



Employee Benefits Package 2026 Plan Year

Table of Contents

Important Items to Remember	3
Medical Benefits.....	4
Health Savings Account	10
Dental Benefits	12
Vision Benefits	12
Premium Summary Page	14
401(K).....	15
2026 Annual Enrollment Notices & Disclosures	16



If you (and/or your dependents) have Medicare or will become eligible for Medicare in the next 12 months, a Federal law gives you more choices about your prescription drug coverage. Please see page number(s) 20-21 where Notice of Creditable Coverage for more details.

This document is an outline of the coverage provided under your employer's benefit plans based on information provided by your company. It does not include all the terms, coverage, exclusions, limitations, and conditions contained in the official Plan Document, applicable insurance policies and contracts (collectively, the "plan documents"). The plan documents themselves must be read for those details. The intent of this document is to provide you with general information about your employer's benefit plans. It does not necessarily address all the specific issues which may be applicable to you. It should not be construed as, nor is it intended to provide, legal advice. To the extent that any of the information contained in this document is inconsistent with the plan documents, the provisions set forth in the plan documents will govern in all cases. If you wish to review the plan documents or you have questions regarding specific issues or plan provisions, you should contact your Human Resources/Benefits Department.

Important Items to Remember

NEW HIRE WAITING PERIOD

New employees are eligible for company insurance benefits on the first of the month following 60 days of continuous full-time employment.

TERMINATION OF BENEFITS

When your employment with the company is terminated, your benefits will stop on the last day of that month.

ELIGIBLE EMPLOYEES

To be eligible for company benefits you must be a full-time employee working an average of 30 hours per week during the year.

DEPENDENT CHILDREN

Children under the age of 26 are eligible to be covered under the benefits. They will be taken off the plan at the end of the month in which they turn 26.

WHO IS A DEPENDENT?

A dependent is a person who is eligible to be added to a policyholder's health insurance coverage. You may be asked to provide supporting documentation.

A dependent may be;

- Spouse
- Domestic partner (must submit certification)
- Child(ren), biological, adopted, domestic partners children, and stepchildren.
- Other dependents in special circumstances;
 - Grandchild, Foster child, siblings for whom you are a legal guardian (must provide documentation signed by a judge)
 - Adult child (over the age of 26) with a disability

OPEN ENROLLMENT

You can make changes to your plans (enroll in coverage, waive coverage, add/drop dependents, etc..) during this time period each year. Open enrollment will be held annually before the start of the new plan year. All changes made during this time period will take effect on the renewal date.

MAKING PLAN CHANGES DURING THE YEAR

If you have a major life event (getting married, having a child, getting divorced, losing coverage, becoming eligible for Medicare, etc.) during the year, you may be able to make changes to your plan even though it's outside of the Open Enrollment window. Please turn in all paperwork within 30 days of your Qualifying Event to ensure it is processed timely and any claims incurred will be paid. PLEASE NOTE: If adding a newborn baby to your plan, the baby's social security number will not be available right away. Please submit the paperwork without it and provide once available.

SPECIAL ENROLLMENT NOTICE

If you are declining enrollment for yourself or your dependents (including your spouse) because of other health insurance or group health plan coverage, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage. However, you must request enrollment within 30 days after your or your dependents' other coverage ends.

COBRA

PLEASE NOTE: In the event your employment is terminated with the company, you will receive a packet in the mail giving you the opportunity to continue your Medical, Dental and Vision benefits for up to 18 months. This is called COBRA coverage. Your employer DOES NOT contribute to this coverage as they may when you are employed with them. You will be responsible for 102% of the actual cost of the insurance if you wish to continue with it.

STAY IN NETWORK

To obtain the best benefits, it's important to stay in the insurance carrier's network. Always check online or verify over the phone that a doctor or hospital is in network BEFORE your visit. Also, when having a procedure done in a hospital/facility, ask the hospital staff to make sure EVERY doctor/nurse/radiologist/anesthesiologist/etc. is in your network.

EXPLANATION OF BENEFITS

Commonly referred to as an "EOB". The EOB is an extremely useful document as it explains how the insurance carrier processed your claim. It shows the billed charges from the provider, the network discount applied, and what the resulting Negotiated Rate is. (Provider Charge - Network Discount = Negotiated Rate) It also shows whether the service was applied to your deductible or paid as a co-pay. It is not a bill, but merely an explanation of how the insurance carrier paid your claim.

MEDICARE PART D

If you have Medicare or will become eligible for Medicare in the next 12 months, it is important to understand your rights and penalties about your prescription drug coverage before electing an employer plan. Please see Human Resources for more information.

NEED A NEW ID CARD, REQUEST DETAILED PLAN SUMMARY, OR QUESTIONS ABOUT A CLAIM?

You can register for the insurance carrier's website where you can print out temporary ID cards and order new cards, or call the carrier at the numbers listed in the guide. Please have copies of your EOBs along with a copy of your bills ready for questions about claims. The complete Summary of Benefits is available online or printed/digitally by contacting your HR/Benefits department.

Premium Summary Page

MEDICAL				
Tier	Monthly Premium	Employer Contribution	Employee Monthly Rate	Employee Cost Per Pay Check
Employee Only	\$452.24	\$361.79	\$90.45	\$20.87
Employee + Spouse	\$949.70	\$617.31	\$332.40	\$76.71
Employee + Child(ren)	\$814.03	\$529.12	\$284.91	\$65.75
Family	\$1,401.94	\$911.26	\$490.68	\$113.23

DENTAL				
Tier	Monthly Premium	Employer Contribution	Employee Monthly Rate	Employee Cost Per Pay Check
Employee Only	\$31.21	\$19.00	\$13.21	\$3.05
Employee + Spouse	\$71.78	\$21.00	\$50.78	\$11.72
Employee + Child(ren)	\$91.93	\$21.00	\$70.93	\$16.37
Family	\$138.80	\$21.00	\$117.80	\$27.18

VISION				
Tier	Monthly Premium	Employer Contribution	Employee Monthly Rate	Employee Cost Per Pay Check
Employee Only	\$5.83	\$0.00	\$5.83	\$1.35
Employee + Spouse	\$11.65	\$0.00	\$11.65	\$2.69
Employee + Child(ren)	\$12.46	\$0.00	\$12.46	\$2.88
Family	\$19.91	\$0.00	\$19.91	\$4.59



Medical Benefits



UMR, INC. | \$4,000 HSA

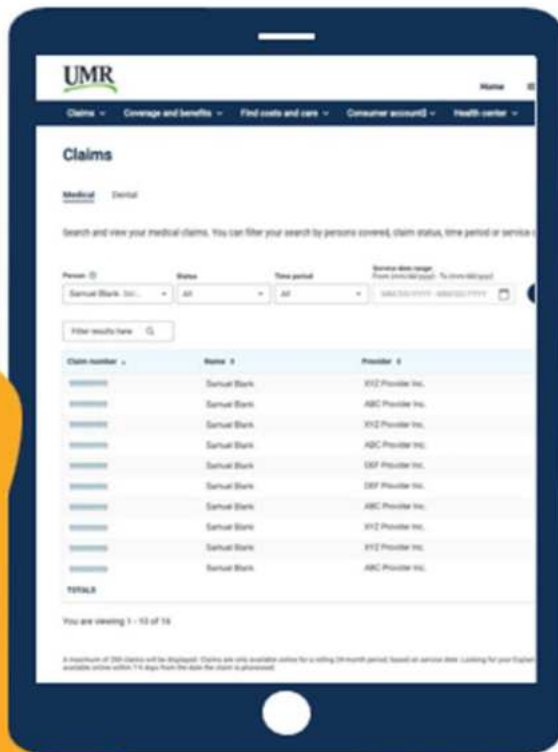
	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
Deductible		
Single	\$4,000	\$13,500
Family	\$8,000	\$27,000
Coinsurance		
Member %	0%	20%
Out-Of-Pocket Maximum		
Single	\$4,000	\$13,500
Family	\$8,000	\$27,000
Commonly Used Services		
Primary Care Physician Office Visit	0% AD	20% AD
Specialist Office Visit	0% AD	20% AD
Urgent Care	0% AD	20% AD
Emergency Room	0% AD	0% AD
Preventive Care		
Preventive Services	Covered 100%	Not Covered
Major Medical Expenses		
Outpatient Surgery	0% AD	20% AD
Inpatient Hospitalization / Surgery	0% AD	20% AD
CT scan, PT scan, MRI	0% AD	20% AD
Prescription Drug Coverage		
Prescription Deductible	\$0	\$0
Retail Pharmacy	0% AD	Not Covered
Home Delivery	0% AD	Not Covered
Plan Information		
Plan Year	January 1, 2026 - December 31, 2026	
Deductible Period	January 1, 2026 - December 31, 2026	
Member Website	umr.com	
Customer Service Phone Number	800.826.9781	

Disclaimer: This is a partial listing of your covered benefits. For a complete accurate listing of covered benefits, limitations and exclusions, refer to your certificate of coverage



Get all your answers quick and easy at umr.com

Make umr.com your first stop



(Fictionalized data)

You don't need a Ph.D. to understand your benefits

We've made it easy to find the top things people want to know. Select **Coverage and benefits** from the blue secondary navigation to find out:

- What health care services are covered?
- What's the cost difference between an in-network and out-of-network service?
- What's your deductible, and are you close to reaching it?
- Is there a copayment for your office visit? If so, how much?

