

THE ODP GROUP



GUÍA DE BENEFICIOS 2026



Office DEPOT.
OfficeMax®

Bienvenido



Esta Guía de beneficios describe los beneficios y programas disponibles para los asociados elegibles para beneficios de The ODP Group ("ODP").

Si es un nuevo asociado, ¡bienvenido a ODP!

Si está considerando trabajar con nosotros, esperamos que esta Guía de beneficios le brinde la información que necesita para tomar su decisión.

Si usted es un asociado actual que busca información sobre sus beneficios como un repaso o si está experimentando un evento de vida calificado por el IRS que le permite inscribirse o realizar cambios en sus elecciones actuales, ¡ha venido al lugar correcto!

En ODP, valoramos las contribuciones de nuestros asociados a nuestra organización.

Estamos orgullosos de ofrecer un paquete integral de beneficios para ayudarle a proteger lo que es más importante para usted: su salud y su familia.

INSCRIPCIÓN ANUAL 2026

La inscripción anual para 2026 se llevará a cabo del 28 de octubre al 11 de noviembre de 2025. Este es el único momento durante el año en el que puede inscribirse o realizar cambios en sus beneficios de salud y seguro de ODP, a menos que experimente un evento calificado por el IRS que permita un cambio a mitad de año. Las inscripciones y/o cambios entrarán en vigencia el 1 de enero de 2026.

myBenefitsHub de bswift

myBenefitsHub es nuestro portal de inscripción de salud y bienestar y se puede acceder a él en <https://odp.bswift.com>. Este portal ofrece:

- Centro de inscripción: una ventanilla única que tiene información sobre beneficios, incluida la Herramienta de apoyo a la toma de decisiones EnrollPro, videos, preguntas frecuentes y más.
- Biblioteca de recursos: una biblioteca completa de documentos como descripciones resumidas del plan (SPD), hojas de tarifas, avisos legales, guías de beneficios y más.

FECHA LÍMITE IMPORTANTE DE INSCRIPCIÓN:

Nuevas contrataciones: Su ventana de inscripción se abre aproximadamente dos (2) días después de su fecha de contratación. Su fecha límite de inscripción se describe en su [página de inicio de myBenefitsHub](#). Las elecciones de beneficios **deben** hacerse antes de la fecha de vigencia de sus beneficios (que es el 1 del mes siguiente a los 30 días de contratación). Si no cumple con la fecha límite de inscripción, su próxima oportunidad de inscribirse será durante el próximo período de inscripción anual (AE) o si experimenta un evento de vida calificado por el IRS.

Eventos de vida calificados por el IRS: debe informar el evento de vida dentro de los 31 días posteriores a la fecha del evento de vida real, de lo contrario, su próxima oportunidad de inscribirse, agregar dependientes o hacer cambios será durante el próximo período de AE, o si experimenta un evento de vida posterior calificado por el IRS.

¿Qué Hay Dentro?

BIENVENIDO

- 4-5 Elegibilidad
- 6 Eventos de Vida Calificativos
- 7 Cómo Inscribirse

SEGURO MÉDICO

- 8 Atención Preventiva
- 9-16 Medicamentos Recetados - UMR & Surest
Beneficios mejorados para 2026
- 17 Medicamentos Recetados/Médicos - Kaiser
- 18 Medicamentos Recetados/Médicos HMSA
- 19 Tarjetas de identificación / Recargo
Cónyugal / Conserje de Medicare
SmartConnect

DENTAL

- 20 Plan Dental

VISION

- 21 Plan de Visión
Beneficio mejorado para 2026

HSA y FSA

- 22-24 HSA y FSA

SEGURO DE VIDA Y AD&D

- 25 Seguro de Vida Básico
- 26 Seguro de Vida
Complementario y AD&D
Problema de Garantía Mejorada

DISCAPACIDAD

- 27 Disc, Corto Plazo
- 27 Disc. Largo Plazo

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

- 28 Legal
Beneficios mejorados y costos de primas reducidos este año
- 29 Protección contra el robo de identidad
Beneficios mejorados y costos de primas reducidos este año
- 29 Seguro contra Accidentes
Beneficios mejorados para 2026
- 30 Indemnización Hospitalaria
Beneficios mejorados para 2026
- 30 Enfermedad Crítica
Beneficios mejorados para 2026
- 30 \$50 Beneficio de Detección de Salud

EAP

- 31 Programa de Asistencia al Empleado

PLAN DE JUBILACIÓN

- 32 Plan 401(k) - Ahorros para la Jubilación

BENEFICIOS DE TRABAJO / VIDA

- 33 Tiempo libre pagado (PTO)
- 33 Seguro de Auto y Hogar
- 34 Vinculación Parental Pagada / Asistencia
para Adopción / Descuento en Tratamiento
WINfertility
- 35 Walkingspree / Beneficios de tránsito de
cercanías / Seguro para mascotas
- 36 PerkSpot

INFORMACIÓN ADICIONAL

- 37 Cuando Finalizan los Beneficios
- 38 Apelaciones de Elegibilidad e
Inscripción
- 39-40 Recursos

Elegibilidad

Usted es elegible para participar en el programa de beneficios de ODP si:

- Un residente de los Estados Unidos o en asignación fuera de los Estados Unidos; y
 - Clasificado como asociado regular de tiempo completo programado trabajar al menos 30 horas semanales.

Además, si está clasificado como asociado regular a tiempo parcial, puede ser elegible para participar en las opciones médicas si se determina que es un "Asociado a tiempo parcial de 30 horas" (consulte a continuación para obtener más detalles).

Fecha de vigencia de los beneficios

Si cumple con los requisitos de elegibilidad anteriores, la fecha de vigencia de sus beneficios es la siguiente:

- El día 1 del mes siguiente a 30 días de servicio.
- Hawái: el día 1 del mes siguiente a 28 días de servicio.

Si no está activamente en el trabajo Independientemente de las fechas de vigencia de los beneficios descritas anteriormente, si no está trabajando activamente (por ejemplo, con una licencia de ausencia) el día en que está programada para comenzar la participación en el seguro de vida y/o discapacidad, su participación entrará en vigencia el día siguiente a su regreso al empleo activo.

Si lo vuelven a contratar

Si está clasificado como asociado regular a tiempo completo, termina su empleo y es recontratado como asociado regular a tiempo completo, su elegibilidad para la cobertura de beneficios de salud y bienestar dependerá de cuánto tiempo esté fuera del empleo –

- Si regresa al trabajo dentro de las 13 semanas y previamente había cumplido con su período de espera, su elegibilidad para la cobertura de beneficios de salud y bienestar es inmediata (tan pronto como sea administrativamente posible).
- Si regresa al trabajo después de 13 semanas, será tratado como un nuevo empleado y deberá cumplir con el nuevo período de espera de contratación.

Asociados de 30 horas a tiempo parcial

En respuesta a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio ("ACA"), ODP proporcionará disponibilidad de cobertura médica a los asociados elegibles a tiempo parcial que promedien 30 horas o más por semana, determinado mediante el uso de un período de medición de 12 meses (denominado "Tiempo parcial"

Asociado de 30 horas"). Si está clasificado como Asociado de 30 horas a tiempo parcial, solo será elegible para la cobertura médica según lo exige ACA.

Si está clasificado como asociado de 30 horas a tiempo parcial, bswift le proporcionará un aviso indicando su elegibilidad para inscribirse en una opción médica, si lo desea, y la fecha límite para hacer su elección de inscripción.



SI VIVE EN HAWAII

El requisito de elegibilidad que se aplica a los asociados a tiempo parcial es que al momento de la contratación, debe trabajar al menos 20 horas semanales durante cuatro (4) semanas consecutivas. Si se cumple con la elegibilidad, se abrirá una ventana de inscripción y, si se elige, la cobertura médica de HMSA entrará en vigencia el 1 del mes siguiente. Si no se cumple la elegibilidad inicial, no habrá oportunidad hasta el próximo Período de Medición trimestral y solo si se cumple el requisito de horas.

Pareja casada que trabaja para ODP

Puede optar por inscribir a su cónyuge/pareja de hecho (SP/DP) como dependiente en su cobertura; sin embargo, no puede tener cobertura duplicada. Tampoco puede inscribir a su SP/DP elegible para beneficios como dependiente para la cobertura de seguro de vida.

Auditoría de verificación de dependientes:

Todos los dependientes cubiertos (cónyuges, parejas de hecho e hijos) inscritos en los planes de beneficios de ODP estarán sujetos a una auditoría de verificación de elegibilidad de dependientes administrada por bswift. Los avisos con instrucciones y la documentación requerida se enviarán por correo electrónico o correo postal de EE. UU., según su método de comunicación preferido. Asegúrese de que su correo electrónico y dirección particular preferidos estén actualizados en mycloud. La falta de respuesta o los dependientes que no se verifican resultarán en la pérdida de la cobertura.

Además, cualquier nuevo empleado elegible para beneficios que inscriba a un dependiente, así como cualquier asociado que inscriba a un dependiente bajo un evento de vida calificado por el IRS deberá proporcionar documentación dentro de un cierto período de tiempo; de lo contrario, no se procesará la inscripción del dependiente.

Elegibilidad

Dependientes Elegibles

Si se inscribe en la cobertura, puede inscribir a sus dependientes elegibles definidos como:

- Su cónyuge ("SP"), que incluye: -Su SP legal del mismo sexo o del sexo opuesto bajo un matrimonio existente legalmente válido; o
- Su SP legal de derecho consuetudinario del mismo sexo o del sexo opuesto donde se reconozca legalmente.
- Su pareja de hecho ("DP"), que incluye:
- Su DP del mismo sexo o del sexo opuesto si tiene una pareja de hecho registrada válidamente, o una declaración jurada de DP firmada y notariada; o Su DP del mismo sexo con el que ha celebrado una unión civil legal según la ley aplicable.
- Su(s) hijo(s) dependiente(s) elegible(s) hasta los 26 años si:
- Su hijo biológico, su hijo legalmente adoptado o un niño colocado con usted para tutela legal.
- Su hijastro (hijo biológico o legalmente adoptado de su SP legal).
- Un hijo biológico o legalmente adoptado de su DP. Su hijo de crianza elegible o el hijo de crianza de su SP o DP.
- Un niño para quien el tribunal ha emitido un Calificado
- Orden médica de manutención infantil (QMCSO) para que usted brinde cobertura; o Su dependiente elegible mayor de 26 años si está total y permanentemente discapacitado e incapaz de mantenerse a sí mismo.
- Información importante sobre las parejas de hecho
- El tratamiento fiscal de la cobertura de su DP (y de los hijos dependientes de su DP) es diferente al de otros dependientes. Sus primas para la cobertura de DP se toman después de impuestos. Además, la parte de la Compañía del costo de la cobertura médica para su DP está sujeta a impuestos para usted y se informa en su W-2.
- Los reembolsos de su cuenta de atención médica (FSA) no están disponibles para su DP ni para los gastos de los hijos dependientes de su DP.

Dependientes No Elegibles

- Una persona con la que está legalmente divorciado o
- un DP que ya no cumple con los requisitos de un DP elegible;
- Alguien que sirve en las fuerzas armadas; Sus padres, abuelos, nietos (a menos que usted sea su tutor legal o los haya adoptado legalmente), o Su prometido o prometida, novia o novio.

Cuando los dependientes inscritos ya no son elegibles Usted es responsable de la eliminación oportuna de un dependiente cuando ya no sea elegible.

La cobertura para un hijo dependiente finaliza automáticamente el último día del mes en que cumple 26 años (a menos que se presenta para una cobertura extendida debido a una discapacidad). La cobertura para un SP, DP y/o cualquiera de los hijos de su DP termina el día de un:

- Divorcio
- Disolución de la pareja de hecho

Debe eliminar a un dependiente no elegible de la cobertura a través del [portal myBenefitsHub](#) dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que su dependiente ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad. Las primas pagadas por error debido a su demora en eliminar a un dependiente no elegible no son elegibles para un reembolso. El dependiente puede ser elegible para continuar con la cobertura grupal bajo COBRA.

