



# Resumen de beneficios Sur de California

1 de Enero de 2026-31 de Diciembre de 2026



Este documento es un resumen de la cobertura propuesta por la(s) aseguradora(s), basado en la información proporcionada por su compañía. No incluye todos los términos, coberturas, exclusiones, limitaciones y condiciones del lenguaje del contrato real. Para conocer esos detalles se deben leer las pólizas y los contratos. Los formularios de las pólizas para su referencia se pondrán a su disposición si los solicita.

La intención de este documento es proporcionarle información general sobre el estado de su entorno actual de beneficios para empleados y/o los posibles problemas relacionados con él. No aborda necesariamente por completo todos sus problemas específicos. No debe interpretarse como un asesoramiento jurídico, ni tiene la intención de hacerlo. Las preguntas relativas a cuestiones específicas deben ser abordadas por su asesor general o por un abogado que se especialice en esta área de práctica.



# Bienvenido a Workday: inscripción en beneficios

A continuación encontrará las instrucciones para iniciar sesión en Workday.

Workday es muy fácil de usar pero, a medida que navega, si tiene preguntas, comuníquese con su gerente.

Instrucciones de inicio de sesión de Workday:

- Dirección web: [https://wd5.myworkday.com/osv\\_freemason](https://wd5.myworkday.com/osv_freemason)
- Guarde esta dirección web como favorita en su página de inicio para facilitar el acceso
- Accesible desde su computadora portátil personal, iPad, iPhone o Android

Por su seguridad, le recomendamos que cierre su navegador después de cada sesión.

Let's Focus on You

It's Friday, October 7, 2022

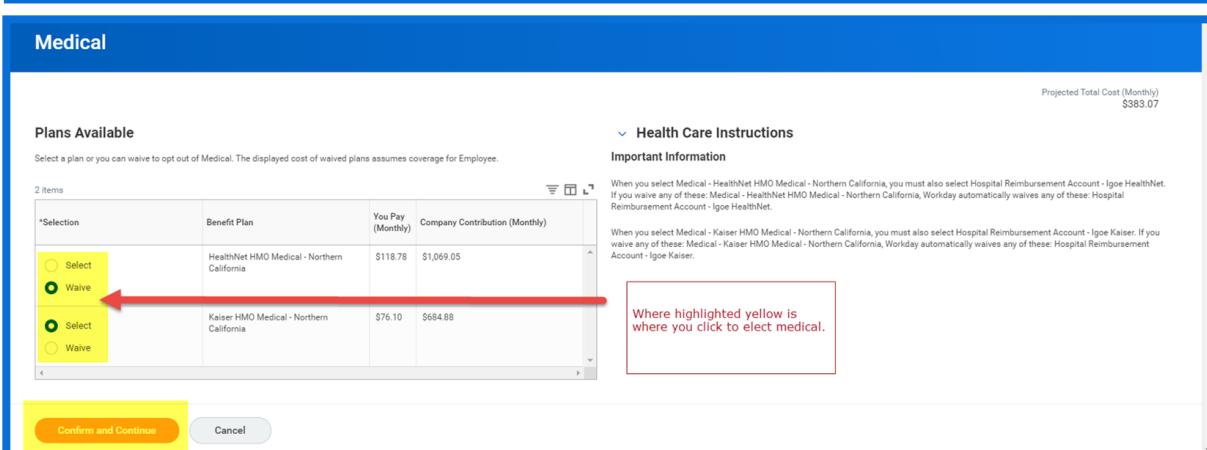
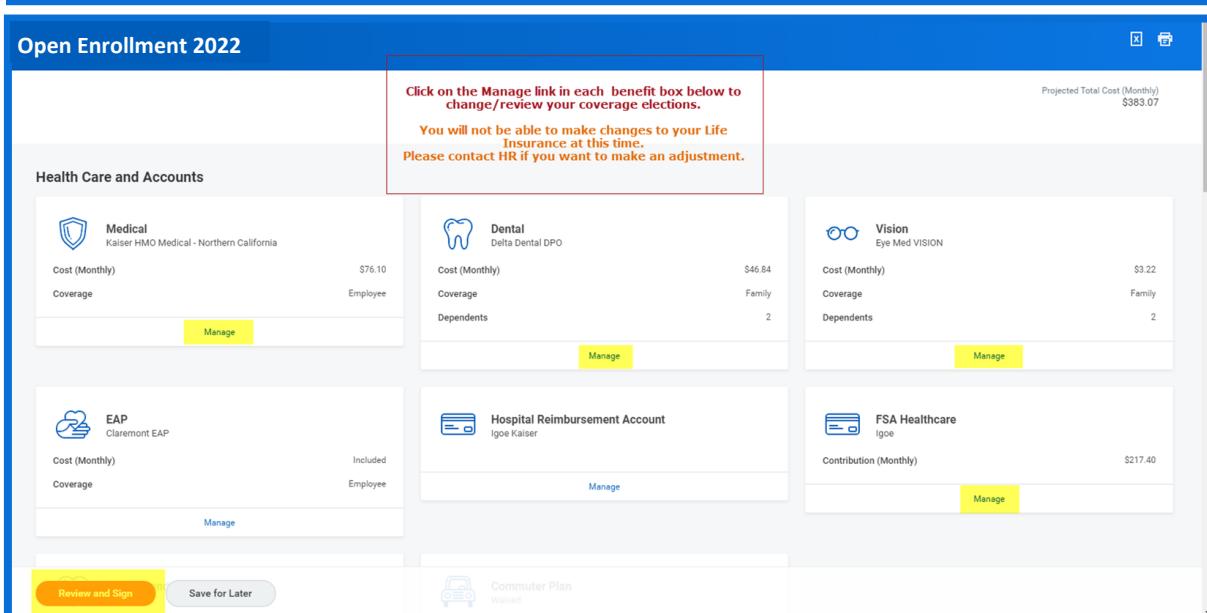
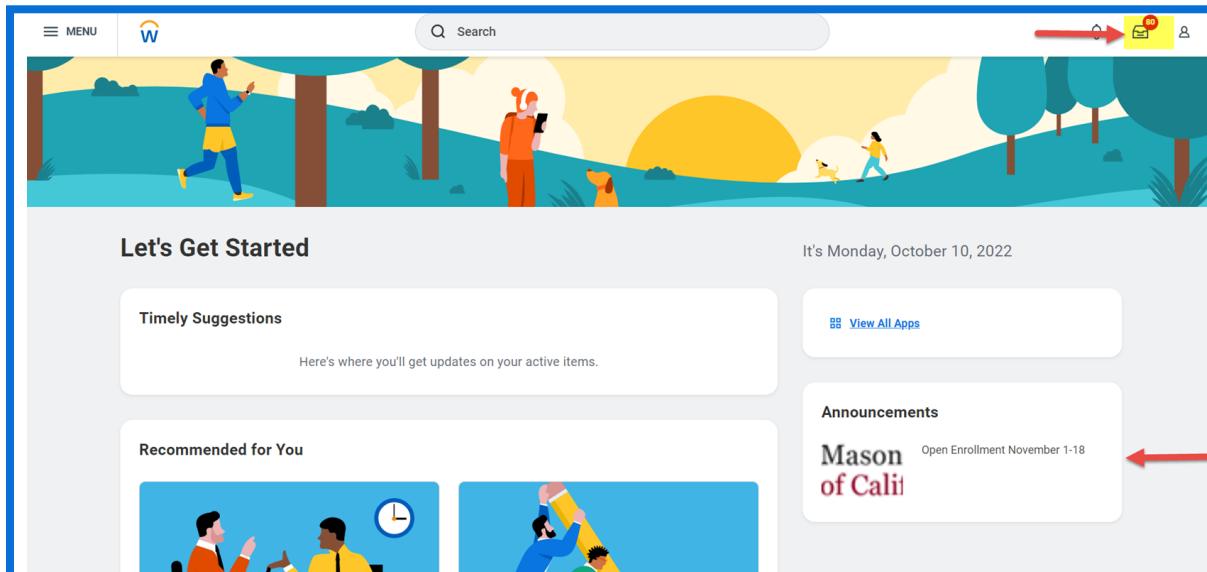
Timely Suggestions

Here's where you'll get updates on your active items.

