 a. m. a 10:00 p. m., hora central; domingo, de 10:00 a. m. a 7:00 p. m., hora central 1-866-299-1358 (para posibles miembros)
Galleri Detección del cáncer a partir de los 50 años	galleri.com/lsc	HSA Value y HSA Core: llame a Quantum Health: 1-844-460-2803 Coupe PPO: llame a un asistente de salud de Coupe al 1-800-882-5158

(continúa en la página 30)

CONTACTOS ÚTILES PARA 2026 *(continuación)*

PROVEEDOR/BENEFICIO	SITIO WEB	TELÉFONO U HORARIO DE ATENCIÓN
The Hartford Discapacidad	abilityadvantage.thehartford.com	1-888-437-8671 , de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora central
HealthEquity Cuentas de gastos flexibles	healthequity.com/wageworks	1-877-924-3967 , las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Cuenta de ahorros para la salud	healthequity.com	1-844-281-0928 , las 24 horas del día, los 7 días de la semana
HingeHealth Salud musculoesquelética	hinge.health/lsccommunications  Descargue la aplicación de Hinge Health desde App Store o Google Play Store	1-855-902-2777 , las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Lantern <i>para HSA Value y HSA Core</i> Apoyo quirúrgico guiado	my.lanternhealth.com	1-844-460-2803
Teladoc Health Atención virtual	teladochealth.com  Descargue la aplicación de Teladoc desde App Store o Google Play Store	1-800-Teladoc (835-2362) , las 24 horas del día, los 7 días de la semana
MetLife • Plan odontológico • Seguro de vida • Atención médica complementaria <i>(indemnización por hospitalización y enfermedad grave/ accidente)</i>	metlife.com/mybenefits	1-888-447-8996 , de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 10:00 p. m., hora central
Omada Hipertensión y diabetes	omadahealth.com/lsc	NA
Wondr Health Pérdida de peso personalizada	wondrhealth.com/lsc	NA

VIDA REAL. APOYO REAL.

SALUD • DINERO • HOGAR • COMUNIDAD



ACERCA DE ESTA GUÍA: esta guía describe la cobertura ofrecida a la mayoría de los empleados elegibles para beneficios en virtud del Plan de Beneficios Grupales de LSC y el Plan de Beneficios Flexibles de LSC (colectivamente, el "Plan"). Su elegibilidad para los beneficios determinará la cobertura que se le ofrece a usted, a su cónyuge/pareja de hecho y a cualquier hijo dependiente. Más detalles sobre la elegibilidad para los beneficios están disponibles en la Descripción Resumida del Plan (SPD) y en los Resúmenes de Modificaciones Materiales (SMM) en línea en mylscbenefits.com. Esta guía también sirve como SMM y describe las actualizaciones que afectan la SPD del Plan. Lea atentamente esta guía y consérvela junto con su SPD para referencia futura.

IMPORTANTE: Las descripciones proporcionadas en esta presentación se basan en los documentos oficiales del Plan. Se ha hecho todo lo posible para garantizar la precisión de este material. En el improbable caso de que haya discrepancias entre este documento, la SPD, el SMM, el Resumen de beneficios y cobertura (SBC) o cualquier otro material que resuma el Plan y los documentos oficiales del Plan, prevalecerán los documentos oficiales del Plan. LSC Communications LLC se reserva el derecho de enmendar, cambiar o cancelar cualquiera o todos los planes de beneficios que patrocina, incluidos, entre otros, el Plan y el Plan de Pago por Separación de LSC, en su totalidad o en parte, en cualquier momento.

NOTA: Toda la información proporcionada a través del Programa de Bienestar de LSC es estrictamente confidencial y está protegida. Su empleador solo recibirá confirmación de participación y el estado de finalización. Los resultados individuales o la información de salud personal nunca se compartirán; solo se utilizan datos agregados para evaluar los resultados generales del programa. Los resultados o la información divulgada a través del Programa de Bienestar de LSC nunca se utilizarán para tomar decisiones relacionadas con el empleo.