



Beneficios
para empleados
2026

Tabla de contenido

Todos trabajamos juntos para hacer que TransDigm Group, Inc. sea un éxito, y nuestro trabajo en equipo se extiende a sus beneficios. Su salud y bienestar son importantes para nosotros, por lo que brindamos opciones de beneficios para mejorar su vida y la de su familia. Juntos, invirtamos en usted. Revise esta guía en su totalidad para comprender todas las ofertas de beneficios para el año calendario 2026.



3	Contactos importantes	
4	Centro de servicios de beneficios de salud y bienestar TransDigm – Cómo inscribirse	
5	Elegibilidad e inscripción	
6	Hechos de vida calificadores	
7	Preparación para la inscripción	
8	Resumen del plan médico – Planes Anthem Blue Cross Blue Shield	
9	Resumen del plan médico – Planes Kaiser Permanente	
10	Información inicial importante: Pago de los servicios	
11	Atención preventiva	
12	Dónde ir para recibir atención	
13	Cómo encontrar un proveedor y obtener recetas	
14	Telemedicina y atención virtual	
15	Beneficios de salud complementarios – Aflac	
17	Beneficios dentales – Cigna	
		19 Beneficios de la visión – VSP
		20 Cuenta de ahorros para gastos de salud – HSABank
		21 Cuentas de gastos flexibles – HSABank
		22 Seguro de vida y por Muerte accidental y desmembramiento – The Standard
		25 Seguro por incapacidad – The Standard
		26 Beneficios adicionales
		27 Aviso de privacidad según HIPAA
		32 Avisos requeridos

Consulte la página **página 32** para obtener información importante sobre la cobertura de Medicare Parte D.

En esta guía, el término compañía se utiliza para hacer referencia a TransDigm Group, Inc. Tiene el propósito de describir los requisitos de elegibilidad, los procedimientos de inscripción y las fechas de entrada en vigencia de la cobertura para los beneficios ofrecidos por la Compañía. No es un documento legal del plan y no implica una garantía de empleo ni una continuación de beneficios. Si bien esta Guía es una herramienta para responder la mayoría de sus preguntas, los detalles completos de los planes figuran en la Descripción Resumida del Plan (SPD), que rige el funcionamiento de cada plan. Cuando se necesite la interpretación de un beneficio, se utilizarán los documentos originales del plan.



Contactos importantes

CENTRO DE SERVICIOS DE BENEFICIOS DE SALUD Y BIENESTAR TRANSDIGM

833-874-1592

www.transdigmbenefits.com

ATENCIÓN MÉDICA Y MEDICAMENTOS CON RECETA

Anthem/CarelonRx

844-879-5704 (servicios médicos)

833-280-3280 (farmacia)

www.anthem.com

ATENCIÓN MÉDICA Y MEDICAMENTOS CON RECETA (ciertas áreas del norte y sur de CA)

Kaiser

800-464-4000

www.kp.org

ATENCIÓN MÉDICA COMPLEMENTARIA

Aflac

800-433-3036

www.aflacgroupinsurance.com

ATENCIÓN DENTAL

Cigna

800-244-6224

www.mycigna.com

ATENCIÓN DE LA VISIÓN

VSP

800-877-7195

www.vsp.com

BENEFICIOS PARA PERSONAS QUE VIAJAN DIARIAMENTE A SU LUGAR DE TRABAJO

HSA Bank

800-357-6246

www.hsabank.com

SEGURO DE VIDA Y POR AD&D

The Standard

800-633-8575

www.standard.com

SEGURO POR INCAPACIDAD

The Standard

800-633-8575

www.standard.com

LEGAL

MetLife Legal Plans

800-821-6400

www.legalplans.com

Código de acceso: 9903333

ROBO DE IDENTIDAD

Allstate Identity Protection

800-789-2720

<https://www.myaip.com>

SEGURO PARA MASCOTAS

Nationwide

877-738-7874

<https://mypetinsurance.com>

AUTOMÓVIL Y HOGAR

Farmers GroupSelect

800-438-6381

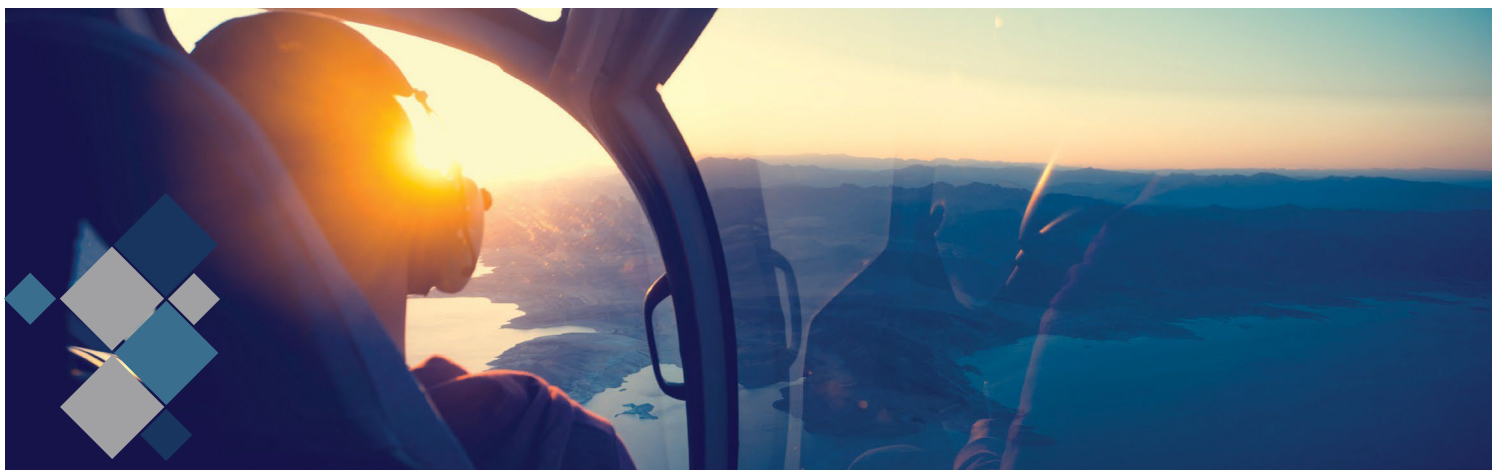
www.myautohome.farmers.com

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

Magellan

800-424-4039

<https://member.magellanhealthcare.com/>





Centro de servicios de beneficios de salud y bienestar TransDigm – Cómo inscribirse

Si aún no se ha registrado en el Sistema de Administración de Beneficios, impulsado por Empyrean, siga los pasos a continuación para Registrarse y crear su nombre de usuario y contraseña. Utilizará este sistema para administrar sus beneficios.

1. Ingrese a www.TransDigmBenefits.com y haga clic en "REGISTRARSE" a continuación.

2. Ingrese su nombre, apellido, fecha de nacimiento y número de seguro social. Una vez completado, haga clic en "SIGUIENTE".

3. Si tiene una dirección de correo electrónico de la compañía registrada, se completará automáticamente como su nombre de usuario. Si no tiene un correo electrónico registrado o no desea utilizar la dirección de correo electrónico de su compañía, puede crear su propio nombre de usuario, debe tener al menos 8 caracteres de longitud. Luego puede crear su contraseña y pregunta de seguridad. Su contraseña debe tener una letra, un número y un carácter especial.

4. Por último, se le pedirá que lea los Términos y Condiciones del sitio. Después de seleccionar "ACEPTO", se lo dirigirá a la página de inicio de www.TransDigmBenefits.com donde puede inscribirse y administrar sus beneficios.



Elegibilidad e inscripción

TransDigm le ofrece una variedad de beneficios para apoyarlo a usted y las necesidades de su familia. Depende de usted elegir opciones que cubran lo que es importante para su estilo de vida único. Los beneficios serán efectivos para todo el año calendario 2026, a menos que experimente un hecho de vida calificador.

Cómo inscribirse

1. Visite www.TransDigmBenefits.com e inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña. En la siguiente página se detallan las instrucciones sobre cómo registrarse.
2. Una vez que haya iniciado sesión, se le solicitará que comience su inscripción.
3. Comience su proceso de inscripción y siga los pasos hasta el final. Sus elecciones no se registran en el sistema hasta que las haya guardado y aceptado. Sabrá que ha completado su inscripción una vez que haya llegado a la página de confirmación y haya recibido un número de confirmación. Una vez que haya terminado, puede imprimir su declaración de confirmación, o si tiene un correo electrónico en el archivo, recibirá un correo electrónico confirmando que sus opciones de inscripción se han guardado.
4. Si tiene problemas para inscribirse en línea o desea inscribirse por teléfono, puede llamar al Centro de servicio de beneficios de salud y bienestar TransDigm al 833-874-1592 de 10:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora estándar del centro), de lunes a viernes.

Elegibilidad

Si usted es empleado de tiempo completo de TransDigm Group, Inc. que trabaja regularmente al menos 30 horas por semana, reúne los requisitos para participar en los planes médicos, de farmacia, dentales, de la visión, de seguro de vida y por incapacidad, así como para obtener beneficios adicionales.

¿Cuándo comienza la cobertura?

Si se inscribe en beneficios por primera vez, todas sus elecciones entrarán en vigencia el primer mes después del día en que se convierte en empleado elegible para los beneficios de TransDigm, con excepción de sus beneficios de Seguro de Vida, por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) y por Incapacidad y beneficios EAP, que entrarán en vigencia el día en que se convierta en empleado de TransDigm elegible para los beneficios. No podrá cambiar los beneficios hasta el siguiente período de inscripción abierta, a menos que experimente un hecho de vida calificador.

Si es un empleado nuevo contratado, tendrá 30 días para inscribirse en sus beneficios de empleado nuevo a partir de la fecha de entrada en vigencia de su contratación nueva.

Dependientes elegibles

Los dependientes que reúnen los requisitos para obtener la cobertura de los planes de beneficios de TransDigm Group Inc. pueden ser los siguientes:

- ♦ Cónyuge legal (o cónyuge de hecho donde se reconoce).
- ♦ Pareja de hecho del mismo o distinto sexo. Los ingresos imputados* se deducirán de su salario si cubre a su pareja de hecho (a menos que sea un dependiente fiscal verificado).
- ♦ Los hijos de hasta 26 años (se incluyen los hijos naturales, hijastros, hijos adoptados legalmente, niños colocados en adopción, niños en custodia temporal y niños cuya custodia legal haya sido entregada a usted, a su cónyuge o pareja de hecho).
- ♦ Sus hijos dependientes, sin importar la edad que tengan, siempre que sean incapaces de mantenerse por sí mismos debido a una incapacidad mental o física, sean totalmente dependientes de usted para su sustento según se indica en su declaración de impuestos federales sobre el ingreso y cuenten con la aprobación de su plan médico para continuar la cobertura más allá de los 26 años.

*Según la ley fiscal federal, la parte de la prima de su seguro que paga su empleador por la cobertura de su pareja de hecho está sujeta a retenciones e impuestos sobre la nómina y se informará en su W2. Consulte a un contador fiscal para obtener detalles más específicos sobre los impuestos a la renta imputados.



Reflexiones y consejos: no podrá cambiar la elección de beneficios durante el año del plan a menos que ocurra un hecho de vida calificador, como un matrimonio y/o el nacimiento o la adopción de un hijo.



Hechos de vida calificadoros

Hechos de vida calificadoros

La mayoría de las personas saben que puede cambiar sus beneficios cuando comienza un trabajo nuevo o durante la Inscripción Abierta cada año. ¿Pero sabía que los cambios en su vida podrían permitirle actualizar su cobertura en otros puntos del año? Los Hechos de Vida Calificadores (QLE) determinados por el IRS podrían permitirle inscribirse en un seguro médico o cambiar sus elecciones fuera del cronograma anual.

Los hechos calificadoros comunes incluyen:

Un cambio en la cantidad de dependientes (por ejemplo, por nacimiento o adopción o si un hijo ya no es un dependiente elegible).

Un cambio en el estado del empleo de su cónyuge (que tiene como consecuencia la pérdida u obtención de cobertura).

Un cambio en su estado civil legal (matrimonio, divorcio o separación legal).

Derecho a recibir Medicare o Medicaid.

Cambios de dirección o de ubicación que pueda afectar la cobertura para la que es elegible.

Algunos hechos calificadoros menos conocidos son:

Cumplir 26 años y perder cobertura a través del plan de un padre.

Muerte en la familia (que conduce a un cambio en los dependientes o pérdida de cobertura).

Tomarse o regresar de una licencia no remunerada

Perder la cobertura a través del plan de salud de otro empleador.

Su cónyuge o hijo obtiene la elegibilidad de otro empleador.

Cambios que hacen que no sea elegible para Medicaid o del Programa de seguro de salud infantil (CHIP).



En el caso de que se produzca un hecho de vida calificador, tiene 30 días para solicitar cambios en su cobertura. Recuerde que sus cambios en la cobertura deben ser coherentes con su cambio de estado. Esta no es una lista completa de todos los Hechos de vida calificados elegibles. Si tiene preguntas sobre Hechos de vida calificadoros puede comunicarse con el Centro de servicios de beneficios de salud y bienestar TransDigm al 833-874-1592.



Preparación para la inscripción

Como socio comprometido con su salud, su empleador absorbe una parte de los costos de su beneficio. Su parte de las contribuciones para beneficios médicos, dentales, de la visión y de cuenta de gastos se deduce antes de impuestos, reduciendo su responsabilidad impositiva. Tenga en cuenta que las contribuciones del empleado varían según el nivel de cobertura.

Puede seleccionar cualquier combinación de cobertura para planes médicos, dentales o de la visión. Por ejemplo, podría seleccionar una cobertura médica para usted y toda su familia, y seleccionar cobertura dental y de la visión solamente para usted. El único requisito es que usted, como empleado elegible de TransDigm Group Inc., debe elegir cobertura para usted mismo para poder elegir cobertura para dependientes.

Lista de tareas de la inscripción:



Revise sus opciones.

Revise esta guía para tomar las decisiones de beneficios que mejor se adapten a las necesidades de su familia.



Revise sus beneficiarios.

Esta es una buena oportunidad para revisar y actualizar la información de sus beneficiarios en el sistema de administración de beneficios.



Haga sus elecciones.

Durante la Inscripción, ya sea una Inscripción Abierta o si se está inscribiendo recientemente durante el año, asegúrese de iniciar sesión en el sistema de administración de beneficios, www.TransDigmBenefits.com y revise sus elecciones para **asegurarse de que está realizando las elecciones correctas para usted y su familia.**



Verifique que su proveedor esté en la red.

El uso dentro de la red a menudo puede ahorrarle dinero. Verifique para asegurarse de que los proveedores que utiliza estén en las redes médicas, de farmacia, dentales y de la visión para controlar sus costos.



Resumen del plan médico - Planes Anthem Blue Cross Blue Shield

Este cuadro resume la cobertura médica 2026 a través de Anthem. Todos los servicios cubiertos están sujetos a necesidad médica, según lo determina el plan. Tenga en cuenta que todos los servicios fuera de la red están sujetos a limitaciones razonables y acostumbradas (RyA).

ELIGIBLE PARA HSA FINANCIAMIENTO DE LA HSA POR PARTE DEL EMPLEADOR	DEDUCIBLE DE \$400		DEDUCIBLE DE \$900		DEDUCIBLE DE \$1,850		DEDUCIBLE DE \$3,400		DEDUCIBLE DE \$4,500	
	No		No		Sí		Sí		Sí	
	No		No		\$250 Empleado \$500 Empleado + Cónyuge \$500 Empleado + Hijo(s) \$750 Familiar		\$500 Empleado \$750 Empleado + Cónyuge \$750 Empleado + Hijo(s) \$1,250 Familiar		No	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
DEDUCIBLE										
INDIVIDUAL	\$400	\$2,500	\$900	\$3,000	\$1,850	\$3,700	\$3,400	\$6,400	\$4,500	\$9,000
FAMILIAR	\$800	\$5,000	\$1,800	\$6,000	\$3,700	\$7,400	\$6,400	\$12,800	\$9,000	\$18,000
DESEMBOLSO MÁXIMO (INCLUYE DEDUCIBLE)										
INDIVIDUAL	\$2,200	\$4,400	\$3,000	\$6,000	\$3,500	\$7,000	\$5,500	\$11,000	\$6,550	\$13,100
FAMILIAR	\$4,400	\$8,800	\$6,000	\$12,000	\$6,500	\$13,000	\$11,000	\$22,000	\$13,100	\$26,200
DISPOSICIÓN DEL PLAN										
COSEGURO (USTED PAGA)	20%*	40%*	20%*	40%*	20%*	40%*	30%*	50%*	30%*	50%*
ATENCIÓN PREVENTIVA (USTED PAGA)	\$0	40%*	\$0	40%*	\$0	40%*	\$0	50%*	\$0	50%*
ATENCIÓN PRIMARIA	Copago de \$20	40%*	Copago de \$40	40%*	20%*	40%*	30%*	50%*	30%*	50%*
ESPECIALISTA	Copago de \$40	40%*	Copago de \$80	40%*	20%*	40%*	30%*	50%*	30%*	50%*
HOSPITALIZACIÓN/ SERVICIOS AMBULATORIOS	20%*	40%*	20%*	40%*	20%*	40%*	30%*	50%*	30%*	50%*
SALA DE EMERGENCIAS	\$150, luego 20%*	\$0	20%*	20%*	20%*	20%*	30%*	30%*	30%*	30%*
MEDICAMENTOS CON RECETA AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 30 DÍAS)										
GENÉRICO	Copago de \$10	Copago de \$10	Copago de \$10	Copago de \$10	20%*	20%*	30%*	30%*	30%*	30%*
PREFERIDO	Copago de \$30	Copago de \$30	30% (\$25 mín./\$50 máx.)	30% (\$25 mín./\$50 máx.)	20%*	20%*	30%*	30%*	30%*	30%*
NO PREFERIDO	Copago de \$60	Copago de \$60	45% (\$40 mín./\$80 máx.)	45% (\$40 mín./\$80 máx.)	20%*	20%*	30%*	30%*	30%*	30%*
MEDICAMENTOS CON RECETA AL POR MENOR ORDEN POR CORREO (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)										
GENÉRICO	Copago de \$25	Sin cobertura	Copago de \$25	Sin cobertura	20%*	Sin cobertura	30%*	Sin cobertura	30%*	Sin cobertura
PREFERIDO	Copago de \$75		30% (\$62.50 mín./\$125 máx.)		20%*		30%*		30%*	
NO PREFERIDO	Copago de \$150		45% (\$100 mín./\$200 máx.)		20%*		30%*		30%*	

*Después del deducible

Información útil sobre deducibles y desembolsos máximos

Según el Plan de Deducible de \$1,850, si cubre a algún miembro de la familia además de usted:

- El Deducible Familiar completo debe cumplirse antes de que los beneficios comiencen a pagar para cualquier miembro de la familia.
- El Desembolso Máximo Familiar completo debe cumplirse antes de que el plan pague la totalidad para cualquier miembro de la familia.

Para todos los otros planes, si cubre a algún miembro de la familia además de usted:

- Una vez que un miembro de la familia alcanza el Deducible Individual, los beneficios comienzan a pagarse para ese individuo.
- Una vez que un miembro de la familia alcanza el Máximo de Desembolso Personal, el plan paga los beneficios cubiertos en su totalidad para ese individuo.



Resumen del plan médico - Planes Kaiser Permanente

Este cuadro resume la cobertura médica 2026 a través de Kaiser Permanente. Solo es elegible para esta cobertura si vive en ciertas áreas del norte o del sur de California.

	PLAN HMO MEDIO	DEDUCIBLE DE \$3,400	DEDUCIBLE DE \$4,500
ELEGIBLE PARA HSA	No	Sí	Sí
FINANCIAMIENTO DE LA HSA POR PARTE DEL EMPLEADOR	No	\$500 Empleado \$750 Empleado + cónyuge \$750 Empleado + hijo(s) \$1,250 Familiar	No
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED
DEDUCIBLE			
INDIVIDUAL	\$500	\$3,400	\$4,500
FAMILIAR	\$1,000	\$6,400	\$9,000
DESEMBOLSO MÁXIMO			
INDIVIDUAL	\$1,500	\$5,500	\$6,550
FAMILIAR	\$3,000	\$11,000	\$13,100
DISPOSICIÓN DEL PLAN			
COSEGURO (USTED PAGA)	10%	30%	30%
ATENCIÓN PREVENTIVA (USTED PAGA)	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN PRIMARIA	Copago de \$25	30%*	30%*
ESPECIALISTA	Copago de \$40	30%*	30%*
PACIENTE HOSPITALIZADO	10%*	30%*	30%*
SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	Copago de \$250*	30%*	30%*
SALA DE EMERGENCIAS	Copago de \$150	30%*	30%*
MEDICAMENTOS CON RECETA AL POR MENOR (SUMINISTRO DE 30 DÍAS)			
GENÉRICO	Copago de \$10	30%* hasta un máximo de \$50	30%* hasta un máximo de \$50
PREFERIDO / NO PREFERIDO	Copago de \$30	30%* hasta un máximo de \$100	30%* hasta un máximo de \$100
ESPECIALIZADO	Copago de \$30	30%* hasta un máximo de \$100	30%* hasta un máximo de \$100
MEDICAMENTOS CON RECETA AL POR MENOR ORDEN POR CORREO (SUMINISTRO DE 90 DÍAS)			
GENÉRICO	Copago de \$20	30%* hasta un máximo de \$50	30%* hasta un máximo de \$50
PREFERIDO / NO PREFERIDO	Copago de \$60	30%* hasta un máximo de \$100	30%* hasta un máximo de \$100
ESPECIALIZADO	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

*Después del deducible

Información útil sobre deducibles y desembolsos máximos

Si cubre a algún miembro de la familia además de usted:

- ♦ Una vez que un miembro de la familia alcanza el Deducible individual dentro del Deducible familiar, los beneficios comienzan a pagarse para ese individuo.
- ♦ Una vez que un miembro de la familia alcanza el Máximo de desembolso individual dentro del Máximo de desembolso familiar, el plan paga los beneficios cubiertos en su totalidad para ese individuo.



Información inicial importante: Pago de los servicios

Es importante entender las ventajas de sus planes médicos. El cuadro a continuación ayuda a explicar los términos y disposiciones clave que se aplican a todos los planes médicos que se le ofrecen.

Deducible

El monto que debe pagar por los servicios cubiertos antes de que su seguro comience a pagar su parte.



Copago

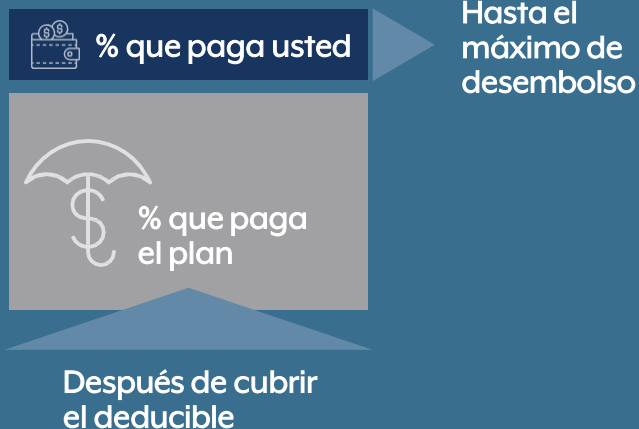
El monto fijo que paga por los servicios de atención médica en el momento en que los recibe.



(en planes aplicables)

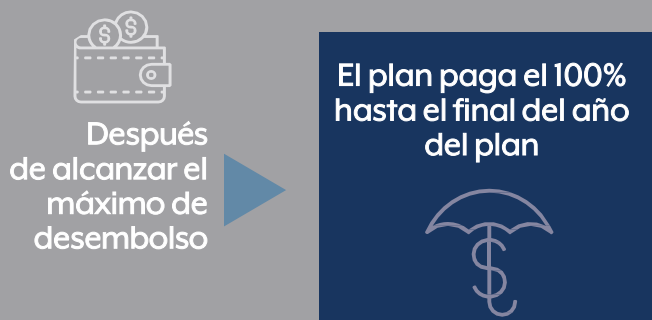
Coseguro

Su porcentaje del costo de un servicio cubierto. Si su visita al consultorio es de \$100 y su coseguro es del 20% (y ha alcanzado su deducible pero no el desembolso máximo), su pago sería de \$20.



Máximo de desembolso

El máximo que usted paga durante el año del plan antes de que su Seguro comience a pagar el 100% del monto permitido, para beneficios médicos y de medicamentos con receta.



Los ejemplos y descripciones anteriores se refieren a los beneficios dentro de la red; tenga en cuenta que los beneficios fuera de la red pueden variar.

Como elegir un plan

¿Qué plan es correcto para usted? Al decidir, considere cualquier necesidad médica que prevea para el próximo año del plan, su estado general de salud y los medicamentos que toma actualmente.

¿Como funciona una PPO (Organización de proveedores preferidos) o HMO (Organización para el mantenimiento de la salud)?



Usted pagará más en primas de su salario, pero tal vez menos en el momento del servicio.



Puede elegir entre una red de proveedores que ofrecen un copago fijo por los servicios.



Si espera necesitar más atención médica este año o si tiene una enfermedad crónica, la PPO puede ser la mejor opción para asegurarse de que sus necesidades de atención médica estén cubiertas.

¿Cómo funciona un HDHP (Plan de salud de deducible alto)?



Pagará menos en primas. (Piense en menos dinero de su salario).



Usted pagará el costo total de la mayoría de los servicios médicos hasta que cubra su deducible.



También puede usar una Cuenta de Ahorros para Gastos de Salud conjuntamente, que proporciona una red de seguridad para costos médicos inesperados y ventajas fiscales.



Si espera utilizar principalmente la atención preventiva (que está cubierta al 100%), este plan podría ser para usted.

Atención Preventiva

La mayoría de los planes de salud deben cubrir un conjunto de servicios preventivos — ¡sin costo para usted!

Las pruebas de detección y los chequeos de rutina se consideran preventivos, lo que significa que a menudo se pagan al 100%. Manténgase al día con su médico de atención primaria para ahorrar tiempo y dinero, y mantenerse más saludable a largo plazo. Según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA) de los Estados Unidos, algunos de los servicios comunes cubiertos incluyen:



Visitas de bienestar, exámenes físicos e inmunizaciones básicas



Pruebas de detección para la presión arterial, cáncer, colesterol, depresión, obesidad y diabetes



Pruebas pediátricas de audición, visión, obesidad y trastornos del desarrollo



Exámenes de anemia, asistencia en lactancia materna y bombas para mujeres embarazadas y lactantes



Suplementos de hierro (para niños de 6 a 12 meses con riesgo de anemia)

Tome el control de su salud – *Pasos simples para reducir el riesgo de cáncer*

El cáncer puede afectar a cualquier persona, pero pequeños pasos pueden marcar una gran diferencia. Las pruebas preventivas, los hábitos saludables y las visitas regulares al médico le ayudan a detectar problemas a tiempo y reducir su riesgo. Consejos rápidos:

- ◆ **Realícese pruebas de detección con regularidad** – Hable con su médico sobre las pruebas para detectar cáncer de mama, cuello uterino, colorrectal, de próstata y de pulmón. La detección temprana es clave.
- ◆ **Manténgase activo y coma saludablemente** – Mantener un peso saludable reduce el riesgo de varios tipos de cáncer.
- ◆ **Proteja su piel** – Use protector solar, ropa protectora y revise si aparecen lunares nuevos o con cambios.
- ◆ **Evite el tabaco** – Dejar de fumar reduce el riesgo de múltiples tipos de cáncer y mejora la salud en general.

Obtenga más información: www.anthem.com/preventive-care

Aproveche estos servicios cubiertos. Sin embargo, recuerde que la atención de diagnóstico para identificar riesgos de salud está cubierta según los beneficios de su plan, incluso si se realiza durante una visita de atención preventiva. Esto significa que, si su médico detecta una nueva afección o un posible riesgo durante su cita, los servicios pueden facturarse como atención diagnóstica y generar algunos costos de su bolsillo. Revise el resumen de sus beneficios para ver qué servicios preventivos específicos se le proporcionan.





Dónde ir para recibir atención

Usted piensa que puede estar enfermo, pero su médico de atención primaria está reservado hasta fin de mes. Tiene una pregunta sobre los efectos secundarios de un medicamento nuevo, pero la farmacia está cerrada. En lugar de elegir inmediatamente un viaje costoso a la sala de emergencias o confiar en información cuestionable de Internet, consulte los diversos centros y recursos de atención y los tipos de atención que brindan.



¿Cuándo lo utilizaría?

Necesita atención médica de rutina o tratamiento para un problema de salud actual. Su médico de cabecera lo conoce tanto a usted como a su historial médico, tiene acceso a sus registros médicos, le brinda atención de rutina, atención preventiva y administra sus medicamentos.

¿Qué tipo de atención brindaría?*

- ▶ Exámenes de rutina
- ▶ Vacunas
- ▶ Servicios preventivos
- ▶ Tratar su salud en general

¿Cuáles son las consideraciones relativas a los costos y el tiempo?***

- ▶ Requiere un copago y/o coseguro según el plan en el que esté inscrito.
- ▶ Normalmente requiere una cita.
- ▶ Generalmente poco tiempo de espera con una cita programada.



¿Cuándo lo utilizaría?

Necesita atención para enfermedades y dolencias menores, pero prefiere no salir de casa. Estos servicios están disponibles por teléfono y en línea (a través de la cámara web).

¿Qué tipo de atención brindaría?*

- ▶ Salud conductual
- ▶ Síntomas de resfriado y gripe
- ▶ Alergias
- ▶ Bronquitis
- ▶ Infección de las vías urinarias
- ▶ Problemas sinusales

¿Cuáles son las consideraciones relativas a los costos y el tiempo?***

- ▶ Si está inscrito en un plan PPO, pagará el mismo copago que paga por una visita al consultorio de su médico de atención primaria.
- ▶ El acceso a la atención generalmente es inmediata.
- ▶ Es posible que algunos estados no permitan prescripciones a través de la telemedicina o visitas virtuales.



¿Cuándo lo utilizaría? Necesita atención rápida, pero no es una verdadera emergencia. Los centros de atención de urgencias ofrecen tratamiento para lesiones o enfermedades que no amenazan la vida.

¿Qué tipo de atención brindaría?*

- ▶ Torceduras, esguinces
- ▶ Fracturas leves (por ej., dedos)
- ▶ Infecciones leves
- ▶ Quemaduras leves
- ▶ Radiografías

¿Cuáles son las consideraciones relativas a los costos y el tiempo?***

- ▶ A veces requiere copago y/o coseguro que generalmente es más alto que la visita a consultorio.
- ▶ Los pacientes sin cita previa son bienvenidos, pero los períodos de espera pueden ser más largos ya que los pacientes con necesidades más urgentes serán tratados primero.

HAGA SUS DEBERES

Lo que puede parecer un centro de atención de urgencias podría ser una sala de emergencias independiente. Estas instalaciones más nuevas tienen un precio más alto, así que solicite una aclaración si aparece la palabra "emergencia" en el nombre de la compañía.



¿Cuáles son las consideraciones relativas a los costos y el tiempo?***

- ▶ A veces requiere copago y/o coseguro mucho más alto.
- ▶ Abierto las 24 horas de los 7 días de la semana, pero los períodos de espera pueden ser más largos ya que los pacientes con emergencias de peligro de vida serán tratados primero.

¿Cuándo lo utilizaría? Necesita tratamiento inmediato para una afección grave que pone en peligro su vida. Si una situación parece amenazar su vida, llame al 911 o a su número de emergencia local de inmediato.

¿Qué tipo de atención brindaría?*

- ▶ Hemorragias intensas
- ▶ Dolor en el pecho
- ▶ Quemaduras graves
- ▶ Lesiones en la columna
- ▶ Lesiones graves en la cabeza
- ▶ Fracturas

*Esta es una lista de muestra de servicios y puede que no incluya todo.

***Los costos y la información de tiempo representan solo promedios y no están vinculados a una condición específica o tratamiento.



Cómo encontrar un proveedor y obtener recetas

Elegir al proveedor adecuado es una parte importante para cuidar su salud, y mantenerse dentro de la red de su plan ayuda a mantener sus costos más bajos. Tanto Anthem como Kaiser ofrecen herramientas prácticas para buscar, comparar y conectarse con proveedores. Tenga en cuenta: la cobertura médica de Kaiser solo está disponible si usted vive en ciertas áreas del norte o del sur de California.

Encontrar un proveedor de Anthem

Aplicación de Sydney HealthSM

1. Descargue y abra la **aplicación Sydney HealthSM** en su dispositivo móvil.
2. Toque el menú de Atención y seleccione Buscar Atención y Costos.
3. Busque por nombre del médico, especialidad, procedimiento o ubicación.
4. Compare a los proveedores según el costo, el horario de atención y los idiomas que hablan.

Visite Anthem.com

1. Visite www.Anthem.com y seleccione la herramienta **Buscar atención**.
2. En "Usar ID de miembro para búsqueda básica," ingrese **XTU** en el cuadro de búsqueda de ID.
3. Ingrese el tipo de proveedor y su ubicación.
4. Los resultados aparecerán más abajo en la misma página; verifique que el proveedor esté dentro de la red antes de programar una cita.

Encontrar un proveedor de Kaiser

Kaiser ofrece varias formas prácticas de encontrar médicos e instalaciones en su área.

Aplicación de Kaiser Permanente

1. Descargue y abra la **aplicación de Kaiser Permanente**.
2. Toque el menú y seleccione **Médicos y Ubicaciones**.
3. Ingrese su ubicación y el tipo de proveedor, luego revise los resultados.

Visite kp.org

1. Visite www.kp.org y seleccione **Médicos y Ubicaciones**.
2. Elija su **región** (norte o sur de California).
3. Ingrese su ubicación y el tipo de proveedor.
4. Revise los resultados para seleccionar un proveedor que se ajuste a sus necesidades.

Cobertura de medicamentos recetados para los planes médicos de Anthem

Nuestro programa de medicamentos recetados es administrado por CarelonRx, una compañía de Anthem. Usted tendrá una sola tarjeta de identificación tanto para la atención médica como para las recetas. La información sobre sus beneficios y farmacias de la red está disponible en www.anthem.com o llamando al número de Atención al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación. Su costo depende del nivel del medicamento: Genérico, Preferido o No Preferido.

Medicamentos Genéricos

¿Desea ahorrar en los costos de medicamentos? Los medicamentos genéricos tienen la misma dosis, uso, efectos secundarios, administración, riesgos, seguridad y potencia que los medicamentos de marca. Cumplen con los mismos estándares de la FDA y son igual de efectivos, pero generalmente cuestan entre un 80 y 85 % menos. Hable con su médico o visite www.fda.gov para ver si hay una opción genérica disponible para usted.

Nota: Aplicaciones como GoodRx y RxSaver le ayudan a comparar precios de medicamentos recetados y encontrar descuentos. Estos descuentos no se pueden combinar con su plan de beneficios, por lo que lo que pague puede no contarse para su deducible o máximo de gastos de su bolsillo.



Telemedicina y atención virtual

Cuando está enfermo, lo último que quiere hacer es salir de la comodidad de su hogar. O a veces simplemente está demasiado ocupado para acudir a una cita. La telemedicina es una manera conveniente y sencilla de hablar con un médico rápidamente.

Miembros de Anthem

LiveHealth Online

Si está inscrito en un plan médico de Anthem, usted y sus dependientes pueden usar LiveHealth Online para conectarse con médicos certificados y especialistas en salud conductual a través de video seguro. Es una manera conveniente de recibir atención para problemas de salud comunes, ya sea que esté en casa, necesite renovar una receta, su médico de atención primaria no esté disponible o esté de viaje. (Nota: Algunos estados pueden tener restricciones sobre las recetas mediante telemedicina). Para más información, visite www.livehealthonline.com.

Ahora puede usar los servicios de telemedicina sin ningún costo de su bolsillo; esto significa que tanto su deducible como sus copagos se eximen por completo para las visitas de telemedicina, sin importar en qué plan de salud esté inscrito. Conéctese con un proveedor de salud desde su hogar, trabajo o mientras se desplaza, y no pague nada por su visita virtual.

LiveHealth Online le permite conectarse con un médico o terapeuta para muchos problemas comunes de salud y conducta, tales como:

- ◆ Fiebre y gripe
- ◆ Problemas de salud conductual
- ◆ Fiebre
- ◆ Infecciones respiratorias
- ◆ Problema sinusales
- ◆ Estrés/ansiedad
- ◆ Depresión
- ◆ Aflicción

Cómo registrarse:

1. Visite www.livehealthonline.com o acceda a LiveHealth Online a través de la aplicación Sydney HealthSM.
2. Seleccione **Registrarse** y siga las indicaciones.
3. Cuando se le pregunte “¿Tiene seguro?”, seleccione **Sí** (solo si está inscrito en un plan Anthem de TransDigm) y tenga su tarjeta de identificación a mano.
4. Seleccione **Anthem** en el menú desplegable de Plan de Salud.
5. Ingrese su **ID de suscriptor** (de su tarjeta de miembro Anthem) e indique si usted es el suscriptor principal.
6. Seleccione **Finalizar** para completar el registro.

Aplicación Engage Wellbeing

La aplicación Engage Wellbeing le brinda acceso a atención virtual y programas especializados para apoyar su salud física, mental y emocional. Puede tener visitas por video con médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para problemas médicos comunes o visitas anuales de bienestar. La atención de salud conductual está disponible con cita previa con terapeutas, psicólogos o psiquiatras (los psiquiatras solo brindan apoyo con medicamentos).

Como una manera de apoyar su salud y bienestar general, la aplicación también ofrece programas especializados diseñados para ayudarle a mejorar hábitos, manejar el estrés y mucho más.

Cómo acceder a la aplicación:

1. Descargue la **aplicación Engage Wellbeing** o visite www.anthem.com.
2. Regístrese (si aún no lo ha hecho) e inicie sesión. Su nombre de usuario y contraseña funcionan tanto para el sitio web como para la aplicación.
3. Seleccione **Atención**, y luego **Atención Virtual**, para iniciar una visita por video o explorar los programas de bienestar.

Miembros de Kaiser

Los miembros del plan Kaiser tienen acceso a los servicios de telesalud a través de Kaiser, en cualquier momento y en cualquier lugar. Puede recibir la atención que necesita por teléfono, correo electrónico o video.

Para programar una cita:

1. Llame al 800-464-4000, o
2. Visite kp.org y seleccione **Obtener Atención**; una vez redirigido a **My Doctor Online**, inicie sesión para acceder a la atención.