[View All Apps](#)

# Inscripción de beneficios

Para los empleados elegibles para los beneficios, use Workday para inscribirse en sus beneficios. Siga estos pasos para ingresar a los beneficios. Inicie sesión en Workday y haga clic en la esquina superior derecha de su bandeja de entrada de Workday.



# Inscripción de beneficios

**Medical - Kaiser HMO Medical - Northern California**

**Dependents**

After Clicking the Save or Confirm and Continue, you will receive this dialog box

Your Medical changes have been updated, but not submitted  
Next steps: Update another plan, or click Review and Sign once you're ready to submit your changes.

Projected Total Cost (Monthly)  
\$383.07

Health Care Instructions

Provider Website <https://kp.org>

Coverage \* Employee ...

Plan cost (Monthly)

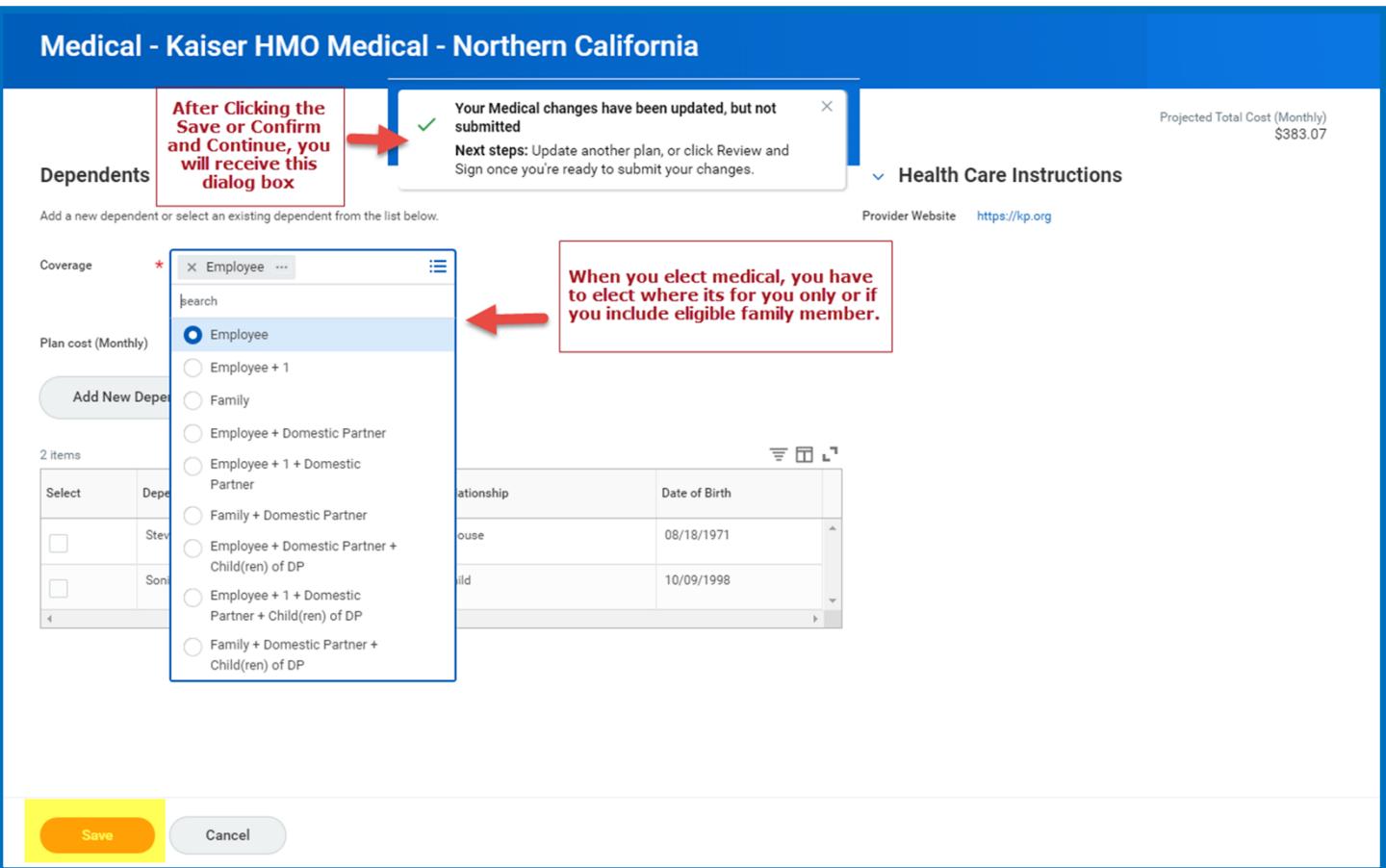
Add New Dependent

2 items

| Select                   | Dependent |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Steve     |
| <input type="checkbox"/> | Sonja     |

When you elect medical, you have to elect where its for you only or if you include eligible family member.

Save Cancel



**Dental**

Plans Available

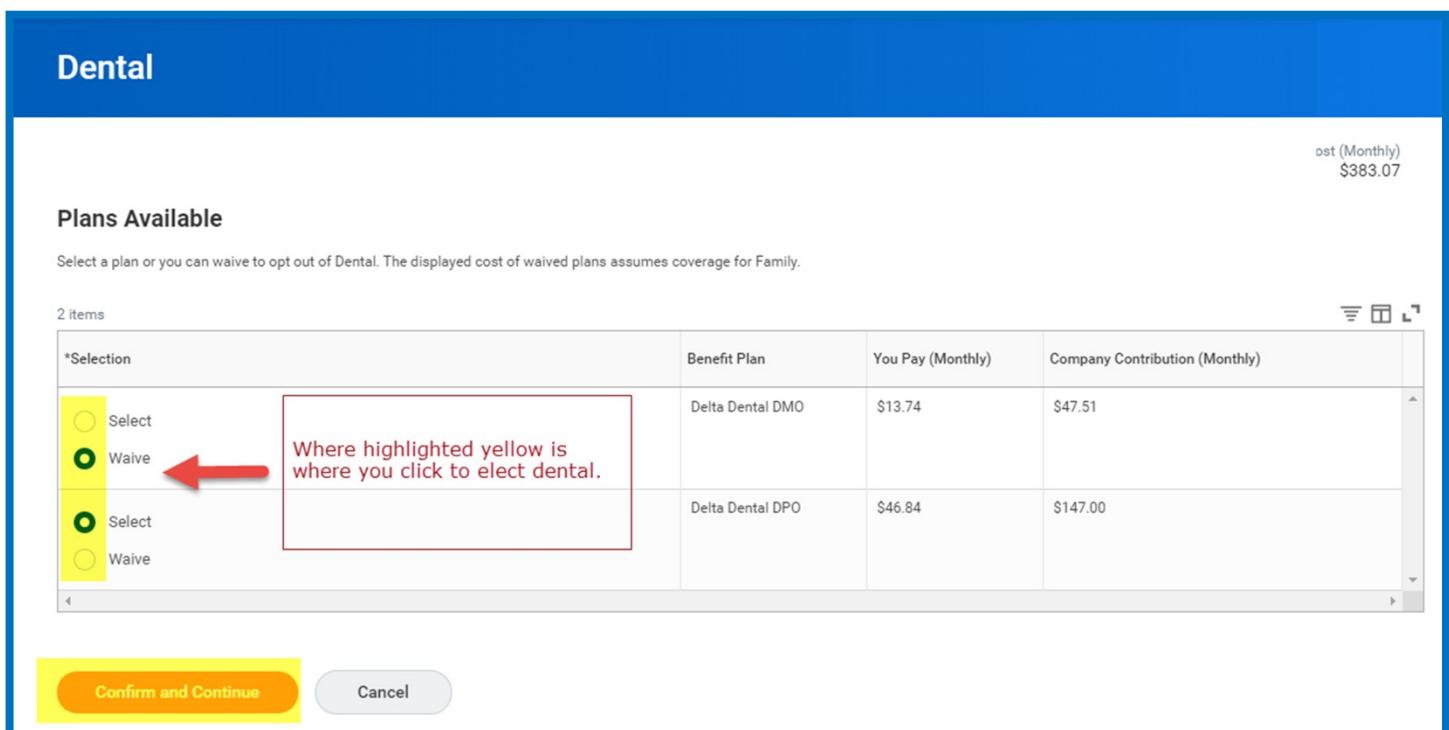
Select a plan or you can waive to opt out of Dental. The displayed cost of waived plans assumes coverage for Family.