¡IMPORTANTE!

Usted es responsable de eliminar a un dependiente de su cobertura a través de [myBenefitsHub](#) dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que su dependiente ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad; de lo contrario, puede enfrentar medidas disciplinarias que pueden incluir el despido de empleo. Además, ODP puede prohibir su participación en el Plan y solicitarle un reembolso, incluso si ya no trabaja en ODP, por todos los beneficios pagados por el Plan en nombre del dependiente no elegible, incluidos los costos legales y los honorarios de abogados relacionados con la obtención del reembolso. Cualquier prima pagada por error debido a la demora en la presentación de informes un cambio en la elegibilidad de su dependiente no es elegible para reembolso.

Eventos de Vida Calificativos

¿QUÉ ES UN EVENTO DE VIDA CALIFICATIVO?

Según las pautas del IRS, no puede realizar cambios en los beneficios de su seguro médico fuera de la inscripción anual a menos que experimente un evento de vida calificativo (QLE).

Un QLE es un cambio en su situación actual, como casarse o divorciarse, tener un bebé o perder la cobertura médica. Tiene 31 días a partir de la fecha de su evento calificado para procesar un evento de vida en [myBenefitsHub](#).

¿Puedo denunciar un QLE con fecha futura?

No, y esta pregunta surge mucho, específicamente para aquellos que esperan un bebé o se casan. Solo puede enviar un evento de vida para un evento que haya ocurrido, no un evento con fecha futura.

Fecha de Vigencia de QLE

Siempre que informe el QLE dentro de los 31 días posteriores al evento real, la fecha de vigencia de la cobertura es:

- Retroactivo a la fecha de nacimiento en caso de nacimiento
- Para todos los demás, el día 1 del mes siguiente a la Fecha de QLE



AVISO

DEBE procesar un Evento de Vida Calificado en [myBenefitsHub](#) dentro de los 31 días posteriores a la fecha del evento; de lo contrario, su próxima oportunidad para realizar cambios o agregar o eliminar dependientes será durante el próximo período de inscripción anual.

EJEMPLOS DE EVENTOS DE VIDA CALIFICATIVOS

- Cambios en el Hogar
- Casarse
- Divorcio o disolución de pareja de hecho
- Tener un bebé o adoptar un niño
- Muerte en la familia
- Pérdida de otra cobertura de salud
- Perder la elegibilidad para Medicare, Medicaid o CHIP
- Cumplir 26 años y perder la cobertura de un padre
El cónyuge o dependiente pierde otra cobertura
- Ganancia en otra cobertura
- El cónyuge o dependiente comienza a trabajar u obtiene una nueva cobertura
- Derecho a Medicaid o Medicare
- Cambio de residencia
 - Esto se aplica solo si se muda y su plan actual no está disponible en su nuevo estado de residencia o código postal.
- Otros eventos clasificatorios
- Salir o regresar de la LOA
- Cambio en el condado de residencia que afecta la disponibilidad de cobertura

NOTA IMPORTANTE

Un excónyuge o ex pareja de hecho debe ser eliminado de la cobertura activa, independientemente de una orden judicial para continuar con la cobertura. Si existe una orden judicial para continuar con la cobertura, debe ser a través de COBRA, si está disponible.

Cómo Inscribirse

No cumplir con la fecha límite de inscripción puede impedir su participación en los beneficios disponibles a través de ODP. Es importante que realice elecciones de inscripción antes de la fecha de vigencia de sus beneficios, que es el día 1 del mes siguiente a los 30 días de servicio (o 28 días en Hawái según la ley estatal).

myBenefitsHub at <https://odp.bswift.com> es el portal para inscribirse en sus beneficios, revisar o cambiar sus elecciones actuales, agregar dependientes y más.

Cómo acceder a myBenefitsHub:

1. Si está en la red ODP (incluso a través de VPN), puede usar el enlace de inicio de sesión único (SSO) de myBenefitsHub desde El origen > Enlaces rápidos. Esto lo llevará directamente al portal de inscripción sin ninguna autenticación adicional.
2. Si no está en la red ODP, o un no asociado está iniciando sesión (por ejemplo, un cónyuge o un asociado despedido para los fines de COBRA), vaya a myBenefitsHub en <https://odp.bswift.com> y haga clic en "¿Es la primera vez que visita? ¡Regístrese ahora!" enlace. Se le pedirá que se registre y cree un nombre de usuario y contraseña.



AVISO

¡Revise cuidadosamente sus elecciones de beneficios! Puede corregir o cambiar sus elecciones con la frecuencia que sea necesaria a través de su ventana de inscripción. Las elecciones vigentes cuando se cierra su ventana de inscripción son definitivas, y solo se puede cambiar si experimenta un evento de cambio de estado calificado por el IRS.

Después de iniciar sesión, su página de inicio tendrá un enlace para comenzar el proceso de inscripción.

1. Confirme su información demográfica y su preferencia de método de comunicación. Si las correcciones o se requieren actualizaciones para su información demográfica, debe actualizarse en mycloud a través de Employee Self Service o a través de HR-Employee-Services@theodpcorp.com (según la información que necesite corrección).
2. Agregue sus dependientes elegibles. Se le pedirá que dé fe de que sus dependientes cumplen con la definición de dependiente elegible. Haga clic en "Acepto" y "continuar".
3. Haga clic en las opciones de beneficios y haga sus elecciones. Utilice la herramienta "Emma EnrollPro" para tomar decisiones y revisar la información del plan. Debe hacer una elección (que incluya "No quiero esta cobertura") para cada beneficio antes de poder continuar.
4. Designe o actualice a sus beneficiarios para fines de seguro de vida. Esto se puede completar o actualizado en cualquier momento.
5. Revise sus elecciones y lea la información importante sobre deducciones, dependientes, y apelaciones.
6. Haga clic en "Acepto y he finalizado mi inscripción" y "Completar inscripción" para enviar.
7. La pantalla mostrará "Su inscripción está completa" y debe enviar un correo electrónico o imprimir una copia de la Declaración de Confirmación para sus registros. Al hacer esto, también guardará una copia de su Declaración de confirmación en su Archivo de empleado de bswift para referencia futura.



Seguro Médico



Atención Preventiva

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA ATENCIÓN PREVENTIVA?

La atención preventiva se enfoca en evaluar su salud cuando no tiene síntomas. Los chequeos y exámenes de rutina pueden ayudarle a evitar problemas de salud más graves en el futuro. Incluso si estás en la mejor forma de su vida, una afección grave sin signos ni síntomas puede poner en riesgo su salud.

Los servicios de atención preventiva están cubiertos al 100% en todos los planes médicos cuando utiliza un proveedor dentro de la red.

Todos los planes médicos cubren una amplia gama de servicios preventivos para ayudarle a usted y a su familia a llevar una vida saludable y productiva. Estos servicios incluyen exámenes de rutina anuales, visitas de cuidado de niños sanos, vacunas, visitas de rutina de obstetricia y ginecología, mamografías, pruebas de Papanicolaou, exámenes de próstata y otros exámenes apropiados para la edad y el género.



GUÍA DE ATENCIÓN PREVENTIVA RECOMENDACIONES

- ☒ Programe chequeos anuales para usted y su familia
- ☒ Revise los resultados de las pruebas de detección con su(s) médico(s)
- ☒ Siga los planes de tratamiento recomendados por su proveedor

Prevenir enfermedades y detectar problemas de salud en una etapa temprana es esencial para vivir una vida saludable.



Seguro Médico -UMR

PLAN ADVISOR (ASESOR DE PLANES)

La atención médica en el mundo moderno requiere un enfoque sensible y personal del servicio, uno que se base en relaciones reales y confianza. Es por eso que Plan Advisor ofrece una experiencia que va más allá de los modelos tradicionales de apoyo a los miembros. Nuestros asesores se asocian con usted para que se sienta más seguro en las decisiones que toma sobre su salud y reconfortado por los pasos que está tomando para lograrlo.

Conectándole con la atención que necesita
Ya sea que su pregunta sea común o compleja, le facilitamos la obtención de respuestas asegurándonos de que tenga la información que necesita. Le ayudaremos:

- Investigar un reclamo médico reciente para asegurarse de que se pagó correctamente
- Verifique cuáles son sus costos de bolsillo por los servicios
- Vea cuánto ha pagado, y cuánto le queda, de su deducible individual o familiar
- Descubra qué servicios están disponibles para usted según su plan

Los asesores del plan están disponibles de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. (CT) al 800-207-3172.

ATENCIÓN DE MATERNIDAD

Ya sea que esté considerando tener un bebé o ya esté esperando, UMR Maternity CARE puede explicarle cómo reducir su riesgo de complicaciones y prepararla para tener un embarazo exitoso a término y un bebé sano. Este beneficio se proporciona sin costo adicional para usted.

Puede auto inscribirse en el programa Maternity CARE al 844-604-6244, o se comunicará con usted y se le invitará a participar si se identifica que está embarazada a través de una evaluación clínica de riesgos para la salud, una revisión de utilización u otras referencias del programa.

Si se inscribe durante su primer o segundo trimestre y continúa participando activamente en cada trimestre de su embarazo, se le enviará una tarjeta de regalo de \$100 después del parto. La tarjeta de regalo está financiada tanto por UMR como por ODP.

SOLUCIONES DE GESTIÓN ESPECIALIZADAS (SMS)

Para ayudarle a usted y a los miembros de su familia que buscan un tratamiento no invasivo o una cirugía, UMR se asocia con SMS para guiarle a través de la experiencia y ahorrarle dinero en el proceso. Comuníquese con SMS cuando usted o un miembro de su familia necesite apoyo con atención especializada o se enfrente a la posibilidad de una cirugía. Obtenga más información sobre sus opciones y costos potenciales de un defensor de atención por SMS y reciba una derivación a un cirujano o proveedor local que se especialice en su afección. Hable con un defensor de SMS al 833-792-0501.

ONGOING CONDITION CARE (ATENCIÓN CONTINUA DE LA CONDICIÓN)

Condición continua CARE es un programa para ayudarle a usted o a un dependiente cubierto que vive con una afección crónica. Si tiene una de las siguientes condiciones, puede ser elegible para recibir ayuda. Las enfermeras de UMR CARE abordarán su principal inquietud, impactando positivamente en su atención. Esto incluye cerrar las brechas en la atención, brindar información basada en evidencia y trabajar directamente con usted para mejorar la autogestión y la defensa de su salud en general.

- ELA, esclerosis múltiple, miastenia gravis o artritis reumatoide hipertensión, insuficiencia cardíaca o enfermedad de las arterias coronarias
- Asma o EPOC
- Depresión o ansiedad cuando se identifica como comorbilidad
- VIH/SIDA, hepatitis C o anemia de células falciformes
- Colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn
- Cáncer de mama, próstata, colorrectal o pulmón
 - Diabetes (tipos 1 o 2)
- Enfermedad renal crónica

Si cumple con los requisitos, recibirá un carta por correo y/o una llamada telefónica/correo electrónico de UMR para inscribirse en el programa. Puede optar por no participar en el programa en cualquier momento. También puede auto inscribirse llamando al número de UMR Ongoing Condition CARE que figura en el reverso de su tarjeta de identificación, o desde el sitio web de www.umar.com, en Health Center, Ongoing Condition Care.



Seguro Médico UMR & Surest

PROGRAMAS DISPONIBLES BAJO UMR Y SUREST

Manejo de la diabetes en Livongo

Livongo significa Manejo de la Diabetes, Simplificado. El programa le ayuda a mantenerse al tanto de su salud. Viene con un medidor avanzado de glucosa en sangre, tiras y lancetas ilimitadas, entrenamiento a pedido y aviso sobre hábitos saludables. Únase al programa visitando <http://join.livongo.com/ODP/Register>.

Nota: Las leyes de privacidad requieren que su inscripción en este programa sea estrictamente confidencial y no se comparta con ODP.