Buried in paperwork?

A single click lets you track all your claims

With the **Claims** menu option, check in at your convenience to see if a claim has been processed and what you might owe. To get more details on a specific claim, select the **Claim #** or the **EOB** link on the same row as the claim. This will tell you the type of services provided, the amount billed and the amount paid, if any, and whether there's any action that needs to be taken before the claim can be processed.

You can choose to receive a secure email any time you have a new EOB. If you're not ready to give up paper completely, you can print out copies from the **Claims** dashboard.

Don't be surprised by unexpected costs

Under the **Find costs and care** menu option, you can find in-network doctors near you and get a better idea of what you'll pay with the **Health cost estimator** tool.

Health Savings Account

WHAT IS A HEALTH SAVINGS ACCOUNT (HSA)?

A health savings account is a tax-advantaged savings account owned by an individual that can be used to pay for qualified medical expenses for the owner and their dependents. An HSA, which must be paired with a qualified High Deductible Health Plan, allows you and your employees to make pre-tax contributions to a federally-insured account that can be used to pay for qualified medical expenses.

By selecting an HSA-qualified plan, you are eligible to contribute tax-free money up to the amount listed in the graph below into an HSA. Your HSA funds can then be used tax-free to pay for qualified medical expenses. In addition, BZI will match your annual Health Saving Account contributions as shown in the graph below.

2026 CONTRIBUTIONS	IRS MAXIMUM LIMIT	EMPLOYEE ANNUAL MAX	EMPLOYER ANNUAL MAX MATCH
Single	\$4,400	\$2,200	\$2,200
Two Party	\$8,750	\$4,375	\$4,375
Family	\$8,750	\$4,375	\$4,375



WHO IS ELIGIBLE FOR A HEALTH SAVINGS ACCOUNT?

- » Covered by a Qualified High Deductible Health Plan (QHDHP);
- » Not covered under another medical plan;
- » Not enrolled in Medicare A or Medicare B benefits; and, Not eligible to be claimed on another person's tax return.

WHAT ARE THE ADVANTAGES OF A HEALTH SAVINGS ACCOUNT?

- » HSA Funds belong to the employee. Any money deposited into an HSA account, including any contributions made by an employer, is owned by you.
- » HSAs have a triple tax benefit.
 1. When you contribute to an HSA, your contributions reduce your taxable income, meaning you pay less in taxes.
 2. Any money that you put into an HSA earns tax free interest.
 3. You never pay taxes on withdrawals that are used to pay for qualified medical expenses.
- » HSAs are great for retirement savings. After age 65 employees can spend HSA money on non-medical items without paying a penalty. Non-medical withdrawals after age 65 are taxed as income just like withdrawals from a 401(K) or IRA.
- » Use your HSA for Qualified Expenses: acupuncture, medical supplies, birth control, physical exams, chiropractic, prescriptions, contact lenses, orthodontia, dental treatment, radiology, prescription eyeglasses, stop cessation programs, fertility enhancement, surgery (non-cosmetic), hearing aids, therapy, lab work.

Please visit: [irs.gov/publications/p502](https://www.irs.gov/publications/p502) for a complete listing of Covered/Non-Covered expenses and to review the full definition of each.

Your HSA is your money and you determine how it's spent for healthcare. Whatever you do not spend in a given year rolls over to the next year. If you change jobs or retire, the money goes with you.

Scan to download the
HealthEquity mobile app.



You can set up your
account directly in
the app—no need to
register online.

Log onto your account at
[HealthEquity.com](https://www.healthequity.com)

Dental Benefits

UNITEDHEALTHCARE

	IN-NETWORK PPO	OUT-OF-NETWORK PPO
Annual Deductible (Individual/Family)	\$50 / \$150	\$50 / \$150
Annual Benefit Maximum	\$1,500	\$1,500
Preventive Dental Services (cleanings, exams, x-rays)	100%	100%
Basic Dental Services (fillings, root canal therapy, oral surgery)	20%	20%
Major Dental Services (extractions, crowns, inlays, onlays, bridges, dentures, repairs)	50%	50%
Orthodontic Services	50%	50%
Dependent children under age 19		
Orthodontic Lifetime Maximum	\$1,000	\$1,000

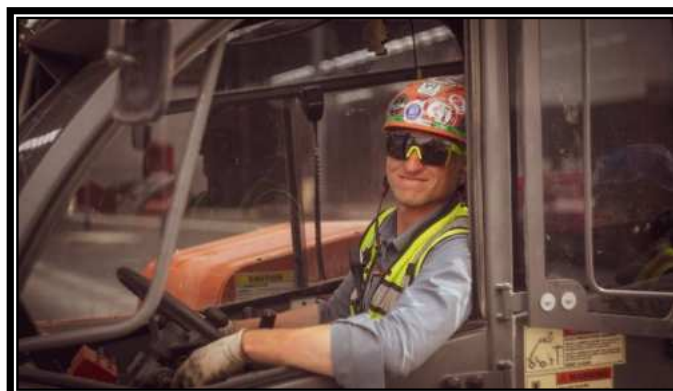
Vision Benefits

UNITEDHEALTHCARE

	IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
	UnitedHealthcare Insurance Company	(any qualified non-network provider of your choice)
Eye Exam — once every 12 months	\$10 Copay	Up to \$40
Lenses — once every 12 months		
Polycarbonate lenses for children (once every 24 months)	100%	N/A
Single Vision Lenses	\$20 Copay	Up to \$40
Lined Bifocal Lenses	\$20 Copay	Up to \$60
Lined Trifocal Lenses	\$20 Copay	Up to \$80
Blended Bifocal Lenses	80% after \$20 Copay	N/A
Standard Progressive Lenses	Up to \$55 after \$20 Copay	N/A
Frames — once every 24 months	Up to \$130	Up to \$45
Contact Lenses — once every 12 months if you elect contacts instead of lenses/ frames	Up to \$130	Up to \$105

Disclaimer: This is a partial listing of your covered benefits. For a complete accurate listing of covered benefits, limitations and exclusions, refer to your certificate of coverage

Please register your account at www.myuhc.com



Dental and Vision Cards and Information

To log in please go to:

www.myuhc.com

Register for an Account

Choose Employer Plan

When Prompted for member ID, use your social security number

UnitedHealthcare app for members

Get instant access to the answers and support you need, when you need it. The UnitedHealthcare app connects you to your health plan details anytime, anywhere.

Use your mobile device to download the app

Scan the QR code now to get started. Only have access to a desktop or tablet device? [Sign In or register for a member account](#)



Count on 24/7, always there access to your plan

Not all features are available for every plan. Some plans aren't currently supported by the app.



Find care and pricing

Search for network providers near you, see ratings and reviews, and estimate out-of-pocket costs for different types of visits.



Check your benefits and coverage

Find copay and coinsurance amounts, view plan spending and see how your plan covers different types of care and services.



Refill prescriptions

Conveniently request refills right from the app. You can also look up drug prices and search for pharmacies near you.



View your claims

Check the status of new and past claims. See the amount billed, what your plan paid and how much you owe.



Access your plan ID cards

Easily view and show your UCard or member ID cards when you need them. Add your health plan details to your Apple Wallet or Google Wallet too.



Get virtual care

If your plan includes this benefit, you may be able to schedule a virtual visit for urgent care, routine care and more.

401(k)

Empower



401k

Retirement Savings Plan

Get Started Today!

To get started or view your account online go to:
<https://participant.empower-retirement.com/participant>

*Click – Register – I do not have a PIN, and then follow the instructions. If you'd like some help enrolling in the plan, contact us. We will take as much time as needed to answer questions and get you started on the plan.

* You can also call Empower Retirement directly at 800-338-4015 to enroll or make changes.



When can I participate in the plan?

Age 18 and two months of employment.

BZI Matching Contributions

Building Zone Industries will match 100% of your savings up to the first 5% of your contribution. You can contribute to either the regular pre-tax 401(k) or the after-tax ROTH401(k) and receive the match. The company match goes to the pre tax 401(k)

100% Vesting

Employees have 100% ownership of funds once they are eligible to participate in the plan.

Pre-tax or Roth (after-tax)

You can save on a pre-tax or an after-tax (Roth) basis.

Annual Contribution Limits

In 2026 you can contribute \$24,500 to the 401(k).
 If 50 or older, you can save an additional \$8,000.

Investment Options within the plan

There are 30 mutual fund options to choose from including conservative options and growth funds. If you need help selecting appropriate investments, please reach out to our BZI 401k plan, Presidio Wealth Management advisor, Chad Anderson. Office: 801-290-3215
chad@presidiowealth.com

Questions

Questions about how to enroll or help logging in? Reach out to the BZI benefits team at hr@bzi.com or call (435)592-6475

SmithRX Pharmacy Overview



SmithRx partners with over 83,000 retail pharmacies nationwide, including major national chains, regional chains, grocers, and independent pharmacies. Members can use the "Find My Meds" search tool on the Member Portal at mysmithrx.com to locate the pharmacy with the best price.