2 items

| *Selection   | Benefit Plan     | You Pay (Monthly) | Company Contribution (Monthly) |
|--|------------------|-------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Select<br><input checked="" type="radio"/> Waive | Delta Dental DMO | \$13.74           | \$47.51                        |
| <input type="radio"/> Select<br><input checked="" type="radio"/> Waive | Delta Dental DPO | \$46.84           | \$147.00                       |

Where highlighted yellow is where you click to elect dental.

Confirm and Continue Cancel



# Inscripción de beneficios

## Hospital Reimbursement Account

Projected Total Cost (Monthly)  
\$383.07

**Plans Available**

Select a plan or you can waive to opt out of Hospital Reimbursement Account.

**If you elect medical coverage you must elect the HRA plan.**

| *Selection                              | Benefit Plan   | Company Contribution (Monthly) |
|---|----------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> Select | Igoe HealthNet |                                |
| <input type="radio"/> Waive             |                |                                |
| <input checked="" type="radio"/> Select | Igoe Kaiser    | \$125.00                       |
| <input type="radio"/> Waive             |                |                                |

**Health Savings Account Instructions**

**Important Information**

When you select Medical - HealthNet HMO Medical - Northern California, you must also select Hospital Reimbursement Account - Igoe HealthNet. If you waive any of these: Medical - HealthNet HMO Medical - Northern California, Workday automatically waives any of these: Hospital Reimbursement Account - Igoe HealthNet.

When you select Medical - Kaiser HMO Medical - Northern California, you must also select Hospital Reimbursement Account - Igoe Kaiser. If you waive any of these: Medical - Kaiser HMO Medical - Northern California, Workday automatically waives any of these: Hospital Reimbursement Account - Igoe Kaiser.

**General Instructions**

If a Medical plan is elected, you must elect the appropriate Hospital Reimbursement Account (HRA) plan. Do not enter in a contribution amount. The HRA is an Employer funded benefit.

**Confirm and Continue** **Cancel**

## Hospital Reimbursement Account - Igoe Kaiser

Projected Total Cost (Monthly)  
\$383.07

**Contribute**

**Do NOT enter in an amount, this is paid by the company and is NOT an HSA plan**

Per Paycheck  

Contribution (Monthly) \$0.00

Annual Company Contribution \$1,437.50

Total Annual HSA Contribution \$1,437.50

Maximum Annual Amount: \$1,500.00

**Health Savings Account Instructions**

Provider Website [Igoe](#)

**General Instructions**

If a Medical plan is elected, you must elect the appropriate Hospital Reimbursement Account (HRA) plan. Do not enter in a contribution amount. The HRA is an Employer funded benefit.

**Save** **Cancel**

## FSA Healthcare

Projected Total Cost (Monthly)  
\$165.67

**Plans Available**

Select a plan or you can waive to opt out of FSA Healthcare.

**You must elect your FSA elections each year if you wish to participate.**

| *Selection                              | Benefit Plan | You Contribute (Monthly) |
|---|--------------|--------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> Select | Igoe         |                          |
| <input type="radio"/> Waive             |              |                          |

**Spending Account Instructions**

**General Instructions**

We have a new provider for our Flexible Spending and Hospital Reimbursement Accounts. Check out Reminder for 2020, please select Commuter Benefits in Workday.

**Confirm and Continue** **Cancel**

# Inscripción de beneficios

**FSA Healthcare - Igoe**

You must elect Medical FSA each year. Input either a per check contribution or annual and system will calculate

Contribute

Per Paycheck: **104.35** Annual: **2,400.00**

Projected Total Cost (Monthly) \$374.37

Contribution (Monthly) \$208.70  
Total Annual Contribution \$2,400.00  
Maximum Annual Amount: \$2,700.00

Spending Account Instructions

Provider Website: [Igoe](#)

General Instructions

We have a new provider for our Flexible Spending and Hospital Reimbursement Accounts. Check out Reminder for 2020, please select Commuter Benefits in Workday.

**Save** **Cancel**

**FSA Dependent Care - Igoe**

You must elect Dependent Care each year. Input either a per check contribution or annual and system will calculate

Contribute

Per Paycheck: **217.39** Annual: **5,000.00**

Projected Total Cost (Monthly) \$809.15

Contribution (Monthly) \$434.78  
Total Annual Contribution \$5,000.00  
Maximum Annual Amount: \$5,000.00

Spending Account Instructions

Provider Website: [Igoe](#)

General Instructions

We have a new provider for our Flexible Spending and Hospital Reimbursement Accounts. Check out Reminder for 2020, please select Commuter Benefits in Workday.

**Save** **Cancel**

**Additional Benefits**

 Legal Shield  
Waived

**Enroll**

Once you have finished reviewing/changing your elections click the Review and Sign button

**Review and Sign** **Save for Later**

# Inscripción de beneficios

**View Summary**

Projected Total Cost (Monthly)  
\$809.15

Selected Benefits 20 items

| Plan  | Coverage Begin Date | Deduction Begin Date | Coverage          | Dependents    | Beneficiaries  | Cost           |
|---|---------------------|----------------------|-------------------|---------------|----------------|----------------|
| Medical<br>Kaiser HMO Medical - Northern California | 01/01/2017          | 01/01/2017           | Employee          |               |                |                |
| Dental<br>Delta Dental DPO                          | 02/01/2019          | 02/01/2019           | Family            |               |                |                |
| Vision<br>Eye Med VISION                            | 02/01/2019          | 02/01/2019           | Family            |               |                |                |
| EAP<br>Claremont EAP                                | 01/01/2016          | 01/01/2016           | Employee          |               |                |                |
| Hospital Reimbursement Account<br>Igoe Kaiser       | 01/01/2017          | 01/01/2017           | \$0.00 Annual     |               |                |                |
| FSA Healthcare<br>Igoe                              | 01/01/2020          | 01/01/2020           | \$2,400.00 Annual |               |                |                |
| FSA Dependent Care<br>Igoe                          | 01/01/2020          | 01/01/2020           | \$5,000.00 Annual |               |                |                |
| Basic AD&D<br>Standard (Employee)                   | 01/01/2016          | 01/01/2016           | 1 X Salary        |               |                |                |
| Basic Life<br>Standard (Employee)                   | 01/01/2016          | 01/01/2016           | 1 X Salary        |               |                |                |
| PEP   | 01/01/2016          | 01/01/2016           | \$100,000         |               |                |                |
|   |                     |                      |                   | Sonia Nichols | Steven Nichols | Taylor Nichols |
|   |                     |                      |                   |               |                | \$25.30        |

**Review your elections and scroll down to the I Accept button**

**Submit** **Save for Later** **Cancel**

**Electronic Signature**

By clicking the button below, you are agreeing to the following terms:

I consent to electronic processing of this application to include use of my electronic signature. I acknowledge that Electronic Signature means that I am the person identified on this application as the applicant, that I voluntarily accept all the terms and conditions as stated in this application, and that I agree to the electronic processing of this record. I acknowledge that my electronic signature will have the same legal effect as a signature on paper. I acknowledge that I have the right to print and keep this application on paper. I acknowledge that I have the right to withdraw my consent to the electronic signature on this application. I understand I must notify my benefit providers in writing of my withdrawal of consent and that such withdrawal will not affect actions already taken by my benefit providers. I acknowledge that my consent to the use of my electronic signature applies to this application only and not to any other transactions with my benefit providers. I hereby apply for coverage on the basis of the statements and answers to the questions herein.