Incentivo de Crédito de Bienestar

Si se inscribe en UMR o en el servicio médico de Surest, es elegible para obtener el Crédito de Bienestar, que es un crédito de \$23.08 descuento en la deducción médica estándar quincenal.

- El examen o la evaluación deben completarse cada año mientras esté cubierto por un plan médico de ODP para recibir el Crédito de Bienestar en el año siguiente.
- Los exámenes y las pruebas de detección deben ser realizados por un proveedor de la red UMR e incluyen:
 - Detección de cáncer de mama, o
 - Detección de cáncer colorrectal, o
 - Detección de cáncer de cuello uterino, o
 - Examen Preventivo Anual.

- Un examen de una clínica de atención de urgencia o sin cita previa no califica.
- Si su cónyuge / pareja está inscrito en su examen médico, también debe completar el requisito de examen / evaluación;
- Si el examen/evaluación se recibe antes del 30 de noviembre, el Crédito de Bienestar está garantizado para una fecha de vigencia del 1 de enero; si se recibe durante el mes de diciembre, el crédito se retrasará en función de cuándo su proveedor presente el reclamo, y UMR lo procesará y pagará.
- La reclamación debe fluir a través del sistema de reclamaciones UMR. No hay formularios para completar.
- El requisito no se aplica a los niños.

Verá un cuadro que muestra su elegibilidad para el Crédito de Bienestar en su página de inicio de myBenefitsHub.





Seguro Médico UMR & Surest

SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE CVS CAREMARK

La cobertura de medicamentos recetados se incluye automáticamente cuando se inscribe en un plan médico UMR. Los medicamentos recetados se administran a través de una asociación entre CVS Caremark y RxBenefits para garantizar su seguridad, hacer todo lo posible para reducir sus costos de bolsillo y abordar cualquier pregunta o problemas que puedan surgir. Regístrese en <https://member.rxbenefits.com> administrar sus recetas.

Las características y programas incluyen:

- **Genérico obligatorio:** Si elige un nombre de marca. Cuando haya un genérico disponible, se le cobrará el costo del genérico más la diferencia de costo entre el genérico y la marca.
- **Opción de mantenimiento:** proporciona un suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento al precio de pedido por correo a través de la tienda minorista de CVS, el pedido por correo de CVS y algunas otras farmacias que participan en el programa de elección de mantenimiento de CVS Caremark.
 - Los medicamentos especializados son costosos y complejos y deben solicitarse a través de CVS Specialty Pharmacy.

NOTA IMPORTANTE

No es necesario que use una farmacia minorista de CVS para surtir sus necesidades diarias de medicamentos recetados. Puede optar por usar cualquier farmacia de la red de CVS Caremark, que incluye todas las cadenas principales y la mayoría de las farmacias independientes.

BISAGRA SALUD VIRTUAL MUSCULOESQUELÉTICA PROVEEDOR DE TERAPIA (MSK)

Hinge Health le ofrece un plan de movimiento personalizado para que pueda sentirse mejor y hacer más de lo que ama. Alivie el dolor, hágase más fuerte, elija un pasatiempo: todo comienza con sentirse seguro, confiado y listo para moverse. Su programa incluye, sin costo para usted:

- Sesiones diarias de ejercicio adaptadas a su dolor y Metas.
- Comentarios de formularios en tiempo real con Motion Insights Technology.
- Apoyo experto de su propio fisioterapeuta y
- Entrenador de salud.
- Artículos y videos educativos seleccionados solo para usted.

Para empezar, descargue la app Hinge Health en su teléfono o tableta. Inicie sesión y realice una breve evaluación de movimiento.



Seguro Médico UMR & Surest

VISITAS VIRTUALES

Cuando está enfermo, no hay lugar como en casa. Y cuando está constantemente en movimiento, programar una cita con el médico puede bajar fácilmente en su lista de prioridades. La medicina virtual es una manera conveniente y fácil de conectarse con un médico en su tiempo.

Los miembros de UMR tienen acceso a atención médica virtual para problemas médicos que no sean de emergencia. Los médicos certificados por la junta están disponibles a través de aplicaciones móviles, video en línea o teléfono. Al aprovechar estas visitas virtuales, puede evitar la sala de emergencias o los centros de atención de urgencia y volver a surtir rápidamente sus recetas para que pueda recuperarse en poco tiempo. Este beneficio incluye acceso a proveedores generales y especializados, y servicios de salud conductual (se pueden aplicar límites de edad).

El plan PPO tradicional y el plan Protection HSA tienen cobertura virtual a través de Teladoc.

Los copagos PPO tradicionales son:

- Copago de \$25 para proveedor general, dermatólogo, terapeuta o psiquiatra

Las tarifas del plan Protection HSA serán más altas, ya que es un plan de salud con deducible alto*.

- Tarifa de \$54 para proveedor general
- Tarifa de \$85 para dermatología

- Tarifa de terapeuta de \$95
- Tarifa inicial del psiquiatra de \$235 con tarifa de \$105 a partir de entonces

*Las tarifas son aplicables hasta que se alcance el deducible, y luego se cubre al 100%.

Descargue la aplicación Teladoc Health o visite <https://teladochealth.com> y haga clic en "Iniciar sesión / Registrarse". Se requiere registro inicial.

El plan de copago más seguro brinda acceso a proveedores de salud virtuales gratuitos o de bajo costo a través de su beneficio de salud virtual.

Los copagos virtuales del Plan de Copago más seguros son:

- Copago de \$0 para atención primaria, de urgencia y aguda
- Copago de \$25 por salud mental, abuso de sustancias, enfermedad mental grave
- Copago de \$25 para varias áreas de especialidad como Dermatología, salud de la mujer, clínica del sueño y atención de la migraña

Descargue la aplicación Suresto visite <https://surest.care/ODP> para configurar su cuenta y comodidad de recibir atención sin salir de casa.



Seguro Médico UMR & Surest

Los planes médicos disponibles utilizando la red UnitedHealthcare Choice Plus incluyen Protection HSA, Traditional PPO y Surest Copay.

La red de proveedores para los planes Protection HSA y Traditional PPO será UnitedHealthcare Choice Plus con la red Premium Tiered Benefits:

- Nivel 1 – Dentro de la red con Designación Premium
- Nivel 2 - Dentro de la red
- Nivel 3 - Fuera de la red

Los proveedores y los centros con designación Premium cumplen con las pautas de calidad y rentabilidad y es más probable que estén al tanto de las últimas investigaciones y ensayos clínicos y pueden tener tasas de repetición de cirugías más bajas.

Todos los planes médicos de UMR utilizan la misma red de proveedores PPO y cubren los mismos servicios.

UMR proporciona cobertura dentro y fuera de la red; sin embargo, el uso de proveedores fuera de la red resultará en un aumento de los costos de bolsillo, incluido un monto deducible por separado.

El programa de designación premium (PD) Al elegir un médico, elija inteligente y busque los dos corazones azules, ¡pague menos de su bolsillo y obtenga un coaseguro del plan más alto!



Atención premium: el médico cumple con el programa de DP para criterios de atención de calidad y rentables.



Atención de calidad: el médico cumple con los criterios del programa de DP para una atención de calidad, pero no cumple o no ha sido evaluado para una atención rentable.



No evaluado para los criterios de prima: la especialidad del médico no se evalúa para el programa de DP, o el médico no tiene suficientes datos de reclamos para el programa de DP, o la evaluación aún está en curso.



No cumple con los criterios de prima: el médico no cumple con los criterios del programa de DP.

Copago Surest

El plan de copago Surest también utiliza la red UnitedHealthcare Choice Plus, pero no incluye niveles premium. Surest hace que el seguro de salud sea simple y asequible al aprovechar el poder de la comparación de compras. Los miembros buscan atención, comparan precios reales (no estimaciones) y ven las calificaciones, reseñas y alternativas de tratamiento de los proveedores antes de decidirse. Al comparar opciones y dentro de la gran red nacional de UnitedHealthcare, los miembros pueden ahorrar dinero en función de las elecciones realizadas. Otro factor diferenciador: copagos más bajos generalmente se asignan a proveedores evaluados como de mayor valor, según los datos anteriores de efectividad y rentabilidad. Para obtener el valor total del plan, los miembros deben participar, lo que se hace fácil y conveniente a través de la aplicación y el sitio web de Surest.





Seguro Médico UMR & Surest

COMPARACIÓN DE COBERTURAS Y COSTOS

Revise la tabla comparativa para comprender en qué se diferencian los planes médicos y en qué se parecen. Todos los planes utilizan la red UnitedHealthcare Choice Plus; sin embargo, aún tiene cobertura si elige usar proveedores fuera de la red.

La única diferencia entre los tres planes son las características financieras:

- Deducciones de nómina
- Deducibles
- Desembolso máximo y
- Copagos y/o coaseguros.



ENCUENTRE UN PROVEEDOR

Encontrar un proveedor dentro de la red en la red de UnitedHealthcare Choice Plus

Acceda a la búsqueda de proveedores directamente a www.umar.com para planes de protección/tradición y en <https://surest.care/ODP> para el plan Surest Copago.

Nota: Las tarifas médicas a continuación no incluyen el crédito de bienestar. El Crédito de Bienestar se mostrará como un crédito de partida separada en su nómina y no está incluido en su tarifa médica.

Comparación de Cobertura y Costos Dentro de la Red			
Plan Médico	Protection HSA	Traditional PPO	NUEVO Surest Copay
Tarifa Médica Estándar Quincenal a Partir del 1/1/2026)			
Usted Solo	\$48.33	\$171.68	\$187.62
Usted + Cónyuge/DP	\$148.35	\$273.45	\$306.91
Usted + Hijo(s)	\$132.33	\$227.19	\$252.69
Usted + Familia	\$173.98	\$347.46	\$393.67
Copagos: Usted Paga:			
Médico de Atención Primaria	n/a	\$30-Nivel 1; \$60-Nivel 2	Copago de \$25 a \$130
Especialista	n/a	\$60-Nivel 1; \$100-Nivel 2	Copago de \$25 a \$130
Deducible Anual Individual: Usted Paga:			
Nivel de Cobertura Única	\$3,000	\$1,750	\$0
Todos los Niveles de Cobertura	\$3,400 por persona ¹		
Deducible Anual Máximo Familiar: Usted Paga:			
Se aplica a todos los niveles de cobertura excepto Usted Solo	\$6,000	\$5,250	\$0
Desembolso Máximo Anual (incluye deducible y coaseguro)			
Máximo por persona/familia	\$6,000 / \$12,000	\$5,250 / \$15,750	\$4,000 / \$8,000
Coaseguro – Usted Paga			
Para la mayoría de los servicios	20% - Nivel 1; 40% - Nivel 2	20% - Nivel 1; 40% - Nivel 2	N/A



Seguro Médico UMR & Surest

Comparación de la Cobertura y los Costos de la Red			
Plan Médico	Protection HSA	Traditional PPO	Surest Copay
	Servicios Médicos: Usted Paga		
Atención Preventiva	\$0	\$0	\$0
PCP	20% de Coaseguro	Copago de \$30	Copago de \$25 a \$130
Especialista	20% de Coaseguro	Copago de \$60	Copago de \$25 a \$130
Pruebas de Diagnóstico Preventivo y Trabajo de Laboratorio (por ejemplo, LabCorp)	\$0	\$0	\$0
Rayos X Preventivos	\$0	\$0	\$0
Sala de Emergencias	20% de coaseguro ²	Copago de \$350, 20% de coaseguro	Copago de \$900
Atención de Urgencia	20%-Nivel 1; 40%-Nivel 2	\$50 de copago-Nivel 1; 40%-	Copago de \$80
IP/OP Hospitalaria	20% de coaseguro	20% de Coaseguro	\$2,750 Hasta \$3,500 para cirugía
Visitas Virtuales ⁴	Tarifa de \$54 hasta el deducible, luego cubierta al 100%	Copago de \$25	Visita virtual con copago de \$0 (primaria y urgente) Visita virtual con copago de \$0 a \$130 (especialidad)
Dermatología ⁴	Tarifa de \$85 hasta el deducible, luego cubierta al 100%	Copago de \$25	Visita virtual con copago de \$25
Salud Conductual ⁴	Tarifa hasta que se alcance el deducible, luego cubierta al 100%: • Terapeuta de \$95 • \$235 visita inicial al psiquiatra; \$105 visita continua	Copago de \$25	Visita virtual con copago de \$25

² El coaseguro se aplica después del deducible. ³ Se integra con el médico.

