



2025

GUÍA DE

EN VIGOR DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE



Our business.

7901 N 16th Street
Phoenix, AZ 85020
602-531-4733
edgebuildingservices.com

Bienvenido a su Guía de Inscripción de Beneficios de Edge Building Services.

Nuestros Empleados son nuestro activo más valioso.

Edge le ofrece a usted y a sus familiares elegibles un programa de beneficios integral y valioso. Le recomendamos que se tome el tiempo para informarse sobre sus opciones y elegir la mejor cobertura para usted y su familia.



¿Quién es elegible?

Si es un empleado permanente de tiempo completo que trabaja 30 horas o más por semana, usted puede inscribirse en los beneficios descritos en esta guía. Su cónyuge, pareja de hecho, hijo biológico o adoptado, o cualquier dependiente sobre el cual usted o su cónyuge tengan tutela o custodia legal hasta la edad de 26 años, casado o soltero, son elegibles para inscribirse. Los padres y nietos no son elegibles para recibir beneficios.

Descargo de responsabilidad: Si hay una discrepancia entre estos resúmenes y los documentos legales escritos del plan, prevalecerán los documentos del plan.

La cobertura para los nuevos empleados para estos beneficios entrará en vigor el primero del mes siguiente a 30 días consecutivos de empleo a tiempo completo.

¿Cuándo me Inscribo?

Usted es elegible para inscribirse en los beneficios durante su período de elegibilidad inicial o durante la inscripción abierta, que se lleva a cabo cada diciembre.



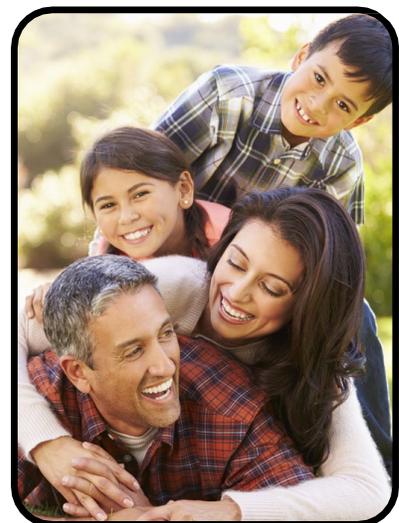
¿Cómo me inscribo?

El primer paso es revisar sus elecciones de beneficios actuales o, si es un empleado recientemente elegible, revisar sus opciones de beneficios actuales. Verifique su información personal y agregue o realice los cambios necesarios. Haga sus selecciones de beneficios cuidadosamente. Una vez que haya hecho sus selecciones, usted no podrá cambiarlas hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que tenga un evento de vida calificado.

¿Cómo y cuándo puedo hacer cambios?

A menos que tenga un cambio de estado calificado, usted no puede realizar cambios en los beneficios que seleccionó hasta el próximo período de Inscripción Abierta o experimente un evento de vida calificado. Un cambio de estatus incluiría matrimonio, divorcio, separación legal, nacimiento, adopción, cambio de estatus de dependiente infantil, muerte de un cónyuge, hijo u otro dependiente calificado, cambio de residencia debido a un empleo o un cambio de estatus laboral por un cónyuge.

Importante: Los empleados tienen 30 días a partir de la fecha del evento para realizar cambios electorales. Comuníquese con Recursos Humanos para obtener detalles completos.



PLANES MÉDICOS

A continuación se presenta una breve descripción de los tipos de planes médicos que ofrecemos.



PPO

Este plan le brinda la libertad de buscar atención del proveedor de su elección. Sin embargo, usted maximizará sus beneficios y reducirá sus costos si elige un proveedor que participe en la red. Se debe alcanzar el deducible por año calendario antes de que se cubran ciertos servicios.

HSA

Al igual que los planes PPO, un plan de salud con deducible alto (HDHP) le brinda la libertad de buscar atención del proveedor de su elección. Usted maximizará sus beneficios y reducirá sus costos si elige un proveedor que participa en la red. Además, el HDHP viene con una cuenta de ahorros para la salud (HSA) que le permite ahorrar dólares antes de impuestos para pagar cualquier gasto de atención médica calificado según lo define el IRS, incluidos la mayoría de los gastos médicos, medicamentos recetados, dentales y de bolsillo y gastos de visión.

Para obtener una lista completa de gastos de atención médica calificados, visite www.irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf.

Así es como funcionan los planes:

Deducible anual: Debe alcanzar el deducible anual antes de que el plan comience a pagar los gastos médicos no preventivos y de medicamentos recetados. Hay dos tipos de deducibles:

- Incorporado- Cada persona sólo tiene que cumplir con el deducible único antes de que el plan comience a pagar.
- No Incorporado - cualquier participante debe alcanzar el deducible familiar antes de que el plan comience a pagar.

Coaseguro: Una vez que haya alcanzado el deducible anual del plan, usted será responsable de un porcentaje de sus gastos médicos, lo que se denomina coaseguro. Por ejemplo, el plan puede pagar el 80 por ciento y usted puede pagar el 20 por ciento.

Desembolso Máximo Anual: Una vez que su deducible y coaseguro se sumen al desembolso máximo anual del plan, el plan pagará el 100 por ciento de todos los servicios cubiertos elegibles durante el resto del año calendario.

NOTA: Si inscribe a uno o más miembros de la familia, usted debe alcanzar el desembolso máximo FAMILIAR completo antes de que el plan comience a pagar los servicios cubiertos al 100 por ciento para cualquier individuo bajo un plan con deducible no incorporado.

Cuenta de Ahorros de la Salud (HSA): Usted puede contribuir a su HSA mediante deducciones de nómina antes de impuestos para ayudar a pagar su deducible anual y pagar los gastos de atención médica calificados. Para ser elegible para la HSA, usted no puede estar cubierto a través de la Parte A o la Parte B de Medicare, los programas TRICARE ni ningún otro plan de salud. Consulte los documentos del plan para obtener todos los detalles. Las contribuciones del empleador cuentan para el máximo anual.

Límites de Contribución a la HSA para 2025: Empleado Únicamente: \$4,300 | Empleado + cónyuge, hijos, familia es \$8,550

“Si elige participar en el componente HSA, se le pedirá que certifique que cumple con todos los requisitos del Código § 223 para ser elegible para contribuir a una HSA. Estos requisitos incluyen cosas como no tener ninguna cobertura que lo descalifique, como Medicare. Debe tener en cuenta que la cobertura del plan de su cónyuge, incluida la FSA de Salud de su cónyuge, podría hacer que usted no sea elegible para contribuir a una HSA. Para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad de una HSA y las consecuencias de realizar contribuciones a una HSA cuando no es elegible (incluidos posibles impuestos especiales y otras multas), consulte la Publicación 969 del IRS (Cuentas de Ahorro de la Salud y otros planes de salud con ventajas impositivas) y consulte con su profesional de impuestos

personales.”

MEDICAL - EMI Health MEC Enhanced Plan



Todos los servicios están sujetos a los cargos máximos permitidos de EMI Health. No habrá ningún beneficio al utilizar un proveedor no participante. Este es un Plan Médico MÍNIMO ESENCIAL. Los beneficios no pretenden cubrir TODOS los gastos médicos. Lea atentamente los documentos de su plan.

Plan MEC de EMI Beneficios Adentro de la red

SOLAMENTE Beneficios de Medicamentos con

Receta

(Si se compra medicamento de marca cuando hay genérico disponible, el afiliado paga el copago más la diferencia) Farmacia Participante (suministro para 30 días) Mandatos de Atención Preventiva de la ACA: cubierta al 100%

- Los medicamentos a largo plazo (de mantenimiento) deben comprarse mediante pedido por correo o en una farmacia Walgreens para recibir beneficios. Genérico - 10% de costo compartido
- Preferido - 50% del Costo Compartido
- No Preferido - No Cobertura

Farmacia No Participante NO COBERTURA

Pedido por correo (suministro para 90 días) Mandatos de atención preventiva de la ACA - Cubierto al 100% Los medicamentos a largo plazo (de mantenimiento) deben comprarse mediante pedido por correo o en una farmacia Walgreens para recibir beneficios.

- Genérico - 10% de costo compartido
- Preferido - 50% de costo compartido
- No preferido - No cobertura
- Farmacia Especializada NO COBERTURA

Servicios Preventivos

- Exámenes Físicos de Rutina (1 por año) Cubierto al 100%
- Examen Ginecológico de Rutina (1 por año) Cubierto al 100%
- Prueba de Papanicolaou y mamografía de rutina (1 por año) Cobertura AL 100%
- Exámenes de Rutina de Bienestar para Bebés cubiertos al 100%
- Vacunas Cubiertas al 100%
- Examen de la vista de rutina (1 por año) Cubierto al 100%
- Examen de audición de rutina (1 por año) Cubierto al 100%
- Servicios de centros preventivos elegibles cubiertos al 100%
- Médicos y servicios profesionales USTED PAGA
- Clínica de conveniencia (máximo 3 por año) Copago de \$20
- Visita al consultorio del médico (atención primaria, máximo 3 por año) Copago de \$20
- Visita al consultorio del médico (atención secundaria, máximo 3 por año) Copago de \$50
- Diagnóstico mayor (máximo 1 por año) Copago de \$250
- Diagnóstico menor (máximo 3 por año) \$50
- Inyecciones (consultorio, máximo 3 por año) Cobertura del 100%
- Cirugía (consultorio, máximo 1 por año) Cobertura al 100%



Nivel de Elección de Empleados del Plan MEC

Costo por Pago del Empleado

Empleado	\$32.25
Empleado + Cónyuge	\$64.75
Empleado + hijos	\$78.75
Familia	\$106.25

- Anestesiología (consultorio, máximo 3 por año) Cobertura al 100%
- Suministros para pruebas de diabetes (máximo 3 por año) 30 % de costo compartido
- Suministros Médicos (consultorio, máximo 3 por año) Cubierto al 100%



MÉDICO - EMI Health

3 Opciones de Planes

Tradicional BCBS of AZ Red

Statewide

Este resumen de beneficios refleja únicamente los beneficios dentro de la red. Para obtener detalles completos sobre estos beneficios, consulte su SBC, SPD o Folletos de beneficios.

Tipo de Beneficio	Base PPO \$7,500 Adentro de la Red	HSA \$7,000 Adentro de la Red	Buy-Up PPO \$4,000 Adentro de la Red
Deducible	\$7,500 individuo \$15,000 familia	\$7,000 individuo \$14,000 familia	\$4,000 individuo \$8,000 familia
Coaseguro Costo compartido del Empleado (00% EE I 100% Plan	00% EE I 100% Plan	20% EE I 80% Plan
Desembolso máximo (incluye Deducible, Coaseguro, Copagos)	\$9,000 individuo \$18,000 familia	\$7,000 individuo \$14,000 familia	\$7,000 individuo \$14,000 familia
Preventivo	100% En la Red	100% En la Red	100% En la Red
Visita al consultorio Visita especializada	\$50 Copago \$100 Copago	00% EE I 100% Plan Después del deducible*	\$30 Copago \$60 Copago
Clínica de Conveniencia Atención de Urgencias	\$50 Copago \$100 Copago	00% EE I 100% Plan Después del deducible*	\$30 Copago \$75 Copago
Servicios de Emergencias	00% EE I 100% Plan Después del deducible*	00% EE I 100% Plan Después del deducible*	\$400 Copago
Servicios Ambulatorios	00% EE I 100% Plan	00% EE I 100% Plan Después del deducible*	20% EE I 80% Plan
Servicios de Hospitalización	00% EE I 100% Plan	00% EE I 100% Plan Después del deducible*	20% EE I 80% Plan
Suministro de Medicamentos Recetados y deducible	30-Días I 90-Suministro 90 días \$500 individuo I \$1,500 familia	30-Días I 90-Suministro 90 días Combinado con el Médico I Rx	30-Días I 90-Suministro 90 días Combinado con el Médico I Rx
Genérico	\$25 Copago I \$63 Copago	00% EE I 100% Plan*	\$15 Copago I \$38 Copago
Formulario	\$50 Copago I \$125 Copago	00% EE I 100% Plan*	\$35 Copago I \$88 Copago
No-Formulario	\$100 Copago I \$250 Copago	00% EE I 100% Plan*	\$70 Copago I \$175 Copago
Medicamento Especializado	25% hasta \$500 Max	00% EE I 100% Plan*	25% hasta \$500 Max
Nivel de Elección	Costo al Empleado por Pago	Costo al Empleado por Pago	Costo al Empleado por Pago
Empleado	\$78.26	\$106.81	\$183.36
Empleado + Copagos	\$267.52	\$427.45	\$588.24
		\$369.15	\$514.62



Nuestro plan médico se ofrece a través de EMI Health. No es necesario elegir un médico de atención primaria ni obtener una derivación para consultar a un especialista. Es importante recordar que si utiliza un proveedor fuera de la red, el proveedor puede facturar cualquier cargo que supere las tarifas contratadas.

Telehealth

EMI Health - Recuro Health



Recuro de EMI Health les brinda acceso a médicos certificados por teléfono en cualquier momento y en cualquier lugar. Alrededor del 70% de todas las visitas al médico se pueden gestionar por teléfono y el 40% de las visitas de atención de urgencia se pueden gestionar mediante servicios de telesalud.

Hable con un médico en cualquier momento y no pague honorarios por consulta.

Recuro no reemplaza a su médico de atención primaria. Es una manera conveniente y alternativa de obtener la atención que necesita y que le permitirá ahorrar tiempo y dinero. Ya sea en mitad de la noche, mientras está de vacaciones, en un viaje de negocios o en ese momento en el que se le acaba la receta, Recuro está de guardia.



EJEMPLO DE CONDICIONES

Sinusitis
Tos
Dolor de Garganta
Dolor de Oído
Nausea
Gripe
Erupciones



RECETAS

Z-Pak Bactrim
Amoxicilina
Zofran
Macrobid
Augmentin
Tesalon Perles



MÉDICOS

Proveedores de atención primaria con licencia y con sede en EE. UU.
Pediatras
Especialistas
Experiencia promedio de 10 años.
Bilingüe
Centrado en la atención al paciente



Visite

www.recurohealth.com O

Llame al 877-872-0370

Cuenta de Ahorro de la Salud

Plan HDHP con HSA — Su Cuenta Bancaria

Una Cuenta de Ahorros de la Salud (una cuenta bancaria) es una cuenta especial propiedad de un individuo para pagar los gastos médicos actuales y futuros. Una cuenta HSA es muy similar a una cuenta IRA. Usted puede realizar sus aportes vía deducción de nómina y administrar sus retiros. Todos son elegibles para inscribirse en el plan médico calificado HSA, pero no todos son elegibles para establecer o contribuir a una Cuenta de Ahorros de la Salud.

¿Quién puede establecer una cuenta HSA?

Una persona puede contribuir a una cuenta HSA en cualquier mes en el que él esté:

- Cubierto bajo un plan de salud con deducible alto el primer día del mes
- No cubierto por otro plan de salud. No puede tener cobertura de su cónyuge, un plan militar o un plan de jubilado de otro empleador. No puede tener derecho a los beneficios de Medicare
- No elegible para ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona



¿Cuánto puede aportar a la cuenta?

Cada año, el IRS establece los montos máximos de contribución para la HSA.

Límites de contribución a la HSA para 2025: Empleado Únicamente: \$4,300 | Empleado + Cónyuge, Hijos, Familia es \$8,550

Las personas que tengan 55 años o más al final del año fiscal pueden hacer contribuciones para “ponerse al día” hasta un máximo de \$1,000. Las contribuciones se pueden deducir antes de impuestos de su cheque de pago 26 veces al año y usted puede cambiar los montos de sus contribuciones durante el año.

Las contribuciones del empleador y del empleado se combinan al considerar su contribución máxima para el año.

¿Qué gastos son elegibles para reembolso de la cuenta?

Una HSA puede reembolsar los gastos médicos calificados incurridos por el beneficiario de la cuenta, su cónyuge u otro dependiente fiscal legal según lo define la Sección 1 del IRS. 152. Los gastos médicos calificados se definen en la Sec. del IRS. 213(d) e incluyen:

- Gastos médicos como recetas, visitas al consultorio, gastos de laboratorio y rayos X, y cualquier cargo médico-quirúrgico u hospitalario.
- Los gastos dentales y de la vista también son elegibles.
- Primas COBRA, o primas de seguro médico mientras recibe beneficios de desempleo, primas calificadas de atención a largo plazo.
- Las personas mayores de 65 años con fondos en su Cuenta de Ahorros de la Salud pueden usarlos para pagar las primas del seguro médico, excepto para una póliza suplementaria de Medicare.

¿Qué gastos no son elegibles para reembolso de la cuenta?

- Primas para pólizas suplementarias de Medicare.
- Gastos cubiertos por otro plan de seguro.
- Gastos incurridos antes de la fecha de establecimiento de la HSA.
- Después de los 65 años, los retiros por motivos no aprobados (no médicos, barco, vacaciones, etc.) están sujetos a impuestos sobre la renta ordinarios, pero no a la multa. Antes de los 65 años se aplican multas e impuestos si utiliza fondos para gastos médicos no calificados.

¿Cómo funciona la HSA si también uso una Cuenta Flexible de Gastos?

Si su empleador ofrece una FSA, las regulaciones exigen que si tiene una HSA usted no puede usarla excepto para “fines limitados”. Los propósitos limitados aprobados son para gastos dentales y de visión. Si participa en la HSA, usted debe ajustar su elección de FSA para tener en cuenta únicamente los gastos dentales y de la vista. Las regulaciones no permiten el reembolso de medicamentos de venta libre en su FSA si está cubierto por el HDHP con HSA.

¿Dónde puedo encontrar más información sobre las HSA?

Usted puede visitar [treasury.gov/resource-center/faqs/taxes](https://www.treasury.gov/resource-center/faqs/taxes)

Beneficios Dentales



TIPO DE BENEFICIO	EN LA RED	AFUERA DE LA RED
Deducible	\$50 individuo \$150 familia	\$50 individuo \$150 familia
Máximo del Plan	\$2,500	\$2,500
Preventivo	100%	100%
Servicios Básicos	80%	80%
Servicios Mayores	50%	50%
Ortodoncia	50% hasta un máximo de \$2,000 (hasta los 19 años)	
Nivel de Reembolso	Ver Lista de Tarifas	
Nivel de Elección	Costo al Empleado por Pago	
Empleado	\$17.45	
Empleado + Cónyuge	\$36.35	
Empleado + Hijos	\$39.65	
Familia	\$59.15	

Con EMI Dental, se le ofrece su red PPO completa. Cuando elige un dentista contratado dentro de la red, usted tendrá un nivel más alto de beneficios para los servicios a los que acceden los proveedores adentro de la red. Esta cobertura es voluntaria y usted pagará el costo total de este beneficio.

<https://emihealth.com/ProviderSearch>
para buscar proveedores actuales





Visión

TIPO DE BENEFICIO	EN LA RED	AFUERA DE LA RED	FRECUENCIA
Examen	\$ 10 Copago	Hasta \$ 65	1 Cada 12 Meses
Sencillo	\$ 10 Copago	Hasta \$ 30	1 Cada 12 Meses
Bifocal	\$ 10 Copago	Hasta \$ 50	1 Cada 12 Meses
Trifocal	\$ 10 Copago	Hasta \$ 65	1 Cada 12 Meses
Armazón	\$ 130 Concesión	Hasta \$ 80	1 Cada 12 Meses
Contactos Electivos	\$ 130 Concesión	Hasta \$ 115	1 Cada 12 Meses

Se pueden comprar lentes de contacto en lugar de anteojos. Los contactos médicamente necesarios son para proteger sus ojos de una lesión o enfermedad. Los contactos electivos son para corregir un problema de visión.

Nivel de Elección	Costo al Empleado por Pago
Empleado	\$ 4.30
Empleado + Cónyuge	\$ 9.10
Empleado + Hijos	\$ 9.80
Familia	\$ 13.95

Visión se ofrece a través de EMI Vision. Esta cobertura es voluntaria y usted pagará el costo total de este beneficio.



Proteja lo que más significa para usted - las personas que ama. Si algo le sucediera a usted, los ingresos de su seguro de vida se destinarían a las personas que haya designado como beneficiarios. Usted puede comprar cobertura si es un empleado activo de tiempo completo. Si está cubierto, también puede adquirir cobertura para sus dependientes.

Los montos de los beneficios superiores a la emisión garantizada que se muestran en la siguiente tabla requerirán que usted proporcione información de salud. La prima de este beneficio es exclusiva de su edad y del monto de cobertura elegido. Cuando inicie sesión en Employee Navigator para completar su inscripción, se le proporcionará el costo por pago según e



COBERTURA	Beneficios
Usted	Elija entre \$ 10,000 y \$ 500,000 en incrementos de \$ 10,000 Emisión garantizada: \$ 110,000 a los 70 años reducción del 65%, 50% a los 75 años
Su Cónyuge	Mínimo \$ 5,000, Máximo \$ 500,000 en Incrementos de \$ 5,000. Emisión garantizada: \$ 25,000
Sus Hijos	Hasta \$ 10,000 en incrementos de \$ 2,000 después de 6 meses de nacido vivo, el beneficio es un monto fijo de \$ 1,000

Opciones Voluntarias en el Lugar de Trabajo



Seguro de Enfermedades Críticas Voluntario

La cobertura de enfermedades críticas no solo brinda beneficios cuando alguien está gravemente enfermo, sino también durante las etapas que conducen a esas enfermedades. Los empleados pueden elegir \$ 10,000, \$ 20,000 o \$ 30,000 de cobertura. Los cónyuges podrán estar cubiertos hasta el 50% de la cobertura elegida por los empleados y los hijos quedarán cubiertos automáticamente hasta el 50% de la cobertura de los empleados.

Voluntario de Accidentes

La cobertura de accidentes protege contra lesiones no laborales. Ayuda a aliviar la tensión financiera de sus seres queridos en caso de un accidente cubierto, al mismo tiempo que ayuda a reducir los costos. Los beneficios de suma global se pagan en función de la lesión.

Ejemplos de lesiones cubiertas incluyen, entre otras:

- Huesos
- rotos
- Luxaciones
- Laceraciones
- Quemaduras

Indemnización Hospitalaria

Paga un beneficio de suma global de \$1,000 por la primera hospitalización en un año calendario por una enfermedad o lesión cubierta sufrida en un accidente cubierto. Consulte el resumen para obtener una lista completa de beneficios.



Nuestro Departamento de Recursos Humanos está aquí para ayudarlo con preguntas o inquietudes sobre los beneficios de sus empleados. Para ayudarlo mejor, se recomienda que primero se comunique con el departamento de Servicio al Cliente de Administradores de Beneficios para aclarar el reclamo, la inscripción, la elegibilidad o la inquietud sobre los beneficios. Tome nota de la fecha en que se comunicó con el centro de servicio, con quién habló y cómo le asesoraron.

Contact

Beneficio | Emisor.

Website

Teléfono

Médico EMI Health	www.emihealth.com	800-662-5851
Telemedicine Recuro	www.recurohealth.com	877-872-0370
Dental EMI Dental	www.emihealth.com	800-662-5851
Visión EMI Vision	www.emihealth.com	800-662-5851
Vida, Accidente, Enfermedades Críticas, STD, LTD	www.unum.com	800-275-8686

Su empleador se ha asociado con Employee Benefits International (EBI) para ayudarnos a brindarle opciones integrales de beneficios.