I hereby declare all answers to be true to the best of my knowledge and to accurately represent the health of those persons applying for coverage and waiving coverage. I understand that these statements, answers and subsequent information I provide are the basis for my coverage. By clicking the (image) button at the end of this process I am authorizing any payroll deduction that may be required for benefits I currently have or choose to elect going forward for Plan Year 2020. I understand my elections are effective through January 1, 2021, and that no changes can be made during the Plan Year, unless I experience a Qualifying Event as defined by the IRS.

For employees selecting the Kaiser Permanente health care plan

**Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Arbitration Agreement\***

I understand that (except for Small Claims Court cases, claims subject to a Medicare appeals procedure or the ERISA claims procedure regulation, and any other claims that cannot be subject to binding arbitration under governing law) any dispute between myself, my heirs, relatives, or other associated parties on the one hand and Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), any contracted health care providers, administrators, or other associated parties on the other hand, for alleged violation of any duty arising out of or related to membership in KFHP, including any claim for medical or hospital malpractice (a claim that medical services were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently, or incompetently rendered), for premises liability, or relating to the coverage for, or delivery of, services or items, irrespective of legal theory, must be decided by binding arbitration under California law and not by lawsuit or resort to court process, except as applicable law provides for judicial review of arbitration proceedings. I agree to give up our right to a jury trial and accept the use of binding arbitration. I understand that the full arbitration provision is contained in the Evidence of Coverage.

By clicking the Accept/Enroll Now button below, I understand that this action will serve as my electronic signature of agreement to the conditions provided in the Kaiser Foundation Health Plan & Kaiser Permanente Insurance Company Arbitration Agreement (above) and that by law this electronic signature will have the same effect as a signature on a paper form.

Note: If you do not wish to accept the arbitration agreement above you must click on the Go Back button below to go back to the plan selection screen and make a new Health Plan selection.

**You must click the I Accept button before you can Submit**

**I Accept**

**Submit** **Save for Later** **Cancel**



# Resumen de beneficios

**Masons of California** se enorgullece de ofrecer un paquete integral de beneficios a los empleados elegibles de tiempo completo. El paquete completo de beneficios se resume de manera concisa en este folleto. Los folletos del plan, que proporcionan información adicional detallada sobre cada uno de estos programas, están a su disposición si los necesita.

Usted comparte los costos de algunos beneficios (médicos, dentales y oftalmológicos), y Masons of California le proporciona otros beneficios sin costo para usted (vida, muerte accidental y desmembramiento, incapacidad a largo plazo y Programa de asistencia al empleado [EAP]). Además, existen beneficios voluntarios que puede adquirir con tarifas de grupo razonables a través de las deducciones de nómina de Masons of California.

## Planes de beneficios ofrecidos

- **Médico**
  - Kaiser Permanente HMO
  - Kaiser Permanente HDHP HSA
  - HMO Elect Open Access de Health Net
- **Dental**
  - DHMO
  - DPPO
- **Oftalmología**
- **Atención quiropráctica (incluida con atención médica)**
- **Seguro de vida**
- **Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)**
- **Incapacidad a largo plazo**
- **Beneficios voluntarios**
  - Seguro de vida: empleado, cónyuge e hijos
  - Seguro por muerte accidental y desmembramiento
  - Incapacidad a corto plazo
  - Atención de accidentes
  - Seguro contra el cáncer
  - Enfermedad crítica
- **Programa de asistencia al empleado**
- **Cuentas de gastos flexibles**
- **401(k)**
- **Cuenta de reembolso hospitalario (HRA)**
- **Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)**

## Elegibilidad

Todos los empleados de tiempo completo y sus dependientes son elegibles para los beneficios de Masons of California el primer día del mes siguiente a los 30 días de empleo.

# Beneficios médicos

Una cobertura médica integral y preventiva es importante para protegerlo a usted y a su familia de los riesgos financieros que implican enfermedades y lesiones inesperadas. Un poco de prevención suele ser muy efectivo, especialmente en el ámbito de la salud. Los exámenes de rutina y la atención preventiva regular ofrecen una revisión económica de su salud. Los pequeños problemas pueden convertirse en gastos importantes. Al identificarlos a tiempo, a menudo se pueden tratar a bajo costo.

Masons of California le ofrece una variedad de opciones de atención médica que se adaptan a sus necesidades. Puede elegir entre el plan Elect Open Access HMO a través de HealthNet, el plan HMO a través de Kaiser o el nuevo Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) de Kaiser con una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA). Con HealthNet, debe seleccionar un grupo médico y un Médico de Atención Primaria (PCP), y toda la atención debe ser brindada o coordinada por su PCP o grupo médico. Con Kaiser, los servicios deben ser brindados por un médico de Kaiser en un centro de Kaiser (excepto en situaciones de emergencia).

|  | HMO Elect Open Access de HealthNet   | HMO de Kaiser                                  | HDHP HSA de Kaiser  |
|--|--|--|---|
| <b>Beneficio máximo de por vida</b>  | Ilimitado  | Ilimitado                                      | Ilimitado   |
| <b>Deducible anual</b>   | Ninguno  | Ninguno  | Individual: \$1,700<br>Individual en Familia: \$3,400<br>Familiar: \$3,400  |
| <b>Deducible hospitalario</b>  | Individual: \$500**<br>Familia: \$1,000**<br>hasta el desembolso máximo              | Ninguno  | *El reembolso de la HRA no aplica al plan HSA. Masons aporta \$600 por empleado y \$1,000 por familia anualmente. |
| <b>Deducible de instalaciones</b>  | Individual: \$500**<br>Familia: \$1,000**<br>hasta el desembolso máximo              | Ninguno  | Individual: \$3,400<br>Individual en Familia: \$3,400<br>Familiar: \$6,800  |
| <b>Desembolso máximo anual</b>   | por persona: \$3,500<br>por dos miembros de la familia: \$3,500<br>familia: \$10,500 | \$1,500 (por persona)<br>\$3,000 (por familia) | Individual: \$3,400<br>Individual en Familia: \$3,400<br>Familiar: \$6,800  |
| <b>SEGUNDA OPINIÓN DE HEALTHNET PPO*</b>   |  |  |   |
| <b>Desembolso máximo anual</b>   | Por persona: \$5,500*<br>por miembro de la familia: \$5,500*<br>familia: \$11,000*   | N/A  | N/A   |
| <b>CONSULTORIO MÉDICO</b>  | <b>Tu pagas</b>  | <b>Tu pagas</b>                                | <b>Tu pagas</b>   |
| Visitas al consultorio   | \$20   | \$20   | \$20 después del deducible  |
| Visitas al consultorio de especialistas/<br>Atención de urgencia   | \$40/\$20  | \$20   | \$20 después del deducible  |
| <b>Cuidado de bienestar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• exámenes de rutina</li><li>• Radiografías</li><li>• Pruebas</li><li>• Inmunizaciones</li><li>• mamografías</li></ul> | \$0  | \$0  | \$0<br>No aplica deducible  |
| <b>Laboratorio y Rayos X</b>   | \$10/\$20*   | \$0  | \$10 después del deducible  |
| <b>Laboratorio complejo y rayos X</b>  | 10%**  | \$0  | \$150 después del deducible   |
| <b>Niño sano</b>   | \$0  | \$0  | \$0 No aplica deducible   |
| <b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b>  | <b>Tu pagas</b>  | <b>Tu pagas</b>                                | <b>Tu pagas</b>   |
| Medicamento genérico al por menor<br>Suministro de 30 días   | \$10   | \$10   | \$10 después del deducible  |
| Medicamento del formulario al por menor<br>Suministro de 30 días   | \$30   | \$25   | \$30 después del deducible  |
| Medicamento no incluido en el formulario al por menor<br>Suministro de 30 días   | \$55   | N/A  | N/A   |
| Medicamento de especialidad<br>suministro para 30 días   | 30% (\$250 máximo)   | \$25   | 20% después del deducible<br>(\$250 máximo)   |
| Medicamento genérico de venta por correo<br>Suministro de 90 días  | \$20   | \$20 (100-day supply)                          | \$20<br>(suministro para 100 días)  |
| Medicamento del formulario de venta por correo<br>Suministro de 90 días  | \$75   | \$50 (100-day supply)                          | \$20<br>(suministro para 100 días)  |
| Medicamento no incluido en el formulario de venta<br>por correo Suministro de 90 días  | \$137.50   | N/A  | N/A   |