⁴ Protection HSA/PPO tradicional utiliza Teladoc y el plan de copago de Surest utiliza Surest Virtual Health.



Seguro Médico UMR & Surest

Comparación de la Cobertura y los Costos dentro De la Red			
Plan Médico	Protection HSA	Traditional PPO	Surest Copay
Cobertura de Medicamentos Recetados (CVS Caremark)			
	Deducible Anual que Paga		
Máximo por Persona/Familia	Sujeto a deducible médico, excepto para medicamentos de mantenimiento	\$100 / \$300	N/A
Se aplica a todos los niveles de cobertura excepto Usted Solo	\$5,400	\$2,250	N/A
	Deducible Máximo Anual Familiar: Usted Paga:		
Máximo por Persona/Familia	\$6,000 / \$12,000 ³	\$3,750 / \$11,250	N/A
Venta minorista (suministro para 30 días) y Pedidos por Correo (suministro para 90 días)			
Genérico	Minorista: 20% de coaseguro con un mínimo de \$7 para un suministro de 30 días Pedido por correo: 13% de coaseguro con un mínimo de \$17.50 para un suministro de 90 días		
Marca Preferida	Minorista: 30% de coaseguro con un mínimo de \$25 para un suministro de 30 días Pedido por correo: 20% de coaseguro con un mínimo de \$62.50 para un suministro de 90 días		
Marca No Preferida	Venta al por menor: 40% de coaseguro con un mínimo de \$40 para un suministro de 30 días Pedido por correo: 33% de coaseguro con un mínimo de \$100 para un suministro de 90 días		
Medicamentos Especializados	Genérico: 20% de coaseguro Preferido: 30% de coaseguro No preferido: 40% de coaseguro Pedido por correo: No disponible Todos los medicamentos especializados tienen un pago mínimo de \$30 / máximo de \$250		



Seguro Médico Kaiser

PLAN MÉDICO KAISER CA

Los asociados que residen en California tienen acceso a Kaiser como una opción médica, además de los planes médicos UMR (excluyendo el plan de copago más seguro). Kaiser requiere que los miembros utilicen un proveedor o centro dentro de la red de Kaiser para que los servicios estén cubiertos.

¿SABÍA QUE...?

Kaiser ofrece un servicio de conserjería clínica 24/7 que puede ayudar a conectar a los miembros con un médico, programar citas y ofrecer orientación de atención personalizada según sus necesidades. Descárguela aplicación Kaiser Permanente o visite www.kp.org para comenzar.

	Kaiser
	Tarifa Médica (quincenal a partir del 1 de enero de 2026)
Usted Solo	\$299.39
Usted + Cónyuge/DP	\$470.10
Usted + Hijo(s)	\$392.51
Usted + Familia	\$594.26
	Deducible Anual
Por Persona	\$1,000
Máximo Familiar	\$2,000
	Desembolso Máximo Anual (incluye deducible, coaseguro)
Por Persona	\$3,000
Máximo Familiar	\$6,000
	Coaseguro
Para la Mayoría de los Servicios	20%, después del deducible
	Servicios Médicos
Atención Preventiva	Sin costo
Visita Primaria/Especialista	Copago de \$30 por visita
Sala de Emergencias	20%, después del deducible
Cobertura para Medicamentos Recetados	
	Deducible Anual
Por Persona	\$250 por persona para medicamentos de marca y especializados.
	Cobertura y Costos de Medicamentos
Genérico	\$10 por receta hasta un suministro de 100 días.
Preferida	\$30 por receta, después del deducible de receta, hasta 100 días de suministro.
No Preferida	Igual que preferido; requiere aprobación a través del proceso de excepción.
Especialidad	\$30 por receta, después del deducible de receta, hasta 30 días de suministro.



Seguro Médico HMSA

ASOCIACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE HAWAII (HMSA)

Los asociados que residen en Hawái tienen HMSA como único plan médico. HMSA proporciona cobertura dentro y fuera de la red; sin embargo, el uso de proveedores fuera de la red resultará en un aumento de los costos de bolsillo. Las contribuciones quincenales de los asociados se basan en niveles salariales para cumplir con la Ley de Atención Médica Prepagada de Hawái.

Visite la biblioteca de recursos [myBenefitsHub](#) para ver las contribuciones quincenales de HMSA.

Plan Médico	HMSA (DENTRO DE LA RED)
	Deducible Anual
Por Persona	\$350
Máximo Familiar	\$1,050
	Desembolso Máximo Anual (incluye deducible, coaseguro)
Por Persona	\$3,000
Máximo Familiar	\$9,000
	Coaseguro
Para la Mayoría de los Servicios	20% ¹
	Servicios Médicos
Atención Preventiva	Sin Costo
Visita Primaria/Especialista	Copago de \$17 por visita
Sala de Emergencia	20% ¹
Cobertura de Medicamentos Recetados	
	Deducible Anual
Por Persona	\$3,600
Máximo Familiar	\$4,200
	Cobertura y Costos de Medicamentos
Genérico	Minorista: \$7 por 30 días Correo de suministros: \$11 por un suministro de 90 días
Preferida	Minorista: \$30 por 30 días Correo de suministros: \$65 por un suministro de 90 días
No Preferida	Minorista: \$30 + \$45 de costo compartido para suministro de 30 días Correo: \$65 + \$135 de costo compartido para el suministro de 90 días
Especialidad	Minorista: \$100 por 30 días Correo de suministro: No cubierto
Especialidad No Preferida	Minorista: \$100 por 30 días de suministro Correo: No Cubierto

¹ El coaseguro se aplica después del deducible.



Tarjetas ID /Recargo Cónyuge/SmartConnect

ASEGÚRESE DE TENER UNA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

Las tarjetas de identificación del seguro médico se envían por correo postal de EE. UU. solo para cobertura médica / receta. Consulte la información adicional a continuación.

Receta médica de UMR / CVS

Comuníquese con un asesor del plan UMR para solicitudes de tarjetas adicionales o inicie sesión para <https://www.umar.com/>.

Grupo # si se registra por primera vez es 76415024.

Copago más seguro /<https://surest.care/ODP> de prescripción de CVS

Kaiser y HMSA Medical

Su tarjeta de identificación también se usa para medicamentos recetados. Póngase en contacto con Kaiser o HMSA para solicitudes de tarjetas adicionales.

Dental

No se proporcionan tarjetas de identificación. Si prefiere tener una tarjeta de identificación impresa o electrónica, cree una cuenta de miembro en www.deltadentalins.com para ver o imprimir su tarjeta de identificación.

Visión

No se proporcionan tarjetas de identificación. Si prefiere tener una tarjeta de papel, cree una cuenta de miembro en www.vsp.com para ver o imprimir una tarjeta de identificación.

RECARGO POR CÓNYUGE

(NO APLICABLE A HMSA)

- El recargo conyugal de \$150 al mes se aplicará si su SP o DP tiene acceso a cobertura médica a través de su propio empleador, pero se inscribirá en un plan médico de ODP.
- Nota: Si su SP o DP es elegible para beneficios bajo ODP, responda "no" a esta pregunta cuando se le solicite durante el proceso de inscripción. No estará sujeto al recargo.
- Si su SP o DP pierde el acceso a la cobertura médica a través de su propio empleador, esto se puede informar como un evento de vida y se puede eliminar el recargo.
- Si su SP o DP inscrito posteriormente obtiene acceso a cobertura médica subsidiada a través de su propio empleador, pero elige permanecer bajo la cobertura de ODP, esto debe informarse como un evento de vida para aplicar el recargo conyugal.

CONSERJE DE MEDICARE SMARTCONNECT

Nos hemos asociado con SmartConnect para ofrecer a todos los asociados acceso durante todo el año a recursos gratuitos de Medicare, orientación personalizada y servicios de inscripción. SmartConnect simplifica la transición a Medicare al proporcionar recursos complementarios y consultas individuales con agentes de seguros autorizados. Este servicio está disponible para cualquier persona de 64 años y medio o más (o elegible para Medicare), incluidos sus familiares y amigos.

Así es como funciona:

Obtenga información sobre Medicare de profesionales confiables de la industria.

- Comprender los factores que influyen en sus costos de atención médica y opciones de cobertura.
- Compare su cobertura de salud actual (ya sea a través de su empleador u otro plan) con múltiples Opciones de Medicare.
- Si encuentra un plan de Medicare que se adapte a sus necesidades, SmartConnect le ayudará a inscribirse de inmediato.

Llame al 866-421-1535 o visite gps.smartconnectplan.com/odp para programar su cita.



Dental



Hay dos opciones disponibles a través de Delta Dental:

- Dental con Ortodoncia
- Dental sin Ortodoncia

No se requieren tarjetas de identificación dental. Simplemente proporcione el nombre y la fecha de nacimiento del suscriptor.

Búsqueda de proveedores dentales

Visite deltadentalins.com y elija la red Dental PPO o PPO Premier.

Programa SmileWay: permite dos (2) limpiezas adicionales (4 en total) por año para cualquier persona con condiciones de salud de alto riesgo que puedan beneficiarse de atención médica bucal adicional.

DEDUCCIONES QUINCENALES VIGENTES A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2026

Nivel	Dental Con Ortod.	Dental Sin Ortod
Usted Solo	\$15.64	\$16.51
Usted + Cónyuge/DP	\$31.27	\$33.02
Usted + Hijo(s)	\$37.52	\$33.85
Usted + Familia	\$53.16	\$49.53

Revise la tabla a continuación para obtener detalles al usar proveedores dentro de la red de Delta (dentistas Delta Dental PPO o Delta Dental Premiere). Los dentistas que no son de Delta están sujetos a deducibles anuales y coaseguro reducido.

FACTORES DE DECISIÓN	CON ORTODONCIA (dentro de la red)	SIN ORTODONCIA (dentro de la red)
Máximo de Beneficio Anual	\$1,500 por persona	\$2,000 por persona
Deducible Anual	No	No
Servicios Básicos (empastes, extracciones)	Cubierto al 80%	Cubierto al 90%
Limpiezas Cubiertas por Año	Dos (Cuatro con ciertas condiciones)	Dos (Cuatro con ciertas condiciones)
Diagnóstico y Preventivo (exámenes, radiografías, limpiezas)	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
Endodoncia (endodoncias)	Cubierto al 80%	Cubierto al 90%
Servicios principales (coronas, Puentes, dentaduras postizas, implantes)	Cubierto al 50%	Cubierto al 60%
Cirugía Oral	Cubierto al 80%	Cubierto al 90%
Servicios de ortodoncia (adultos y niños dependientes)	Cubierto del 50% a un máximo de por vida de \$1,500	Sin cobertura



Visión



Hay dos opciones disponibles a través de la cobertura de visión VSP:

- Plan Bajo
- Plan Alto

Visite el sitio web de VSP (www.vsp.com) o descargue la aplicación VSP para encontrar un visitante, revisar sus beneficios u obtener una copia de su tarjeta de identificación.