Mail Order Pharmacies:

Amazon Pharmacy: Register at amazon.com/smithrx. Prescriptions can be sent via electronic prescribing, fax, or phone.

Fax: 512-884-5981 | Phone: 855-206-3605

Walmart Pharmacy: Prescriptions can be sent via electronic prescribing, fax, or phone.

Fax: 1-800-406-8976 | Phone: 1-800-273-3455

Website: Walmart Pharmacy

Mark Cuban Cost Plus Drug Company: Check medication availability at costplusdrugs.com. Prescriptions can be sent electronically.

Specialty Pharmacies:

Kroger Specialty Pharmacy: Enrollment assistance at 888-355-4191 or visit krogerspecialtypharmacy.com.

Senderra Specialty Pharmacy: Enrollment assistance at 888-777-5547 or visit senderrarx.com.

Retail Pharmacies Include: CVS Pharmacy, Rite Aid, Walgreens, Walmart, and Costco Wholesale.

TalkSpace Overview



Overview: TalkSpace provides online therapy services, allowing individuals to communicate with a therapist securely from their phone or desktop without requiring in-person visits. Therapy is available for individuals aged 13 and older, while psychiatry services are available for those aged 18 and above.

Key Features:

Support for various mental health conditions, including anxiety, depression, PTSD, substance use disorders, eating disorders, and compulsive disorders.

Specialized clinicians available across all 50 states, matched to members based on location, needs, and preferences.

Therapy can begin within hours of choosing a therapist.

Options for real-time, face-to-face video visits by appointment.

Psychiatry services for those aged 18 and older, including live video sessions with a psychiatrist to create tailored treatment plans.

Convenience and Accessibility:

Registration is simple via talkspace.com/connect, followed by downloading the TalkSpace app.

Supported on iOS, Android, and desktop browsers (Chrome, Firefox, Safari, Edge).

Covered under UnitedHealthcare behavioral health benefits (copayments may apply).

Service Options:

Therapy: Individualized support for ages 18+.

Teen Therapy: Specialized support for ages 13-17.

Couples Therapy: Therapy designed for couples.

Emergency Note: If experiencing thoughts of suicide or an emergency, individuals are advised to call 911 or specific suicide prevention hotlines.

Teladoc Primary360 Overview



Overview: Teladoc Health Primary360 offers a convenient way to manage your overall health, providing access to primary care, mental health support, and dermatology services—all from the comfort of your home.

Key Features:

Primary Care: U.S. board-certified providers handle routine checkups, prescriptions, lab orders, specialist referrals, and chronic condition management.

Mental Health: Therapists are available 7 days a week to address anxiety, depression, sleep issues, trauma, and more, with medication management included.

Dermatology: Quickly resolve skin concerns like acne, eczema, and rashes by submitting images online for a treatment plan within 24 hours

Accessibility:

Visit Teladoc.com.

Call 1-800-TELADOC (800-835-2362).

Download the Teladoc app.

Refer to your employee booklet at umr.com for Teladoc benefits.

2026 Annual Enrollment Notices & Disclosures

PATIENT PROTECTIONS DISCLOSURE

The BZI Health plan generally allows the designation of a primary care provider. You have the right to designate any primary care provider who participates in our network and who is available to accept you or your family members. Until you make this designation, UMR designates one for you. For information on how to select a primary care provider, and for a list of the participating primary care providers, contact the UMR at **800.826.9781** or Member public home (umr.com).

For children, you may designate a pediatrician as the primary care provider.

You do not need prior authorization from UMR or from any other person (including a primary care provider) in order to obtain access to obstetrical or gynecological care from a health care professional in our network who specializes in obstetrics or gynecology. The health care professional, however, may be required to comply with certain procedures, including obtaining prior authorization for certain services, following a pre-approved treatment plan, or procedures for making referrals. For a list of participating health care professionals who specialize in obstetrics or gynecology, contact the UMR at **800.826.9781** or Member public home (umr.com).

WOMEN'S HEALTH & CANCER RIGHTS ACT

If you have had or are going to have a mastectomy, you may be entitled to certain benefits under the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 ("WHCRA"). For individuals receiving mastectomy-related benefits, coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient, for:

- All stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;
- Surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance;
- Prostheses; and
- Treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedema.

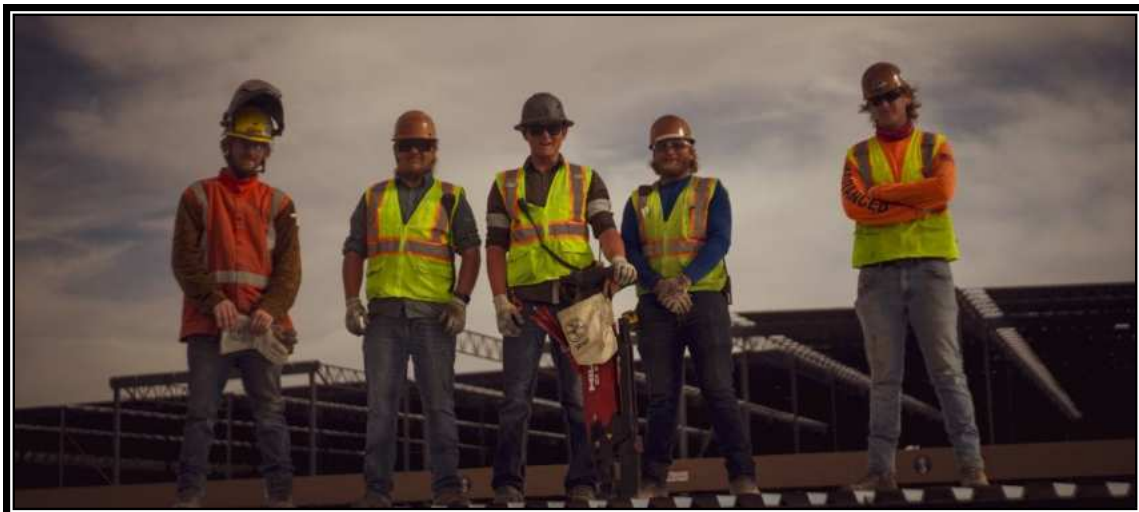
These benefits will be provided subject to the same deductibles and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under the plan. Therefore, the following deductibles and coinsurance apply:

\$4,000 HSA (Individual: 0% coinsurance and \$4,000 deductible; Family: 0% coinsurance and \$8,000 deductible)

If you would like more information on WHCRA benefits, please call your Plan Administrator at **435-592-6475** or LoriAnnBarnson@bzi.com.

NEWBORNS' AND MOTHERS' HEALTH PROTECTION ACT

Group health plans and health insurance issuers generally may not, under Federal law, restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child to less than 48 hours following a vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section. However, Federal law generally does not prohibit the mother's or newborn's attending provider, after consulting with the mother, from discharging the mother or her newborn earlier than 48 hours (or 96 hours as applicable). In any case, plans and issuers may not, under Federal law, require that a provider obtain authorization from the plan or insurance issuer for prescribing a length of stay not in excess of 48 hours (or 96 hours).



PREMIUM ASSISTANCE UNDER MEDICAID AND THE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP)

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you're eligible for health coverage from your employer, your state may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children aren't eligible for Medicaid or CHIP, you won't be eligible for these premium assistance programs but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit www.healthcare.gov.

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a State listed below, contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available.

If you or your dependents are NOT currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, contact your State Medicaid or CHIP office or dial **1-877-KIDS NOW** or www.insurekidsnow.gov to find out how to apply. If you qualify, ask your state if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must allow you to enroll in your employer plan if you aren't already enrolled. This is called a "special enrollment" opportunity, and **you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance**. If you have questions about enrolling in your employer plan, contact the Department of Labor at www.askebsa.dol.gov or call 1-866-444-EBSA (3272).

If you live in one of the following states, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of states is current as of July 31, 2025. Contact your State for more information on eligibility –

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447	The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Website: http://myarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Website: http://dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Customer Service: 1-855-692-6442	Website: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
GA HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 678-564-1162, Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Phone: 678-564-1162, Press 2	Health Insurance Premium Payment Program All other Medicaid Website: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Family and Social Services Administration Phone: 1-800-403-0864 Member Services Phone: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Medicaid Website: Iowa Medicaid Health & Human Services Medicaid Phone: 1-800-338-8366 Hawki Website: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa Health & Human Services Hawki Phone: 1-800-257-8563 HIPP Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Health & Human Services (iowa.gov) HIPP Phone: 1-888-346-9562	Website: https://www.kancare.ks.gov/ Phone: 1-800-792-4884 HIPP Phone: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Phone: 1-855-459-6328 Email: KIHIPPPROGRAM@ky.gov KCHIP Website: https://kynect.ky.gov Phone: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP
Enrollment Website: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Phone: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa Phone: 1-800-862-4840 TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Website: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Phone: 1-800-657-3672	Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084 Email: HHSHIPPPProgram@mt.gov	Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Medicaid Website: http://dhcnp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900	Website: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Phone: 603-271-5218 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 15218 Email: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NEW JERSEY – Medicaid and CHIP	NEW YORK – Medicaid
Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Phone: 1-800-356-1561 CHIP Premium Assistance Phone: 609-631-2392 CHIP Website: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Phone: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Phone: 919-855-4100	Website: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Phone: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	OREGON – Medicaid and CHIP
Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742	Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-800-699-9075

PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP Website: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Phone: 1-800-692-7462 CHIP Website: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)	RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)
SOUTH CAROLINA – Medicaid Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820	SOUTH DAKOTA - Medicaid Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Texas Health and Human Services Phone: 1-800-440-0493	UTAH – Medicaid and CHIP Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Website: https://medicaid.utah.gov/upp/ Email: upp@utah.gov Phone: 1-888-222-2542 Adult Expansion Website: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Utah Medicaid Buyout Program Website: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP Website: https://chip.utah.gov/
VERMONT– Medicaid Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Phone: 1-800-250-8427	VIRGINIA – Medicaid and CHIP Website: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP Phone: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022	WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP Website: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Phone: 304-558-1700 CHIP Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid and CHIP Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002	WYOMING – Medicaid Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Phone: 1-800-251-1269

To see if any other states have added a premium assistance program since July 31, 2025, or for more information on special enrollment rights, contact either:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

Paperwork Reduction Act Statement

According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The Department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average approximately seven minutes per respondent. Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 or email ebsa.opr@dol.gov and reference the OMB Control Number 1210-0137.

OMB Control Number 1210-0137 (expires 1/31/2026)

NOTICE OF CREDITABLE COVERAGE

**IMPORTANT NOTICE FROM BZI
ABOUT YOUR PRESCRIPTION DRUG COVERAGE AND MEDICARE**

Please read this notice carefully and keep it where you can find it. This notice has information about your current prescription drug coverage with BZI and about your options under Medicare's prescription drug coverage. This information can help you decide whether or not you want to join a Medicare drug plan. If you are considering joining, you should compare your current coverage, including which drugs are covered at what cost, with the coverage and costs of the plans offering Medicare prescription drug coverage in your area. Information about where you can get help to make decisions about your prescription drug coverage is at the end of this notice.

There are two important things you need to know about your current coverage and Medicare's prescription drug coverage:

1. Medicare prescription drug coverage became available in 2006 to everyone with Medicare. You can get this coverage if you join a Medicare Prescription Drug Plan or join a Medicare Advantage Plan (like an HMO or PPO) that offers prescription drug coverage. All Medicare drug plans provide at least a standard level of coverage set by Medicare. Some plans may also offer more coverage for a higher monthly premium.
2. BZI has determined that the prescription drug coverage offered by the medical plan is, on average for all plan participants, expected to pay out as much as standard Medicare prescription drug coverage pays and is therefore considered Creditable Coverage. Because your existing coverage is Creditable Coverage, you can keep this coverage and not pay a higher premium (a penalty) if you later decide to join a Medicare drug plan.

WHEN CAN YOU JOIN A MEDICARE DRUG PLAN?

You can join a Medicare drug plan when you first become eligible for Medicare and each year from October 15 to December 7.

However, if you lose your current creditable prescription drug coverage, through no fault of your own, you will also be eligible for a two (2) month Special Enrollment Period (SEP) to join a Medicare drug plan.

WHAT HAPPENS TO YOUR CURRENT COVERAGE IF YOU DECIDE TO JOIN A MEDICARE DRUG PLAN?

If you decide to join a Medicare drug plan, your current BZI coverage may be affected.

If you do decide to join a Medicare drug plan and drop your current BZI coverage, be aware that you and your dependents will be able to get this coverage back.

WHEN WILL YOU PAY A HIGHER PREMIUM (PENALTY) TO JOIN A MEDICARE DRUG PLAN?

You should also know that if you drop or lose your current coverage with BZI and don't join a Medicare drug plan within 63 continuous days after your current coverage ends, you may pay a higher premium (a penalty) to join a Medicare drug plan later.

If you go 63 continuous days or longer without creditable prescription drug coverage, your monthly premium may go up by at least 1% of the Medicare base beneficiary premium per month for every month that you did not have that coverage. For example, if you go nineteen months without creditable coverage, your premium may consistently be at least 19% higher than the Medicare base beneficiary premium. You may have to pay this higher premium (a penalty) as long as you have Medicare prescription drug coverage. In addition, you may have to wait until the following October to join.

FOR MORE INFORMATION ABOUT THIS NOTICE OR YOUR CURRENT PRESCRIPTION DRUG COVERAGE:

Contact the person listed below for further information. **NOTE:** You'll get this notice each year. You will also get it before the next period you can join a Medicare drug plan, and if this coverage through BZI changes. You also may request a copy of this notice at any time.

FOR MORE INFORMATION ABOUT YOUR OPTIONS UNDER MEDICARE PRESCRIPTION DRUG COVERAGE:

More detailed information about Medicare plans that offer prescription drug coverage is in the "Medicare & You" handbook. You'll get a copy of the handbook in the mail every year from Medicare. You may also be contacted directly by Medicare drug plans.

FOR MORE INFORMATION ABOUT MEDICARE PRESCRIPTION DRUG COVERAGE:

- Visit www.medicare.gov
- Call your State Health Insurance Assistance Program (see the inside back cover of your copy of the “Medicare & You” handbook for their telephone number) for personalized help
- Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

If you have limited income and resources, extra help paying for Medicare prescription drug coverage is available. For information about this extra help, visit Social Security on the web at www.socialsecurity.gov, or call them at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Remember: Keep this Creditable Coverage notice. If you decide to join one of the Medicare drug plans, you may be required to provide a copy of this notice when you join to show whether or not you have maintained creditable coverage and, therefore, whether or not you are required to pay a higher premium (a penalty).

Date:	January 01, 2026
Name of Entity/Sender:	BZI
Contact—Position/Office:	Lori Ann Barnson - HR Programs Administrator
Address:	HC 65 Box 340 1233 S Old Hwy 91 Kanarrville, Utah 84742 United States
Phone Number:	435-592-6475



HIPAA SPECIAL ENROLLMENT RIGHTS

BZI Health Plan Notice of Your HIPAA Special Enrollment Rights

Our records show that you are eligible to participate in the BHI Health Plan (to actually participate, you must complete an enrollment form and may be required to pay part of the premium through payroll deduction).

A federal law called HIPAA requires that we notify you about an important provision in the plan – your right to enroll in the plan under its “special enrollment provision” if you acquire a new dependent, or if you decline coverage under this plan for yourself or an eligible dependent while other coverage is in effect and later lose that other coverage for certain qualifying reasons.

Loss of Other Coverage (Excluding Medicaid or a State Children’s Health Insurance Program). If you decline enrollment for yourself or for an eligible dependent (including your spouse) while other health insurance or group health plan coverage is in effect, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if the employer stops contributing toward your or your dependents’ other coverage). However, you must request enrollment within 30 days after your or your dependents’ other coverage ends (or after the employer stops contributing toward the other coverage).

Loss of Coverage for Medicaid or a State Children’s Health Insurance Program. If you decline enrollment for yourself or for an eligible dependent (including your spouse) while Medicaid coverage or coverage under a state children’s health insurance program is in effect, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage. However, you must request enrollment within 60 days after your or your dependents’ coverage ends under Medicaid or a state children’s health insurance program.

New Dependent by Marriage, Birth, Adoption, or Placement for Adoption. If you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your new dependents. However, you must request enrollment within 30 days after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

Eligibility for Premium Assistance Under Medicaid or a State Children’s Health Insurance Program. If you or your dependents (including your spouse) become eligible for a state premium assistance subsidy from Medicaid or through a state children’s health insurance program with respect to coverage under this plan, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan. However, you must request enrollment within 60 days after your or your dependents’ determination of eligibility for such assistance.

To request special enrollment or to obtain more information about the plan’s special enrollment provisions, contact Lori Ann Barnson - HR Programs Administrator at 435-592-6475 or LoriAnnBarnson@bzi.com.

IMPORTANT WARNING

If you decline enrollment for yourself or for an eligible dependent, you must complete our form to decline coverage. On the form, you are required to state that coverage under another group health plan or other health insurance coverage (including Medicaid or a state children’s health insurance program) is the reason for declining enrollment, and you are asked to identify that coverage. If you do not complete the form, you and your dependents will not be entitled to special enrollment rights upon a loss of other coverage as described above, but you will still have special enrollment rights when you have a new dependent by marriage, birth, adoption, or placement for adoption, or by virtue of gaining eligibility for a state premium assistance subsidy from Medicaid or through a state children’s health insurance program with respect to coverage under this plan, as described above. If you do not gain special enrollment rights upon a loss of other coverage, you cannot enroll yourself or your dependents in the plan at any time other than the plan’s annual open enrollment period, unless special enrollment rights apply because of a new dependent by marriage, birth, adoption, or placement for adoption, or by virtue of gaining eligibility for a state premium assistance subsidy from Medicaid or through a state children’s health insurance program with respect to coverage under this plan.

Aviso del plan de salud BZI sobre sus derechos especiales de inscripción según la HIPAA

Nuestros registros indican que usted es elegible para participar en el plan de salud BHI (para participar, debe completar un formulario de inscripción y es posible que deba pagar parte de la cuota mediante deducción de nómina).

Una ley federal llamada HIPAA nos exige que le informemos sobre una disposición importante del plan: su derecho a inscribirse en el plan en virtud de su «disposición de inscripción especial» si adquiere un nuevo dependiente o si rechaza la cobertura de este plan para usted o un dependiente elegible mientras que otra cobertura está vigente y posteriormente pierde esa otra cobertura por determinadas razones que lo justifican.

Pérdida de otra cobertura (excepto Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños). Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras que otra cobertura de seguro médico o plan de salud grupal está vigente, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a la otra cobertura de usted o sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de aportar a la otra cobertura).

Pérdida de cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico para niños. Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras que la cobertura de Medicaid o la cobertura del programa estatal de seguro médico para niños está vigente, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes en Medicaid o en un programa estatal de seguro médico para niños.

Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y a sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Elegibilidad para asistencia con la cuota bajo Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños. Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) pasan a ser elegibles para recibir un subsidio estatal de asistencia con la cuota de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días después de que se determine su elegibilidad o la de sus dependientes para dicha asistencia.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información sobre las disposiciones de inscripción especial del plan, comuníquese con Lori Ann Barnson, administradora de programas de recursos humanos, al 435-592-6475 o LoriAnnBarnson@bzi.com.

ADVERTENCIA IMPORTANTE

Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible, debe completar nuestro formulario para rechazar la cobertura. En el formulario, se le solicita que indique que la cobertura de otro plan de salud grupal u otra cobertura de seguro médico (incluido Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños) es la razón por la que rechaza la inscripción, y se le pide que identifique esa cobertura. Si no completa el formulario, usted y sus dependientes no tendrán derecho a derechos especiales de inscripción cuando tenga un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o por haber obtenido la condición de elegible para una subvención estatal de ayuda para el pago de cuotas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan, tal y como se ha descrito anteriormente. Si no obtiene derechos de inscripción especial tras el sinistrito de otra cobertura, no podrá inscribirse usted ni sus dependientes en el plan en ningún momento que no sea el período de inscripción abierta anual del plan, a menos que se apliquen derechos de inscripción especial debido a un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o en virtud de la obtención de la condición de "elegible" para un subsidio estatal de asistencia para el pago de cuotas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la contraportada interior de su ejemplar del manual «Medicare y usted» para obtener el número de teléfono) para recibir ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de cobertura acreditado. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite proporcionar una copia de este aviso al inscribirse para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditada y, por lo tanto, si debe pagar una cuota más alta (una penalización).

Fecha:

Nombre de entidad/remite:
Contacto: cargo/oficina:

Dirección:

Lori Ann Barnson - Administradora de programas de RR. HH.
HC 65 Box 340 1233 S Old Hwy 91
Kanarrville, Utah 84742
Estados Unidos
435-592-6475

Número de teléfono:



Lea atentamente este aviso y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo fácilmente. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con BZ I y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de Medicamentos Recetados.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare:

1. La cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare está disponible desde 2006 para todas las personas que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de Medicamentos Recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como una HMO o una PPO) que ofrezca cobertura de Medicamentos Recetados. Todos los planes de Medicamentos Recetados de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer una mayor cobertura a cambio de una cuota mensual más alta. BZ I ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan médico, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantenerla y no pagar una cuota más alta (una penalización) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿CUÁNDO PUEDE INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año, del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de Medicamentos Recetados, sin que sea culpa suya, también será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿QUÉ SUCEDE CON SU COBERTURA ACTUAL SI DECIDE INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de BZ I puede verse afectada.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de BZ I, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿CUÁNDO PAGARÁ UNA CUOTA MÁS ALTA (PENALIZACIÓN) POR INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con BZ I y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días consecutivos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una cuota más alta (una penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable para Medicamentos Recetados, su cuota mensual puede aumentar al menos un 1 % de la cuota base mensual de Medicare por cada mes que no haya tenido dicha cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su cuota puede ser al menos un 19 % más alta que la cuota base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta cuota más alta (una penalización) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE ESTE AVISO O SOBRE SU COBERTURA ACTUAL DE MEDICAMENTOS RECETADOS:

Póngase en contacto con la persona que se indica a continuación para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura a través de BZ I cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS OPCIONES BAJO LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE: Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para Medicamentos Recetados en el manual «Medicare y usted». Medicare le enviará una copia del manual por correo cada año. También es posible que los planes de Medicamentos Recetados de Medicare se pongan en contacto con usted directamente.

Numero de control de la OMB 1210-0137 (caduca el 31/1/2026)

Se estima que la carga administrativa que supone la recopilación de esta información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios respecto a la estimación de la carga administrativa o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir dicha carga, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad para Empleados, Oficina de Política e Investigación, a la atención de: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210, o por correo electrónico sebsa.opr@dol.gov, indicando el número de control de la OMB 1210-0137.

De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de la PRA y muestre un número de control de la OMB válido en la actualidad, y que el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control de la OMB válido en la actualidad. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición legal, ninguna persona estará sujeta a penalización por no cumplir con una recopilación de información si dicha recopilación no muestra un número de control de la OMB válido en ese momento. Véase 44 U.S.C. 3512.

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Departamento de Trabajo de U.S.
Administración de Seguridad para Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565

Para saber si algún otro estado ha añadido un programa de ayuda para el pago de cuotas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, póngase en contacto con:

PENNSILVANIA – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/health-services/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Teléfono de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov) (5437)	CAROLINA DEL SUR – Medicaid Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	TEXAS – Medicaid Sitio web: https://dss.scd.gov Teléfono: 1-888-828-0059	UTAH – Medicaid y CHIP Asociación de Cuotas para Seguros Médicos de Utah (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Programa de compra de Medicaid de Utah Sitio web: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Expansión para adultos Sitio web: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/	VIRGINIA – Medicaid y CHIP Sitio web: https://covera.dmas.virginia.gov/learn/cuota-assistance/fam/s-select https://covera.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-cuota-pago-hipp-programs Medicaid/CHIP Teléfono: 1-800-432-5924	VERMONT: Medicaid Sitio web: Programa de pago de cuotas de seguro médico (HIPP) https://www.vermont.gov/health/vermont-access-to-health-care Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427	WASHINGTON – Medicaid Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	WISCONSIN – Medicaid y CHIP Sitio web: https://dhhr.wv.gov/dms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Teléfono: 304-558-1700 CHIP Teléfono gratuito: 1-855-MYWVHIP (1-855-699-8447)	WYOMING – Medicaid Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcare/in/m/medical/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (línea directa de Rite Share)
---	---	--	--	--	--	---	---	--	--

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	Sitio web de Medicaid: Medicaid de Iowa Salud y Servicios Humanos Medicaid de Iowa Salud y Servicios Humanos Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: Hawki - Niños sanos y saludables en Iowa Salud y Servicios Humanos Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIP: Pago de cuotas de seguro médico (HIP) Salud y Servicios Humanos (Iowa.gov) Teléfono de HIP: 1-888-346-9562
KANSAS – Medicaid	Sitio web: https://www.kanhealthcare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono HIP: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	Programa Integrado de Pago de Cuotas de Seguro Médico de Kentucky (KHIIPP) Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/khiipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KHIIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms
LOUISIANA – Medicaid	Sitio web: www.la.gov/lahealth Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIP)
MAINE – Medicaid	Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine Relay 711 Página web sobre cuotas de seguros médicos privados: https://www.maine.gov/dhhs/office/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine Relay 711
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	Sitio web: https://mn.gov/dhs/alcendcom-médica/ Teléfono: 1-800-657-3672
MONTANA – Medicaid	Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov
NEVADA – Medicaid	Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
NEVADA JERSEY – Medicaid y CHIP	Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/médica/ Teléfono: 1-800-366-1561 Asistencia para el pago de la cuota de CHIP Teléfono: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)
NEW HAMPSHIRE – Medicaid	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/médica/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLab@dhhs.nh.gov
NEBRASKA – Medicaid	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA JERSEY – Medicaid y CHIP	Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/médica/ Teléfono: 1-800-366-1561 Asistencia para el pago de la cuota de CHIP Teléfono: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)
NEW YORK – Medicaid	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/médica/ Teléfono: 1-800-541-2831
OREGÓN – Medicaid y CHIP	Sitio web: http://www.healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100

ASISTENCIA DE CUOTA BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia para el pago de cuotas que le ayude a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de cuotas, pero es posible que puedan adquirir una cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia para la cuota disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar una solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar la cuota de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con la cuota bajo Medicaid o CHIP, así como elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de «inscripción especial», y debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para recibir asistencia con la cuota. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir ayuda para pagar las cuotas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447
ARKANSAS – Medicaid	Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MYARHIP (665-692-7447)
COLORADO – Health First Colorado (programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Servicio estatal de transmisión 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio de atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de retransmisión estatal 711 Programa de Adquisición de Seguro Médico (HIBI): https://www.mycobhi.com/ Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
FLORIDA – Medicaid	Sitio web: https://www.flmedicalidp/recovery.com/flmedicalidp/recovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
CALIFORNIA – Medicaid	Programa de pago de cuotas de seguro médico (HIP) Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hip Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
ALASKA – Medicaid	Programa de pago de cuotas de seguro médico de Alaska Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
GEORGIA – Medicaid	Sitio web de GA HIP: https://medicalid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-chip Teléfono: 678-564-1162, pulse 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicalid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, marque 2
INDIANA – Medicaid	Programa de pago de cuotas de seguro médico Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicalid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: 1-800-403-0864 Servicios para miembros Teléfono: 1-800-457-4584

Notificaciones de inscripción anual 2026 y divulgaciones de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asegurable ()

DECLARACIÓN DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE

El plan de salud BZI generalmente permite designar un proveedor de asistencia médica. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de asistencia médica que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarle a usted o a sus familiares. Hasta que usted haga esta designación, UMR designará uno por usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de asistencia médica y para obtener una lista de los proveedores de asistencia médica participantes, comuníquese con UMR al 800.826.9781 o visite la página de inicio para miembros (umr.com).

Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de asistencia médica. No necesita autorización previa de UMR ni de ninguna otra persona (incluido su proveedor de atención primaria) para obtener acceso a asistencia médica obstétrica o ginecológica de un profesional de la atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de la atención médica deba cumplir con ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o seguir los procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de la asistencia médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con UMR al 800.826.9781 o visite la página de inicio para miembros (umr.com).

LEY DE DERECHOS DE LAS MUJERES EN MATERIA DE SALUD Y CÁNCER

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de derechos de las mujeres en materia de salud y cáncer de 1998 («WHCRA»). Las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía tendrán cobertura, según se determine en consulta con el médico responsable y la paciente, para:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica.
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán con sujeción a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos previstos en el plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros:

\$4,000 HSA (Individual: 0 % de coseguro y \$4,000 de deducible; Familiar: 0 % de coseguro y \$8,000 de deducible)

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame al administrador de su plan al 435-592-6475 o envíe un correo electrónico a LoriAnnBarnson@bzl.com.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES

Por lo general, los planes de salud grupales y las aseguradoras médicas no pueden, según la ley federal, restringir el beneficio por cualquier estancia hospitalaria relacionada con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal no prohíbe, por lo general, que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, de de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y las aseguradoras no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estancia que no exceda las 48 horas (o las 96 horas).



Descripción general de la farmacia SmithRx

SmithRx colabora con más de 83 000 farmacias minoristas en todo el país, incluidas las principales cadenas nacionales, cadenas regionales, tiendas de comestibles y farmacias independientes. Los miembros pueden utilizar la herramienta de búsqueda «Find My Meds» (Encontrar mis medicamentos) en el portal para miembros en mysmithrx.com para localizar la farmacia con el mejor precio.

Farmacias de venta por correo:

Amazon Pharmacy: Regístrese en amazon.com/smithrx. Las recetas se pueden enviar por vía electrónica, fax o teléfono. Fax: 512-884-5981 | Teléfono: 855-206-3605

Farmacia Walmart: Las recetas se pueden enviar por prescripción electrónica, fax o teléfono. Fax:

1-800-406-8976 | Teléfono: 1-800-273-3455

Sitio web: [Farmacia Walmart](https://FarmaciaWalmart.com)

Mark Cuban Cost Plus Drug Company: Compruebe la disponibilidad de medicamentos en costplusdrugs.com. Las recetas se pueden enviar electrónicamente.

Farmacias especializadas:

Kroger Specialty Pharmacy: Asistencia para la inscripción en el 888-355-4191 o visite krogerspecialtypharmacy.com. Sendera Specialty Pharmacy: Asistencia para la inscripción en el 888-777-5547 o visite senderrarx.com.

Las farmacias minoristas incluyen: CVS Pharmacy, Rite Aid, Walgreens, Walmart y Costco Wholesale.



Descripción general de Talkspace

Descripción general: Talkspace ofrece servicios de terapia en línea, lo que permite a las personas comunicarse con un terapeuta de forma segura desde su teléfono o computadora sin necesidad de visitas presenciales. La terapia está disponible para personas mayores de 13 años, mientras que los servicios de psiquiatría están disponibles para personas mayores de 18 años.

Características principales:

Apoyo para diversas afecciones de salud mental, como ansiedad, depresión, trastorno de estrés posttraumático, trastornos por consumo de sustancias, trastornos alimentarios y trastornos compulsivos.

Médicos especializados disponibles en los 50 estados, asignados a los miembros en función de su ubicación, necesidades y preferencias.

La terapia puede comenzar a las pocas horas de elegir un terapeuta.

Opciones de visitas en tiempo real y cara a cara por video con cita

previa.

Servicios de psiquiatría para mayores de 18 años, incluidas sesiones de video en directo con un psiquiatra para crear planes de tratamiento personalizados.

Comodidad y accesibilidad:

El registro es sencillo a través de talkspace.com/connect, seguido de la descarga de la aplicación TalkSpace.

Compatible con iOS, Android y navegadores de escritorio (Chrome, Firefox, Safari, Edge).

Cubierto por el beneficio de salud conductual de UnitedHealthcare (pueden aplicarse copagos).

Opciones de servicio:

Terapia: apoyo individualizado para mayores de 18 años.

Terapia para adolescentes: apoyo especializado para jóvenes de 13 a 17 años.

Terapia de pareja: terapia diseñada para parejas.

Nota de emergencia: Si tiene pensamientos suicidas o se encuentra en una situación de emergencia, se recomienda llamar al 911 o a las líneas de atención específicas para la prevención del suicidio.



Descripción general de Teladoc Primary360

Descripción general: Teladoc Health Primary360 ofrece una forma cómoda de gestionar su salud general, proporcionándole acceso a asistencia médica, apoyo en salud mental y servicios de dermatología, todo ello desde la comodidad de su hogar.

Características principales:

Asistencia médica: proveedores certificados por la Junta médica de EE. UU. se encargan de los chequeos rutinarios, las recetas, las solicitudes de análisis de laboratorio, las derivaciones a especialistas y el control de afecciones crónicas.

Salud mental: hay terapias disponibles los 7 días de la semana para tratar la ansiedad, la depresión, los problemas de sueño, los traumas y mucho más, incluyendo la gestión de la medicación.

Dermatología: resuelve rápidamente problemas de la piel como acné, eccema y erupciones cutáneas enviando imágenes en

línea para obtener un plan de tratamiento en 24 horas.

Accesibilidad:

Visite Teladoc.com.

Llame al 1-800-TELADOC (800-835-2362).

Haga la descarga de la aplicación Teladoc.

Consulte el folleto para empleados en umt.com para conocer los beneficios de Teladoc.



401k Retirement Savings Plan

Get Started Today!

Para empezar o ver su cuenta en línea, vaya a: <https://participant.empower-retirement.com/participant>

*Haga clic en «Registrarse» – «No tengo un PIN» y siga las instrucciones. Si necesita ayuda para inscribirse en el plan, póngase en contacto con nosotros. Le dedicaremos todo el tiempo que sea necesario para responder a sus preguntas y ayudarlo a dar los primeros pasos en el plan.

* También puede llamar directamente a Empower Retirement al 800-338-4015 para inscribirse o realizar cambios.

When can I participate in the plan?

Age 18 and two months of employment.

BZI Matching Contributions

Building Zone Industries will match 100% of your savings up to the first 5% of your contribution. You can contribute to either the regular pre-tax 401(k) or the after-tax Roth401(k) and receive the match. The company match goes to the pre tax 401(k)

100% Vesting

Employees have 100% ownership of funds once they are eligible to participate in the plan.

Pre-tax or Roth (after-tax)

You can save on a pre-tax or an after-tax (Roth) basis.

Annual Contribution Limits

En 2026 puedes contribuir \$24,500 al 401(k). Si tienes 50 años o más, puedes ahorrar \$8,000 adicionales.

Investment Options within the plan

There are 30 mutual fund options to choose from including conservative options and growth funds. If you need help selecting appropriate investments, please reach out to our BZI 401k plan, Presidio Wealth Management advisor, Chad Anderson. Office: 801-290-3215 chad@presidiowealth.com

Questions

?Preguntas sobre cómo inscribirse o necesita ayuda para iniciar sesión? Comuníquese con el equipo de beneficios de BZI en hr@bzi.com o llame al (435)592-6475

Dental and Vision Cards and Information

Para iniciar sesión, vaya a:

www.myuhc.com

Regístrese para obtener una cuenta

Elija el plan del empleador

Cuando se le solicite su identificación de miembro, utilice su número de seguro social

UnitedHealthcare app for members

Get instant access to the answers and support you need, when you need it. The UnitedHealthcare app connects you to your health plan details anytime, anywhere.

Use your mobile device to download the app

Scan the QR code now to get started. Only have access to a desktop or tablet device? [Sign in or register for a member account](#)



Count on 24/7, always there access to your plan

Not all features are available for every plan. Some plans aren't currently supported by the app.

Check your benefits and coverage



Find copay and coinsurance amounts, view plan spending and see how your plan covers different types of care and services.

View your claims



Check the status of new and past claims. See the amount billed, what your plan paid and how much you owe.

Get virtual care



If your plan includes this benefit, you may be able to schedule a virtual visit for urgent care, routine care and more.

Access your plan ID cards



Easily view and show your UCard or member ID cards when you need them. Add your health plan details to your Apple Wallet or Google Wallet too.

Refill prescriptions



Conveniently request refills right from the app. You can also look up drug prices and search for pharmacies near you.

Find care and pricing



Search for network providers near you, see ratings and reviews, and estimate out-of-pocket costs for different types of visits.

Beneficios dentales

UNITEDHEALTHCARE

Dedoble anual (Individual/Familiar)			PPO DENTAL		PPO FUERA DE LA RED
Máximo de beneficio anual			\$1,500		\$1,500
Servicios dentales preventivos (limpiezas, exámenes, radiografías)			100%		100%
Servicios dentales básicos (empastes, endodondas, cirugía oral)			20%		20%
Servicios dentales principales (extracciones, coronas, incrustaciones, recubrimientos, puentes, dentaduras postizas, reparaciones)			50%		50%
Servicios de ortodoncia			50%		50%
Hijos dependientes menores de 19 años			50%		50%
Máximo Vitalicio para ortodoncia			\$1,000		\$1,000

Beneficio de visión

UNITEDHEALTHCARE

Examen ocular: una vez cada 12 meses			DENTRO DE LA RED		FUERA DE LA RED
Lentes: una vez cada 12 meses			Copago de \$10		Hasta \$40
Lentes de polycarbonato para niños (una vez cada 24 meses)			100%		N/A
Lentes individuales monofocales			Copago de \$20		Hasta \$40
Lentes bifocales con línea divisoria			Copago de \$20		Hasta \$60
Lentes trifocales con línea divisoria			Copago de \$20		Hasta \$80
Lentes bifocales combinadas			80 % después de un copagode \$20		N/A
Lentes progresivas estándar			Hasta \$55 después de un copago de \$20		N/A
Monturas: una vez cada 24 meses			Hasta \$130		Hasta \$45
Lentes de contacto: una vez cada 12 meses si elige lentes de contacto en lugar de lentes/monturas			Hasta \$130		Hasta \$105

Descargo de responsabilidad: Esta es una lista parcial de sus beneficios cubiertos. Para obtener una lista completa y precisa de los beneficios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones, consulte su certificado de cobertura.

Registre su cuenta en www.myuhc.com



Cuenta de ahorros para gastos médicos

¿QUÉ ES UNA CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)?

Una cuenta de ahorros para la salud es una cuenta de ahorros con ventajas fiscales propiedad de una persona física que puede utilizarse para pagar gastos médicos cualificados del titular y sus dependientes. Una HSA, que debe combinarse con un plan de salud con deducible alto cualificado, le permite a usted y a sus empleados realizar aportes antes de impuestos a una cuenta asegurada por el gobierno federal que puede utilizarse para pagar gastos médicos cualificados.

Al seleccionar un plan que cumple los requisitos para una HSA, usted es elegible a hacer un aporte libre de impuestos hasta el monto que se indica en el gráfico siguiente a una HSA. Los fondos de su HSA se pueden utilizar libres de impuestos para pagar gastos médicos que cumplan los requisitos. Además, BZl igualará sus aportes anuales a la cuenta de ahorros para la salud, tal y como se muestra en el gráfico siguiente.

APORTES 2026	LÍMITE MÁXIMO DEL IRS	MÁXIMO ANUAL DEL EMPLEADO	MÁXIMO ANUAL DEL EMPLEADOR
Individual	\$4,400	\$2,200	\$2,200
Dos personas	\$8,750	\$4,375	\$4,375
familiar	\$8,750	\$4,375	\$4,375

¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA UNA CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD?

» Estar cubierto por un plan de salud con deducible alto cualificado (QHDHP).

» No estar cubierto por otro plan médico;

No estar inscrito en los beneficios de Medicare A o Medicare B; y No ser elegible para ser reclamado en la declaración de impuestos de otra persona.

¿CUÁLES SON LAS VENTAJAS DE UNA CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD?

Los fondos de la HSA pertenecen al empleado. Todo el dinero depositado en una cuenta HSA, incluidos los aportes realizados por el empleador, es de su propiedad.

Las cuentas HSA tienen un triple beneficio fiscal.

1. Cuando usted hace un aporte a una HSA, sus aportes reducen sus ingresos imponibles, lo que significa que paga menos impuestos.

2. Todo el dinero que deposita en una HSA devenga intereses libres de impuestos.

3. Nunca pagará impuestos por los retiros que se utilicen para pagar gastos médicos cualificados.

Las cuentas HSA son excelentes para ahorrar para la jubilación. Después de los 65 años, los empleados pueden gastar el dinero de la cuenta HSA en artículos no médicos sin pagar una penalización. Los retiros no médicos después de los 65 años se gravan como ingresos, al igual que los retiros de una cuenta 401(k) o IRA.

Utilice su HSA para gastos cualificados: acupuntura, suministros médicos, anticonceptivos, exámenes físicos, quiropráctica, recetas médicas, lentes de contacto, ortodoncia, tratamientos dentales, radiología, anteojos, programas para dejar de fumar, mejora de la fertilidad, cirugía (no estética), audífonos, terapia y análisis de laboratorio.

Visite: irs.gov/publications/p592 para obtener una lista completa de los gastos cubiertos y no cubiertos y para revisar la definición completa de cada uno.

Tu HSA es tu dinero y tú decides cómo gastarlo en atención médica. Lo que no gastes en un año determinado se transfiere al año siguiente. Si cambias de trabajo o te jubilas, el dinero te acompaña.

Scan to download the HealthEquity mobile app.



You can set up your account directly in the app – no need to register online.



Inicie sesión en su cuenta en HealthEquity.com

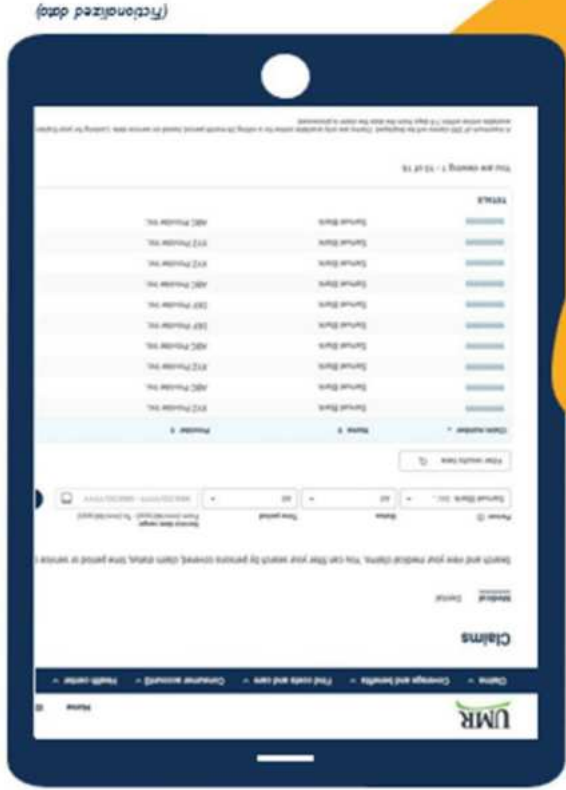


Obtenga todas las respuestas rápida

y fácilmente en

umr.com

Haga de umr.com su primera parada



No necesita un Doctorado para entender sus beneficios

Hemos facilitado la búsqueda de la información más importante que la gente quiere saber. Seleccione **Cobertura y beneficios** en el menú secundario azul para averiguar:

- ¿Qué servicios de asistencia médica están cubiertos?
- ¿Cuál es la diferencia de costo entre un servicio dentro de la red y uno fuera de la red?
- ¿Cuál es su deducible y está cerca de alcanzarlo?
- ¿Hay que pagar un copago por la visita al médico? En caso afirmativo, ¿cuánto?

¿Está abrumado por el papeleo?

Con un solo clic puede realizar un seguimiento de **todas sus reclamaciones**. Con la opción del menú **Reclamaciones**, compruebe cuando le resulte conveniente si se ha tramitado una reclamación y lo que usted podría deber. Para obtener más detalles sobre un reclamo específico, seleccione el **número de reclamo** o el enlace **EOB** en la misma fila que el reclamo. Esto le indicará el tipo de servicios prestados, el monto facturado y el monto del pago, si lo hubiera, y si hay que realizar alguna acción antes de que se pueda tramitar el reclamo.

Puede optar por recibir un correo electrónico seguro cada vez que tenga un nuevo EOB. Si no está listo para dejar de usar el papel por completo, puede imprimir copias desde el panel de control de reclamaciones.

No se sorprenda por los costos inesperados En la opción del menú **«Buscar costos y asistencia médica»**, puede encontrar médicos de la red cerca de usted y hacerse una idea más clara de lo que pagará con la herramienta de estimación de costos de salud.

Beneficios médicos

UMR, INC. | \$4,000 HSA



DENTRO DE LA RED		FUERA DE LA RED
Deducible		
Individual	\$4,000	\$13,500
Familiar	\$8,000	\$27,000
Coseguro		
Porcentaje del miembro	0%	20%
Máximo de Gastos de Bolsillo		
Individual	\$4,000	\$13,500
Familiar	\$8,000	\$27,000
Servicios de uso común		
Consulta presencial con Doctor de cabecera	0% AD	20% AD
Consulta Presencial al especialista	0% AD	20% AD
Sala de Urgencias	0% AD	20% AD
Sala de Emergencias	0% AD	0% AD
Asistencia médica preventiva		
Servicios preventivos	Cubiertos al 100 %	No cubierto
Gastos médicos importantes		
Cirugía ambulatoria	0 % AD	20 % AD
Hospitalización/cirugía con ingreso hospitalario	0 % AD	20 % AD
Tomografía computarizada, tomografía por emisión positrónica, resonancia magnética	0 % AD	20 % AD
Cobertura de Medicamentos Recetados		
Deducible de medicamentos recetados	0	0
Farmacia minorista	0 % AD	No cubierto
Entrega a domicilio	0 % AD	No cubierto
Información del plan		
Año del plan	1 de enero de 2026 - 31 de diciembre de 2026	
Periodo deducible	1 de enero de 2026 - 31 de diciembre de 2026	
Sitio web para miembros	umr.com	
Número de teléfono de atención al cliente	800.826.9781	

Descargo de responsabilidad: Esta es una lista parcial de sus beneficios cubiertos. Para obtener una lista completa y precisa de los beneficios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones, consulte su certificado de cobertura.





Página de resumen de cuotas

MÉDICO				
Nivel	Cuota mensual	Aportedel empleador	Tarífamensual del empleado	Costo para el empleado por nómina
Solo empleado	\$452.24	\$361.79	\$90.45	\$20.87
Empleado + Cónyuge	\$949.70	\$617.31	\$332.40	\$76.71
Empleado + Hijo(s)	\$814.03	\$529.12	\$284.91	\$65.75
Familiar	\$1,401.94	\$911.26	\$490.68	\$113.23

DENTAL				
Nivel	Cuota mensual	Aportedel empleador	Tarífamensual del empleado	Costo para el empleado por nómina
Solo empleado	\$31.21	\$19.00	\$13.21	\$3.05
Empleado + cónyuge	\$71.78	\$21.00	\$50.78	\$11.72
Empleado + Hijo(s)	\$91.93	\$21.00	\$70.93	\$16.37
Familiar	\$138.80	\$21.00	\$117.80	\$27.18

VISIÓN				
Nivel	Cuota mensual	Aportedel empleador	Tarífamensual del empleado	Costo para el empleado por nómina
Solo empleado	\$5.83	\$0.00	\$5.83	\$1.35
Empleado + cónyuge	\$11.65	\$0.00	\$11.65	\$2.69
Empleado + Hijo(s)	\$12.46	\$0.00	\$12.46	\$2.88
Familiar	\$19.91	\$0.00	\$19.91	\$4.59

Puntos importantes que debe recordar

PERÍODO DE ESPERA PARA LOS NUEVOS EMPLEADOS
Los nuevos empleados son elegibles para los beneficios del seguro de la empresa el primer día del mes siguiente a 60 días de empleo continuo a tiempo completo.

FINALIZACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Cuando finalice su relación laboral con la empresa, sus beneficios se interrumpirán el último día de ese mes.

EMPLEADOS ELIGIBLE

Para ser elegible para los beneficios de la empresa, debe ser un empleado a tiempo completo que trabaje una media de 30 horas semanales durante el año.

HIJOS A CARGO

Los hijos menores de 26 años son elegibles para el beneficio. Se les dará de baja del plan al final del mes en el que cumplan 26 años.

¿QUIÉN ES UN DEPENDIENTE?

Un dependiente es una persona elegible para ser añadida a la cobertura del seguro médico del titular de la póliza. Es posible que se le solicite presentar documentación acreditativa.

- Cónyuge
- Pareja de hecho (debe presentar certificación)
- Hijos biológicos, adoptados, hijos de parejas de hecho e hijastros.
- Otros dependientes en circunstancias especiales;

➤ Nietos, hijos en acogida, hermanos de los que sea tutor legal (debe presentar documentación firmada por un juez)

➤ Hijos adultos (mayores de 26 años) con incapacidad

Inscripción Abierta

Puede realizar cambios en sus planes (inscribirse en la cobertura, renunciar a la cobertura, añadir o eliminar dependientes, etc.) durante este periodo cada año. La inscripción abierta se llevará a cabo anualmente antes del inicio del nuevo año del plan. Todos los cambios realizados durante este periodo entrarán en vigor en la fecha de renovación.

REALIZAR CAMBIOS EN EL PLAN DURANTE EL AÑO

Si durante el año se produce un evento de vida importante (casarse, tener un hijo, divorciarse, perder la cobertura, pasar a ser elegible para Medicare, etc.), es posible que pueda realizar cambios en su plan aunque sea fuera del periodo de inscripción abierta. Entregue toda la documentación en un plazo de 30 días a partir del evento elegible, para garantizar que se procese a tiempo y se realice el pago de las reclamaciones correspondientes. NOTA: Si añade a un recién nacido a su plan, el número de la seguridad social del bebé no estará disponible de inmediato. Envíe la documentación sin él y facilitélelo cuando esté disponible.

AVISO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que tiene otro seguro médico o cobertura de un plan de salud colectivo, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la condición de elegible para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después de que finalice la otra cobertura suya o de sus dependientes.

COBRA

TENGAN EN CUENTA: En el evento de que su empleo en la empresa finalice, recibirá un paquete por correo que le dará la oportunidad de continuar con sus beneficios médicos, de cobertura dental y de visión durante un máximo de 18 meses. Esto se denomina cobertura COBRA. Su empleador NO aporta a esta cobertura como lo haría si estuviera empleado en la empresa. Usted será responsable del 102 % del costo real del seguro si desea continuar con él.

PERMANEZCA EN LA RED

Para obtener los mejores beneficios, es importante permanecer dentro de la red de la aseguradora. Compruebe siempre en línea o por teléfono que el médico o el hospital estén dentro de la red ANTES de su visita. Además, cuando se someta a un procedimiento en un hospital o centro médico, pida al personal del hospital que se asegure de que TODOS los médicos, enfermeros, radiólogos, anestesistas, etc. estén dentro de su red.

EXPLICACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Comunmente conocido como «EOB», el EOB es un documento extremadamente útil, ya que explica cómo la aseguradora procesó su reclamo. Muestra los cargos facturados por el proveedor, el descuento de la red aplicado y cuál es la tarifa negociada resultante. (Cargo del proveedor - Descuento de la red = Tarifa negociada) También muestra si el servicio se aplicó a su deducible o se pagó como copago. No es una factura, sino simplemente una explicación de cómo la aseguradora pagó su reclamo.

MEDICARE PARTE D

Si tiene Medicare o va a ser elegible para Medicare en los próximos 12 meses, es importante que comprenda sus derechos y penalizaciones en relación con la cobertura de Medicamentos Recetados antes de elegir un plan de su empleador. Para obtener más información, consulte con Recursos Humanos.

¿NECESITA UNA NUEVA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN,

SOLICITAR UN RESUMEN DETALLADO DEL PLAN O

TIENE PREGUNTAS SOBRE UN RECLAMO?

Puede registrarse en el sitio web de la aseguradora, donde podrá imprimir tarjetas de identificación temporales y solicitar tarjetas nuevas, o llamar a la aseguradora a los números que figuran en la guía. Tenga a mano copias de su EOBs junto con una copia de sus facturas para responder a preguntas sobre reclamos. El resumen completo de beneficios está disponible en línea o en formato impreso/digital poniéndose en contacto con su departamento de RR. HH./beneficios.

Índice

Aspectos importantes a recordar	3
Beneficios médicos	4
Cuenta de ahorros para la salud	10
Beneficio dental	12
Beneficio de visión	12
Resumen de la cuota	14
401(k)	15
Notificaciones y divulgaciones de inscripción anual 2026	16



Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de Medicamentos Recetados. Consulte las páginas 20-21, donde se encuentra el Aviso de cobertura acreditable, para obtener más detalles.

Este documento es un resumen de la cobertura proporcionada por los planes de beneficio de su empleador, basado en la información facilitada por su empresa. No incluye todos los términos, coberturas, exclusiones, limitaciones y afectaciones que figuran en el documento oficial del plan, las pólizas y contratos de seguro aplicables (en conjunto, los «documentos del plan»). Para conocer esos detalles, es necesario leer los propios documentos del plan. La finalidad de este documento es proporcionar información general sobre los planes de beneficio de su empleador. No aborda necesariamente todas las cuestiones específicas que pueden serle aplicables. No debe interpretarse como asesoramiento jurídico, ni pretende proporcionararlo. En la medida en que cualquier información contenida en este documento sea incompatible con los documentos del plan, prevalecerán en todos los casos las disposiciones establecidas en los documentos del plan. Si desea revisar los documentos del plan o tiene preguntas respecto a cuestiones específicas o disposiciones del plan, debe ponerse en contacto con su departamento de Recursos Humanos/Beneficio.

Paquete de beneficios para empleados Año del plan 2026