# Beneficios médicos

|  | HMO Elect Open Access<br>de HealthNet  | HMO de Kaiser  | HDHP HSA de Kaiser   |
|--|--|--|--|
| SERVICIOS HOSPITALARIOS  | Tu pagas   | Tu pagas   | Tu pagas   |
| <b>Sala de emergencias</b><br>(exento si es admitido)                | \$150 por visita, después del deducible de la instalación  | \$100 por visita   | \$200 por visita después del deducible   |
| <b>Paciente hospitalizado</b>  | 10% coseguro después del deducible del hospital**  | \$500 por admisión**   | \$200 por admisión después del deducible   |
| <b>Cirugía ambulatoria</b>   | 10% coseguro después del deducible de la instalación<br>5% coseguro del centro de cirugía ambulatoria después del deducible del centro | \$20 por procedimiento   | \$150 por procedimiento después del deducible  |
| <b>Servicio de ambulancia</b>  | \$150 por viaje  | \$100 por viaje  | \$100 por viaje después del deducible  |
| SERVICIOS DE SALUD MENTAL  | Tu pagas   | Tu pagas   | Tu pagas   |
| <b>Servicio de hospitalización</b>                                   | 10% coseguro después del deducible del hospital**  | \$500 por admisión**   | \$200 por admisión después del deducible   |
| <b>Servicio ambulatorio</b>  | \$20   | \$20 sesiones individuales<br>\$5 sesiones grupales                            | \$20 sesiones individuales después del deducible<br>\$10 sesiones grupales después del deducible |
| SERVICIOS DE ABUSO DE SUSTANCIAS                                     | Tu pagas   | Tu pagas   | Tu pagas   |
| <b>Servicio de desintoxicación para pacientes hospitalizados</b>     | 10% coseguro después del deducible del hospital**  | \$500 por admisión**   | \$200 por admisión después del deducible   |
| <b>Servicio ambulatorio</b>  | \$20 sesiones individuales<br>\$10 sesiones grupales   | \$20 sesiones individuales<br>\$5 sesiones grupales                            | \$20 sesiones individuales después del deducible<br>\$5 sesiones grupales después del deducible  |
| OTROS SERVICIOS  | Tu pagas   | Tu pagas   | Tu pagas   |
| <b>Visitas al consultorio prenatal</b>                               | \$20   | \$0  | \$0<br>No aplica deducible   |
| <b>Todos los demás servicios médicos/hospitalarios de maternidad</b> | 10% coseguro después del deducible del hospital**  | \$500 por admisión**   | \$200 por admisión después del deducible   |
| <b>Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla</b>    | \$20   | \$20   | \$20 después del deducible   |
| <b>Quiropráctica/acupuntura</b>                                      | Copago de \$10; 30 visitas por año calendario  | Chiro:Copago de \$15; 30 visitas por año calendario<br>Acu: Proveedor referido | Chiro: \$15 después del deducible; 30 visitas por año calendario<br>Acu: Proveedor referido      |

\*Se aplica cuando se utilizan los servicios específicos de la red PPO de segunda opinión. Consulte Recursos Humanos para obtener más detalles.

\*\*Reembolsado hasta el máximo de desembolso personal por la empresa a través del administrador externo (Igoe).

## Beneficios dentales

Un buen cuidado bucal mejora la salud física, la apariencia y el bienestar mental en general. Los problemas con los dientes y las encías son problemas de salud comunes y fáciles de tratar. Mantenga sus dientes sanos y su sonrisa brillante con el plan de beneficios dentales de Masons of California. Puede elegir la opción Delta Dental PPO o Delta Care DHMO. La opción Dental PPO le da la libertad de elegir proveedores dentro de la red junto con la posibilidad de necesidades de beneficios fuera de la red. Estas opciones se pagan a un porcentaje (consulte a continuación).

La opción DeltaCare USA (DHMO) es un plan de pago por servicio. Cada procedimiento realizado tiene una tarifa específica adjunta (consulte a continuación; los servicios completos se encuentran en su resumen de beneficios). Con este beneficio, debe elegir un proveedor para que se paguen los servicios. Si se necesita un trabajo adicional, debe ser remitido a un proveedor dentro de la red.



|   | DPPO<br>dentro y fuera de la red                      | Delta Dental<br>Delta Care USA (DHMO)             |
|---|---|---|
| <b>Deducible anual</b>  | \$50 per persona<br>\$150 por familia                 | \$0   |
| <b>Beneficio máximo anual</b>   | \$1,500 dentro de la red<br>\$1,000 fuera de la red   | Sin máximo<br>(excepto por lesiones accidentales) |
| <b>Servicios dentales preventivos</b><br>(limpiezas, exámenes, radiografías)  | 100%  | 100 % para la mayoría de los servicios            |
| <b>Servicios dentales básicos</b><br>(empastes, endodoncia, cirugía oral)   | 90% dentro de la red<br>80% fuera de la red           | Ver lista de tarifas                              |
| <b>Servicios dentales mayores</b> (extracciones, coronas, incrustaciones, recubrimientos, puentes, dentaduras postizas, reparaciones) | 60% dentro de la red<br>50% fuera de la red           | Ver lista de tarifas                              |
| <b>Servicios de ortodoncia</b><br>(hijos dependientes menores de 19 años)   | 50%; hasta un beneficio máximo de por vida de \$2,500 | Ver lista de tarifas                              |

**Cree su cuenta y conozca su plan, vea su tarjeta de identificación y busque un dentista.**

**Visitar [deltadentalins.com](http://deltadentalins.com),  
y comience hoy mismo!**



## Beneficios oftalmológicos

Los exámenes oculares periódicos no solo pueden determinar su necesidad de anteojos correctivos, sino que también pueden detectar problemas de salud generales en sus fases más tempranas. La protección de los ojos debería ser una preocupación importante para todos.

|  | <b>Dentro de la red</b><br>(cualquier proveedor de EyeMed)   | <b>Fuera de la red</b><br>(cualquier proveedor calificado fuera<br>la red de su elección) |
|--|--|---|
| <b>Examen ocular:</b> una vez cada 12 meses  | Copago de \$10   | Reembolso de hasta \$49   |
| <b>Lentes:</b> una vez cada 12 meses   |  |   |
| <b>Lentes monofocales</b>  | Copago de \$25   | Reembolso de hasta \$30   |
| <b>Lentes bifocales con línea divisoria</b>  | Copago de \$25   | Reembolso de hasta \$49   |
| <b>Lentes trifocales con línea divisoria</b>   | Copago de \$25   | Reembolso de hasta \$74   |
| <b>Monturas:</b> una vez cada 24 meses   | Copago de \$0 hasta una asignación<br>de \$100; 20%<br>descuento sobre la asignación de \$100                  | Reembolso de hasta \$70   |
| <b>Lentes de contacto:</b> una vez cada 12 meses<br>si elige lentes de contacto en lugar de len-<br>tes/monturas | Copago de \$0 hasta una asignación de<br>\$115, 15 % de descuento en el saldo sobre<br>una asignación de \$115 | Reembolso de hasta \$115; hasta \$300 si<br>son médicaamente necesarios                   |

## Buscar y oftalmólogo (Red de acceso)

llame: **866.723.0596** o  
visitar: **eyemed.com**

Download the EyeMed App:

**Google Play o App Store**

Para LASIK, llame:  
**1.800.988.4221**



## Programa de asistencia al empleado

EAP de Claremont: 6 sesiones presenciales (máximo de 6 sesiones por incidencia por período de 12 meses) disponibles para todos los empleados sin costo.