Beneficios de salud complementarios

Su empleador ofrece varias formas para que usted complemente la cobertura de su plan médico. Este seguro adicional puede ayudar a cubrir gastos inesperados, independientemente de cualquier beneficio que pueda recibir de su plan médico. La cobertura está disponible para usted y sus dependientes y se ofrece a tarifas grupales con descuento.

Cobertura por accidente

Los accidentes suceden. Nosiempre puede prevenirlos, pero puede tomar medidas para reducir el impacto financiero. La cobertura por accidente, disponible a través de Aflac, proporciona beneficios para usted y sus familiares cubiertos si tiene gastos relacionados con un accidente que ocurre en el trabajo o fuera del trabajo. El seguro de salud ayuda con los gastos médicos, pero esta cobertura le brinda una mayor protección ya que puede ayudarlo a pagar los deducibles, copagos e incluso los gastos cotidianos típicos, como una hipoteca o el pago de un automóvil. Los beneficios de este plan se le pagarán a usted, para usarlos como desee.

BREVE RESUMEN DE BENEFICIOS*

INTERNACIÓN EN HOSPITAL	\$1,000 + \$250 por día; (\$500 por día para UCI)
DISLOCACIONES Y FRACTURAS	Hasta \$8,000
AMBULANCIA	Por tierra: \$400 / por aire: \$1,200
VISITA DE EMERGENCIA: MÉDICO, SALA DE EMERGENCIAS O ATENCIÓN DE URGENCIA	\$250
RADIOGRAFÍAS	\$100
VISITAS AL CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO	\$50
QUEMADURAS	Hasta \$20,000
DIAGNÓSTICO DE DAÑO CEREBRAL (CONMOCIÓN)	\$500
RESONANCIA MAGNÉTICA O TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA	\$200
COMA	\$10,000
CIRUGÍA ABIERTA ABDOMINAL O TORÁCICA	Hasta \$750
CIRUGÍA CON REPARACIÓN DE TENDÓN, LIGAMENTO, MANGUITO DE LOS ROTADORES O CÁRTILAGO DE RODILLA, HERNIA DE DISCO	Hasta \$750
TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y PLASMA	\$200
TERAPIA FÍSICA	\$35
APARATO	Hasta \$100

*Este es un resumen. Consulte detalles en los documentos del plan.

BENEFICIO DE BIENESTAR: se paga un beneficio de bienestar anual de \$50 por cada miembro de la familia cubierto que complete determinadas evaluaciones de bienestar como una prueba de Papanicolaou, una prueba de colesterol, una mamografía, colonoscopia o prueba de esfuerzo.

CONTRIBUCIÓN MENSUAL

EMPLEADO SOLAMENTE	\$8.87
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$14.45
EMPLEADO + HIJO(S)	\$20.02
EMPLEADO + FAMILIA	\$25.60

Cobertura de indemnización para pacientes hospitalizados

La Cobertura de indemnización para pacientes hospitalizados a través de Aflac paga los beneficios en efectivo directamente a usted si tiene la estadía cubierta en un hospital o unidad de cuidados intensivos. Puede utilizar los beneficios de esta póliza para ayudarlo a pagar gastos médicos como los deducibles y copagos, costos de viaje, comida y alojamiento, o gastos diarios tales como comestibles y servicios públicos.

La cobertura está garantizada; sin preguntas médicas.

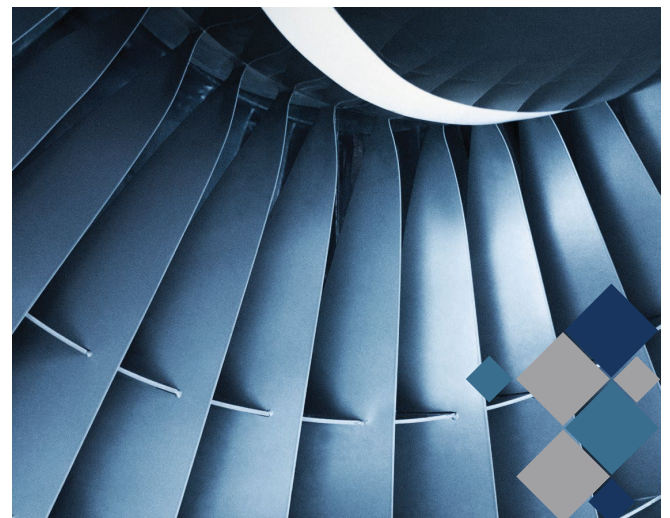
RESUMEN DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS*

BENEFICIOS DE PRIMER DÍA DE HOSPITALIZACIÓN	\$1,250 (una vez por enfermedad o accidente cubierto por año calendario)
BENEFICIO DIARIO DE HOSPITALIZACIÓN	\$200 por día (máximo 180 días por enfermedad o accidente cubierto)
BENEFICIO DIARIO DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DEL HOSPITAL	\$200 por día (máximo 30 días por enfermedad o accidente cubierto)

*Este es un resumen. Consulte detalles en los documentos del plan.

CONTRIBUCIÓN MENSUAL

EMPLEADO SOLAMENTE	\$11.76
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$23.66
EMPLEADO + HIJO(S)	\$18.78
EMPLEADO + FAMILIA	\$30.68



Cobertura por enfermedad crítica

El seguro por enfermedad a través de Aflac le abona un beneficio de suma global si se le diagnostica una enfermedad o afección cubierta por el plan. Puede usar este dinero como desee, por ejemplo: para ayudar a pagar gastos no cubiertos por el plan médico, salarios perdidos, cuidado de niños, viajes, costos de atención médica domiciliaria o cualquiera de sus gastos habituales del hogar.

Detalles del plan

- ◆ Cobertura de emisión garantizada (sin preguntas médicas).
 - Empleado: elige entre \$15,000 o \$30,000.
 - Cónyuge: puede elegir elegir hasta el 100% del monto de cobertura elegido por el empleado.
 - Hijo(s): puede elegir elegir hasta el 50% del monto de cobertura elegido por el empleado, sin cargo adicional.
- ◆ Los beneficios se pagan en base a la fecha en que ocurrió el hecho cubierto o la fecha del diagnóstico; las enfermedades o los hechos anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura no se pagarán.
- ◆ El beneficio de bienestar anual de \$50 se le paga a cada empleado y cónyuge inscrito que complete ciertos exámenes de bienestar, como una prueba de Papanicolaou, una prueba de colesterol, una mamografía, una colonoscopia o una prueba de esfuerzo.

BENEFICIO DE MUESTRA DE ENFERMEDAD CRÍTICA E ILUSTRACIÓN DE PRIMA MENSUAL

Beneficio de \$15,000

EDAD DEL EMPLEADO	EMPLEADO SOLAMENTE O EMPLEADO + HIJO(S)	EMPLEADO + CÓNYUGE O EMPLEADO + FAMILIA
30 años	\$7.16	\$13.67
35 años	\$8.24	\$15.82
40 años	\$10.42	\$20.18
45 años	\$12.28	\$23.91

BENEFICIO DE MUESTRA DE ENFERMEDAD CRÍTICA E ILUSTRACIÓN DE PRIMA MENSUAL

Beneficio de \$30,000

EDAD DEL EMPLEADO	EMPLEADO SOLAMENTE O EMPLEADO + HIJO(S)	EMPLEADO + CÓNYUGE O EMPLEADO + FAMILIA
30 años	\$12.80	\$24.29
35 años	\$14.95	\$28.59
40 años	\$19.31	\$37.32
45 años	\$23.04	\$44.77

Las primas para este plan dependen de su edad y del monto del beneficio elegido. Se ilustrarán en el sistema de inscripción.

ENFERMEDADES CUBIERTAS

Los empleados inscritos y sus cónyuges reciben el 100% de los montos de beneficios a continuación cuando se produce un diagnóstico o un hecho después de que su plan entra en vigencia.

Los hijo(s) inscritos recibirán el 50% de la cantidad elegida por el empleado, de acuerdo con el programa de beneficios a continuación.

	MONTO A PAGAR
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AVANZADA	25%
ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA	25%
ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ALS)	100%
TUMOR CEREBRAL BENIGNO	100%
TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE)	100%
CÁNCER (INTERNO O INVASIVO)	100%
CÁNCER (NO INVASIVO)	25%
CÁNCER (CÁNCER DE PIEL)	\$500 por año calendario
COMA	100%
CIRUGÍA DE BYPASS DE ARTERIA CORONARIA	100%
ATAQUE CARDÍACO	100%
INSUFICIENCIA RENAL (INSUFICIENCIA RENAL EN ETAPA TERMINAL)	100%
PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN	100%
PÉRDIDA DE LA VISIÓN	100%
PÉRDIDA DEL HABLA	100%
TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES	100%
ESCLEROSIS MÚLTIPLE (MS)	100%
PARÁLISIS	100%
QUEMADURAS SEVERAS	100%
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ISQUÉMICO O HEMORRÁGICO)	100%
PARO CARDÍACO REPENTINO	100%

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

FIBROSIS QUÍSTICA, PARÁLISIS CEREBRAL, LABIO LEPORINO O PALADAR HENDIDO, SÍNDROME DE DOWN, FENILCETONURIA (PKU), ESPINA BÍFIDA, DIABETES TIPO I	50% del monto de beneficio del empleado
---	---

*Este es un resumen. Consulte el documento del plan para obtener más detalles, incluidas las definiciones y las exclusiones y limitaciones del plan.



Beneficios dentales

TransDigm ofrece tres opciones de planes dentales a través de Cigna.

Resumen del plan dental

Este cuadro resume las opciones del plan de Cigna Dental y las contribuciones mensuales aplicables. Su elección de plan y nivel determinará la contribución mensual aplicable.

Dentistas de la red

Si visita a un dentista que no participa en la red de su plan, sus costos de desembolso serán más altos y usted deberá pagar cualquier cargo que supere los cargos razonables y acostumbrados (RyA). Los servicios descritos en el cuadro a continuación no son garantías de cobertura; consulte el Documento de resumen del plan para confirmar los servicios cubiertos.

	PLAN BÁSICO PLUS	PLAN MEJORADO CON ORTODONCIA	PLAN DHMO
CONTRIBUCIONES MENSUALES DEL EMPLEADO			
EMPLEADO SOLAMENTE	\$11.09	\$21.77	\$9.49
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$21.09	\$41.39	\$12.29
EMPLEADO + HIJO(S)	\$22.66	\$45.74	\$15.58
EMPLEADO + FAMILIA	\$33.29	\$65.34	\$24.36
COBERTURA DENTRO DE LA RED			
BENEFICIO MÁXIMO ANUAL	\$1,250/Individual	\$2,000/Individual	Ninguno
DEDUCIBLE INDIVIDUAL	\$50	\$50	\$0
DEDUCIBLE FAMILIAR	\$150	\$150	\$0
SERVICIOS PREVENTIVOS (USTED PAGA)	\$0	\$0	Los copagos varían según el servicio
SERVICIOS BÁSICOS (USTED PAGA)	30%*	20%*	Los copagos varían según el servicio
SERVICIOS DE MAYOR COMPLEJIDAD (USTED PAGA)	50%*	50%*	Los copagos varían según el servicio
SERVICIOS DE ORTODONCIA (USTED PAGA)	Sin cobertura	50%*	Los copagos varían según el servicio
MÁXIMO DE POR VIDA PARA ORTODONCIA	Sin cobertura	\$1,500	Los copagos varían según el servicio
ELEGIBILIDAD PARA ORTODONCIA	Sin cobertura	Hijos elegibles hasta los 19 años de edad	Hijos y adultos elegibles

*Después del deducible

Encontrar un proveedor

Si aún no está registrado en myCigna.com, así es como puede encontrar un dentista dentro de la red:

- ◆ Vaya a <https://hcpdirectory.cigna.com> o inicie sesión en myCigna.com
- ◆ Ingrese su código postal y seleccione **Dentista** en “Doctor por tipo”
- ◆ Seleccione **Continuar** y luego confirme su código postal
- ◆ Seleccione su red dental:
 - ◆ Si está inscrito en el **Plan DHMO** → seleccione la **Red Cigna Dental Care Access Plus**
 - ◆ Si está inscrito en el **Plan Basic Plus** o el **Plan Enhanced** → seleccione la **Red Total Cigna DPPO**



Herramientas para cuidar su salud oral

Mantener una buena salud oral es una parte importante del bienestar general. Cigna ofrece una variedad de programas y herramientas digitales para ayudarle a gestionar su cuidado dental, mantenerse al día con los tratamientos preventivos y acceder a apoyo cuando lo necesite. Desde evaluaciones en casa y atención virtual hasta programas de reembolso para ciertos tratamientos, estos recursos están diseñados para que el manejo de su salud oral sea más sencillo y accesible.

Sitio web y aplicación móvil myCigna

Manage your dental benefits and oral health tools in one place:

- ◆ Busque y compare dentistas dentro de la red según ubicación, horarios e idiomas
- ◆ Vea, imprima o envíe sus tarjetas de identificación
- ◆ Haga seguimiento de reclamaciones y detalles de cobertura
- ◆ Estime los costos de procedimientos comunes
- ◆ Conéctese con un representante en vivo mediante la función de chat

SmartScan: Evaluación Dental desde Casa

SmartScan le permite realizar una evaluación dental rápida y guiada desde su hogar usando su teléfono inteligente.

- ◆ Tome una serie de fotos de sus dientes y encías con instrucciones paso a paso
- ◆ Reciba una revisión profesional de un dentista de Cigna
- ◆ Conozca el estado de su salud oral y obtenga consejos para mejorarla
- ◆ Acceda a través de **myCigna → Hablar con un médico → Atención dental virtual**
- ◆ Sin costo adicional; el proceso dura aproximadamente cinco minutos



Programa de Integración de la Salud Oral (OHIP)

Para las personas diagnosticadas con ciertas afecciones médicas, el programa OHIP brinda apoyo para tratamientos dentales preventivos sin costo adicional:

- ◆ Las afecciones incluyen enfermedades cardíacas, diabetes, embarazo, lupus, ELA y más
- ◆ Ayuda a cubrir los costos de bolsillo de la atención preventiva
- ◆ Proporciona orientación sobre la salud oral y el bienestar general
- ◆ Inscribese en **myCigna.com → Cobertura → Dental** o llamando al número que aparece en su tarjeta de identificación

Atención Dental Virtual – Acceso 24/7

Consulte con un dentista autorizado en cualquier momento a través de una visita por video segura:

- ◆ Apoyo para problemas urgentes como dolor de muelas, infecciones, hinchazón y dientes fracturados
- ◆ Las recetas pueden enviarse a su farmacia si es necesario
- ◆ Sin copago ni coseguro; se aplica a los límites anuales
- ◆ Acceda a través de **myCigna.com → Atención virtual**



Beneficios de la visión

¿No usa anteojos? ¡No debe saltarse un examen anual de la visión! TransDigm le proporciona a usted y a su familia acceso a atención de la visión de calidad, con beneficios de visión integrales brindados por VSP.

Resumen del plan de la visión

Este cuadro resume el Plan de Visión de MetLife provisto a través del Vision Service Plan (VSP). Para obtener más información, consulte la Descripción Resumida del Plan. Para encontrar un proveedor, diríjase a www.VSP.com y haga clic en “Buscar un médico”, donde puede buscar por su ubicación.

		PLAN DE LA VISIÓN ESTÁNDAR		
CONTRIBUCIONES MENSUALES DEL EMPLEADO				
EMPLEADO SOLAMENTE		\$6.19		
EMPLEADO + CÓNYUGE		\$12.58		
EMPLEADO + HIJO(S)		\$13.47		
EMPLEADO + FAMILIA		\$20.02		
		DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	FRECUENCIA
EXÁMENES				
EXAMEN DE LA VISIÓN		Copago de \$10	Prestación de \$45	Una vez cada 12 meses
EXAMEN OPCIONAL DE PRUEBA DE LENTES DE CONTACTO		Copago de hasta \$60	Prestación de \$105	
MARCOS				
MARCOS		Prestación de \$150; 20% de ahorro sobre la prestación	Prestación de \$70	Una vez cada 24 meses
MARCOS DE MARCA DESTACADOS		Prestación de \$150; 20% de ahorro sobre la prestación	Prestación de \$70	
LENTES				
MONOFOCALES		Copago de \$25	Prestación de \$30	Una vez cada 12 meses
BIFOCALES CON LÍNEA		Copago de \$25	Prestación de \$50	
TRIFOCALES CON LÍNEA		Copago de \$25	Prestación de \$65	
LENTES DE POLICARBONATO PARA NIÑO(S)		Copago de \$25	N/A	
LENTES PROGRESIVOS ESTÁNDAR		Copago de \$55	Prestación de \$50	
LENTES PROGRESIVAS PREMIUM		Copago de \$95 - \$105	Prestación de \$50	
LENTES PROGRESIVAS PERSONALIZADAS		Copago de \$150 - \$175	Prestación de \$50	
LENTES DE CONTACTO				
LENTES DE CONTACTO OPTATIVOS		Prestación de \$150	Prestación de \$105	Una vez cada 12 meses
LENTES DE CONTACTO NECESARIOS		Copago de \$25	Prestación de \$210	
OTROS SERVICIOS				
EXAMEN DE RETINA		No deberá pagar más que un copago de \$39 en el examen de retina de rutina como mejora para un examen de la visión.		
CORRECCIÓN VISUAL CON LÁSER		15% de descuento promedio sobre el precio normal o un 5% de descuento sobre el precio promocional; descuento disponible solamente en las instalaciones contratadas.		



Cuenta de ahorros para gastos de salud

Una Cuenta de Ahorros para Gastos de Salud o HSA puede ser un vehículo de ahorro fantástico si está inscrito en un Plan de salud de deducible alto calificado.

Cuenta de ahorros para gastos de salud (HSA)

Si está inscrito en el Plan de Deducible de \$1,850, el Plan de Deducible de \$3,400 y el Plan de Deducible de \$4,500, puede abrir y contribuir a una Cuenta de Ahorros para Gastos de Salud con HSA Bank para ayudar a pagar los gastos médicos elegibles, incluidos los medicamentos con receta, los gastos dentales y de la visión. **Si se inscribe en el plan de Deducible de \$1,850 o en el plan de Deducible de \$3,400, TransDigm también contribuirá a su HSA.**

PLAN CON DEDUCIBLE DE \$1,850 CONTRIBUCIONES DE TRANSDIGM		PLAN CON DEDUCIBLE DE \$3,400 CONTRIBUCIONES DE TRANSDIGM	
EMPLEADO SOLAMENTE	\$250	EMPLEADO SOLAMENTE	\$500
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$500	EMPLEADO + CÓNYUGE	\$750
EMPLEADO + HIJO(S)	\$500	EMPLEADO + HIJO(S)	\$750
EMPLEADO + FAMILIA	\$750	EMPLEADO + FAMILIA	\$1,250

Una HSA es una cuenta con ventajas impositivas que puede usar para pagar el desembolso por gastos médicos con dinero antes de impuestos para fines del impuesto federal sobre la renta. Su dinero ingresa a la cuenta antes de impuestos, crece libre de impuestos y puede retirarse libre de impuestos cuando se utiliza para pagar gastos médicos calificados. La publicación 502 del IRS brinda una lista completa de gastos elegibles; puede encontrar más información en www.irs.gov.

Elegibilidad

Usted es elegible para abrir y financiar una HSA en los siguientes casos:

- ◆ Está inscrito en un plan HSA y no tiene ninguna otra cobertura de atención médica que reembolse los gastos por servicios cubiertos (que no sean servicios preventivos) antes de alcanzar un deducible alto (según lo definido por las normas federales).
- ◆ Usted y/o sus dependientes no están cubiertos por el plan de salud o la cuenta de reembolso de su cónyuge/pareja de hecho. Las cuentas de reembolso incluyen Cuentas de Reembolso de Atención de la Salud o Cuentas de Gastos Flexibles para Atención de la Salud que reembolsan los gastos por servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible (que no sea una Cuenta de Gastos Flexibles de Uso Limitado).

- ◆ No es elegible para ser declarado como dependiente en la declaración de impuestos federales sobre la renta de otra persona. No está inscrito en Medicare, Medicaid o TRICARE. Esto incluye Medicare Parte A, que generalmente se brinda sin costo a las personas que son elegibles para Medicare o que adquieren beneficios del Seguro social.
- ◆ No recibe los Beneficios de la Administración de veteranos, no ha utilizado un hospital de la Administración de veteranos y no ha recibido los Beneficios de la Administración de veteranos durante 3 meses antes de abrir una HSA.

Cuenta individual

- ◆ Usted es el dueño de la Cuenta de Ahorros para Gastos de Salud y, a su vez, puede administrarla. Usted determina cuánto contribuirá a la cuenta, sujeto a los límites anuales del IRS, cuándo usará el dinero para pagar los gastos médicos calificados y cuándo se reembolsará a sí mismo.
- ◆ Las HSA le permiten ahorrar y transferir automáticamente año a año el dinero que no gaste durante el año calendario. El dinero de su cuenta es transferible, incluso si cambia de plan o de trabajo. No hay requisitos de adquisición de derechos ni disposiciones sobre pérdidas.
- ◆ La cuenta crece libre de impuestos para fines del Impuesto federal sobre la renta, incluidos los intereses.

Cada año, el IRS determina máximos sobre el monto de dinero que se puede contribuir a una HSA. Los límites que se muestran a continuación incluyen el dinero que su empleador aporta en su nombre si está inscrito en el Plan de \$1,850 o \$3,400.

LÍMITES DE APORTACIÓN DE LA HSA	
EMPLEADO SOLAMENTE	\$4,400
EMPLEADO + DEPENDIENTES:	\$8,750
CONTRIBUCIONES DE ACTUALIZACIÓN (MAYORES DE 55 AÑOS DE EDAD)	\$1,000



Cuentas de gastos flexibles

Las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) le permiten separar deducciones de su salario antes de impuestos para pagar varios gastos de desembolso. TransDigm ofrece tres opciones diferentes de Cuenta de Gastos Flexibles a través de HSA Bank, Cuenta de Gastos Flexibles para atención de la salud, Cuenta de Gastos Flexibles de propósito limitado y Cuenta de Gastos Flexibles para atención de dependientes.

Cuenta de gastos flexibles para atención de la salud

Usted puede aportar hasta **\$3,300** en gastos médicos calificados con dólares antes de impuestos. No puede participar en esto si tiene una Cuenta de Ahorros para Gastos de Salud (HSA) con HSA Bank, o en cualquier otro lugar. La Cuenta de Gastos Flexibles para atención de la salud lo ayuda a pagar los gastos de desembolso incurridos en los planes en los que no tiene una HSA. Cada año tendrá que volver a elegir el monto que le gustaría tener en esta cuenta; no se acumula. Estos son algunos ejemplos de los gastos elegibles:

- ◆ Copagos
- ◆ Exámenes de la visión, anteojos y lentes de contacto
- ◆ Cirugía LASIK
- ◆ Exámenes de audición y audífonos
- ◆ Tarifas de laboratorio
- ◆ Trabajo dental y ortodoncia

Cuenta de gastos flexibles de propósito limitado

Esta cuenta de gastos está diseñada para complementar una HSA. Permite el reembolso de gastos elegibles dentales y de la visión. Los gastos médicos solo son elegibles para reembolso después de que se haya alcanzado su deducible anual para usted y sus dependientes elegibles. Puede contribuir hasta **\$3,300** anualmente a esta cuenta a través de HSA Bank. Cada año tendrá que volver a elegir el monto que le gustaría tener en esta cuenta; no se acumula.

Cuenta de gastos flexibles para atención de dependientes

Además de las FSA para atención de la salud y de propósito limitado, puede optar por contribuir a una Cuenta de Gastos Flexibles para atención de dependientes. Esto le permite reservar dinero antes de impuestos para ayudar a pagar los gastos asociados con el cuidado de dependientes ancianos o niños. Puede contribuir hasta **\$7,500** anualmente si está casado y presenta una declaración conjunta o si es un padre soltero. Si está casado y presenta una declaración por separado, puede contribuir hasta **\$3,750**.





Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento

Es difícil pensar qué pasaría si algo le sucediera a usted, pero es importante contar con un plan para asegurarse de que su familia esté preparada. El seguro de vida brinda protección y seguridad financiera en caso de una ausencia o evento inesperado. Asegurar el seguro de vida ahora garantiza que su familia estará protegida para el futuro.

Seguro básico de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

TransDigm ofrece a los empleados un Seguro de Vida Básico y por AD&D como parte de su cobertura básica a través de The Standard, que garantiza que sus seres queridos, como su cónyuge u otros sobrevivientes designados, continúen recibiendo una parte de los beneficios del empleado después de su muerte.

Si usted es un empleado de tiempo completo, automáticamente recibe el Seguro de Vida y por AD&D, incluso si decide renunciar a otras coberturas.

Su beneficio de seguro de vida básico y por AD&D es dos veces su salario básico anual, hasta un máximo de \$1,000,000. Si su beneficio supera los \$50,000, puede seleccionar \$50,000 para evitar el impuesto sobre los ingresos imputados. En el futuro, si desea cambiar su elección de \$50,000 a dos veces su salario anual, estará sujeto a la Evidencia de Asegurabilidad.

A los empleados contratados recientemente que ganen más de \$50,000 se les aplicará de forma predeterminada el doble de su salario básico anual hasta el nivel de cobertura de \$1,000,000 si no realizan cambios en la inscripción.

Seguro de vida complementario

También puede elegir un seguro de vida adicional para usted y su cónyuge/hijos elegibles en los montos que se muestran a continuación.

Empleado: incrementos de \$10,000 hasta el mínimo de 5 veces el salario básico anual o \$500,000.

Cónyuge: incrementos de \$5,000 hasta el menor de \$250,000 o el 50% del monto del Seguro de Vida Básico del empleado.

Hijo(s): incrementos de \$5,000 hasta \$20,000 por hijo; para los niños de al menos 14 días de edad pero menores de 6 meses, el beneficio máximo está limitado a \$1,000. La cobertura está disponible hasta los 26 años.

Seguro por AD&D complementario

Más allá de lo que TransDigm proporciona para el seguro AD&D, puede comprar cobertura adicional para usted y su familia. Debe elegir Seguro complementario por AD&D para usted para que esté disponible para su cónyuge/hijos elegibles.

Empleado: incrementos de \$10,000 hasta el mínimo de 5 veces el salario básico anual o \$500,000

Beneficio de seguro por AD&D familiar

- ◆ Cónyuge solamente: 50% de la cobertura del empleado hasta \$250,000
- ◆ Cobertura para hijos únicamente: 15% de la cobertura del empleado hasta \$75,000
- ◆ Cónyuge e hijos: 40% de la cobertura del empleado hasta \$200,000 si el reclamo es para el cónyuge, o 10% de la cobertura del empleado hasta \$50,000 si el reclamo es para un hijo

¡Asegúrese de asignar un dependiente!

Su beneficiario es la persona que usted designa para recibir los beneficios del seguro de vida en caso de fallecimiento. Esto incluye cualquier beneficio de seguro de vida proporcionado por su TransDigm o beneficios adicionales del seguro de vida que elija tener.

Nombre un beneficiario principal y uno contingente para que sus intenciones sean claras. Asegúrese de indicar nombre completo, dirección, número de Seguro Social, relación, fecha de nacimiento y porcentaje de distribución. Tenga en cuenta que, en la mayoría de los estados, los menores no pueden recibir los pagos de beneficios. Si opta por designar a un menor como beneficiario, todas las recaudaciones se mantendrán a nombre del beneficiario, y generarán intereses hasta que el menor alcance la mayoría de edad a los 18 años. Para nombrar a sus beneficiarios del seguro de vida, visite www.TransDigmBenefits.com.

Recordatorio: Puede actualizar sus beneficiarios en cualquier momento durante el año.



Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento

Seguro de vida y por AD&D complementario

Los beneficios de Seguro de Vida y por AD&D son una parte importante de la seguridad financiera de su familia. Los beneficios básicos proporcionados a usted por TransDigm pueden no ser suficientes para cubrir los gastos en un momento de necesidad. Entonces, la cobertura extra se encuentra disponible para protegerlo a usted y su familia. Los empleados elegibles pueden adquirir el seguro de vida complementario y por AD&D adicional. Las primas se pagan mediante deducciones de nómina. Los beneficios del seguro de vida y por AD&D están sujetos a las normas de reducción por edad. Consulte su Descripción Resumida del Plan para obtener más información.

SEGURO DE VIDA Y POR AD&D COMPLEMENTARIOS PARA EL EMPLEADO

MONTO DE COBERTURA	Incrementos de \$10,000 hasta el mínimo de 5 veces el salario básico anual o \$500,000
QUIÉN PAGA	Empleado
BENEFICIO MÁXIMO	El monto que sea menor entre \$500,000 o 5 veces su salario básico
ES NECESARIO PRESENTAR EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD (EOI)	Empleado recientemente elegible: si se está por inscribir en el plan por primera vez, podrá elegir hasta \$200,000 sin pasar por la Evidencia de Asegurabilidad. Después de su elegibilidad inicial, cualquier aumento solicitado en la cobertura requerirá evidencia de asegurabilidad.

SEGURO DE VIDA COMPLEMENTARIO PARA EL CÓNYUGE

MONTO DE COBERTURA	Incrementos de \$5,000
QUIÉN PAGA	Empleado
BENEFICIO MÁXIMO	El menor de \$250,000 o el 50% del monto del Seguro de Vida Básico del empleado.
ES NECESARIO PRESENTAR EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD (EOI)	Empleado recientemente elegible: si se está por inscribir en el plan por primera vez, podrá elegir hasta \$5,000 sin pasar por la evidencia de asegurabilidad. Después de su elegibilidad inicial, cualquier aumento solicitado en la cobertura requerirá evidencia de asegurabilidad.

SEGURO DE VIDA COMPLEMENTARIO PARA LOS HIJOS

MONTO DE COBERTURA	Incrementos de \$5,000
QUIÉN PAGA	Empleado
BENEFICIO MÁXIMO	\$20,000. Para los niños de al menos 14 días de edad pero menores de 6 meses, el beneficio máximo está limitado a \$1,000. La cobertura está disponible hasta los 26 años.
ES NECESARIO PRESENTAR EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD (EOI)	No

SEGURO POR AD&D COMPLEMENTARIO FAMILIAR

MONTO DE COBERTURA/MÁXIMO DE BENEFICIOS	<ul style="list-style-type: none"> Cónyuge solamente: 50% de la cobertura del empleado hasta \$250,000 Cobertura para hijos únicamente: 15% de la cobertura del empleado hasta \$75,000 Cónyuge e hijo(s): 40% de la cobertura del empleado hasta \$200,000 si el reclamo es para el cónyuge, o 10% de la cobertura del empleado hasta \$50,000 si el reclamo es para un hijo <p>El empleado debe estar inscrito en el seguro por AD&D complementario de empleados para cónyuge e hijos para ser elegible para este beneficio</p>
QUIÉN PAGA	Empleado
ES NECESARIO PRESENTAR EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD (EOI)	No



Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento

SEGURO DE VIDA COMPLEMENTARIO (EMPLEADO Y CÓNYUGE)			
TARIFA MENSUAL/\$1,000			
EDAD DEL EMPLEADO	TARIFA DEL EMPLEADO	EDAD DEL CÓNYUGE	TARIFA DEL CÓNYUGE
Menor de 24	\$0.045	Menor de 24	\$0.058
De 25 a 29	\$0.058	De 25 a 29	\$0.065
De 30 a 34	\$0.072	De 30 a 34	\$0.086
De 35 a 39	\$0.081	De 35 a 39	\$0.108
De 40 a 44	\$0.094	De 40 a 44	\$0.144
De 45 a 49	\$0.137	De 45 a 49	\$0.202
De 50 a 54	\$0.209	De 50 a 54	\$0.310
De 55 a 59	\$0.387	De 55 a 59	\$0.547
De 60 a 64	\$0.594	De 60 a 64	\$0.792
De 65 a 69	\$1.143	De 65 a 69	\$1.584
De 70 a 74	\$1.854	De 70 a 74	\$2.534
Mayor de 75	\$1.854	Mayor de 75	\$2.534

SEGURO POR AD&D COMPLEMENTARIO	
TARIFAS MENSUALES/\$1,000	
EMPLEADO SOLAMENTE	\$0.040
EMPLEADO Y FAMILIA	\$0.053

SEGURO DE VIDA PARA HIJOS	
TARIFA MENSUAL/\$1,000	\$0.11

Los beneficios del seguro de vida y por AD&D están sujetos a las normas de reducción por edad. Cuando usted o su cónyuge alcancen cierta edad, los beneficios se reducirán de la siguiente manera:

EDAD	MONTO DE REDUCCIÓN DEL SEGURO DE VIDA BÁSICO Y POR AD&D	EDAD	MONTO DE REDUCCIÓN DEL SEGURO DE VIDA Y POR AD&D COMPLEMENTARIO
DE 70 A 74 AÑOS DE EDAD	67% del monto original	DE 65 A 69 AÑOS DE EDAD	65% del monto original
75 AÑOS DE EDAD Y MAYOR	50% del monto original	70 AÑOS DE EDAD Y MAYOR	50% del monto original

Utilice la edad al 1 de enero de 2026 para calcular el costo del beneficio por mes. Utilice la edad de su cónyuge/pareja de hecho al calcular la tarifa aplicable para su beneficio.

PARA CALCULAR CUÁNTO COSTARÁ SU COBERTURA DE SEGURO DE VIDA COMPLEMENTARIO:			
\$	+1,000 =	\$	x tarifa basada en edad = \$
Beneficio elegido		Prima mensual	



Seguro por incapacidad

Mantener su calidad de vida cuenta con sus ingresos. TransDigm Group, Inc. ofrece cobertura por incapacidad para protegerlo económicamente en caso de que no pueda trabajar debido a una lesión debilitante. Una parte de sus ingresos esta protegida hasta que pueda regresar a su trabajo o hasta alcanzar su edad de jubilación.

Seguro por incapacidad a corto plazo

La cobertura STD está disponible sin costo para usted, proporcionada por TransDigm a través de The Standard. La cobertura STD reemplaza hasta el 60% de sus ingresos, hasta un máximo de \$2,000 por semana. Pueden regir ciertas exclusiones. Consulte su plan para obtener más información. **Las ubicaciones que actualmente no reciben STD a través de TransDigm debido a sus propias políticas de tiempo de vacaciones y enfermedad continuarán con su programa específico, en lugar del plan por STD.**

BENEFICIO MÁXIMO SEMANAL	\$2,000
PERÍODO DE ELIMINACIÓN	7 días
PERÍODO DE BENEFICIO MÁXIMO	Antes de la semana 25 o al final de su incapacidad

Los empleados que residen en California o Nueva Jersey no son elegibles para este beneficio, ya que los beneficios de STD se reciben a través del estado correspondiente.

Seguro por incapacidad a largo plazo (LTD)

La cobertura LTD está disponible sin costo para usted, proporcionada por TransDigm a través de The Standard. El LTD reemplaza el 60% de sus ingresos (hasta un máximo mensual de \$12,000) si queda parcial o totalmente incapacitado durante un período extendido. Pueden regir ciertas exclusiones. Consulte su plan para obtener más información.

BENEFICIO MÁXIMO MENSUAL	\$12,000
PERÍODO DE ELIMINACIÓN	El fin de los beneficios STD o 180 días, lo que sea mayor
PERÍODO MÁXIMO DE BENEFICIO	Los pagos se efectuarán siempre y cuando usted esté incapacitado o hasta que cumpla la edad normal de jubilación estipulada por el Seguro Social, lo que ocurra primero.



Reflexiones y consejos: cerca del 6% de los estadounidenses trabajadores experimentará una incapacidad a corto plazo debido a una enfermedad, lesión o embarazo en promedio cada año.



Beneficios adicionales

TransDigm Group, Inc. se preocupa por usted y desea que tenga éxito en todos los aspectos de la vida, por lo que ofrecemos una variedad de beneficios adicionales para ayudarlo a que su día a día sea más fácil.

Programa de asistencia al empleado

Sabemos que la vida es complicada, y algunas veces solo necesitamos un poco de ayuda. Nuestro Programa de Asistencia al Empleado (EAP) ayuda a administrar su salud total y la de su familia, incluyendo la salud mental, emocional y física. Este beneficio no tiene costo para usted, ya sea que esté inscrito en un plan médico patrocinado por la compañía o no.

A través de este programa, usted tiene acceso a asistencia de salud mental, ayuda legal y financiera de varios profesionales. Usted tiene acceso las 24 horas a recursos útiles por teléfono, y el beneficio del EAP incluye cinco visitas personales por cada problema con un profesional matriculado. Todos los servicios brindados son confidenciales y no se compartirán con su empleador. También puede acceder a información, beneficios, materiales educativos y mucho más por teléfono al 800-424-4039 o en línea en la página www.magellanascent.com.

El programa proporciona remisiones para brindar asistencia con lo siguiente:

- ◆ Salud y bienestar emocional
- ◆ Dependencia al alcohol o a las drogas
- ◆ Problemas de relaciones familiares o matrimoniales
- ◆ Presiones laborales
- ◆ Estrés, ansiedad, depression
- ◆ Duelo y pérdida de seres queridos
- ◆ Asesoramiento legal o financiero

Seguro de automóvil/hogar

La compra de seguros de automóvil y hogar a través de Farmers GroupSelect le brinda acceso a una variedad de pólizas de seguros, que incluyen automóviles, vivienda (no se ofrecen en Massachusetts y Florida), viviendas de alquiler, condominios, casas móviles, inquilinos, vehículos de uso recreativo, embarcaciones y exeso de responsabilidad personal. Si desea inscribirse en el Seguro de automóvil/hogar, puede hacerlo si se dirige a www.myautohome.farmers.com o llama al 800-438-6381. **Su pago para el Seguro de automóvil/hogar se manejará directamente con Farmers, no a través de deducciones de nómina.**

Plan legal

El Plan de Asistencia Legal Hyatt de MetLife® le ofrece a usted y a su familia acceso a abogados para servicios legales comunes, como preparación de testamentos, planificación patrimonial, derecho de familia y más. Usted y su familia tendrán acceso a una red nacional de 15,000 abogados con experiencia. Si lo desea, también tiene la flexibilidad de utilizar un abogado que no pertenece al plan y obtener un reembolso por los servicios cubiertos de acuerdo con un programa de tarifas establecido.

Empleado y familia: \$16.50/mes

Protección contra el robo de identidad

Obtenga tranquilidad al protegerse usted y a su familia contra el daño del robo de identidad. Los servicios de protección contra robo de identidad de Allstate Identity Protection monitorean su identidad, detectan fraudes y restauran su identidad en caso de robo. Los defensores de la privacidad certificados también están disponibles para actuar como administradores de casos dedicados en su nombre para resolver cualquier problema de robo de identidad.

Empleado solamente: \$7.95/mes

Empleado y familia: \$13.95/mes

Seguro para mascotas

El seguro para mascotas a través de Nationwide puede facilitar un poco asuntos imprevistos de las mascotas. Las pólizas a nivel nacional pueden cubrir una multitud de problemas médicos y condiciones relacionadas con accidentes y enfermedades, así como visitas preventivas. Si desea inscribirse en Pet Insurance, puede dirigirse a <https://mypetinsurance.com> o llama al 855-525-1458. **Su pago para esta cobertura se manejará directamente con Nationwide, no a través de deducciones de nómina.**

Beneficios para personas que viajan diariamente a su lugar de trabajo

TransDigm le ofrece la opción de inscribirse en una cuenta de beneficios antes de impuestos que puede utilizarse para cubrir varios tipos de transporte público o gastos de estacionamiento como parte de su elección. Visite www.hsabank.com o llame al 800-357-6246 para más información.



Aviso de privacidad según HIPAA

Revise este aviso detenidamente. Describe de qué manera se puede utilizar y divulgar su información médica y de qué manera usted puede acceder a esta información.

La Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) impone numerosos requisitos sobre el uso y divulgación de información de salud individual por parte de los planes de salud de TransDigm Group, Inc. Esta información, conocida como Información de Salud Protegida (PHI), incluye casi toda la información de salud individualmente identificable que posee un plan, ya sea que se reciba por escrito, en un medio electrónico o como una comunicación oral. Este aviso describe las prácticas de privacidad de estos planes: médicos, dentales y de la visión. Los planes cubiertos por este aviso pueden compartir información de salud entre sí para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Estos planes se denominan colectivamente Plan en este aviso, a menos que se especifique lo contrario.

Los deberes del plan con respecto a su información de salud

El plan está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud y proporcionarle este aviso de los deberes legales y las prácticas de privacidad del Plan con respecto a su información de salud. Si participa en una opción de plan asegurado, recibirá un aviso directamente del Asegurador. Es importante tener en cuenta que estas normas se aplican al Plan, no a TransDigm Group, Inc. como empleador; así es como funcionan las reglas de HIPAA. Se pueden aplicar diferentes políticas a otros programas de TransDigm Group, Inc. o a datos no relacionados con el Plan.

Cómo puede el plan utilizar y divulgar su información de salud

Las normas de privacidad generalmente permiten el uso y divulgación de su información de salud sin su permiso (conocido como autorización) para fines de tratamiento de atención médica, actividades de pago y operaciones de atención médica. Aquí hay algunos ejemplos de lo que eso podría implicar:

- ▶ **Tratamiento:** incluye proporcionar, coordinar o administrar la atención médica por parte de uno o más proveedores de atención médica o médicos. El tratamiento también puede incluir la coordinación o gestión de la atención entre un proveedor y un tercero, y consultas y referencias entre proveedores. Por ejemplo, el plan puede compartir su información de salud con los médicos que lo están tratando.
- ▶ **Pago:** incluye actividades de este Plan, otro planes o proveedores para obtener primas, hacer determinaciones de cobertura y proporcionar reembolso por atención médica. Esto puede incluir determinar la elegibilidad, revisar los servicios por necesidad o idoneidad médica, participar en actividades de gestión de utilización, gestión de reclamos y facturación; así como realizar funciones del plan "detrás de escena", como ajuste de riesgo, cobro o reaseguro. Por ejemplo, el Plan puede compartir información sobre su cobertura o los gastos en los que ha incurrido con otro plan de salud para coordinar el pago de los beneficios.
- ▶ **Operaciones de atención médica:** incluyen actividades de este Plan (y, en circunstancias limitadas, de otros planes o proveedores), como programas de evaluación de riesgos y bienestar, actividades de evaluación y mejora de la calidad, servicio al cliente y resolución de reclamos internos. Las operaciones de atención médica también incluyen la evaluación de proveedores; participación en actividades de acreditación, capacitación y acreditación; realización de evaluación de riesgos o clasificación de primas; organización de actividades de revisión médica y auditoría; y realización de planificación y desarrollo de negocios. Por ejemplo, el Plan puede usar información sobre sus reclamos para auditar a terceros que aprueban el pago de los beneficios del Plan.

La cantidad de información de salud utilizada, divulgada o solicitada será limitada y, cuando sea necesario, restringida al mínimo necesario para lograr los fines previstos, según se define en las normas de HIPAA. Si el Plan usa o divulga la PHI para evaluación de riesgos, el Plan no usará ni divulgará la PHI que sea su información genética para dichos fines.

Cómo el plan puede compartir su información de salud con TransDigm Group, Inc.

El Plan, o su asegurador de salud o HMO, puede divulgar su información de salud sin su autorización por escrito a TransDigm Group, Inc. para fines de administración del plan. TransDigm Group, Inc. puede necesitar su información de salud para administrar los beneficios del Plan. TransDigm Group, Inc. se compromete a no usar ni divulgar su información de salud que no sea lo permitido o requerido por los documentos del Plan y por la ley. Finanzas y Recursos Humanos son los únicos empleados de TransDigm Group, Inc. que tendrán acceso a su información de salud para las funciones de administración del plan.

Aquí se explica cómo se puede compartir información adicional entre el Plan y TransDigm Group, Inc., según lo permitido por las normas de HIPAA:

- ▶ El Plan, o su asegurador o HMO, puede divulgar "información de salud resumida" a TransDigm Group, Inc., si se solicita, con el fin de obtener ofertas de primas para proporcionar cobertura bajo el Plan o para modificar, enmendar o finalizar el Plan. La información resumida de salud es información que resume la información de reclamos de los participantes, de la cual se han eliminado los nombres y otra información de identificación.
- ▶ El Plan, o su asegurador o HMO, puede revelar a TransDigm Group, Inc. información sobre si una persona participa en el Plan o se ha inscrito o cancelado en una opción de seguro o HMO ofrecida por el Plan.

Además, debe saber que TransDigm Group, Inc. no puede y no utilizará la información de salud obtenida del Plan para ninguna acción relacionada con el empleo. Sin embargo, la información de salud recopilada por TransDigm Group, Inc. de otras fuentes, por ejemplo, en virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades o los programas de compensación para trabajadores, no está protegida por HIPAA (aunque este tipo de información puede ser protegida bajo otras leyes federales o estatales).

Otros usos o divulgaciones permitidos de su información de salud

En ciertos casos, su información de salud puede divulgarse sin autorización a un familiar, amigo cercano u otra persona que identifique y que esté involucrada en su atención o en el pago de su atención. Se puede proporcionar información sobre su ubicación, estado general o muerte a una persona similar (o a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre). En general, se le dará la oportunidad de aceptar u objetar estas divulgaciones (aunque se pueden hacer excepciones, por ejemplo, si no está presente o si está incapacitado). Además, su información de salud puede divulgarse sin autorización a su representante legal. El Plan también puede usar o divulgar su información de salud sin su autorización por escrito para las siguientes actividades:

COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES	Divulgaciones de la compensación para trabajadores o programas legales similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la falta, según lo autorizado y necesario para cumplir con las leyes
NECESARIO PARA EVITAR AMENAZAS GRAVES A LA SALUD O LA SEGURIDAD	Divulgaciones realizadas de buena fe que la divulgación de su información de salud es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad pública o personal, si se hace a alguien razonablemente capaz de prevenir o disminuir la amenaza (o al objetivo de la amenaza); incluye divulgaciones para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a identificar o detener a una persona que ha admitido su participación en un delito violento que el Plan cree razonablemente que puede haber causado un daño físico grave a una víctima, o cuando parece que la persona ha escapado de la prisión o de la custodia legal.
ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA	Divulgaciones autorizadas por ley a personas que pueden estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; divulgaciones a las autoridades de salud pública para prevenir o controlar enfermedades o reportar abuso o negligencia infantil; y divulgaciones a la Administración de drogas y alimentos para recopilar o informar eventos adversos o defectos del producto.
VÍCTIMAS DE ABUSO, NEGLIGENCIA O VIOLENCIA DOMÉSTICA	Divulgaciones a las autoridades gubernamentales, incluidos los servicios sociales o las agencias de servicios protegidos autorizados por ley para recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica, según lo exija la ley o si usted está de acuerdo o el Plan cree que la divulgación es necesaria para evitar daños graves hacia usted o víctimas potenciales (se le notificará la divulgación del Plan si le informa que no pondrá en mayor riesgo).
PROCEDIMIENTOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS	Divulgaciones en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal (es posible que el plan deba notificarle la solicitud o recibir una garantía satisfactoria de la parte que busca su información de salud de que se hicieron esfuerzos para notificarle o para obtener una orden de protección calificada con respecto a la información).
APLICACIÓN DE LA LEY	Divulgaciones a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley requerida por ley o proceso legal, o para identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida; divulgaciones sobre una víctima del delito si está de acuerdo o si la divulgación es necesaria para una actividad policial inmediata; divulgaciones sobre una muerte que puede haber resultado de una conducta criminal; y divulgaciones para proporcionar evidencia de conducta criminal en las instalaciones del plan.
DIFUNTOS	Divulgaciones a un forense o examinador médico para identificar al fallecido o determinar la causa de la muerte; y a los directores de funerarias para llevar a cabo sus funciones.
DONACIONES DE ÓRGANOS, OJOS O TEJIDOS	Divulgaciones a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos después de la muerte.
INVESTIGACIÓN	Divulgaciones sujetas a la aprobación de las juntas de revisión de privacidad institucionales o privadas, sujetas a ciertas garantías y representaciones de los investigadores sobre la necesidad de utilizar su información de salud y el tratamiento de la información durante un proyecto de investigación
ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE SALUD	Divulgaciones a las agencias de salud para actividades autorizadas por la ley (auditorías, inspecciones, investigaciones o acciones de licencia) para la supervisión del sistema de atención médica, programas de beneficios gubernamentales para los cuales la información de salud es relevante para la elegibilidad del beneficiario y el cumplimiento de los programas reguladores o las leyes de derechos civiles.
FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL GOBIERNO	Divulgaciones sobre individuos que son personal de las fuerzas armadas o personal militar extranjero bajo el mando militar apropiado; divulgaciones a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional o inteligencia; y divulgaciones a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a los reclusos.
INVESTIGACIONES DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS	Divulgaciones de su información de salud al Departamento de salud y servicios humanos para investigar o determinar el cumplimiento del Plan con las normas de privacidad de HIPAA

Excepto como se describe en este aviso, otros usos y divulgaciones se realizarán solo con su autorización por escrito. Por ejemplo, en la mayoría de los casos, el Plan obtendrá su autorización antes de comunicarse con usted sobre productos o programas si se le paga al Plan para hacer esas comunicaciones. Si guardamos notas de psicoterapia en nuestros registros, obtendremos su autorización en algunos casos antes de divulgar esos registros. El Plan nunca venderá su información de salud a menos que nos haya autorizado a hacerlo. Puede revocar su autorización según lo permitido por las normas de HIPAA. Sin embargo, no puede revocar su autorización con respecto a las divulgaciones que el Plan ya ha realizado. Se le notificará sobre cualquier acceso, uso o divulgación no autorizados de su información de salud no segura según lo exija la ley.

El Plan le notificará si se da cuenta de que ha habido una pérdida de su información de salud de una manera que podría comprometer la privacidad de su información de salud.

Sus derechos individuales

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud que mantiene el Plan. Estos derechos están sujetos a ciertas limitaciones, como se discute a continuación. Esta sección del aviso describe cómo puede ejercer cada derecho individual.

Derecho a solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de su información de salud y el derecho del Plan a rechazar

Tiene derecho a solicitar al Plan que restrinja el uso y la divulgación de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, excepto para usos o divulgaciones requeridos por la ley. Tiene derecho a solicitar al Plan que restrinja el uso y la divulgación de su información de salud a familiares, amigos cercanos u otras personas que identifique como involucradas en su atención o en el pago de su atención. También tiene derecho a solicitar al Plan que restrinja el uso y la divulgación de información de salud para notificar a esas personas sobre su ubicación, condición general o muerte, o para coordinar esos esfuerzos con entidades que ayudan en los esfuerzos de ayuda por desastre. Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito.

El plan no tiene la obligación de aceptar su solicitud de restricción. Si el Plan está de acuerdo, su solicitud por escrito puede terminar un acuerdo entre usted y el Plan (incluido un acuerdo oral) o unilateralmente por parte del Plan para la información de salud creada o recibida después de que se le notifique que el Plan ha eliminado las restricciones. El Plan también puede divulgar información médica sobre usted si necesita tratamiento de emergencia, incluso si el Plan ha aceptado una restricción.

Una entidad cubierta por estas normas de HIPAA (como su proveedor de atención médica) o su socio comercial debe cumplir con su solicitud de que la información de salud relacionada con la sección o servicio de atención médica específica no se divulgue al Plan para fines de pago u operaciones de atención médica si ha pagado de su bolsillo y en su totalidad la sección o servicio.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su información de salud

Si cree que la divulgación de su información de salud por los medios habituales podría ponerlo en peligro de alguna manera, el Plan tendrá en cuenta solicitudes razonables para recibir comunicaciones de información de salud del Plan por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito y debe incluir una declaración de que la divulgación de toda o parte de la información podría ponerlo en peligro.

Derecho a revisar y copiar su información de salud

Con ciertas excepciones, tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de su información de salud en un "conjunto de registros designado". Esto puede incluir registros médicos y de facturación mantenidos por un proveedor de atención médica; inscripción, pago, adjudicación de reclamos y sistemas de registros de gestión médica o de casos mantenidos por un plan; o un grupo de registros que el Plan usa para tomar decisiones sobre individuos. Sin embargo, no tiene derecho a inspeccionar u obtener copias de notas de psicoterapia o información compilada para procedimientos civiles, penales o administrativos. El Plan puede negar su derecho de acceso, aunque en ciertas circunstancias, puede solicitar una revisión de la denegación.

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito. Dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud (60 días si la información de salud no sean accesible en el sitio), el Plan le proporcionará una de estas respuestas:

- El acceso o las copias que solicitó.
- Una denegación por escrito que explica por qué su solicitud fue denegada y cualquier derecho que pueda tener para que la denegación sea revisada o presente un reclamo.
- Una declaración por escrito de que el período de tiempo para revisar su solicitud se extenderá por no más de 30 días, junto con los motivos de la demora y la fecha en la que el Plan espera atender su solicitud.

También puede solicitar que se envíe su información de salud a otra entidad o persona, siempre que esa solicitud sea clara, precisa y específica. El Plan puede proporcionarle un resumen o una explicación de la información en lugar de acceder o copiar su información de salud, si acepta y paga las tarifas correspondientes con anticipo. El Plan también puede cobrar tarifas razonables por copias o franqueo. Si el Plan no mantiene la información de salud pero sabe dónde se mantiene, se le informará a dónde dirigir su solicitud.

Si el Plan mantiene sus registros en formato electrónico, puede solicitar una copia electrónica de su información de salud en una forma y formato fácilmente producibles por el Plan. También puede solicitar que dicha información de salud electrónica se envíe a otra entidad o persona, siempre que esa solicitud sea clara, precisa y específica. Cualquier cargo que se le imponga por estas copias debe ser razonable y estar basado en el costo del Plan.

Derecho para modificar su información de salud que sea errónea o esté incompleta

Con ciertas excepciones, tiene derecho a solicitar que el Plan modifique su información de salud en un conjunto de registros designado. El Plan puede denegar su solicitud por varias razones. Por ejemplo, su solicitud puede ser denegada si la información de salud es precisa y completa, no fue creada por el Plan (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible), no sea parte del conjunto de registros designado o no está disponible para inspección (por ejemplo, notas de psicoterapia o información compilada para procedimientos civiles, penales o administrativos).

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito y debe incluir una declaración para respaldar la enmienda solicitada. Dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud, el Plan tomará una de estas acciones:

- ▶ Hacer la enmienda según lo solicitado.
- ▶ Proporcionar una denegación por escrito que explique por qué su solicitud fue denegada y cualquier derecho que tenga para no estar de acuerdo o presentar un reclamo.
- ▶ Proporcionar una declaración por escrito de que el período de tiempo para revisar su solicitud se extenderá por no más de 30 días, junto con los motivos de la demora y la fecha en la que el Plan espera atender su solicitud.

Derecho a recibir un informe de divulgaciones de su información de salud

Tiene derecho a una lista de ciertas divulgaciones de su información de salud que ha realizado el Plan. Esto a menudo se conoce como un "informe de divulgaciones". Generalmente, puede recibir este informe si la divulgación es requerida por ley, relacionada con actividades de salud pública, o en situaciones similares enumeradas en la tabla anterior en este aviso, a menos que se indique lo contrario a continuación.

Puede recibir información sobre divulgaciones de su información de salud hasta seis años anteriores a la fecha de su solicitud. No tiene derecho a recibir un informe de ninguna divulgación realizada en cualquiera de estas circunstancias:

- ▶ Para tratamiento, pago u operaciones de atención de salud.
- ▶ A usted sobre su propia información de salud.
- ▶ Relacionada a otras divulgaciones permitidas o requeridas.
- ▶ Donde se proporcionó la autorización.
- ▶ A miembros de la familia o amigos involucrados en su atención (donde se permite la divulgación sin autorización).
- ▶ Para fines de seguridad nacional o inteligencia o a instituciones penitenciarias o a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en ciertas circunstancias.
- ▶ Como parte de un "conjunto de datos limitado" (información de salud que excluye cierta información de identificación).

Además, su derecho a un informe de las divulgaciones a una agencia de supervisión de la salud o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley puede suspenderse a solicitud de la agencia u oficial.

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito. Dentro de los 60 días posteriores a la solicitud, el Plan le proporcionará la lista de divulgaciones o una declaración por escrito de que el período de tiempo para proporcionar esta lista se extenderá por no más de 30 días, junto con los motivos de la demora y la fecha en la cual el Plan espera atender su solicitud. Puede realizar una solicitud en cualquier período de 12 meses sin costo para usted, pero el Plan puede cobrar una tarifa por solicitudes posteriores. Se le notificará la tarifa por adelantado y tendrá la oportunidad de cambiar o revocar su solicitud.

Derecho a obtener una copia impresa de este aviso del Plan, si así lo solicita

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de privacidad si lo solicita. Incluso las personas que aceptaron recibir este aviso electrónicamente pueden solicitar una copia impresa en cualquier momento.

Cambios en la información de este aviso

El Plan debe cumplir con los términos del aviso de privacidad actualmente vigente. Este aviso entra en vigencia el 1 de enero de 2026. Sin embargo, el Plan se reserva el derecho de cambiar los términos de sus políticas de privacidad como se describe en este aviso, en cualquier momento y para hacer nuevas disposiciones efectivas para toda la información de salud que el Plan mantiene. Esto incluye información de salud que fue creada o recibida previamente, no solo información de salud creada o recibida después de que se cambia la política. Si se realizan cambios en las políticas de privacidad del Plan descritas en este aviso, recibirá un aviso de privacidad revisado por correo electrónico.

Reclamos

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad o que su Plan no ha cumplido con sus obligaciones legales bajo HIPAA, puede presentar un reclamo ante el Plan y ante la Secretaría de salud y servicios humanos. No se tomarán represalias contra usted por presentar un reclamo. Para presentar un reclamo, comuníquese con Recursos Humanos al 216-706-6719.

Más información

Para obtener más información sobre las políticas de privacidad del Plan o sus derechos bajo HIPAA, comuníquese con Recursos Humanos al 216-706-6719.

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Si a usted se le ha practicado o se le va a practicar una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico y el paciente para lo siguiente:

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

Estos beneficios se proveerán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Si desea obtener información sobre los deducibles y coseguros aplicables al plan en el que se inscribe, consulte la descripción resumida del plan. Si le gustaría recibir más información acerca de los beneficios de la ley WHCRA, comuníquese con Recursos Humanos al 216-706-6719.

Privacidad y seguridad según la HIPAA

La Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996 establece cómo un empleador puede exigir la elegibilidad y la inscripción en beneficios de atención de salud, así como también garantizar que la información de salud protegida que lo identifica a usted se mantenga de manera confidencial.

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información de salud protegida que el plan mantiene para la inscripción, los pagos, los reclamos y el manejo de casos. Si cree que la información de salud protegida sobre usted es incorrecta o esta incompleta, puede pedir al administrador de beneficios que la corrija. Si desea obtener una copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe como la información de salud protegida sobre usted puede usarse y revelarse y como usted puede acceder a la información, comuníquese con Recursos Humanos al 216-706-6719.

Derechos de inscripción especial según la HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluso su cónyuge) debido a que cuenta con la cobertura de otro seguro de salud o plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes más adelante en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a su otra cobertura o a la de sus dependientes).

La pérdida de elegibilidad incluye, entre otras situaciones, las siguientes:

- » Pérdida de elegibilidad para la cobertura como resultado del incumplimiento de los requisitos de elegibilidad del plan (es decir, separación legal, divorcio, cesación de la condición de dependiente, muerte de un empleado, terminación del empleo, reducción de horas de empleo).
- » Pérdida de cobertura del plan HMO debido a que la persona ya no reside o no trabaja en el área de servicios del plan HMO y no hay disponible ninguna otra opción de cobertura a través del patrocinador del plan HMO.
- » Eliminación de la opción de cobertura en la cual se inscribió una persona e inexistencia de oferta de alternativas.
- » El hecho de no regresar de una licencia por FMLA; y
- » Pérdida de cobertura de Medicaid o del Programa de seguro de salud infantil (CHIP).

Salvo que el hecho que da lugar a su derecho de inscripción especial sea una pérdida de cobertura según Medicaid o el CHIP, debe solicitar la inscripción en el plazo de los 30 días posteriores a la fecha en la que finaliza su otra cobertura o la de sus dependientes (o en la que el empleador que patrocina esa cobertura deja de aportar a ella).

Si su derecho de inscripción especial surge como consecuencia de la pérdida de cobertura de Medicaid o el CHIP, puede solicitar la inscripción en este plan en el plazo de los 60 días a partir de la fecha en la que usted o sus dependientes pierdan dicha cobertura o el CHIP. De manera similar, si usted o sus dependientes pasan a ser elegibles para una prestación de prima para este plan otorgado por el estado, puede solicitar la inscripción en este plan en el plazo de los 60 días posteriores a la fecha en la que Medicaid o el CHIP determinen que usted o sus dependientes reúnen los requisitos para la prestación.

Además, si usted tiene un dependiente nuevo como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación en adopción, puede inscribirse e inscribir a sus dependientes. No obstante, debe solicitar la inscripción en el plazo de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Recursos Humanos al 216-706-6719.

Aviso Importante de TransDigm Group, Inc Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con TransDigm Group, Inc y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un **Plan de Medicamentos Recetados de Medicare** o en un **Plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
2. **TransDigm Group, Inc** ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por los planes médicos **Anthem Choice Fund Open Access Plus, Anthem Open Access Plus OAP3, Anthem Open Access Plus OAP2, Anthem PPO con deducible de \$400, Anthem PPO con deducible de \$900, Anthem HDHP con deducible de \$1,850, Anthem HDHP con deducible de \$3,400, Anthem HDHP con deducible de \$4,500, Kaiser HMO Plan, Kaiser HDHP con deducible de \$3,400 y Kaiser HDHP con deducible de \$4,500**, 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 **Cobertura Acreditable**. Debido a que su cobertura actual es **Cobertura Acreditable**, usted puede mantener esta cobertura y no tendrá que pagar una prima más alta (una penalización) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para subscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que su cobertura actual de TransDigm Group, Inc no se vea afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por el plan, este pagará primero los beneficios de medicamentos con receta y, luego, Medicare determinará sus pagos. Si desea obtener más información sobre cuál es el programa que paga en primer lugar y cuál el que paga en segundo lugar, consulte la descripción resumida del Plan o comuníquese con Medicare llamando al número de teléfono o ingresando en el sitio de Internet que figura en este documento.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y dejar su cobertura actual, tenga en cuenta que usted y sus dependientes pueden recuperar esta cobertura.

¿Cuándo usted pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con TransDigm Group, Inc y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médica

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

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...

Llame a nuestra oficina para más información o llame Recursos Humanos al 216.706.6719.

NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con TransDigm Group, Inc cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...

Revise el manual “Medicare y Usted” para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite www.medicare.gov por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

Fecha:	10 de octubre de 2025
Nombre de la Entidad/Remitente:	TransDigm Group, Inc.
Contacto--Puesto/Oficina:	TransDigm— Recursos Humanos
Dirección:	1350 Euclid Ave., Suite 1600, Cleveland, OH 44115
Número de Teléfono:	216.706.6719

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2	Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ https://www.in.gov/fssa/dfir Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki) Sítio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sítio web de Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sítio web de HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562	KANSAS – Medicaid Sítio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY - Medicaid Sítio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sítio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sítio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	LOUISIANA – Medicaid Sítio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/la hipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid Sítio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP Sítio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid Sítio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	MISSOURI – Medicaid Sítio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid Sítio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HHSHIPPPProgram@mt.gov	NEBRASKA – Medicaid Sítio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid Sítio web de Medicaid: http://dhcfrp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid Sítio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP Sítio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392 Sítio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)	NUEVA YORK – Medicaid Sítio web: https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid Sítio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid Sítio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP Sítio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742	OREGON – Medicaid y CHIP Sítio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA – Medicaid y CHIP Sítio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sítio web de CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP Sítio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIIta Share Line)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid Sítio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	DAKOTA DEL SUR – Medicaid Sítio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid Sítio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	UTAH– Medicaid y CHIP Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sítio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Por correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sítio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sítio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sítio web de CHIP: https://chip.utah.gov/espanol/
VERMONT – Medicaid Sítio web: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427	VIRGINIA – Medicaid y CHIP Sítio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid Sítio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP Sítio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP Sítio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	WYOMING – Medicaid Sítio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: 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. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.



TRANSDIGM
GROUP INC.