DEDUCCIONES QUINCENALES VIGENTES A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2026

Nivel	Plano Bajo	Plan Alto
Usted Solo	\$2.89	\$6.96
Usted + Cónyuge/DP	\$4.62	\$11.13
Usted + Hijo(s)	\$4.72	\$11.34
Usted + Familia	\$7.61	\$18.30

FACTORES DE DECISIÓN	PLAN BAJO (DENTRO DE LA RED)	PLAN ALTO (DENTRO DE LA RED)
Examen de visión de bienestar (cada año cal.)	Copago de \$20	Copago de \$10
Examen / adaptación / evaluación de lentes de contacto	Sin cargo	Sin cargo
Lentes: lentes monofocales, bifocales revestidos y trifocales revestidos (cada año cal.)	Copago de \$20	Copago de \$10
Mejoras de Lentes	Sin cargo: • Policarbonato • Revestimiento resistente a los arañazos • Progresivo estándar • Sin montura	Sin Cargo: • Policarbonato • Revestimiento resistente a los arañazos • Progresivo estándar • Sin montura • Antirreflejante: copago de
Armazones Opción Baja (cada dos años cal.) Opción Alta (cada año cal.)	Asignación de hasta \$120, o hasta \$170 (anteriormente \$140) para marcas destacadas, o asignación de \$70 en Costco, Walmart o Sam's Club • 20% de descuento sobre el importe superior	Asignación de hasta \$175, o hasta \$225 (anteriormente \$195) para marcas destacadas, o hasta \$95 en Costco, Walmart o Sam's Club • 20% de descuento sobre el monto sobre su asignación
Lentes de contacto en lugar de anteojos (cada año cal.)	Asignación de hasta \$120	Asignación de hasta \$175



HSA y FSA



LA CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA) DE INSPIRA FINANCIAL (ANTERIORMENTE PAYFLEX)

Una HSA puede ayudarle a cubrir el costo creciente de la atención médica cuando se combina con el plan médico Protection HSA. Las contribuciones libres de impuestos a esta cuenta son para gastos de atención médica elegibles actuales o futuros. Los fondos de esta cuenta se transfieren de un año a otro y le pertenecen, incluso si deja el empleo.

Contribuciones a la HSA del empleador: si está haciendo contribuciones antes de impuestos a su HSA y si está recibiendo el Crédito de Bienestar, es elegible para contribuciones equivalentes del empleador hasta los límites establecidos. Las contribuciones de contrapartida son trimestrales, de la siguiente manera:

NIVEL DE COBERTURA	LÍMITES DE COINCIDENCIA DE PROTECCIÓN HSA
Solo Usted o Usted + hijo(s)	Hasta \$125 trimestrales (\$500 máximo anual)
Usted + Cónyuge / DP o Usted + Familia	Hasta \$187.50 trimestrales (\$750 manual máximo)

Inscribirse en la HSA de Inspira Financial

1. La inscripción se realiza en [myBenefitsHub](#). Insíbase en el plan médico Protection HSA. El IRS requiere la inscripción en un plan médico con deducible alto para inscribirse en una HSA.
2. En la página de la HSA, ingrese el monto de su contribución anual. Tenga en cuenta que si se inscribe a mitad de año, su monto anual se distribuirá en función de los períodos de pago restantes para ese año del plan. Las contribuciones se toman antes de impuestos.
3. Acepte los términos y condiciones de HSA. Si su inscripción pasa el Proceso de Identificación del Cliente (CIP) según lo exige la Ley Patriota de EE. UU., Inspira Financial abrirá su HSA y Inspira Financial le enviará una tarjeta por correo dentro de los 7 a 10 días.

Nota: Se le notificará si su inscripción no pasa el proceso de verificación de Catalogación en Publicación. Las razones podrían ser tener un apartado postal para una dirección, apellido diferente al que está en la base de datos del Seguro Social, etc. Debe responder al aviso de CIP a tiempo. Si no responde después de tres (3) intentos, se cerrará el proceso de HSA.



HSA y FSA

CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA) DE INSPIRA FINANCIAL

Cómo asegurarse de recibir la máxima financiación del empleador

Según el cronograma de nómina quincenal, debe contribuir más que el monto de financiamiento anual del empleador para recibir la contrapartida máxima. Esto sucede porque hay una contrapartida máxima trimestral, y siempre hay dos trimestres con seis cheques de pago y dos trimestres con siete cheques de pago.

Como ejemplo:

Asociado en cobertura individual elige \$500 en HSA. La igualación máxima trimestral es de \$125. Las deducciones quincenales son de \$19.23.

- Trimestres con 6 cheques de pago: La contribución es de \$115.38. El partido cuesta \$115.38
- trimestres con 7 cheques de pago: La contribución es de \$134.61. La contrapartida es de \$125 (el límite trimestral). Resultado: La contribución total del empleador es de \$480.76 (frente a la límite anual de \$500).

Si aumenta a \$550 anualmente, las deducciones quincenales son de \$21.15.

- Trimestres con 6 cheques de pago: La contribución es \$126.90. La contrapartida cuesta \$125.
- Trimestres con 7 cheques de pago: La contribución es \$148.05. La contrapartida cuesta \$125.

Resultado: La contribución total del empleador es de \$500.

Planifique en consecuencia para recibir la máxima coincidencia.

Nota: El monto máximo de elección anual de su HSA se basará en si está recibiendo fondos de contrapartida del empleador.

Si no recibe el Crédito de Bienestar y no recibirá fondos del empleador, se le permitirá contribuir hasta el monto máximo del IRS para 2026.

Nota: Si se inscribe en la contribución máxima del IRS para 2026 y el Crédito de Bienestar se procesa posteriormente en su cuenta después del nuevo año del plan, su contribución anual a la HSA se reducirá en función de los fondos de contrapartida de su empleador.



Sus Reclamos de FSA de 2026 deben enviarse a Inspira Financial antes del 31 de marzo de 2027; de lo contrario, los fondos no utilizados se perderán.

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA) DE ATENCIÓN MÉDICA

La FSA de atención médica está disponible si renuncia a la inscripción médica o si elige cualquier plan médico que no sea el plan Protection HSA. Estas contribuciones libres de impuestos se pueden utilizar para pagar los gastos de atención médica elegibles que no son pagados por el seguro. Se requiere inscripción cada año y el saldo no se transfiere. El dinero en una FSA de atención médica está sujeto a la regla del IRS de "úselo o piérdalo".

¡Inspira se ha asociado con FSA Store!

La tienda FSA simplifica los gastos flexibles...

- Todo en la Tienda es elegible para FSA.
- Compre en línea con su tarjeta FSA sin presentar recibos.
- Hay 2,500+ productos elegibles para FSA.

También está disponible un enlace a la tienda FSA directamente en su sitio web para miembros de Inspira Financial.



HSA y FSA

DIFERENCIAS CLAVE ENTRE HSA Y FSA DE ATENCIÓN MÉDICA

	CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)	CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE DE ATENCION MEDICA (FSA)
Disponibilidad	Debe inscribirse en el plan médico Protection HSA.	Disponible si renuncia a la cobertura médica o se inscribe en cualquier plan médico que no sea el plan Protection HSA.
¿Hay financiación del empleador?	Hay contribuciones trimestrales equivalentes del empleador, hasta límites establecidos, si recibe el Crédito de Bienestar.	No
¿Puedo contribuir a la cuenta?	Si - Hasta el límite máximo del IRS si no recibe fondos de contrapartida del empleador. - El límite máximo del IRS se reduce si recibe el Crédito de Bienestar y los fondos de contrapartida del empleador - Si tiene 55 años o más en 2026, puede ganar \$1,000 adicionales de contribución	Sí, hasta \$3,300 anuales.
¿Se permiten cambios?	Los cambios están permitidos en cualquier momento durante el año.	Los cambios están permitidos con un evento de vida que califique
Reinversión	Sí, el saldo de la cuenta se transfiere.	No, los fondos no utilizados se pierden si no se envían antes de la fecha límite.
Restricciones del IRS	No puede contribuir a una HSA si: - Está inscrito en un plan que no es un plan calificado para HSA - Su cónyuge contribuye a una FSA de atención médica - Está inscrito en Medicare o recibe Seguro Social - Es elegible para ser reclamado como dependiente fiscal en la declaración de impuestos de otra persona	No puede contribuir a una FSA de atención médica si: - Está inscrito en el plan médico Protection HSA - Su cónyuge está contribuyendo a una HSA



Seguro de Vida y AD&D



SEGURO DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

Revise la tabla para comprender sus opciones de beneficios y cuándo se puede requerir Evidencia de asegurabilidad (EOI). Recibirá una alerta en [myBenefitsHub](#) para completar un formulario en línea si se requiere EOI. El departamento de suscripción de la compañía revisará la inscripción y le notificará su decisión. No es elegible ni paga ningún monto que requiera EOI hasta que la compañía de seguros de vida lo apruebe.

Información importante:

- Si su SP/DP también trabaja para ODP y es elegible para beneficios de tiempo completo, no puede inscribirse en Seguro de Vida para cónyuges.
- El total de su vida SP/DP no puede exceder el 100% del total de su Seguro de vida básico y complementaria.
- El asociado es automáticamente el beneficiario de cualquier SP / DP o Seguro de Vida Infantil.
- La página de designación de beneficiarios está disponible durante cualquier proceso de inscripción, o puede agregar o cambiar sus beneficiarios en cualquier momento seleccionando Perfil (esquina superior derecha de la página de inicio) > Beneficiarios. Debe revisar a sus beneficiarios periódicamente o cuando ocurra un evento de la vida (matrimonio, divorcio, muerte, etc.)

¿Ha designado un beneficiario?

Un beneficiario es una persona, organización o fideicomiso designado para recibir el beneficio del seguro de vida en caso de muerte.

- Un beneficiario principal sería el primero en la fila para recibir el beneficio de su seguro de vida en caso de su muerte.
- Los beneficiarios secundarios recibirían su beneficio de seguro de vida en caso de que sus beneficiarios principales no estén vivos o no puedan ser encontrados. Si solo tiene un beneficiario principal en la lista, nombrar un beneficiario secundario puede ayudar a evitar la sucesión y garantizar que se cumplan sus deseos.

Si no se hacen designaciones de beneficiarios, la compañía de seguros puede designar automáticamente a "su patrimonio" como beneficiario predeterminado. Una vez que haga sus designaciones de beneficiarios en [myBenefitsHub](#), que suman el 100%, el beneficiario de "mi patrimonio" que figura como predeterminado ya no se aplicará.



Seguro de Vida y AD&D

BENEFICIO	MONTOS DE COBERTURA / OPCIONES DE INSCRIPCIÓN
Seguro de Vida Básico pagado por la empresa / AD&D	Cada beneficio es 1 vez su salario base anual hasta \$250,000 (\$500,000 para vicepresidentes y superiores). No se requiere inscripción. La cobertura está sujeta a la fórmula de reducción de edad. El monto del beneficio se reduce al 65% cuando cumple los 65 años y se reduce aún más en cada nivel de edad de cinco años a partir de entonces. La cobertura termina al jubilarse.
Seguro de Vida Voluntario Emisión de garantía Mejorada	1x-7x salario base anual hasta \$2,250,000, incluyendo Seguro de Vida Básico. 1x-7x salario base anual hasta \$3,000,000, incluida Seguro de vida básico, para vicepresidentes y superiores - Si se inscribe cuando inicialmente es elegible, el monto de emisión garantizado es el menor de 4 veces el salario base anual o \$500,000. Cualquier cosa en exceso requerirá EOI. - Si no se inscribe cuando inicialmente es elegible, todas las inscripciones posteriores requieren EOI. La cobertura está sujeta a la fórmula de reducción de edad. El monto del beneficio se reduce al 65% cuando cumple los 65 años y se reduce aún más en cada nivel de edad de cinco años a partir de entonces. La cobertura termina al jubilarse.
Seguro de Vida del Cónyuge	Elija desde \$10,000, hasta \$250,000 El monto de SP Life no puede exceder el 100% del total de su Seguro de vida básico y complementaria. - Si se inscribe cuando es elegible inicialmente, el monto de emisión garantizada es de \$50,000. Cualquier cosa en exceso requerirá EOI. - Si no se inscribe cuando inicialmente es elegible, todas las inscripciones posteriores requieren EOI.
Seguro de Vida Infantil	Elija desde \$5,000 hasta \$25,000 para niños de hasta 26 años. No se requiere EOI.
Seguro Voluntario de AD&D	Elija hasta 7 veces su salario base anual hasta un máximo de \$2 millones. La cobertura termina al jubilarse. Cobertura solo para usted: - Beneficio del 100% por solicitud presentada Cobertura familiar: - Cónyuge/DP con hijos: 40% de beneficio - Cónyuge/DP sin hijos: beneficio del 50% - Niños (sin SP/DP) – 15% (hasta el límite máximo) - Niño(s) (con SP/DP) – 10% de beneficio (hasta el límite máximo) Nota: Los porcentajes reflejan el % del monto de cobertura del asociado.



Discapacidad



Los beneficios por discapacidad están destinados a reemplazar parte de sus ingresos si no puede trabajar debido a un accidente o enfermedad no laboral. Hay varios elementos de esta cobertura, que están diseñados para funcionar juntos: Discapacidad a corto plazo (STD), STD Plan de Compra y Discapacidad a largo plazo (LTD).

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD)

La inscripción es automática y no se requiere contribución de los asociados. Esta cobertura básica de STD proporciona ingresos de reemplazo de hasta el 50% de sus ingresos semanales si experimenta una lesión, enfermedad o embarazo calificado y no puede trabajar. Hay un período de espera de siete días calendario antes de que se paguen los beneficios. La cobertura de STD también proporcionará ingresos de reemplazo suplementarios al "completar" los beneficios por discapacidad a corto plazo al 100% de ganancias semanales durante el período de un evento relacionado con el nacimiento.

STD PLAN DE COMPRA

Las inscripciones están sujetas a una cláusula de condición preexistente. La inscripción solo está disponible en el momento de la elegibilidad inicial o la inscripción anual (no en eventos de vida).

El Plan STD de Compra es 100% pagada por los asociados. La cobertura brinda la opción de comprar un seguro de STD adicional para reemplazar los ingresos cuando no puede trabajar debido a una lesión, enfermedad o embarazo calificado. Puede agregar hasta un 20% más de cobertura, aumentando su beneficio total de STD hasta el 70% de sus ingresos elegibles.

DISCAPACIDAD LARGO PLAZO (LTD)

LTD se recupera cuando su STD se ha agotado y es 100% pagado por el asociado. La inscripción proporciona ingresos de reemplazo de hasta el 60% de sus ganancias mensuales previas a la discapacidad si su discapacidad elegible continúa más allá de un período de 180 días.

Hay dos niveles de cobertura:

- Período de dos años – Beneficios por un período de dos años
- Hasta los 65 años – Beneficios hasta los 65 años*

* Los beneficios pueden continuar más allá de los 65 años. Consulte el Resumen de beneficios de LTD por separado para obtener más detalles.

Beneficios Voluntarios



LEGAL

BENEFICIOS MEJORADOS Y PRIMAS MÁS BAJAS PARA 2026

Para hacer que la protección legal sea más accesible y asequible, ODP ofrece un beneficio legal integral de LegalShield. Bajo el programa no tendrá que preocuparse por los altos costos por hora o tratar de averiguar qué abogados usar: LegalShield lo hará por usted. Los bufetes de abogados proveedores dedicados de LegalShield serán sus defensores para abordar rápidamente sus asuntos legales.

A partir del 1/1/2026, sus beneficios legales se han mejorado para incluir también las siguientes coberturas además de los beneficios del plan actual ya vigentes y todo a una tarifa de prima más baja.

- Cobertura de Sucesiones: Este servicio cubre el asesoramiento, la consulta y la revisión de documentos para la sucesión de un testamento.
- Ley de la tercera edad: Cubre el asesoramiento, la consulta y la revisión de documentos para el participante, el cónyuge o los padres del participante o cónyuge (incluidos Medicare, Medicaid, beneficios del Seguro Social, Asuntos de Veteranos, planes de recetas, acuerdos de hogares de ancianos, poderes notariales, testamentos vitales y testamentos y fideicomisos).
 - Protección de mascotas: Cubre asesoramiento, consulta y revisión de documentos relacionados con los derechos legales de las mascotas, incluidas las mordeduras de animales, el registro de animales de apoyo emocional, los requisitos de HOA, los problemas de propietarios / inquilinos, la custodia de mascotas y los asuntos de cobro de deudas, como facturas veterinarias.
- Derechos reproductivos: Proporciona asesoramiento, consulta, preparación y revisión de documentos para el miembro / cónyuge del miembro sobre asuntos reproductivos, incluida la subrogación, la donación de óvulos, la donación de esperma, la donación de

gametos, la donación de embriones y la adopción de embriones. También se cubre la representación para una demanda de propiedad de un óvulo / espermatozoide / embrión cuando el miembro es un demandante o demandado.

- Acuerdos de Hogares de Ancianos: Este servicio cubre el asesoramiento, consulta y revisión de documentos para acuerdos de hogares de ancianos cuando la persona cubierta actúa como el cuidador principal de sus padres y / o abuelos y cómo el acuerdo que celebraron puede afectarlos.
- Nombramientos de albaceas: Cuando una persona cubierta ha sido designada como albacea del patrimonio de una persona fallecida. Este servicio cubre el asesoramiento, la consulta y la revisión de documentos de la última voluntad y testamento del difunto.
- Extensión de la cobertura familiar: Cualquier hijo dependiente mayor de 26 años que viva en la residencia del miembro principal puede recibir asesoramiento y consulta solo.
- Exención de primas para militares activos: Cuando un miembro es enviado a militares activos, las primas no se aplicarán para el miembro.
- Alquiler de segunda vivienda: Cubre la consulta y la revisión de documentos para la persona cubierta o el cónyuge que ingresa a un alquiler temporal de propiedad a través de un mercado en línea para alquileres vacacionales.
- Propiedad de alquiler: El servicio cubre la consulta y revisión de documentos para una vivienda unifamiliar (casa, apartamento o condominio) que es 100% propiedad del miembro y / o cónyuge, y no es la residencia principal de ninguno de los dos. \$7.13 quincenal para usted y sus dependientes.



Beneficios Voluntarios



PROTECCIÓN CONTRA EL ROBO DE IDENTIDAD

BENEFICIOS MEJORADOS Y PRIMAS MÁS BAJAS PARA 2026

Cobertura que monitorea la información de identificación personal (PII) de los participantes desde todos los ángulos, incluidos los tres principales agencias de crédito.

Las alertas de amenazas de identidad y crédito son enviado al participante si se encuentra alguna actividad sospechosa. Si se roba la identidad de un participante, esta cobertura proporciona un servicio completo de restauración de la identidad del participante a su estado anterior al robo, con hasta \$1 millón en reembolso por fraude de identidad por gastos y costos legales incurridos por el participante y/o el cónyuge del participante o dependientes elegibles.

La cobertura incluye protección contra ciberseguridad / malware, monitoreo de VPN, un administrador de contraseñas y cobertura para padres adultos dependientes.

Deducciones Quincenales

Usted Solo \$3.74
Usted + Familia \$7.04

Complemente su cobertura médica básica con beneficios voluntarios administrados por The Hartford, que le pagarán en efectivo en ciertas situaciones. Puede usar estos beneficios como prefiera: para compensar los gastos no cubiertos por el seguro médico o para sus gastos diarios. No es necesario inscribirse en un plan médico para inscribirse en cualquiera de los beneficios voluntarios. La inscripción a estos beneficios complementarios se procesa en myBenefitsHub junto con sus coberturas de beneficios básicos. Los beneficios voluntarios son pagados 100% por los asociados

SEGURO CONTRA ACCIDENTE

BENEFICIOS MEJORADOS PARA 2026

Este año (a partir del 1/1/2026), sus beneficios de seguro de accidentes se han incrementado y mejorado sin aumento adicional a las tarifas de primas actuales.

Consulte el resumen de su plan y/o póliza para obtener información completa sobre la cobertura de beneficios, ya que la mayoría de los beneficios se han mejorado significativamente este año.

Con el seguro de accidentes, recibirá un pago único por una lesión cubierta y servicios relacionados por accidentes dentro y fuera del trabajo, como servicios de ambulancia, visitas a la sala de emergencias, fisioterapia y más.

Algunos ejemplos de lesiones cubiertas son:

- Fracturas
- Quemaduras
- Concusiones
- Dislocaciones
- Huesos rotos
- Laceraciones
- Lesión ocular
- Manguito rotador

DEDUCCIONES QUINCENALES	
Usted Solo	\$3.67
Usted + Cónyuge/DP	\$5.73
Usted + Hijo(s)	\$5.84
Usted + Familia	\$9.27



Beneficios Voluntarios

INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

BENEFICIOS MEJORADOS PARA 2026

preocupaciones sobre problemas financieros.

Los beneficios de indemnización hospitalaria también se han incrementado este año sin aumento adicional en las tarifas de las primas a partir del 1/1/2026.

Con la indemnización hospitalaria, recibirá un pago único por dentro y fuera del trabajo (cobertura de 24 horas) en caso de una estadía en el hospital por enfermedad y lesiones. A usted y a sus dependientes cubiertos se les paga un monto de beneficio fijo según la duración de su estadía.

Primer Día de Confinamiento hospitalario	Hasta 1 día al año	\$1,000 (anteriormente \$600)
Confinamiento hospitalario diario (Día 2+)	Hasta 10 días al año	\$200 (anteriormente \$100)
Confinamiento diario en la UCI (Día 2+)	Hasta 10 días al año	\$400 (anteriormente \$200)

ENFERMEDAD CRÍTICA

BENEFICIOS MEJORADOS PARA 2026

El seguro de enfermedad crítica complementa su plan médico al proporcionar un beneficio de suma global de \$15,000 o \$30,000, en caso de que se le diagnostique una enfermedad cubierta como cáncer, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, enfermedad de Alzheimer y más. (Consulte el resumen de su plan o póliza para obtener más información sobre la cobertura de beneficios).

Este año, algunos de los beneficios se han mejorado, incluida una cobertura del 100% para Parkinson's, ALS y MS sin aumento adicional a las tarifas de las primas.

Este beneficio se le paga directamente a usted y se puede usar para cubrir gastos como copagos, deducibles, tratamiento fuera de la red, servicios públicos, pagos de automóviles, alquiler o pagos de hipotecas (como desee), para que pueda concentrarse en mejorar y tener menos

DEDUCCIONES QUINCENALES

Usted Solo	\$4.83
Usted + Cónyuge/DP	\$9.98
Usted + Hijo(s)	\$9.19
Usted + Familia	\$15.00

EL BENEFICIO DE \$50 PARA EXÁMENES DE SALUD

Si está inscrito en una indemnización hospitalaria voluntaria y/o una enfermedad crítica, usted y cada dependiente inscrito son elegibles para un beneficio de evaluación de salud de \$50 anualmente. Si está inscrito en ambas coberturas, ¡es elegible para un cheque de \$50 bajo cada beneficio!

Los exámenes de salud elegibles incluyen radiografía de tórax, colonoscopia, mamografía, prueba de Papanicolaou, PSA, electrocardiograma, prueba de esfuerzo, análisis de sangre y más. Una lista completa de las pruebas de detección elegibles está disponible en la biblioteca de recursos de myBenefitsHub.

Presentar un reclamo es fácil, ya sea por teléfono al (866) 547-4205 o en línea al <https://myhealthhub.app/thehartford>. Siga las instrucciones para enviar una declaración de aptitud para Bene de evaluación de salud. Una vez aprobado, el plazo estándar para el pago es de 3 a 10 días hábiles.

Para obtener más información sobre las coberturas anteriores, incluidos formularios de reclamo, folletos y videos, visite TheHartford.com/benefits/myclaim.



EAP



PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

No importa dónde se encuentre en su viaje, hay momentos en que un poco de ayuda puede ser de gran ayuda para lograr sus objetivos. Desde marcar las tareas diarias hasta trabajar en problemas más complejos, su programa ofrece una variedad de servicios, recursos y herramientas para ayudarle a mejorar un poco su vida.

Visite <https://member.magellanhealthcare.com/> para conocer los servicios disponibles. Si es la primera vez que se registra, ingrese "ODP Corp" en la búsqueda de la organización.

Características Principales:

- Sin costo para usted y los miembros de su hogar
- Hasta 5 sesiones de asesoramiento por problema de presentación
- Completamente confidencial proporcionado por un tercero

Asesoramiento

Acceda a una red nacional de consejeros autorizados para obtener apoyo con desafíos como el estrés, la ansiedad, el duelo, el abuso de sustancias, las relaciones, la crianza de los hijos y más. El asesoramiento es confidencial y está disponible en persona, por mensaje de texto, chat en vivo, teléfono o videoconferencia.

Bienestar financiero, servicios legales, resolución de robo de identidad

Reúnase con expertos que puedan ayudarle a tomar el control de sus finanzas, resolver problemas legales como planificación patrimonial y derecho de familia, restaurar el crédito; investigue temas específicos y / o imprima sus propios formularios legales específicos del estado.



Plan de Jubilación



PLAN 401(K) DE AHORRAR PARA LA JUBILACIÓN

Comience a invertir en usted mismo con la ayuda del Plan 401(K) de Ahorrar para la Jubilación ("Plan"). El Plan ofrece una opción Roth antes y después de impuestos.

Usted es elegible para inscribirse tan pronto como sea administrativamente posible después de su fecha de contratación. Si lo tiene Usted es elegible para inscribirse tan pronto como sea administrativamente posible después de su fecha de contratación. Si

Está inscrito en el Plan dentro de los 60 días a partir de su fecha de elegibilidad, se le inscribirá automáticamente a una tasa de contribución del 3% de sus ganancias elegibles antes de impuestos. Puede comenzar, cambiar o detener las contribuciones en cualquier momento. Las opciones de contribución incluyen tanto el 401(k) antes de impuestos como el Roth después de impuestos.

Contribuciones de contrapartida

Después de completar 1,000 horas de servicio durante un Período de Cálculo consecutivo de 12 meses, la Compañía igualará \$0.50 por cada \$1.00 que contribuya, hasta su primer 6% de las ganancias elegibles antes de impuestos por período de pago (excluyendo las contribuciones de recuperación) en el Plan. **32**

TABLA DE INVERSIÓN

Siempre tiene el 100% de sus propias contribuciones antes de impuestos y Roth, así como de las ganancias de ellas. Las contribuciones equivalentes de la Compañía, así como cualquier ganancia sobre ellas, se otorgarán de acuerdo con el siguiente cronograma:

AÑOS DE SERVICIO	PORCENTAJE ADQUIRIDO
1	0%
2	50%
3	100%

Algunas otras características del Plan incluyen oportunidades de ahorro con impuestos diferidos, opciones de inversión, contribuciones de recuperación, aumentos anuales automáticos, conveniencia de deducciones de nómina y designaciones de beneficiarios en línea.

Cómo Inscribirse

Inicie sesión en Fidelity NetBenefits en Netbenefits.com/ODP o llame al 1-888-954-4636 para hablar con un representante de NetBenefits entre las 8:30 a. m. y las 8:30 p. m., hora del este (excepto los días festivos).



Beneficios Trabajo/Vida



TIEMPO LIBR REMUNERADO (PTO)

ODP proporciona PTO para tomarse un tiempo fuera del trabajo para descansar y recargar energías. Sus horas iniciales de PTO se prorratan según su fecha de contratación, y los asociados de tiempo completo son elegibles para usar PTO después de completar 90 días de servicio.

El PTO se carga por adelantado o se acumula en función de su estado de trabajo.

- Si está bajo PTO de carga frontal, su PTO debe usarse antes del 31 de diciembre de cada año, de lo contrario se perderá.
- Si está bajo acumulación de PTO, cualquier saldo no utilizado se transfiere al año siguiente, hasta los límites establecidos.

Consulte el sitio de SharePoint de directivas de EE. UU. para obtener detalles completos o póngase en contacto con HR4U@theodpgroup.com para cualquier pregunta.

La inscripción en los siguientes beneficios voluntarios está disponible en cualquier momento y se paga al 100% directamente al proveedor correspondiente. Estos beneficios no están patrocinados por el empleador, ni el empleador es un fiduciario del plan.

SEGURO DE AUTO Y HOGAR¹

Comprar un seguro de auto y de vivienda puede ser rápido, fácil y sin complicaciones. Reciba presupuestos sin compromiso de hasta tres proveedores de calidad reconocidos a nivel nacional: Travelers, Farmers Insurance y Liberty Mutual.

Por lo general, se envía un correo a los asociados trimestralmente que incluirá instrucciones sobre cómo recibir cotizaciones de los siguientes proveedores, o puede llamarlos directamente ¹ La cobertura de seguro de hogar en Florida es muy limitada, si está disponible.

- Travelers: (888) 695-4640
Proporcionar código de descuento 2444.
- Farmers: (855) 893-2803
Proporcionar código de descuento BBT.
- Liberty Mutual: (800) 290-3584
Proporcionar código de cliente 124804.



Apoyo y Cuidado Familiar

LICENCIA PARENTAL REMUNERADA (PPBL)

ODP apoya a su familia y ofrece a los asociados elegibles hasta seis (6) semanas de PPBL por tiempo fuera del trabajo para cuidar y vincularse con un niño como resultado de nacimiento, adopción, cuidado de crianza o tutela legal. Los asociados deben estar empleados durante al menos 1 año y estar capacitados en un estado de tiempo completo. Póngase en contacto con Voya para postularse, www.voya.com/claims.

REEMBOLSO DE ADOPCIÓN

ODP ofrece reembolso de adopción para todos los asociados elegibles, proporcionando un reembolso de hasta \$5,000 por cada adopción finalizada por los gastos calificados involucrados en convertirse en padre adoptivo. Se reembolsarán \$1,000 adicionales por un niño con necesidades especiales. Gastos calificados como: honorarios de agencia, honorarios de adopción, honorarios legales, viajes y otros costos. Para obtener más información, consulte la Política de reembolso de adopción.

DESCUENTO EN EL TRATAMIENTO WINFERTILITY

¿Has estado tratando de tener un bebé sin éxito? WINFertility puede ayudarte al conectarlo con una red de especialistas en fertilidad accesibles, asequibles y probados.

WINFertility no requiere calificaciones clínicas o de edad para participar. Trabajan con algunas de las compañías financieras de mayor reputación en la nación que ofrecen tasas y condiciones de pago atractivas.





Beneficios de Vida Laboral

Éste no sustituye una visita a su veterinario primario.

BENEFICIOS DE TRÁNSITO DE CERCANÍAS (COMMUTER)

Una cuenta de viajero es una cuenta de beneficios antes de impuestos que se utiliza para pagar el transporte público (tren, metro, tren ligero, autobús y ferry) como parte de su viaje diario al trabajo. Puede hacer contribuciones antes de impuestos, hasta el monto del IRS, en su cuenta para pagar los gastos de tránsito, lo que significa que termina pagando menos impuestos y llevándose a casa más de su cheque de pago.

La inscripción en los beneficios de Commuter se realiza a través de [myBenefitsHub](#) y, posteriormente, se transfiere a Inspira Financial, que administra el beneficio de Viajero.

SEGURO DE MASCOTAS

Este seguro cubre perros, gatos, pájaros, hurones, reptiles y otras mascotas exóticas. Si actualmente está inscrito, estará protegido por su plan actual, siempre que continúe pagando sus primas. Nationwide ofrece dos niveles de reembolso: 50% y 70%. Obtenga un presupuesto sin compromiso en [benefits.petinsurance.com/odp](#).

Obtenga precios grupales preferidos y reembolsos en efectivo en las facturas veterinarias elegibles según su nivel de reembolso. Tiene la libertad de usar cualquier veterinario, en cualquier lugar. No hay red y no se requieren aprobaciones previas.

Como un servicio gratuito adicional para los miembros, la Línea de Ayuda Veterinaria ofrece acceso a veterinarios en vivo 24/7 para responder preguntas generales sobre mascotas y ayudar a identificar las necesidades de atención urgente.

WALKINGSPREE

ODP cree en apoyar sus objetivos de estar activo y saludable y se ha asociado con Walkingspree, un líder de la industria en el seguimiento de la actividad digital para motivar a las personas a ser más activas físicamente. Walkingspree proporciona una aplicación que sincroniza automáticamente sus pasos, realiza un seguimiento de sus objetivos y brinda motivación y aliento. ¡Conece su dispositivo portátil y/o smartphone y participe fácilmente durante todo el año!

Hay videos de entrenamiento a pedido de Les Mills, cursos en video de bienestar y una biblioteca completa de artículos de bienestar sobre nutrición, manejo del estrés y salud.

¡Únase a sus colegas para disfrutar de emocionantes y divertidas competiciones!

¡Esté atento a los desafíos de la empresa durante todo el año!

¡Regístrese hoy!

¡Asegúrese de abrir la aplicación Walkingspree al menos una vez por semana para sincronizar sus pasos!

1. Descargue la aplicación Walkingspree desde App Store o Google Play
2. Ingrese el nombre de la empresa: ODP
3. Regístrese con ID de asociado
4. ¡Conecte su dispositivo y comience a caminar!

Elija su propio nombre de usuario para que se muestre en la aplicación. ¿Necesita ayuda? Contacte support@walkingspree.com.



Beneficios de Vida Laboral

PROGRAMA DE DESCUENTOS DE PERKSPOT

¡Escuchamos sus comentarios!

Su programa de descuentos ODP es una ventanilla única para miles de descuentos exclusivos en más de 25 categorías diferentes.

Cómo navegar por su programa de descuentos

- Beneficios cerca de usted

Ubicado en la sección Nuevos y destacados, Perks Near You le permite usar su ubicación para ver todos los descuentos cerca de usted, ¡esté donde esté! Los descuentos se pueden filtrar por categoría y distancia.

- Ahorros personalizados

Háganos saber lo que le interesa para que podamos asegurarnos de que vea los beneficios que más disfrutará, al frente y al centro de su página de inicio del programa de descuentos.

Marcas adecuadas para cada estilo de vida

¿Buscas algo específico? La página de Marcas, que se encuentra en la sección Beneficios populares, es una manera fácil y rápida de buscar todos los descuentos disponibles para usted.

Sugerir un negocio

¿No encuentra lo que busca? Diríjase a la página Sugerir un negocio, que se encuentra en la esquina superior derecha de su página de inicio en Opciones de cuenta, para sugerir que sus marcas favoritas y lugares locales se agreguen a su programa de descuentos.

Soporte Dedicado

El equipo de atención al cliente de PerkSpot está aquí para ayudar con cualquier pregunta. ¡Hemos incluido información importante sobre nuestra disponibilidad en caso de que necesite ayuda!

Cómo registrarse en su programa de ahorros

¡Siga los sencillos pasos a continuación para configurar su cuenta y estará listo para ahorrar!

Para empezar:

1. Regístrese en <http://odp.perkspot.com/> con código de acceso:
ODPPERKS
1. Cuando esté en el sitio de PerkSpot de su organización, haz clic en
"Cree su cuenta" para empezar.

ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDAR

Horarios

lunes - viernes

8:00AM - 6:00PM CST

Número de Teléfono

866-606-6057

Email

cs@perkspot.com

Centro de Ayudar*

support.perkspot.com

*Nuestro equipo bilingüe de Servicio al Cliente puede responder cualquier pregunta tanto en inglés como en español



AHORRA SOBRE LA MARCHA

Una vez que haya completado su registro, descarga la aplicación móvil PerkSpot desde Apple Store o Google Play Store. Obtendrá todos los beneficios de su Portal de Ahorros, con la adición de ofertas locales de fácil acceso y beneficios móviles que le brindarán las mejores ofertas, en cualquier lugar y en cualquier momento.

Información Adicional

CUANDO FINALIZA LA COBERTURA DE BENEFICIOS

Su cobertura bajo los beneficios de salud y bienestar de ODP finaliza cuando ocurre lo primero de los siguientes:

- Su empleo termina (los beneficios terminarán el último día del período de pago durante el cual trabajó);
- El Plan finaliza, o la cobertura se interrumpe o Terminado;
- No realiza las contribuciones requeridas;
- Ya no cumple con los requisitos de elegibilidad;
- Ya no está trabajando activamente y su elegibilidad termina (por ejemplo, después de 6 meses de una licencia
- Su discapacidad termina y no regresa al empleo activo (se pueden aplicar reglas especiales si recibe beneficios por discapacidad a corto o largo plazo);
- Usted no coopera con el Plan o el Administrador de reclamaciones con respecto a la administración de sus beneficios.
- La cobertura para sus dependientes inscritos (cónyuge/pareja de hecho, hijos) finaliza cuando finaliza su cobertura. Sin embargo, la cobertura de su Dependiente terminará antes que su cobertura si::
- Su dependiente inscrito ya no cumple con la definición de dependiente elegible;
- Elimina al Dependiente inscrito de la cobertura;
- Usted no coopera con el Plan o el Administrador de Reclamaciones con respecto a la administración de los beneficios;
- La cobertura del Plan se suspende o cancela.

NOTA IMPORTANTE

Es su responsabilidad informar un cambio en la elegibilidad de un Dependiente.

Las primas pagadas por error debido a su demora en informar un cambio en la elegibilidad no ser reembolsado.

Su cobertura y la cobertura de su Dependiente también pueden ser rescindida o suspendida por los siguientes motivos:

- Participar en tergiversación o fraude contra el Plan, incluida la presentación o participación en la presentación de un reclamo de beneficios falso, engañoso o fraudulento, o permitir que su tarjeta de identificación sea utilizada por una persona que no está inscrita en el Plan.
- Proporcionar información falsa o engañosa en relación con inscripción, incluida la inscripción de una persona que no cumple con los criterios de elegibilidad o no dar de baja a una persona inscrita de manera oportuna cuando ya no cumple con los criterios de elegibilidad.



Apelaciones de elegibilidad e inscripción de salud y bienestar

El proceso de apelaciones de elegibilidad e inscripción se utiliza para determinaciones relacionadas con la elegibilidad para la cobertura, la inscripción y la participación, las contribuciones o deducciones, u otros aspectos administrativos del Plan.

El proceso incluye dos niveles de revisión: un "Proceso de Reclamos Formales" y un "Proceso de Apelaciones Formales".

El proceso formal de reclamos (apelación de 1er nivel) Cualquier reclamo, disputa o queja relacionada con la elegibilidad, la inscripción y/u otros aspectos administrativos del Plan debe presentarse dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha de vigencia de la cobertura para la cual se relaciona la elegibilidad y/o inscripción. Por lo tanto, y como ejemplo, para fines de la Inscripción Anual, su fecha de vigencia de la cobertura es el 1 de enero, y cualquier reclamo relacionado con esa elegibilidad y/o inscripción debe presentarse dentro de los noventa (90) días posteriores (o antes del 31 de marzo). Esta limitación cubre cualquier reclamo o disputa que pueda tener con respecto a cualquier elección de inscripción que haya realizado (o no haya realizado, según sea el caso), incluidas las elecciones, las coberturas, el estado de dependiente, los dependientes inscritos y / o las contribuciones a las cuentas de gastos flexibles.

Dentro del tiempo descrito anteriormente, usted o su representante autorizado deben comunicarse de inmediato con el Equipo de Beneficios en BenefitsTeam@theodpgroup.com. Durante este proceso, el equipo de beneficios designado puede ser capaz de resolver el problema, eliminando la necesidad de tomar medidas adicionales. Si no es posible una resolución, o si la respuesta es desfavorable, tiene derecho a presentar una apelación de 2º nivel.

El proceso de apelación formal (apelación de 2º nivel) Si su apelación de 1er nivel es denegada, tiene derecho a que se reconsidere esta decisión presentando una apelación de 2do nivel. Usted o su representante debidamente autorizado deben presentar una solicitud por escrito dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la denegación durante el proceso de

Apelaciones de 1er Nivel. Las apelaciones formales deben presentarse ante el Comité de Apelaciones de Beneficios del Administrador del Plan. Aunque el correo electrónico o el fax son el método más rápido y preferido para presentar su Apelación de 2do Nivel, también puede presentar por correo postal de EE. UU. a:

The ODP Group
Attention: Benefits Appeals Committee
6600 North Military Trail
Boca Ratón, Florida, 33496 Fax: (561) 438-3247
Correo electrónico:
benefitsteam@theodpgroup.com

Su apelación formal debe incluir su nombre, un copia de su denegación de apelación de 1er nivel y cualquier comentario, documento, registro u otra información adicional que le gustaría que el Comité de Apelaciones de Beneficios, representado por la alta gerencia y el asesor legal interno, considerara.

Cuando se revisa la Apelación de 2º Nivel, todos los documentos, registros y otra información que que envió será considerado sin tener en cuenta hasta si la información fue considerada en el proceso de reclamos informales (apelación de 1er nivel). Además, la documentación que envíe, el Comité investigará la orientación regulatoria y fiscal, así como las políticas, procedimientos y decisiones anteriores de la Compañía dictadas para la misma situación.

El Comité de Apelaciones hará una revisión completa y justa de su Apelación de 2do Nivel, y se le notificará la decisión dentro de los 31 días.

El Comité de Apelaciones tiene autoridad discrecional para revisar y resolver cualquier Apelación de 2º Nivel. Aplicarán los términos del Plan y utilizarán su discreción para interpretar esos términos. La decisión del Comité de Apelaciones sobre cualquier Apelación de 2º Nivel para la elegibilidad y/o inscripción es definitiva y vinculante.

El Plan de Beneficios de Bienestar de ODP Group se rige por las leyes aplicables bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA).

Recursos

PREGUNTAS	INFORMACIÓN DE CONTACTO
• ¿Cómo funciona una FSA de atención médica? • ¿Cómo funcionan los deducibles y el desembolso máximo? • ¿Cómo puedo verificar mi incentivo de Crédito de Bienestar? • ¿Cuál es la diferencia entre los planes médicos? • Preguntas sobre lo que cubre el plan. • ¿Necesito autorización previa para la cirugía de mi hijo? • Ayúdeme a encontrar un proveedor de designación premium. • No entiendo mi Explicación de Beneficios (EOB). • ¿Por qué se denegó mi reclamo? • ¿Por qué se niega mi receta?	Coordinador de atención de UMR / Asesor del plan (800) 207-3172 www.umar.com
• No puedo inscribirme en los beneficios. • ¿Cómo fijo la fecha de nacimiento de mi dependiente? • ¿Cómo actualizo a mis beneficiarios? • ¿Cómo inscribo a mi recién nacido en la cobertura médica? • Mi cónyuge está perdiendo su trabajo. ¿Se pueden agregar a mi cobertura? • Me acabo de casar. ¿Cómo agrego a mi cónyuge a la cobertura?	Equipo de beneficios de ODP BenefitsTeam@theodpgroup.com
• Estoy en LOA y necesito pagar mi factura por mis beneficios. • Acabo de regresar de LOA. ¿Debo alguna prima mientras estuve fuera? • Recibí una terminación por falta de pago y estoy en LOA. • ¿Cómo cancelo mi cobertura de COBRA?	Centro de servicios de COBRA y facturación directa de bswift MyBenefitsHub (ODP.bswift.com) (866) 365-2413



BIBLIOTECA DE RECURSOS myBenefitsHub

Acceda a la biblioteca de recursos para obtener documentos como hojas de tarifas, la descripción resumida del plan (SPD), formularios de reclamo, avisos legales y más.

La biblioteca de recursos está disponible en la página de [inicio de myBenefitsHub](#) en la pestaña "Aprender" en la parte superior de la página.

La información de esta guía se aplica solo a los asociados elegibles en los Estados Unidos y a los dependientes elegibles de esos asociados. Esta Guía de beneficios de 2026 (y cualquier elemento adicional o documentos a los que se hace referencia en esta guía) es un resumen de los beneficios del Plan de Beneficios de Bienestar de la Corporación ODP (el "Plan") a partir del 1 de enero de 2026. Se proporciona información más detallada en los documentos oficiales del plan, incluidas las descripciones resumidas del plan y los contratos de seguro. Si existe un conflicto entre cualquier información de esta guía y los Documentos del Plan y los contratos de seguro, los Documentos del Plan y los contratos de seguro regirán y controlarán el funcionamiento del Plan. La información presentada en esta guía no pretende representar un contrato entre The ODP Group (incluidas las empresas participantes) y cualquiera de sus asociados o ex asociados. La Corporación ODP se reserva el derecho de enmendar, modificar, suspender, reemplazar o cancelar cualquiera de sus planes, políticas o programas de beneficios, en su totalidad o en parte, incluido cualquier nivel o forma de cobertura mediante la acción apropiada de la Compañía en cualquier momento. Inscribir a un dependiente no elegible, proporcionar información falsa o engañosa al inscribir a un dependiente o no eliminar a un dependiente que deja de ser elegible de manera oportuna es una violación de la política de la Corporación ODP y dará lugar a acciones disciplinarias que pueden incluir la terminación del empleo y el reembolso de cualquier reclamo pagado por el Plan para el dependiente no elegible.

Recursos

Plan	Carrier	Teléfono	Sitio Web
Inscripción de Beneficios	bswift	myBenefitsHub	https://odp.bswift.com
Facturación Directa (facturación LOA)	bswift	866-365-2413	https://odp.bswift.com
Continuación de la cobertura de COBRA	bswift	866-365-2413	https://odp.bswift.com
Seguro Médico / Rx – UMR • Asesor de planes • Condición continua CARE • Maternidad CARE • Defensor de la atención especializada • RxBenefits (recetas) • Manejo de la diabetes • Visitas virtuales de Teladoc	UMR UMR UMR UMR RxBenefits Livongo/Teladoc Teladoc Hinge Health	800-207-3172 844-604-6246 844-604-6244 833-792-0501 800-334-8134 800-945-4355 800-835-2362 855-902-2777	https://www.umar.com
Seguro Médico / Rx - Surest	Surest	866-683-6440	https://surest.care/ODP
Seguro Médico / Rx – Kaiser CA	Kaiser CA	800-464-4000	www.kp.com
Seguro Médico / Rx - HMSA	HMSA	800-776-4672	www.hmsa.com
SmartConnect Medicare	SmartMatch	866-421-1535	https://gps.smartconnectplan.com
Dental	Delta Dental	800-521-2651	www.Deltadentalins.com
Visión	VSP	800-877-7195	www.vsp.com
FSA / HSA / Viajero	Inspira	844-729-3539	https://inspirafinancial.com/
Seguro de Vida y AD&D	Voya	888-238-4840	https://presents.voya.com/EBRC/ODP
Permiso de Ausencia	Voya	888-973-3652	https://presents.voya.com/EBRC/ODP
Seguro de Discapacidad a Corto y Largo Plazo Discapacidad Estatal (HI, NY, NJ),	Voya	888-973-3652	https://presents.voya.com/EBRC/ODP
Plan de Asistencia al Empleado (EAP)	Magellan Healthcare	800-789-2273	Member.Magellanhealthcare.com Company Search: ODP
Seguro de Auto y Hogar	Farmers Insurance Liberty Mutual Travelers	855-828-0187 (discount code: BBT) 800-290-3584 (client code: 124804) 888-710-3493	
Plan de Servicios Legales	LegalShield	888-807-0407	https://benefits2.legalshield.com/
Robo de Identidad	LegalShield	888-807-0407	https://benefits2.legalshield.com/
WINFertility	WinFertility	855-678-3255	www.winfertility.com
Enfermedad Crítica, Póliza #VCI-681381 Accidentes Póliza #VAC-681381 Indemnización Hospitalaria Póliza #VHI-681381	The Hartford	866-547-4205	Myhealthhub.app/thehartford
Portal de Bienestar de Walkingspree	Walkingspree	support@ walkingspree.com	Download the Walkingspree App from the Google Play or App
Programa de Descuentos PerkSpot	PerkSpot	866-606-6057	http://odp.perkspot.com
Plan 401(K) de Jubilación	Fidelity	888-954-4636	netbenefits.com/odp