Asesoramiento disponible para, entre otros, drogas y alcohol, conflictos matrimoniales, gestión de deudas, intervención en crisis, asuntos legales y conflictos familiares.

## Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento

### Seguro de vida

El seguro de vida proporciona seguridad financiera a las personas que dependen de usted. Sus beneficiarios recibirán un pago de suma global si usted muere mientras trabaja para Masons of California. La compañía proporciona un seguro básico de vida y por AD&D de 1x ingresos anuales cada uno hasta un máximo de \$300,000 sin costo para usted.

### Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

El seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) le proporciona un pago a usted o a sus beneficiarios si pierde una extremidad o muere en un accidente. Masons of California proporciona cobertura por AD&D sin costo para usted.

### Seguro de incapacidad a largo plazo

Cumplir con sus gastos básicos de vida puede ser un verdadero desafío si queda incapacitado. Sus opciones pueden estar limitadas a los ahorros personales, a los ingresos del cónyuge y posiblemente al seguro social. El seguro de incapacidad proporciona protección para su activo más valioso: su capacidad para generar ingresos. Masons of California le proporciona cobertura de seguro por incapacidad a largo plazo (LTD) sin costo alguno.

La cobertura LTD proporciona ingresos cuando ha estado incapacitado durante 180 días o más. Su beneficio es el 40 % de sus ingresos mensuales, hasta \$4,000 al mes. Esta cantidad puede reducirse por otras fuentes deducibles de ingresos o por los ingresos por incapacidad. Los pagos de beneficios pueden continuar hasta los 70 años si tiene menos de 60 años en el momento de la incapacidad.



# Seguro voluntario de vida y por AD&D

*No todas las situaciones personales son iguales; las necesidades de su familia pueden ser diferentes a las de sus compañeros de trabajo. En reconocimiento de estas diferencias, Masons of California ofrece beneficios voluntarios que puede adquirir a tarifas grupales.*

Puede adquirir seguros de vida y por AD&D además de la cobertura proporcionada por la compañía.

**Empleado:** disponible en incrementos de \$5,000; hasta un monto máximo de \$500,000. No exceder 5 veces su salario anual

También puede contratar un seguro de vida para sus dependientes si adquiere una cobertura adicional para usted.

**Cónyuge:** disponible en incrementos de \$5,000; hasta un monto máximo de \$500,000 (la cobertura del cónyuge no puede exceder el 100% de la cobertura del empleado).

**Hijos dependientes: \$10,000 fijos.** Tiene cobertura garantizada (hasta \$100,000 y hasta \$30,000 para su cónyuge) sin responder preguntas médicas si se inscribe cuando es elegible por primera vez y tiene menos de 60 años. Cualquiera que desee inscribirse para estos beneficios voluntarios fuera de su período de elegibilidad inicial debe pasar por una evaluación médica. Consulte a RR. para obtener más detalles.

## Beneficios voluntarios



Todos los empleados que trabajen 20 horas o más a la semana son elegibles para seleccionar y adquirir cuatro beneficios voluntarios a través de Colonial. Estos beneficios son transferibles y se pueden llevar con usted si cambia de empleo. Los beneficios disponibles incluyen:

- Incapacidad a corto plazo
- Atención de accidentes
- Seguro contra el cáncer
- Enfermedad crítica



Para más información, comuníquese directamente con Colonial al 1.800.325.4368. También puede hacer clic o escanear el código QR para programar su sesión de Asesoría sobre Beneficios.

## Working Advantage

Usted es elegible para el programa de descuento Working Advantage proporcionado por nuestro corredor de seguros, Relation Insurance Services. El descuento exclusivo incluye:

### Entretenimiento

iAhorre hasta un 60 % en boletos de cine, parques temáticos, estaciones de esquí, hoteles, museos, zoológicos, atracciones, acuarios y más!

### Teatro y eventos

Encuentre excelentes asientos y superofertas en una gran selección de espectáculos de Broadway ganadores de premios Tony®, eventos familiares, conciertos y eventos deportivos en todo el país.

### Compras y regalos

Disfruta de descuentos exclusivos en ropa, electrónica, artículos para el hogar y más a través de los socios minoristas de Working Advantage. Además, encuentra certificados de regalo para todos en tu lista.

### Gane recompensas

Busque el símbolo Advantage Point y gane puntos para canjearlos por boletos de cine, tarjetas de regalo y más. ¡Regístrate hoy mismo para obtener su cuenta GRATIS!

- Vaya a [workingadvantage.com](http://workingadvantage.com)
- Seleccione el botón Register (Registrarse) en el medio de la página
- A continuación, se le pedirá que cree una cuenta. Utilice el código de compañía **981183646**.



# Plan flexible

## Tienes disponible un Plan de Beneficios Flexible a través de Igoe.

Las cuentas de gastos flexibles (FSA) le permiten pagar ciertos gastos elegibles con dinero antes de impuestos. Al usar estas cuentas, puede beneficiarse de dos maneras: puede reducir sus ingresos tributables y los impuestos que paga, y cuando tenga un gasto elegible, recibirá un reembolso libre de impuestos.

Participar en estas cuentas es opcional y puede contribuir a cualquiera o a todas las cuentas disponibles. El monto anual que elija contribuir se deduce de su salario cada período. Cuando incurra en gastos elegibles durante el año, los presentará para su reembolso desde la cuenta correspondiente.

Con una planificación cuidadosa, una FSA puede reducir significativamente sus impuestos y aumentar su salario neto. El IRS determina los gastos elegibles para el reembolso de las FSA. Para acceder a una lista de gastos elegibles y no elegibles para la FSA, visite el sitio web del IRS en [irs.gov](http://irs.gov). Puede contribuir hasta \$3,400 a esta cuenta.

**Nota importante sobre la elegibilidad para HSA y FSA:** Si elige el plan HSA de Kaiser, no podrá contribuir a una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para gastos médicos debido a las normas del IRS. Según las regulaciones del IRS, las personas inscritas en un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) que contribuyen a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) no pueden contribuir también a una FSA para gastos médicos. Esta restricción se aplica para evitar la superposición de beneficios fiscales para gastos de atención médica.

## Cómo las FSA pueden ahorrarle dinero

María gana \$1,000 al mes antes de impuestos. Al usar una FSA, María reserva \$1,200 antes de impuestos para el año y, como resultado, tendrá \$30 al mes en ingresos adicionales disponibles. Esto suma \$360 adicionales al año.

|   | Sin deducciones de la FSA | Con deducciones de la FSA   |
|---|---------------------------|-----------------------------|
| <b>Ingresos mensuales brutos de Mary</b>                    | \$1,000                   | \$1,000                     |
| <b>Contribuciones mensuales antes de impuestos a la FSA</b> | -\$0                      | -\$100                      |
| <b>Ingresos mensuales imponibles</b>                        | \$1,000                   | \$900                       |
| <b>Impuestos mensuales</b>                                  | -\$300                    | -\$270                      |
| <b>Ingresos mensuales después de impuestos</b>              | \$700                     | \$630                       |
| <b>Gastos después de impuestos</b>                          | -\$100                    | -\$0                        |
| <b>Ingresos netos mensuales para "gastar"</b>               | \$600                     | \$630                       |
| <b>Ahorros netos de Mary</b>                                | \$0                       | \$30 al mes<br>\$360 al año |

## Cuenta de Gastos para el Cuidado de Dependientes

La Cuenta de Gastos para el Cuidado de Dependientes está diseñada para personas que necesitan el cuidado de dependientes para poder trabajar. Puede participar si es soltero o casado. Sin embargo, si está casado, su cónyuge debe trabajar, ser estudiante de tiempo completo o no poder cuidar a sus dependientes debido a una discapacidad.

El cuidado de dependientes puede ser para sus hijos, cónyuge o padres. Los dependientes deben vivir con usted y figurar como dependientes en su declaración federal de impuestos sobre la renta. La contribución máxima anual a esta cuenta es de \$7,500 por hogar registrado en el IRS.

## Gastos de Estacionamiento y Transporte

Los Planes de Beneficios Complementarios de Estacionamiento y Transporte (sección 132) le permiten reservar fondos antes de impuestos para pagar los costos de estacionamiento y transporte relacionados con el trabajo. Puede contribuir hasta \$340 al mes para gastos de estacionamiento y/o hasta \$340 al mes para gastos de transporte público. Puede actualizar sus contribuciones mensualmente.

## Cuenta de Reembolso Hospitalario (HRA)

Ofrecemos una Cuenta de Reembolso Hospitalario (HRA) para quienes eligen beneficios médicos con Masons. Esta cuenta permite un reembolso anual de gastos de bolsillo por servicios hospitalarios y análisis de laboratorio y radiografías complejas únicamente.

Recibirá una tarjeta de débito HRA para pagar sus beneficios hospitalarios a través de Igoe. Si no utiliza la tarjeta de débito HRA al momento del servicio, aún puede presentar su reclamo con Igoe.

## Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)

Una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) es un plan de beneficios para empleados antes de impuestos que le permite reservar su salario antes de la deducción de impuestos. Estos fondos pueden utilizarse para pagar gastos médicos de bolsillo calificados, tanto para usted como para sus dependientes fiscales. Recibirá una tarjeta de débito HSA para pagar sus gastos médicos a través de Igoe.

### Beneficios clave de una HSA:

- Primas más bajas: Los planes que cumplen los requisitos para una HSA suelen ofrecer primas más bajas, lo que le permite ahorrar más en su HSA.
- Portabilidad: Su HSA permanece con usted incluso si cambia de empleador.
- Transferencia de fondos: A diferencia de las FSA, los fondos de la HSA se transfieren anualmente, lo que garantiza que nunca pierda las contribuciones no utilizadas.
- Crecimiento libre de impuestos: Las HSA ofrecen triple ventaja fiscal: contribuciones libres de impuestos, crecimiento libre de impuestos y retiros libres de impuestos para gastos elegibles.

**Contribuciones del empleador:** Masons se compromete a apoyar su salud y bienestar financiero aportando a su HSA:

- \$600 anuales para cobertura individual
- \$1,000 anuales para cobertura familiar

### Límites de contribución para 2026:

- Individual: \$4,400 (incluye contribuciones del empleador)
- Familiar: \$8,750 (incluye contribuciones del empleador)
- Contribución de recuperación (mayores de 55 años): \$1,000 adicionales

### Gastos fáciles:

Use su tarjeta de débito Igoe para pagar directamente a los proveedores o pague con fondos personales y reembolse el dinero de su HSA.

## Descargar Igoe Móvil

app store o google play

ID de empleador de albañiles: IGOMASON

Nota: use esta identificación de empleador para registrarse en línea o a través de la aplicación Igoe Mobile



**P: ¿Quién es el titular de la cuenta?**

*R: Cuenta de Ahorros para la Salud (HRA): El empleador es el titular de la cuenta. Los empleados no pueden llevarse los fondos si dejan la empresa.*

*Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA): El empleado es el titular de la cuenta. Es transferible, lo que significa que los empleados pueden llevarla consigo cuando cambian de trabajo o se jubilan.*

**P: ¿Quién puede aportar a la cuenta?**

*R: Cuenta de Ahorros para la Salud (HRA): Solo el empleador puede aportar. Los empleados no pueden aportar su propio dinero.*

*Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA): Tanto el empleador como el empleado pueden aportar. El IRS establece anualmente los límites de aportación.*

**P: ¿Los fondos se prefinancian o se reembolsan?**

*R: Cuenta de Ahorros para la Salud (HRA): Los fondos se reembolsan después de que el empleado incurra en gastos elegibles.*

*Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA): Los fondos se prefinancian y se depositan en la cuenta. Los empleados pueden usar los fondos inmediatamente para cubrir gastos elegibles.*

**P: ¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad?**

*R: Cuenta de Ahorros para la Salud (HRA): No existen requisitos específicos para que los empleados califiquen para una HRA, pero la elegibilidad depende del diseño del plan del empleador.*

*Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA): Los empleados deben estar inscritos en un plan de salud con deducible alto (HDHP) para abrir y contribuir a una HSA.*

**P: ¿Las contribuciones tienen ventajas fiscales?**

*R: Cuenta de Ahorros para la Salud (HRA): Las contribuciones del empleador están exentas de impuestos para los empleados y son deducibles de impuestos para los empleados.*

*Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA): Las contribuciones son deducibles de impuestos para los empleados y las contribuciones del empleador están exentas de impuestos.*

**P: Los fondos no utilizados no se transfieren.**

*R: Cuenta de Ahorros para la Salud (HRA): Los fondos no utilizados pueden transferirse, pero depende del diseño del plan del empleador. Algunas cuentas de ahorros para la salud (HRA) tienen una política de "úsalo o piérdelo".*

*Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA): Los fondos no utilizados siempre se transfieren de un año a otro y pueden acumularse con el tiempo.*

**P: ¿Se pueden invertir los fondos?**

*R: Cuenta de Ahorros para la Salud (HRA): Los fondos no se pueden invertir.*

*Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA): Los fondos se pueden invertir en acciones, bonos o fondos mutuos, lo que permite que el saldo crezca con el tiempo.*

**P: ¿Qué sucede si el empleado deja la empresa?**

*R: Cuenta de Ahorros para la Salud (HRA): Los empleados pierden el acceso a los fondos de la HRA.*

*Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA): Los empleados conservan el acceso a los fondos de su HSA, ya que la cuenta es de su propiedad.*

**P: ¿Qué gastos son elegibles?**

*R: Cuenta de Ahorros para la Salud (HRA): Los gastos elegibles los determina el empleador.*

*Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA): Los gastos deben cumplir con las directrices del IRS para gastos médicos calificados, incluyendo deducibles, copagos, recetas médicas y más.*

## Recargo por tabaco

**Los empleados que consumen tabaco y están inscritos en un plan de salud de Masons verán un recargo de \$100 al mes en el costo de su prima de seguro médico. Revise este cambio para comprender su impacto en sus primas en Workday o en la página de contribuciones.**

- Todos los empleados deberán informar si han consumido productos de tabaco o nicotina en los últimos 6 meses.
- Al abstenerse de consumir productos de tabaco o completar un programa para dejar de fumar, se les eximirá del recargo.

### Preguntas frecuentes sobre el recargo al tabaco:

**P – ¿Los cigarrillos electrónicos se consideran un producto de tabaco y, al usarlos, estaría sujeto al recargo por tabaco?**

*R – Sí, la Asociación Estadounidense del Pulmón considera que los cigarrillos electrónicos son un producto de tabaco y, al usar estos productos, se le aplicaría el recargo por tabaco.*

**P – Si decido completar un programa para dejar de fumar, ¿está completamente cubierto por mi proveedor de atención médica?**

*R – Sí, tanto HealthNet como Kaiser ofrecen programas para dejar de fumar sin costo para usted.*

**P – Si completo el programa, ¿qué necesito proporcionar para demostrar que lo he completado?**

*A – El transportista debe poder proporcionar documentación de respaldo que refleje que usted completó el programa.*

**P – Si completo el programa, ¿me reembolsarán la diferencia en las primas que ya he pagado?**

*R – Sí, completar un programa para dejar de fumar le permitirá calificar para que se le reembolse el monto del recargo hasta el 1 de enero de 2026.*

**P – Si soy consumidor de tabaco pero planeo completar el programa para dejar de fumar, ¿puedo indicar que no fumo para poder pagar las primas más bajas?**

*R – No, debe haber completado completamente un programa para dejar de fumar para calificar para las primas más bajas.*

## 401(k)

Nuestro 401(k) es un tipo de plan de jubilación que permite a los empleados ahorrar e invertir para su propia jubilación. A través del 401(k), puede autorizar a Masons of California a deducir un cierto porcentaje de dinero de su cheque de pago antes de que se calculen los impuestos e invertirlo en el plan 401(k). Su dinero se invierte en opciones de inversión que usted elija entre las que se ofrecen a través de nuestro plan. El gobierno federal creó el plan 401(k) en 1981 con ventajas fiscales especiales para animar a las personas a prepararse para la jubilación. Su llamativo nombre proviene de la sección del Código de Impuestos Internos que los estableció: la sección 401(k). Usted gestiona sus inversiones con 10 a 15 opciones de fondos para elegir. La compañía iguala 50 centavos de dólar por el primer 6 % de los ingresos que usted aporte. Vea el ejemplo a continuación. Si abandona la compañía, puede llevarse sus fondos, ya que tiene derechos adquiridos de inmediato. Todos los empleados son elegibles para participar en el plan 401(k) después de 90 días de empleo. La compañía también proporciona contribuciones Safe Harbor. Usted recibe entre el 4 % y el 8 % de sus ingresos, contribuya o no. Vea a continuación un ejemplo.

| Ejemplo de Safe Harbor                 | Menores de 55 años | De 55 a 59 años | Mayores de 60 años |
|--|--------------------|-----------------|--------------------|
| Salario base anual inferior a \$35,000 | 5%                 | 6%              | 8%                 |
| Salario base anual superior a \$35,000 | 4%                 | 5%              | 7%                 |

### Ejemplo de coincidencia de empresas:

| Si contribuye: | 2% | 4% | 6% |
|----------------|----|----|----|
|                | 1% | 2% | 3% |

# Información de contacto

| Beneficio   | Administrador                       | N.º de grupo | Teléfono                   | Sitio web   |
|---|-------------------------------------|--------------|----------------------------|---|
| Médico  | HMO de Kaiser                       | 116122       | 800.464.4000               | <a href="http://kp.org">kp.org</a>  |
| Médico  | HMO Elect Open Access de Health Net | 76656G       | 800.676.6976               | <a href="http://healthnet.com">healthnet.com</a>  |
| DPPO Dental   | Delta Dental PPO                    | 10711        | 800.765.6003               | <a href="http://deltadentalins.com">deltadentalins.com</a>  |
| DHMO Dental   | Delta Care USA                      | 75024        | 800.765.6003               | <a href="http://deltadentalins.com">deltadentalins.com</a>  |
| Oftalmología  | EyeMed                              | 9675992      | 888.362.7463               | <a href="http://eyemedvisioncare.com">eyemedvisioncare.com</a>  |
| Seguro colectivo de vida y AD&D                       | Prudential                          | 72066        | 800.842.1718               | <a href="http://prudential.com/mybenefits">prudential.com/mybenefits</a>                                    |
| Incapacidad a largo plazo y seguro de vida voluntario | Prudential                          | 72066        | 800.842.1718               | <a href="http://prudential.com/mybenefits">prudential.com/mybenefits</a>                                    |
| Programa de asistencia al empleado                    | Claremont EAP                       | N/A          | 800.834.3773               | <a href="http://claremonteap.com">claremonteap.com</a>  |
| Cuenta de gastos flexible/HRA                         | Igoe                                | N/A          | 800.633.8818               | <a href="http://goigoec.com/resources">goigoec.com/resources</a><br>Identificación del empleador: IGOMASONS |
| Beneficios voluntarios/cobertura personal             | Colonial Insurance                  | N/A          | 800.325.4368               | <a href="http://coloniallife.com">coloniallife.com</a>  |
| 401(k)  | Fidelity Investments                | 39226        | 800.343.3548               | <a href="http://401k.com">401k.com</a>  |
| Programa de descuento                                 | Working Advantage                   | N/A          | 800.565.3712               | <a href="http://relationinsurance.com/workingadvantage">relationinsurance.com/workingadvantage</a>          |
| Beneficios legales                                    | Legal Shield                        | N/A          | Devi Asefi<br>510.919.0408 | <a href="http://dalegacyllc.wearelegalshield.com">dalegacyllc.wearelegalshield.com</a>                      |

# Contribuciones mensuales de los empleados

## Recargos por tabaco

A partir del plan 2026, se aplicará un recargo por tabaco de \$100 a los empleados que consuman productos de tabaco.

|   | Costo del empleado*<br>por mes | Costo del empleado*<br>por período de pago | Costo del empleador<br>por mes |
|---|--------------------------------|--|--------------------------------|
| <strong>PLAN DE HDHP HSA KAISER PERMANENTE SUR</strong> |                                |  |                                |
| Solo empleado   | \$90.38                        | \$45.19                                    | \$813.39                       |
| Empleado + 1  | \$320.84                       | \$160.42                                   | \$1,351.13                     |
| Empleado + 2 o más                                      | \$602.82                       | \$301.41                                   | \$2,009.07                     |
| <strong>PLAN DE SALUD KAISER PERMANENTE SUR</strong>    |                                |  |                                |
| Solo empleado   | \$114.00                       | \$57.00                                    | \$1,026.00                     |
| Empleado + 1  | \$404.70                       | \$202.35                                   | \$1,704.30                     |
| Empleado + 2 o más                                      | \$760.38                       | \$380.19                                   | \$2,534.22                     |
| <strong>HMO ELECT OPEN ACCESS DE HEALTH NET</strong>    |                                |  |                                |
| Solo empleado   | \$145.28                       | \$72.64                                    | \$1,307.40                     |
| Empleado + 1  | \$515.72                       | \$257.86                                   | \$2,171.76                     |
| Empleado + 2 o más                                      | \$968.94                       | \$484.47                                   | \$3,229.32                     |
| <strong>PLAN DHMO DE DELTA CARE</strong>                |                                |  |                                |
| Solo empleado   | \$2.10                         | \$1.05                                     | \$18.82                        |
| Empleado + 1  | \$7.02                         | \$3.51                                     | \$30.28                        |
| Empleado + 2 o más                                      | \$12.36                        | \$6.18                                     | \$42.78                        |
| <strong>PLAN PPO DE DELTA DENTAL</strong>               |                                |  |                                |
| Solo empleado   | \$5.10                         | \$2.55                                     | \$45.80                        |
| Empleado + 1  | \$19.42                        | \$9.71                                     | \$79.24                        |
| Empleado + 2 o más                                      | \$42.16                        | \$21.08                                    | \$132.30                       |
| <strong>PLAN DE VISIÓN DE EYEMED</strong>               |                                |  |                                |
| Solo empleado   | \$0.52                         | \$0.26                                     | \$4.62                         |
| Empleado + 1  | \$1.88                         | \$0.94                                     | \$7.80                         |
| Empleado + 2 o más                                      | \$3.22                         | \$1.61                                     | \$10.95                        |
| <strong>CONTRIBUCIÓN A LA HSA</strong>                  |                                |  |                                |
| Solo empleado   | \$600 anuales (\$50 mensuales) |  |                                |
| Empleado + Dependientes/Familia                         | \$600 anuales (\$50 mensuales) |  |                                |

\*Recargo por tabaco de \$100 adicionales

## Notas:

## Notas:

