



2022 O'REILLY STRONG



Guía de Inscripción de Beneficios
INSCRIPCIÓN ABIERTA DEL 4 AL 22 DE NOVIEMBRE DE 2021

O'REILLY STRONG

Equipo O'Reilly,

Desde que comenzó la pandemia en marzo de 2020, el Equipo O'Reilly ha ido más allá de la adversidad. Estamos asombrados por la dedicación de los miembros de nuestro equipo. Los retos a los que nos enfrentamos en 2020 no cesaron y seguimos enfrentándonos a ellos en la actualidad.

Fue gracias al firme compromiso de los miembros de nuestro equipo que el servicio al cliente se mantuvo firme durante un período de gran volumen y crecimiento. Mientras nuestras tiendas, centros de distribución y oficinas permanecían abiertos y seguros para todos los que atravesaban nuestras puertas, muchos de los miembros de nuestro equipo fueron llamados a asumir horas y responsabilidades adicionales. Estamos más que orgullosos de la forma en que el Equipo O'Reilly respondió y dio un paso adelante, y estamos entusiasmados por perseverar con un historial de excelente servicio al cliente.

Sabemos que el éxito de O'Reilly ahora, y en el futuro, se debe a su trabajo duro, su dedicación y su actitud ganadora. A medida que avanza en su carrera con O'Reilly, se le respalda con un paquete de beneficios bien diseñado que fomentará la salud y el bienestar de su familia. Le animamos a que se tome su tiempo y revise sus opciones de beneficios antes de inscribirse. Personalice sus beneficios para que se adapten a usted y a su familia. Tenga en cuenta sus prestaciones durante todo el año y aproveche todo lo que le ofrecen.

Como en años anteriores, los costos de los beneficios han aumentado debido a las hospitalizaciones y otros costos médicos. Sin embargo, como su equipo ejecutivo, seguimos dedicados a minimizar los aumentos de las primas en la medida de lo posible, manteniendo la misma cobertura y los mismos costos por su propia cuenta en todos los planes médicos. Al revisar los distintos planes en esta guía, encontrará mejoras en el plan dental Premium y en el seguro de vida para dependientes, así como una segunda opción de indemnización por hospitalización. Una vez que haya tomado sus decisiones, visite myHR en TeamNet para realizar sus elecciones.

Nuestro lema, O'Reilly Strong, es el resultado de que el Equipo O'Reilly vive nuestros valores culturales compartidos de compromiso, dedicación, respeto, trabajo en equipo, honestidad, control de gastos, excelente servicio al cliente, trabajo duro, seguridad/bienestar, entusiasmo, actitud de beneficio mutuo y profesionalidad.

¡Gracias por hacernos fuertes **O'REILLY!**

Greg Johnson
Director Ejecutivo y
Copresidente

Jeff Shaw
Jefe de
Operaciones y
Copresidente

Brad Beckham
Vicepresidente
Ejecutivo de Ventas
y Operaciones de
tiendas

Tom McFall
Vicepresidente
Ejecutivo y
Director Financiero

Brent Kirby
Vicepresidente
Ejecutivo de Ventas
y Operaciones de
tiendas



MIEMBROS DE EQUIPO DE TIEMPO COMPLETO:

Como miembro de equipo de tiempo completo, usted es elegible para todos los beneficios de la compañía según la tabla de elegibilidad en la página 4. Por favor, revise todas las secciones de esta guía de inscripción.



MIEMBROS DE EQUIPO DE MEDIO TIEMPO:

Como miembro de equipo de medio tiempo, usted será elegible para el seguro médico si trabaja como mínimo un promedio de 30 horas por semana en un período de cálculo de 12 meses. Si cumple con los requisitos, se comunicarán con usted al finalizar su período de cálculo (vea la página 8 para más información). Además, será elegible para el plan 401(k) y quedará inscrito automáticamente después de un año en el empleo, siempre que cumpla los requisitos de horas o de situación aplicables, tal como se indica en el documento del plan 401(k). Vea los detalles en las páginas 34-35.

Las siguientes páginas PODRÍAN aplicarle como miembro de equipo DE MEDIO TIEMPO:

- Información de contacto importante – Contraportada
- Cambiar sus beneficios – página 3
- Elegibilidad de beneficios – página 4
- Beneficios de medio tiempo – página 7
- Planes médicos para 2022 – páginas 10-20
- Plan 401(k) – páginas 34-35
- O'Care Solutions – página 38

PROGRAMAS DE BENEFICIOS 2022

Paso 1: REVISE ESTA GUÍA

Paso 2: HAGA UNA LISTA DE SUS ELECCIONES

Paso 3: INSCRÍBASE

Tome tiempo para inscribirse

Cada año, usted tiene una oportunidad para tomar decisiones que tendrán un efecto el resto del año en usted y su familia. Ese momento es la inscripción abierta. La inscripción abierta le permite revisar sus beneficios actuales y decidir si necesita hacer algunos cambios. ¿Necesita cambiar la cantidad de dependientes que están incluidos en su cobertura? ¿Necesita añadir cobertura porque usted o su familia necesitan un nuevo tipo de cuidado, como por ejemplo, dental? ¿Debería proteger a su familia con cobertura complementaria contra accidentes o seguro de vida? **Estas son preguntas importantes y este es el momento de tomar esas decisiones.**

Ahorre dinero

Mirar sus beneficios le permitirá también considerar de qué manera podría ahorrar dinero, ya sea a través de descuentos en las primas del plan médico o en ahorros de impuestos. Puede encontrar más información sobre los descuentos en las primas del plan médico en la página 9. Obtenga más información sobre las ventajas contributivas de las Cuentas de gastos flexibles (FSA) en la página 33. Si desea participar en las (FSA), tiene que inscribirse cada año. Todas las demás elecciones de beneficios de 2021 se transferirán al 2022 si usted no solicita cambios.

Todas las solicitudes tienen que enviarse en TeamNet (myHR – VEA la [página 3](#) para más detalles) antes del 22 de noviembre de 2021.



Si este es el primer año que participa en la Inscripción abierta o quiere repasar su paquete completo de beneficios, vea la página 2.

Índice

PROGRAMA DE BENEFICIOS

O'Reilly invierte en usted	2
Cómo inscribirse	3
Infórmese antes de inscribirse	4
Glosario de términos de beneficios	6
Beneficios de medio tiempo	7

SEGURO MÉDICO

Elegibilidad médica para la Ley de Cuidado de Salud Asequible	8
Descuentos médicos/por no usar tabaco/por bienestar	9
Resumen del Seguro médico 2022	10
Dentro de la red vs. fuera de la red	10
Planes médicos de Cigna	11
Comparación de los costos de los planes médicos de Cigna/Allegiance	12
Resumen de los planes	13
Comparación de tarifas médicas de Cigna/Allegiance	14
Cobertura de medicamentos recetados de Cigna/Allegiance	15
Tabla de comparación de costos de medicamentos recetados de Cigna/Allegiance	16
Antes de visitar el consultorio/MDLIVE	17
Programas de salud y estilo de vida de Cigna/Allegiance	18
Planes médicos de Kaiser (CA)	19
Plan médico de Hawái	20

SEGURO MÉDICO COMPLEMENTARIO

Seguro de indemnización por hospitalización	21
Seguro de enfermedad grave	22
Seguro contra accidentes	24

SEGURO DE LA VISTA Y DENTAL

Seguro de la vista	25
Seguro dental	26

SEGURO DE VIDA E INCAPACIDAD

Vida básico, vida opcional, vida para dependientes	28
Muerte accidental y desmembramiento	29
Incapacidad a corto plazo y largo plazo	30

PLANES DE PROTECCIÓN

Protección contra robo de identidad	31
Plan legal	32

BENEFICIOS FINANCIEROS

Cuentas de gastos flexibles (FSA)	33
Plan 401(k)	34
Plan de compra de acciones para los empleados (ESPP)	36
Asistencia educacional	37

BENEFICIOS ADICIONALES PARA MIEMBROS DE EQUIPO

Programa de Ayuda al Empleado (EAP)	38
Descuentos	39
Planes con derecho a beneficios	40
Bienestar y reconocimientos	41

AVISOS

42-56



O'REILLY STRONG

Siga las señales:



¡IMPORTANTE!
No deje pasar estos detalles.



AYUDA
Consejos para mejorar su experiencia.



ACCESO EN LÍNEA
Use su computadora o una aplicación en su teléfono para fácil acceso.



AHORRE DINERO
Quédese con parte del dinero ganado con esfuerzo en su bolsillo.



ACTÚE AHORA
Complete esta tarea antes de la fecha de vencimiento.



NUEVO
Esto es nuevo para este año.



CAMBIO
Esto es un cambio para este año.



NOTA: Dé clic en el ícono de la Página de inicio para volver a esta.

¡O'REILLY INVIERTE EN USTED!

Forjar una carrera profesional es más que cobrar un cheque de pago. Es una relación bidireccional entre usted y su empleador. Los beneficios de O'Reilly lo apoyan a usted y sus metas al atender muchas de las necesidades de su vida, tanto esperadas como inesperadas. Tómese el tiempo de revisar y seleccionar sabiamente sus opciones. ¡Aproveche al máximo su paquete de beneficios!

Costo de los beneficios

Aun cuando O'Reilly paga una parte de sus beneficios, la mayoría de sus opciones de beneficios tienen un costo. Los costos para estos planes en el 2022 están impresos en las páginas del plan en esta guía y se incluirán en su página de confirmación una vez que usted haya completado el proceso de inscripción en TeamNet. Usted paga su parte del costo de sus beneficios a través deducciones de nómina. Las primas son quincenales y se deducen de cada cheque de pago.

Los beneficios antes de impuestos incluyen:

- Médico
- FSA
- Dental
- 401(k)
- Vista

Al hacer las deducciones de su sueldo antes de la retención de impuestos, la cantidad de su sueldo por la que paga impuestos es más baja. Como resultado, usted paga menos en impuestos. Este alivio impositivo ayuda a compensar su costo de la cobertura de beneficios.

Su rostro es el rostro de O'Reilly.

Su opinión experta es la ventaja de O'Reilly. Su servicio hace que los clientes de O'Reilly regresen. Para mantener la competitividad y el éxito, O'Reilly invierte en los beneficios que lo apoyan a usted en cada aspecto de su vida. Mientras más usted entienda sus beneficios, más valiosos serán para usted.

Eche un vistazo a todas sus opciones dentro del paquete de beneficios de O'Reilly.

BENEFICIOS BÁSICOS

Manténgase saludable con el cuidado preventivo y el seguro que lo cubre a usted y a su familia. Preste atención a las comparaciones de los planes para encontrar las opciones correctas que se adaptan a su vida.

Médico
Farmacia
Vista
Dental

AHORROS, INVERSIÓN Y BENEFICIOS FINANCIEROS

Planifique de antemano con el plan 401(k) de O'Reilly, las ventajas impositivas de la Cuenta de gastos flexibles y el Plan de compra de acciones para los empleados que le permite comprar acciones de O'Reilly con descuento.

401(k)
Plan de compra de acciones para los empleados (ESPP)
Cuentas de gastos flexibles (FSA)

EDUCACIÓN Y BENEFICIOS ADQUIRIDOS

Trabajar tiene sus privilegios. Aproveche la asistencia educacional, el tiempo libre remunerado y el reconocimiento a la excelencia en el servicio.

Asistencia educacional,
Beneficios adquiridos
Reconocimientos a miembros de equipo

BENEFICIOS MÉDICOS COMPLEMENTARIOS

Asegure sus finanzas cuando algo inesperado le ocurra a usted o a su familia.

Seguro contra accidentes
Seguro de enfermedad grave
Indemnización por hospitalización

SEGURO DE VIDA E INCAPACIDAD

Protéjase usted y a sus seres queridos de penurias causadas por enfermedad o pérdidas.

Seguro de vida
Seguro de vida opcional
Seguro de vida para dependientes
Seguro por muerte accidental y desmembramiento
Incapacidad a corto plazo y largo plazo

INCENTIVOS

Ahorre miles de dólares con simples incentivos y descuentos.

Descuentos en las primas del plan médico
Incentivos de Cigna
Descuentos de los socios de O'Reilly

CÓMO INSCRIBIRSE

Siga estos pasos para asegurarse de tener los beneficios adecuados para usted y para su familia en 2022.



Paso 1. REVISE

REVISE ESTA GUÍA, que contiene información sobre el paquete de beneficios que ofrece O'Reilly.



Paso 2. COMPARE

Usted no gastaría miles de dólares en comprar algo sin comparar opciones, características y precios. **Debe hacer lo mismo con sus beneficios. Las herramientas que necesita están aquí y en TeamNet.**



Paso 3. INSCRÍBASE

INICIE SESIÓN EN myHR en TEAMNET.

Bajo 'My Benefits' (Mis beneficios), escoja 'New Hire Enrollment' (Inscripción de empleado nuevo), 'Annual Open Enrollment' (Inscripción abierta anual) o 'Life Changes' (Cambios de vida), según corresponda.

Complete **TODOS** los puntos que **requieren acción** y los opcionales según sea necesario.

Seleccione 'Finish Enrollment' (Finalizar la inscripción) y verá un aviso para ingresar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social para enviar.



Paso 4. IMPRIMA

Imprima su página de confirmación. Busque las banderitas cuadriculadas para saber si su inscripción fue enviada para aprobación.



Consejos que recordar

- En cualquier momento, puede elegir el botón **Overview** (Información general) para regresar a la página de inicio.
- Asegúrese de haber completado todos los puntos que **Requieren acción**.
- Puede cambiar su dirección, beneficiarios del seguro de vida o firmar la Divulgación de uso de tabaco en cualquier momento en myHR.

Esta guía contiene también importantes avisos sobre el programa de beneficios. Comparta esta información con los miembros de su familia. Algunos de los avisos son requisitos de ley y contienen información útil. Estos avisos se actualizan de vez en cuando y algunos avisos federales se actualizan anualmente. Hay copias adicionales de estos avisos disponibles sin costo alguno para usted en TeamNet o llamando al Departamento de Beneficios (Benefits Department) al 800-471-7431, opción 3, o ext. 1387.

COORDINACIÓN CON OTROS PLANES DE BENEFICIOS

- El plan de O'Reilly siempre será el principal o primario para el miembro del equipo de O'Reilly. Esto se aplica también para los miembros de equipo que están inscritos en Medicare. Para obtener más información sobre coordinar los beneficios con Medicare para el cónyuge, llame a Medicare al 855-798-2627.
- Si usted es un dependiente y está cubierto por dos o más planes médicos o dentales y el plan de beneficios de O'Reilly es su cobertura secundaria, se aplican ciertas normas. La norma de Coordinación de beneficios requiere que el plan de beneficios O'Reilly pague la misma cantidad que habría pagado si fuera su cobertura primaria, menos cualquier pago efectuado por sus otros planes.
- De ninguna manera los beneficios combinados de sus planes primarios y secundarios serán mayores que el costo de los gastos médicos y dentales incurridos. No hay coordinación de beneficios con un plan HMO.



Cambiar sus elecciones de beneficios

REVISE Y PIENSE BIEN SUS OPCIONES.

Los beneficios que usted elija están en vigor hasta el 31 de diciembre de 2022, siempre y cuando usted siga cumpliendo con los requisitos de elegibilidad. **NO se permite hacer cambio a mitad de año, a menos que usted tenga un cambio de vida que califique (vea la página 5)**, que pueda permitirle inscribirse/cancelar, agregar/eliminar un plan; y añadir o quitar dependientes. Generalmente, cambiar de un plan a otro solo se permite durante el período anual de inscripción abierta.

Elegibilidad de beneficios

¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA LOS BENEFICIOS?

- Los miembros de equipo de tiempo completo que trabajan un mínimo de 30 horas por semana y han completado los requisitos de servicio correspondientes. Vea abajo la tabla de elegibilidad para los beneficios.
- Cónyuges legalmente casados (como se define en los documentos del plan).
- Parejas como se define en la Legislatura estatal de California (solo para los planes de Kaiser California).
- Hijos hasta los 26 años de edad – hijos biológicos, adoptados legalmente, colocados con usted en adopción, hijastros o un niño del cual usted es tutor legal. Algunos planes, aparte del plan médico, dental y de la vista, pueden requerir prueba del estatus de estudiante de tiempo completo en el momento de una reclamación para los hijos mayores de 19 años.

¿CUÁNDO ES USTED ELEGIBLE?

Miembros de equipo de tiempo completo

ELEGIBILIDAD	BENEFICIO
De inmediato, en la fecha de contratación.	O'Care Solutions (EAP), Farmers Insurance Choice, Programas de descuento (vea la página 39)
El primer día del mes después de la fecha de contratación con estatus de tiempo completo.	Seguro médico, dental, de la vista, de enfermedad grave, contra accidentes, indemnización por hospitalización, protección de la identidad, servicios legales
El primer día del mes después de 90 días con estatus de tiempo completo.	Seguro de vida pagado por la Compañía, seguro de vida opcional, seguro por muerte accidental y desmembramiento, seguro de incapacidad a corto plazo, seguro de incapacidad a largo plazo
El 1º de enero del próximo año.	Cuentas de gastos flexibles (FSA)
Un año de empleo de tiempo completo y estando en buenos términos con la Compañía.	Asistencia educacional
El primer período de pago luego de un año de empleo de tiempo completo con un mínimo de 1,500 horas trabajadas durante ese año.	Plan de compra de acciones para los empleados (Employee Stock Purchase Plan, ESPP)
Puede encontrar los requerimientos detallados de elegibilidad en TeamNet > Departments > Human Resources > Benefits > 401(k) Profit Sharing and Savings.	401(k)

Miembros de equipo de medio tiempo

ELEGIBILIDAD	BENEFICIO
De inmediato, en la fecha de contratación.	O'Care Solutions (EAP), Farmers Insurance Choice, Programas de descuento (vea la página 39)
El primer día del mes luego de un período administrativo después de trabajar un promedio de 30 horas por semana durante un período de cálculo. (Vea la página 8 para más información.)	Seguro médico
Puede encontrar los requerimientos detallados de elegibilidad en TeamNet > Departments > Human Resources > Benefits > 401(k) Profit Sharing and Savings.	401(k)

Cambios de vida que califican

Si usted experimenta un cambio de vida que califique y desea hacer cambios en sus beneficios, visite myHR en TeamNet y bajo 'My Benefits' (Mis beneficios), elija 'Life Changes' (Cambios de vida).

Los siguientes eventos que experimenten usted o sus dependientes pueden permitir que se hagan ciertos cambios en los beneficios a mitad de año, siempre y cuando usted notifique al Departamento de Beneficios en un plazo de 30 días del evento:

- Un cambio en su estado civil (por ejemplo: matrimonio, divorcio o separación legal).
- Cambio en la cantidad o en el estado de los dependientes (por ejemplo: nacimiento, adopción, muerte, un menor que cumple 26 años).
- Cambio en la situación de empleo, horario de trabajo o residencia que afecta la elegibilidad para los beneficios.
- Cobertura de hijo(s) bajo una Orden de Manutención Médica Calificada.
- Derecho o pérdida del derecho a Medicare o Medicaid.
- Ciertos cambios en el costo de la cobertura, elegibilidad o cambio de cobertura, terminación u obtención de una cobertura de otro plan.
- Cambios compatibles con los derechos de Inscripción especial, permisos de FMLA y otros cambios permitidos por el IRS.

Tendrá que presentar documentos que apoyen su cambio de vida que califique.

¿Cuándo terminará mi cobertura?

Terminación del empleo: Su cobertura terminará el último día del período de pago que trabajó.

Cambio de situación laboral a medio tiempo, suplementario o temporal: Su cobertura terminará el último día del período de pago que trabajó tiempo completo. Sin embargo, si usted era elegible para el plan 401(k) como miembro de equipo de tiempo completo, seguirá siendo elegible. Para el seguro médico, puede seguir siendo elegible dependiendo de la cantidad promedio de horas que trabajó en el período de cálculo más reciente (vea la página 8 para más información).

Cambio de vida que califica (matrimonio, divorcio, nacimiento, etc.): Algunas coberturas pueden terminar al finalizar el mes siguiente a un cambio que califique. Llame al Departamento de Beneficios al 800-471-7431 opción 3, o ext. 1387 para verificar.



Verificación de dependientes

O'Reilly requiere verificación de la elegibilidad de los dependientes cubiertos en los planes de beneficios. Poco después de su fecha de vigencia, usted recibirá una solicitud por parte de una compañía externa de documentos que verifiquen la elegibilidad de su dependiente. Cuando reciba la solicitud por correo en su domicilio, reúna los artículos enumerados en la solicitud y envíe los documentos con la hoja de cubierta que se adjunta, que incluye un código de barras identificador. Sin los documentos requeridos, sus dependientes no serán elegibles para la cobertura y serán eliminados de los planes.

Requisitos de verificación

CÓNYUGE	Hijo
CERTIFICADO DE MATRIMONIO Y UNO DE LOS SIGUIENTES: <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de propiedad conjunta. • Estado de cuenta de hipoteca o alquiler con la misma dirección. • Estado de cuenta del banco o de la tarjeta de crédito con la misma dirección. • Registro de vehículo de motor. • Declaración de impuestos actual. 	UNO DE LOS SIGUIENTES: <ul style="list-style-type: none"> • Si su dependiente es su hijastro, tiene que presentar un certificado de matrimonio para establecer su relación con el padre o la madre del menor. • Certificado de nacimiento con el nombre de los padres. • Certificado de adopción. • Documento oficial del tribunal. • Documento de custodia/tutela legal.
NOTA: Bloquee los números del Seguro Social y cualquier información financiera en los documentos que envíe. Solo se requiere la primera página de una declaración de impuestos.	NOTA: Usted no tiene que presentar prueba de elegibilidad para los niños cubiertos por una Orden de Manutención Médica Calificada.

GLOSARIO DE TÉRMINOS DE BENEFICIOS

¿Qué significa esto?

Los términos de los beneficios pueden ser confusos para cualquier persona. Cuando encuentre un término que no entienda, consulte el glosario a continuación. Si aún así no lo entiende, asegúrese de preguntar antes de inscribirse.

Seguro contra accidentes: Un seguro que aumenta su cobertura médica primaria al ayudarlo con los gastos en caso de que tenga un accidente con lesiones cubiertas por el plan.

Cantidad aprobada: Cantidad máxima en la que se basa el pago para sus servicios de cuidado de la salud cubiertos. Se le puede llamar gasto elegible, límite de pago o tarifa negociada. Si su proveedor fuera de la red cobra más de la cantidad aprobada, puede que usted tenga que pagar la diferencia. Los proveedores dentro de la red no pueden cobrar más de la cantidad aprobada.

Facturación de saldo: Cuando un proveedor le factura la diferencia entre el cargo del proveedor y la cantidad aprobada. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es \$100 y la cantidad aprobada es \$70, el proveedor podría facturarle los \$30 restantes. Un proveedor dentro de la red no puede facturarle el saldo.

Copago: Una cantidad fija de dinero que usted paga en el momento de recibir los servicios de cuidado de la salud o los medicamentos recetados, sin importar el cargo total del servicio.

Coaseguro: Un porcentaje fijo que usted paga de los costos por los servicios de cuidado de la salud o medicamentos recetados, después que se ha pagado la cantidad del deducible (si lo hay).

Seguro de enfermedad crítica: Un seguro que aumenta su cobertura médica primaria al ayudarlo con los gastos si le diagnostican un padecimiento específico cubierto por el plan.

Deducible: Una cantidad de dinero anual fija que usted paga por su propia cuenta durante el año calendario por los servicios de cuidado de la salud o medicamentos recetados antes de que el plan comience a pagar.

Cuenta de gastos flexibles (FSA) para cuidado (cuidado diurno) de dependientes: Cuenta antes de impuestos que le permite separar una parte de su sueldo para pagar el cuidado de dependientes (niños o adultos).

Desmembramiento: Pérdida de una extremidad, de la vista, el habla o la audición.

Equipos médicos duraderos (DME):

Equipo y suministros ordenados por un proveedor de cuidado de la salud para uso diario o prolongado. Los DME incluyen equipo de oxígeno, sillas de rueda, muletas y máquinas CPAP (presión positiva continua).

Servicios excluidos: Servicios de cuidado de la salud que su plan de seguro de salud no cubre.

Genéricos: Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos, dosis y potencia que sus equivalentes de marca comercial. Generalmente, usted pagará menos por medicamentos genéricos.

Cuenta de gastos flexibles (FSA) para cuidados de la salud: Cuenta antes de impuestos que le permite separar una parte de su sueldo para pagar ciertos costos del cuidado de la salud por su propia cuenta.

Seguro de Indemnización por hospitalización: Un seguro que aumenta su cobertura médica primaria al ayudarlo con los gastos si usted es hospitalizado.

Dentro de la red: Profesionales y centros de cuidado de la salud que tienen contrato con la red de su plan para brindar servicios a una tarifa negociada (con descuento). Su responsabilidad de pago debe ser menor al usar proveedores dentro de la red.

Marcas no preferidas: Los medicamentos de marca comercial que generalmente tienen alternativas genéricas y/o una o más opciones de marcas preferidas dentro de la misma clase de fármacos. Generalmente, pagará más por medicamentos de marcas no preferidas.

Fuera de la red: Un profesional o centro de cuidado de la salud que no participa en la red de su plan y no tiene contrato para aceptar descuentos por los servicios. Usar un profesional o centro de cuidado de la salud fuera de la red podría costarle más.

Desembolso máximo de su parte: La cantidad máxima de dinero que usted tiene que pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Despues de gastar esta cantidad en deducibles y coaseguros, su plan de salud paga el 100% de los costos de los beneficios cubiertos.

Autorización previa: Una decisión por parte de su plan o aseguradora de salud de que un servicio de cuidado de la salud, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es necesario. Algunas veces llamado preautorización, aprobación previa o precertificación. Su plan de seguro de salud podría requerirla para ciertos servicios antes de que usted los reciba, excepto en caso de emergencia.

Marcas preferidas: Medicamentos de marca comercial que generalmente no tienen alternativas genéricas y normalmente cuestan más que los genéricos, pero podrían costar menos que las marcas no preferidas en su plan.

Resumen de beneficios y cobertura (SBC):

Un resumen fácil de leer que le permite hacer comparaciones justas de costos y cobertura entre los planes de salud. Puede comparar las opciones a base del precio, los beneficios y otras características que pueden ser importantes para usted.

Resumen de modificaciones importantes (SMM): Un documento que describe las modificaciones importantes a un plan de beneficios. Se requiere que estos cambios en la información estén en el SPD y se proporcionan automáticamente a los participantes.

Descripción Resumida del Plan (SPD) para los planes de salud: El vehículo principal para comunicar los derechos y obligaciones del plan a los participantes y beneficiarios. Como sugiere el nombre, es un resumen de las disposiciones importantes del documento del plan y debe ser fácil de entender para el promedio de los miembros de equipo que participan.

TÉRMINOS Y DEFINICIONES DE LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE

Período de cálculo: Período de tiempo de

12 meses adoptado por el plan médico para los miembros de equipo que no son de tiempo completo durante el cual las horas de trabajo del miembro de equipo y el permiso con goce de sueldo se calculan para determinar si el miembro de equipo es elegible para la cobertura. El período de cálculo inicial de un empleado nuevo son los 12 meses después del primer día del mes luego de su fecha de contratación. El período de cálculo regular para todos los miembros de equipo es del 15 de octubre al 14 de octubre cada año.

Período administrativo: El período de tiempo que sigue a un período de cálculo durante el cual la Compañía determina la elegibilidad para el plan médico y notifica la elegibilidad a los miembros de equipo no de tiempo completo. El período administrativo para el período de cálculo inicial de un empleado nuevo es de 30 días y para el período de cálculo regular es del 15 de octubre al 31 de diciembre.

Período de cobertura o estabilidad: El período de tiempo de 12 meses máximo que un miembro de equipo no de tiempo completo puede estar cubierto por el plan médico después de completar un período de cálculo.



Beneficios para miembros de equipo de medio tiempo

El equipo O'Reilly valora a los miembros de equipo de medio tiempo. Ya sea que usted estudia, tiene un segundo trabajo, está semiretirado o está de camino a ocupar un puesto de tiempo completo con O'Reilly, agradecemos su dedicación a O'Reilly. Como parte de su paquete de empleo, O'Reilly ofrece beneficios exclusivos para los miembros de equipo de medio tiempo.



Programa MetLife VisionAccess

MetLife VisionAccess es un programa de descuento que lo ayuda a ahorrar dinero mientras recibe el mejor cuidado para sus ojos. Ahorre en exámenes de la vista en un optómetra u oftalmólogo participante con consultorio privado. Reciba descuentos en lentes y armazones. Pague costos más bajos para corrección de la vista con láser. Toda su familia es elegible para los mismos descuentos. No tiene que inscribirse y no hay formularios de reclamación.

Para revisar los beneficios o buscar un proveedor de cuidado de la vista, visite metlife.com/mybenefits o llame al 800-275-4638, luego seleccione la opción 4.



MetLife TakeAlong DentalSM

TakeAlong Dental ofrece una póliza dental individual o un programa de descuentos dentales que no es un seguro. En cualquier caso, usted puede llevar esta cobertura con usted por todos los cambios de vida que tenga, incluso si se va de O'Reilly. Puede escoger entre tres programas:

- **PPO** con tres niveles de beneficio para escoger: Bajo, Mediano o Alto.
- **HMO Dental/Cuidado controlado** (Disponible en California, Florida, Nueva York y Texas)
- **Programa de descuentos dentales MetLife DentalAccess**

Para inscribirse: Encuentre toda la información que necesitará convenientemente en un solo lugar en metlifetakealongdental.com.

Farmers Insurance Choice Auto, Home & Renters Insurance

Como miembro de equipo de medio tiempo, usted tiene acceso al seguro grupal Farmers Insurance Choice Auto, Home and Renters a tarifas con descuento.



Para obtener más información, incluyendo instrucciones sobre cómo solicitar, vea la página 39.

O'Care Solutions y descuentos de los socios de O'Reilly

Como miembro de equipo de medio tiempo de O'Reilly, usted tiene acceso total a **O'Care Solutions**, el Programa de ayuda al empleado (EAP) de O'Reilly. Puede leer más sobre esto en la página 38.

También tiene acceso a **los descuentos de los socios de O'Reilly** en decenas de socios minoristas y de entretenimiento. ¡No se pierda estos incentivos! Consulte la página 39 para más información.

Sus opciones de cobertura incluyen:

- **DESCUENTOS EN LOS SEGUROS DE LA VISTA, DENTAL, DE AUTOMÓVIL Y DE HOGAR**
- **O'CARE SOLUTIONS**
- **PARTICIPACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE DESCUENTO PARA SOCIOS DE O'REILLY**



¿QUÉ OCURRE CON MIS BENEFICIOS SI PASO A UN PUESTO DE TIEMPO COMPLETO?

Como miembros de equipo de tiempo completo, sus beneficios son mejores. Cuando usted pasa a un estatus de tiempo completo, O'Reilly le ofrecerá opciones adicionales. Usted podrá cambiar de sus beneficios para empleados de medio tiempo e inscribirse en los beneficios para empleados de tiempo completo, incluyendo planes médicos y beneficios voluntarios adicionales. Vea la tabla de Elegibilidad para los beneficios en la página 4 para obtener más información y échele un vistazo a esta guía para ver todo lo que O'Reilly tiene para ofrecer a los miembros de equipo de tiempo completo.

ELEGIBILIDAD MÉDICA PARA LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE

¿Soy elegible para los subsidios del gobierno o los créditos fiscales según la Ley de Cuidado de Salud Asequible?

¡LEA ESTO ANTES DE BUSCAR COBERTURA EN EL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD!

De acuerdo con las normas de cobertura médica establecidas por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, si usted es elegible para un plan de su empleador, usted NO es elegible para recibir créditos fiscales o subsidios para los planes que se ofrecen en el Mercado. O'Reilly tiene la obligación de informar anualmente los empleados que son elegibles y que han tenido la oportunidad de inscribirse en los planes de O'Reilly. Su elegibilidad para el seguro médico de O'Reilly significa que usted no es elegible para los subsidios, y si usted acepta subsidios durante el año calendario, tendrá que devolverlos.

La Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) tiene el propósito de ampliar el acceso de los estadounidenses al cuidado de la salud. Esta ley contiene un mandato a los empleadores para que ofrezcan seguro médico, establece requisitos sobre quiénes serán elegibles para la cobertura médica de los planes patrocinados por el empleador y explica la elegibilidad para los subsidios y créditos fiscales proporcionados por el gobierno.

El mandato del empleador

Los empleadores tienen que ofrecer cobertura médica a los empleados de tiempo completo y a sus hijos hasta los 26 años de edad o enfrentan sanciones. Esto se conoce como Mandato del empleador. Por lo menos uno de los planes médicos ofrecidos por un empleador a los empleados elegibles tiene que ser "asequible" y proporcionar el "valor mínimo" según lo define la ACA.

O'Reilly ofrece el **Plan médico Core**, que cumple con ambos requisitos establecidos por el Mandato del empleador.

- “**Asequible**” significa que la aportación al plan solo de miembro de equipo no es más de aproximadamente el 9.61% del índice nacional de pobreza establecido por el gobierno. “**Valor mínimo**” significa que el plan paga por lo menos el 60% de los cargos aprobados por servicios cubiertos.

Si usted es un empleado de tiempo completo, es elegible para el **Plan médico Core** basado en su estatus. Si su estatus no es de empleado de tiempo completo, su elegibilidad médica se determina a base del promedio de horas que trabaja en un período de cálculo. La tabla a la derecha presenta distintos ejemplos de casos.



Para los Términos y Definiciones,
vea la página 6



Para obtener más información sobre
el PLAN MÉDICO CORE, vea la
página 11

Entonces...	
Si usted ha estado empleado como mínimo 52 semanas consecutivas (para el 14 de octubre de 2021) está clasificado en un estatus que no es tiempo completo y:	
trabajó un promedio de 30 horas o más por semana*	usted será elegible para inscribirse en un plan médico a partir del 1 de enero de 2022.
trabajó un promedio de menos de 30 horas por semana*	usted no será elegible para el plan médico en 2022 a menos que cambie a un estatus de tiempo completo.
Entonces...	
Si ha estado empleado por menos de 52 semanas consecutivas (para el 14 de octubre de 2021), y:	
está clasificado de otra manera que no sea de tiempo completo	usted no será elegible para el plan médico a menos que pase al estatus de tiempo completo o, si luego de 52 semanas consecutivas con O'Reilly, su promedio de horas trabajadas es 30 o más.*
Entonces...	
Si usted ha completado un período de cálculo y cambia a un estatus de empleo que no sea de tiempo completo y:	
el promedio de horas que trabajó en su más reciente período de cálculo es 30 horas o más*	usted es elegible para continuar en el plan médico hasta que finalice su período de estabilidad.
el promedio de horas que trabajó en su más reciente período de cálculo es menos de 30*	su cobertura del plan médico terminará el último día del período de pago en el que usted era empleado de tiempo completo. En este caso, usted será elegible para continuar su seguro médico según COBRA (vea la página 43 para más información).

*Nota: Si el promedio de horas trabajadas es de 29.5 a 29.9, se redondeará a 30.

DESCUENTOS MÉDICOS | POR NO USAR TABACO | POR BIENESTAR

Ahorros en beneficios de alto rendimiento

**USTED PUEDE AHORRAR UN 20% EN SUS PRIMAS DEL PLAN MÉDICO.
VEA CÓMO HACERLO:**

10% + 10% = 20%

Descuento por no usar tabaco

Visita al consultorio de Bienestar/Prevención

Primas del plan médico reducidas
Usted ahorra \$250 — \$1,120 por año.

¡No deje pasar esta oportunidad!



Ya ha comparado los planes y ha revisado las primas. Ya ha hecho el cálculo matemático.

**PERO TODAVÍA LE FALTA
RESTAR ALGO EN SU
FÓRMULA.**

Descuentos en las primas del plan médico

Si los miembros del Equipo O'Reilly están sanos, el Equipo O'Reilly está sano. Hay dos maneras de permanecer juntos para mantenernos sanos y ambas le ahorran dinero a usted.

1. **Llevar un estilo de vida libre de tabaco.**
2. **Ir a sus visitas anuales de bienestar con su proveedor de cuidado de la salud.**

Ambos pasos, más comer sano y hacer ejercicios, lo ayudará a evitar o controlar las enfermedades crónicas, tales como la diabetes Tipo 2 y enfermedades cardíacas. Por estas razones, en todos los planes que ofrece O'Reilly hay un descuento en la prima disponible para los que no usan tabaco, y los planes de Cigna y Allegiance también tienen un descuento por bienestar en la prima.

Descuento de 10% por no usar tabaco

Fumar y usar productos de tabaco son dos factores clave que contribuyen a aumentar los costos del cuidado de la salud. Por lo tanto, O'Reilly ofrece a los participantes en todos los planes médicos un 10% de descuento en las primas de los planes médicos si ellos (y los miembros de la familia inscritos) no usan productos de tabaco ni vapor. Para recibir este descuento, se tienen que identificar como una persona que no usa productos de tabaco en el sistema de inscripción en línea o completar la Divulgación de no uso de tabaco en myHR. Los miembros de la familia inscritos también tienen que cumplir el requisito de no ser usuario de tabaco para que el miembro de equipo sea elegible para el descuento.

Aviso importante: Si debido a un padecimiento le resulta imposible cumplir con las normas para el descuento en este programa, o si no es médicaamente aconsejable intentar cumplir con las normas para el descuento en este programa, llámenos al **800-471-7431 opción 3 o ext. 1387**, y le ayudaremos a buscar una alternativa para calificar para el descuento.

Descuento de 10% de bienestar en la prima – Participantes de Cigna y Allegiance

Una visita anual de bienestar es gratis en todos los planes de Cigna y Allegiance de O'Reilly. Esa misma visita de bienestar **LE AHORRÁ 10%** en sus primas del plan médico, lo que le permitirá tener más dinero de su sueldo en cada período de pago.

Sin embargo, lo más importante es que esas visitas de bienestar a menudo previenen enfermedades graves. Pueden ayudar a detectar temprano una enfermedad o padecimiento, lo cual puede mejorar el resultado y reducir futuros costos del cuidado de la salud.

Los miembros de equipo y sus cónyuges cubiertos tienen que completar una visita de bienestar/prevención al consultorio de un proveedor de cuidado de la salud, incluyendo pruebas de laboratorio para biometría. El proveedor del cuidado de la salud tiene que anotar los resultados

biométricos en el Formulario de validación biométrica (Biometric Validation Form) (disponible en TeamNet > Departments > Human Resources > Benefits) y **enviarlo por fax a Cigna** al **860-256-6767**. El proveedor de cuidado de la salud tiene que firmar el formulario.

Los participantes de los planes Comprehensive, Core, Limited y Major que completan su examen de bienestar y envían el formulario de biometría en 2021 o después son elegibles para el descuento de bienestar en las primas en 2022. **NOTA:** Si está recibiendo este descuento en 2021, continuará automáticamente en 2022.

Para confirmar que Cigna recibió su formulario de biometría, llame al **800-694-4982**.



Los detalles sobre cada uno de estos planes se pueden encontrar en las siguientes páginas de esta guía.

Planes médicos de 2022

O'REILLY OFRECE LOS SIGUIENTES PLANES MÉDICOS:

TODOS LOS ESTADOS (EXCEPTO HAWÁI)



cigna.com

800-244-6224



askallegiance.com/oreilly

855-999-0292

CALIFORNIA



kp.org

800-464-4000

HAWÁI



kp.org

800-966-5955



hmsa.com/contact

948-6111 en Oahu

800-776-4672 en todas las demás islas



Puede que quiera tener en consideración uno de los planes médicos complementarios voluntarios (Indemnización por hospitalización, Enfermedad grave y/o Seguro contra accidentes) para ayudar a cubrir los gastos por su propia cuenta de su deducible y coaseguro. Consulte las páginas 21-24 para más información.

¡Quedarse dentro de la red paga!

Los planes Allegiance Limited, Cigna Core y Kaiser cubren **SOLAMENTE** los servicios recibidos en un proveedor **Dentro de la red**. Esto significa que usted será el único responsable del pago de cualquier servicio que reciba **Fuera de la red**.

Los planes Cigna Major y Comprehensive y los planes HMSA (Hawái solamente) ofrecen algunas opciones de proveedores médicos, lo que significa que usted puede elegir a un médico o proveedor que esté **Dentro de la red** o uno que esté **Fuera de la red**. Sin embargo, los gastos por su propia cuenta serán mucho más altos si elige **Fuera de la red**. Usar a un proveedor dentro de la red tiene claras ventajas. Estos han acordado proporcionar cuidados a un precio reducido, su deducible es más bajo y el plan paga un nivel mayor de beneficios. Usted no tiene que llenar y presentar sus formularios de reclamación porque los proveedores de la red lo hacen por usted. Además, no recibirá una factura sorpresa por el saldo de los cargos mayores que el descuento o la tarifa permitida.

EJEMPLO DENTRO DE LA RED O FUERA DE LA RED: Procedimiento del corazón de Rita

DENTRO DE LA RED

(Usando Cigna Major como ejemplo.
Su plan puede variar.)



Costos del procedimiento:
\$15,000

Tarifa permitida:
\$10,000

Deducible dentro de la red:
\$3,000

El Plan médico paga:
75% de la tarifa permitida después del deducible, $\$7,000 \times 75\%$

\$5,250

Rita paga:

25% de la tarifa permitida después del deducible más deducible, $\$1,750 + \$3,000$

\$4,750

FUERA DE LA RED

(Cigna Major, Cigna Comprehensive, HMSA Hawaii)



Costos del procedimiento:
\$15,000

Tarifa permitida:
\$13,000

Deducible fuera de la red:
\$9,000

El Plan médico paga:
50% de la tarifa permitida después del deducible, $\$4,000 \times 50\%$

\$2,000

Rita paga:

50% de la tarifa permitida después del deducible más deducible, $\$2,000 + \$9,000$

\$11,000*

FUERA DE LA RED

(Allegiance Limited, Cigna Core, todos los planes Kaiser)



Costos del procedimiento:
\$15,000

Tarifa permitida:
N/A

Deducible dentro de la red:
N/A

El Plan médico paga:
0% de costos de procedimiento

\$0

Rita paga:

100% de costos de procedimiento

\$15,000

*El proveedor podría facturar el saldo de la diferencia de \$2,000 entre los Costos del procedimiento y la Tarifa permitida.



El Plan médico Major



El Plan médico Major (gastos médicos mayores) es el plan que cubre las necesidades de la mayoría de los miembros de equipo. Tiene una prima quincenal más baja (que el plan Comprehensive, por ejemplo) con más gastos por su propia cuenta en el momento de recibir el servicio.

Este plan ofrece copagos para muchos servicios y un deducible y coaseguro para otros servicios. Está diseñado para proporcionar acceso a los cuidados, un gasto anual predecible (con un máximo de su propia cuenta) y protección contra costosas reclamaciones catastróficas imprevistas.

Este plan puede ser una opción para los miembros de equipo con diversas necesidades de cuidado de la salud y utilización de cuidados médicos, además de todos los niveles de bienestar o enfermedades crónicas.

El Plan médico Core



El Plan médico Core (básico) se ofrece para cumplir con los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) del gobierno de tener una cobertura mínima y ser asequible. Con este plan, la cobertura mínima o "core" significa que el plan no cubre servicios ni gastos hasta que el participante haya pagado un deducible de \$6,725. La única excepción es para los servicios preventivos y MDLIVE, que están cubiertos al 100%.

Este plan puede ser una opción para los miembros de equipo que generalmente son saludables y quieren una cobertura catastrófica en caso de que tengan facturas médicas imprevistas extremadamente altas.

AVISO: Si selecciona el Plan médico Core, se compromete a pagar el costo total de cada visita al médico y gasto médico (con la excepción de una visita preventiva anual) hasta el deducible de \$6,725. No hay opción de copago en la consulta del médico.

El Plan médico Core solo cubre servicios de proveedores dentro de la red.

RESIDENTES DE MASSACHUSETTS



Por favor, tenga en cuenta que SOLO los planes **Comprehensive** y **Major** son planes acreditables en Massachusetts. Si usted elige Core o Limited, usted es responsable de cualquier multa fiscal estatal.

El Plan médico Comprehensive



El Plan médico Comprehensive (completo) tiene las primas quincenales más altas de todos los planes ofrecidos por O'Reilly. El propósito de la cobertura es ser la más integral, lo que significa que paga el porcentaje mayor de los costos incurridos por las reclamaciones cubiertas, con el deducible y el máximo de gastos por su propia cuenta más bajos.

Este plan podría ser una opción para los miembros de equipo que están dispuestos a pagar una prima más alta de sus sueldos para tener menos gastos en el momento de recibir el servicio. Los miembros de equipo que tienen facturas más altas o utilizan con frecuencia los cuidados médicos encuentran que este plan cubre mejor sus necesidades.

El Plan médico Limited de Allegiance

(Una compañía Cigna)



¡PRECAUCIÓN! **El Plan médico Limited (limitado)**, como sugiere su nombre, proporciona cobertura para una cantidad limitada de servicios por año. Por ejemplo, este plan limita la cantidad de visitas al consultorio del médico a 12 por año, las hospitalizaciones a una (hasta cinco días) por año y las visitas a sala de emergencia (ER) a dos por año. Estos son solo algunos ejemplos de los límites. Consulte la información en la página 12 o el documento del plan para conocer los límites adicionales.

Este plan podría ser una opción para los miembros de equipo que gozan de buena salud, no tienen padecimientos crónicos y quieren acceso a cuidado de salud (visitas al consultorio del médico, visitas a emergencia, medicamentos recetados) por gastos por su propia cuenta bajos en el momento de recibir el servicio. **Este plan NO SE RECOMIENDA para las personas que necesitan cuidados frecuentes o tratamiento para enfermedades o que usan varios medicamentos recetados.**

El Plan médico Limited generalmente tiene las primas quincenales más bajas de todos los planes ofrecidos por O'Reilly. Está diseñado para proporcionar acceso al cuidado de la salud, para una cantidad limitada de servicios por año, pero no protege contra facturas médicas catastróficas.

Una vez que usted alcanza los límites en este plan para un beneficio cubierto, no puede cambiar de plan hasta el siguiente período de inscripción abierta. Por lo tanto, es importante que considere cuidadosamente todas sus opciones al tener en cuenta este plan.

El Plan médico Limited solo cubre servicios de proveedores dentro de la red.



PLANES	Plan médico Major	Plan médico Comprehensive	Plan médico Core	Plan médico Limited
SERVICIOS	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED
Deducible anual (Individual/familiar)	\$3,000/\$9,000	\$1,750/\$5,250	\$6,725/\$13,450	\$1,500/\$4,500
Máximo anual de su propia cuenta (individual/familiar):	\$7,000/\$14,000	\$4,500/\$9,000	\$6,725/\$13,450	\$7,000/\$14,000
SERVICIOS DE MÉDICOS				
Visita al consultorio	\$30 de copago	\$30 de copago	Las visitas al consultorio y los servicios médicos no están cubiertos hasta que se haya cumplido con el deducible anual de \$6,725, con la excepción de los servicios preventivos y MDLIVE, que están cubiertos al 100%.	\$30 de copago
Visita al consultorio de especialista	\$60 de copago	\$60 de copago		\$60 de copago (12 visitas combinadas de cuidado primario y de especialista cubiertas por año)
Visita a cuidado de urgencia	\$50 de copago	\$50 de copago		\$50 de copago (4 visitas cubiertas por año)
MDLIVE	\$0 de copago hasta cinco por persona por año; luego \$10 de copago	\$0 de copago hasta cinco por persona por año; luego \$10 de copago		\$0 de copago hasta cinco por persona por año; luego \$10 de copago
Internación hospitalaria	\$300 de copago por admisión; luego 25% después del deducible	\$300 de copago por admisión; luego 20% después del deducible		\$300 de copago por admisión; luego 30% después del deducible (una admisión cubierta, sin exceder 5 días por año)
Hospitalización ambulatoria	\$100 de copago; luego 25% después del deducible	\$100 de copago; luego 20% después del deducible		\$100 de copago; luego 30% después del deducible (tres procedimientos quirúrgicos cubiertos por año)
Sala de emergencia	\$500 de copago (exento si es admitido); 25% después del deducible si es manejable (vea la página 17)	\$500 de copago (exento si es admitido); 20% después del deducible si es manejable (vea la página 17)		\$500 de copago (dos visitas cubiertas por año); 30% después del deducible si es manejable (vea la página 17)
Radiología avanzada	\$200 de copago	\$200 de copago		\$200 de copago (dos servicios cubiertos por año)
Servicios de bienestar/preventivos	Sin costo	Sin costo		Sin costo



Su experiencia con cualquier plan variará dependiendo de su salud y de cualquier problema inesperado que pueda tener durante el año.

No obstante, algunos planes serán por naturaleza mejores que otros para quienes tienen familia, los que usan medicamentos recetados regularmente o aquellos con un riesgo mayor de ser hospitalizados. Use la ilustración de abajo para considerar cuál plan médico puede cubrir mejor sus necesidades, luego consulte la comparación de los costos de los planes en la página 12 y las tarifas en la página 14.

El Plan médico Major				
Disponible dentro de la red O fuera de la red	PRIMAS Más bajas que Comprehensive Más altas que Core o Limited	DEDUCIBLE Más alto que Comprehensive Más bajo que Core	COASEGURO 25% después del deducible	FARMACIA Copago de \$20 por mantenimiento genérico de 90 días
El Plan médico Comprehensive				
Disponible dentro de la red O fuera de la red	PRIMAS Más altas	DEDUCIBLE Bajo	COASEGURO 20% después del deducible	FARMACIA Copago de \$20 por mantenimiento genérico de 90 días
El Plan médico Core				
SOLO dentro de la red	PRIMAS Más bajas	DEDUCIBLE Más alto	COASEGURO 0% después del deducible anual de \$6,725	FARMACIA SIN COBERTURA hasta que se haya alcanzado el deducible anual de \$6,725
El Plan médico Limited				
SOLO dentro de la red	PRIMAS Bajas	DEDUCIBLE Bajo	COASEGURO 30% después del deducible	FARMACIA NO HAY COBERTURA DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS O NO PREFERIDOS



Primas quincenales

Cobertura	Plan médico Major			Plan médico Comprehensive		
	Prima completa	Descuento por bienestar O por no usar tabaco	Descuento por bienestar Y por no usar tabaco	Prima completa	Descuento por bienestar O por no usar tabaco	Descuento por bienestar Y por no usar tabaco
Solo miembro de equipo	\$106.35	\$95.72	\$85.08	\$199.46	\$179.52	\$159.57
Miembro de equipo y cónyuge	\$266.62	\$239.96	\$213.29	\$526.14	\$473.53	\$420.91
Miembro de equipo e hijos	\$252.03	\$226.83	\$201.62	\$501.62	\$451.46	\$401.30
Miembro de equipo y familia	\$295.52	\$265.97	\$236.42	\$614.64	\$553.18	\$491.71

Cobertura	Plan médico Core			Plan médico Limited		
	Prima completa	Descuento por bienestar O por no usar tabaco	Descuento por bienestar Y por no usar tabaco	Prima completa	Descuento por bienestar O por no usar tabaco	Descuento por bienestar Y por no usar tabaco
Solo miembro de equipo	\$47.60	\$42.84	\$38.08	\$62.49	\$56.24	\$49.99
Miembro de equipo y cónyuge	\$264.03	\$237.62	\$211.22	\$168.14	\$151.32	\$134.51
Miembro de equipo e hijos	\$233.03	\$209.73	\$186.43	\$150.05	\$135.05	\$120.04
Miembro de equipo y familia	\$300.04	\$270.04	\$240.03	\$228.12	\$205.31	\$182.50



Los descuentos por bienestar y por no usar tabaco le pueden ahorrar un 20%

Vea la página 9 para conocer los detalles de cómo cumplir con los requisitos para recibir los descuentos de prima.

O'REILLY
STRONG



Participantes de Cigna y Allegiance

Cuando se trata de obtener sus medicamentos recetados, con frecuencia existen oportunidades para ahorrar dinero.

Por ejemplo, usted puede escoger un medicamento genérico en lugar de una marca preferida. Puede elegir entrega a domicilio o usar un proveedor de medicamentos de especialidad. Unos minutos de lectura pueden ahorrarle cientos o incluso miles de dólares cada año.

Para ayudarlo a elegir la mejor opción para recibir sus medicamentos recetados, aquí tiene un breve resumen de los servicios disponibles para los participantes de Cigna y Allegiance a través de O'Reilly.



Su farmacia local dentro de la red

Recetas de una sola vez

Cuando un médico le receta un medicamento una sola vez, es probable que lo necesite de inmediato. Usted querrá ir a una farmacia local dentro de la red para el servicio más rápido y económico. Si usted tiene beneficios de farmacia administrados por Cigna, inicie sesión en el **sitio web myCigna** o **en la aplicación móvil** para encontrar una farmacia dentro de la red cerca de usted.

Medicamentos genéricos y de marca preferida

Para asegurar los gastos por su propia cuenta más bajos, escoja medicamentos genéricos y de marca preferida. Estos tienen el menor costo para el plan y el menor copago para los participantes. Siempre pida a su médico una alternativa genérica cuando le escriba una receta. Visite **myCigna.com** o llame al **800-622-5579** para encontrar medicamentos en la lista de las marcas preferidas.

Express Scripts o Cigna 90 Now

Medicamentos de mantenimiento

Un medicamento de mantenimiento es un medicamento recetado para tomar todos los días regularmente durante un período de tiempo indefinido. Entre los medicamentos de mantenimiento se incluyen, entre otros, los usados para tratar padecimientos tales como:

- Hipertensión (presión alta)
- Colesterol
- Diabetes
- Gota
- Artritis

En los planes Cigna y Allegiance, los medicamentos de mantenimiento tienen que pedirse a través de un suministro para 90 días. Usted ahorra dinero cuando recibe sus medicamentos solo cuatro veces al año en lugar de 12 veces. Además, paga un copago más bajo por un suministro para 90 días que para tres suministros de 30 días.

La seguridad es lo primero

Si usted tiene un nuevo medicamento recetado de mantenimiento, las primeras dos veces se puede despachar un suministro para 30 días de manera que pueda probarlo y asegurarse de que funciona para usted. Después de surtirlo para 30 días por segunda vez, el plan solo cubre los medicamentos de mantenimiento si se surten para 90 días.



EXPRESS SCRIPTS®

Express Scripts es la mejor manera de recibir los medicamentos de mantenimiento en su casa. Para una receta nueva, pida al consultorio del médico que envíen la receta de forma electrónica a Express Scripts Home Delivery, (use el código de facturación NCPDP 2623735) o pida al consultorio del médico que llamen al 888-327-9791 para recibir un formulario de pedido por fax. Para repetir sus medicamentos recetados en línea, inicie sesión en la **aplicación myCigna** o visite **myCigna.com**. Dé clic en la **pestaña Prescriptions** (Recetas) y después en **select Manage Prescriptions** (seleccionar Manejar las recetas).



Cigna 90 Now

Cigna 90 Now es una red de farmacias de medicamentos de mantenimiento donde puede recoger sus medicamentos recetados en una farmacia local.

Para encontrar una farmacia Cigna 90 Now, visite **Cigna.com/Rx90network**. Dé clic en el botón **FIND A PHARMACY** y busque las farmacias con el ícono de 90 días.



¡Importante! La primera vez que inicie sesión en Express Scripts, necesitará aceptar los términos y condiciones, confirmar la dirección y configurar el pago, seleccionar las preferencias de comunicación e inscribirse en opciones de repeticiones automáticas.

Tabla de comparación de costos de recetas de Cigna y Allegiance

Farmacia				
	Plan médico Major	Plan médico Comprehensive	Plan médico Core	Plan médico Limited
	DENTRO DE LA RED			
Suministros para la diabetes	\$0 de copago para suministros para la diabetes y medicamentos orales genéricos para la diabetes	\$0 de copago para suministros para la diabetes y medicamentos orales genéricos para la diabetes	\$0 de copago para suministros para la diabetes y medicamentos orales genéricos para la diabetes	\$0 de copago para suministros para la diabetes y medicamentos orales genéricos para la diabetes. Límite de 36 surtidos cubiertos por año; minorista y pedido por correo combinados
Máximo anual de su propia cuenta (individual/familiar)	\$7,000/\$14,000	\$4,500/\$9,000	\$6,725/\$13,450	\$7,000/\$14,000
Deducible anual (Excluye genéricos)	\$75 por persona; minorista/por correo combinados	\$75 por persona; minorista/por correo combinados	Sujeto a deducible de \$6,725	\$75 por persona; minorista/por correo combinados
Genérico minorista - Nivel 1	\$10 de copago, sin deducible	\$10 de copago, sin deducible		\$10 de copago, sin deducible
Marca minorista – Nivel 2	\$40 o 20% hasta \$100 después del deducible	\$40 o 20% hasta \$100 después del deducible		\$40 o 20% hasta \$100 después del deducible
Marca minorista – Nivel 3	\$75 o 30% hasta \$100 después del deducible	\$75 o 30% hasta \$100 después del deducible		No cubierto
Se requiere pedido por correo o Cigna 90 Now Pharmacy (suministro para 90 días) para TODOS los medicamentos de mantenimiento, vea la página 15.				
Genéricos - Nivel 1	\$20 de copago, sin deducible	\$20 de copago, sin deducible	Sujeto a deducible de \$6,725	\$20 de copago, sin deducible
Marca comercial – Nivel 2	\$100 de copago, después del deducible	\$100 de copago, después del deducible		\$100 de copago, después del deducible
Marca comercial – Nivel 3	\$187.50 de copago, después del deducible	\$187.50 de copago, después del deducible		No cubierto
Especialidad – Nivel 4 (Pedido por correo solamente)	30% hasta \$250, suministro de 30 días	30% hasta \$250, suministro de 30 días		No cubierto

Medicamentos de especialidad

Los medicamentos de especialidad tratan enfermedades complejas. Se administran de distintas formas, incluyendo en el hogar, en el consultorio del médico, clínica de infusión, etc. Son sumamente caros, algunos cuestan cientos de miles de dólares al año.



Accredo es la farmacia de medicamentos de especialidad de Cigna. Todos los medicamentos de especialidad se TIENEN que surtir a través a Accredo, incluyendo la primera vez de una receta. Accredo entrega los medicamentos a los participantes más rápido. Sus farmacéuticos y enfermeras capacitados en medicamentos de especialidad le brindan apoyo y un cuidado personalizado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si tiene alguna pregunta o inquietud en conexión con un medicamento de especialidad y el acceso a los programas de ayuda a los miembros, llame al **800-622-5579**.

SaveonSP

SaveonSP es un programa de asistencia para copagos del fabricante. Ciertos medicamentos de especialidad son elegibles para asistencia para cubrir los copagos. Si usted está surtiendo un medicamento elegible, un representante de SaveonSP lo llamará para hablarle sobre la inscripción. Si usted decide participar, pagará \$0 por su medicamento. **Sin embargo, si decide no participar, tendrá gastos de su propia cuenta cuando surta su receta.**



¿A dónde acude cuando está enfermo o lesionado?

Use esta práctica guía.



Línea de información de salud las 24 horas

Gratis

Para participantes de Cigna y Allegiance
Información no de emergencia

- Opciones de tratamiento sugerido para problemas menores
- Ayuda para decidir si necesita que lo revise un proveedor



MDLIVE

Gratis

Para participantes de Cigna y Allegiance
Problemas menores

- | | |
|-------------|-------------------------|
| • Alergias | • Infecciones |
| • Asma | • Picaduras de insectos |
| • Resfriado | • Infecciones urinarias |
| • Fiebre | |



Clínica conveniente de cuidado de la salud

\$

Enfermedades y lesiones leves, vacunas

- Resfrío común/gripe
- Sarpullido/erupciones o problemas de la piel
- Dolor de garganta, infección en el oído, dolor en los senos paranasales
- Cortaduras o quemaduras leves
- Prueba de embarazo
- Vacunación



Médico de cuidado primario:

\$\$

Cuidado preventivo, referencias

- Problemas generales de salud
- Servicios preventivos
- Chequeos de rutina
- Vacunas y revisiones



Centro de urgencias

\$\$\$

Tratamiento urgente para padecimientos que no ponen en peligro la vida

- Cortaduras leves, esguinces, quemaduras, sarpullido/erupciones
- Fiebre y síntomas de la gripe
- Dolores de cabeza
- Dolor crónico de la espalda baja
- Dolor en las articulaciones
- Síntomas respiratorios leves
- Infecciones urinarias



Sala de emergencia

\$\$\$\$

Tratamiento inmediato para padecimientos graves o que ponen en peligro la vida*

- Debilidad o entumecimiento repentino
- Sangrado descontrolado
- Convulsión o pérdida de la conciencia
- Dificultad para respirar
- Dolor de pecho
- Lesión en la cabeza/trauma grave
- Sobredosis

¿Todavía no sabe a dónde ir?

Para situaciones no de emergencia y consejo sobre a dónde debe ir, los participantes de Cigna pueden llamar a la Línea de información de salud (Health Information Line) las 24 horas del día al 800-244-6224. Una enfermera estará disponible para brindarle sugerencias de opciones de tratamiento, así como para ayudarle a decidir si necesita que un proveedor lo vea en persona.

*Las visitas no manejables tendrán un copago de \$500, que se eximirá si es necesaria una admisión hospitalaria. Las visitas manejables a sala de emergencia por padecimientos no de emergencia y que no ponen en peligro la vida estarán sujetas al deducible y el coaseguro del plan para los participantes de Cigna y Allegiance.

USO DE MDLIVE A TRAVÉS DE CIGNA O ALLEGIANCE

MDLIVE®

Hable con médicos certificados las 24 horas del día, los siete días de la semana. Hay \$0 de copago en las primeras cinco consultas por persona por año y luego, \$10 de copago por consulta.



Cigna



Participantes de los planes Comprehensive, Major y Core

VISITE mdliveforcigna.com o siga el enlace en mycigna.com

LLAME sin cargo al 888-726-3171

VISITE MDLIVE.com/GetApp para obtener un enlace y descargar la aplicación MDLIVE

Allegiance[®]
a Cigna Company



Participantes del plan Limited

VISITE mdlive.com/oreillyltd

LLAME sin cargo al 877-753-7992

VISITE MDLIVE.com/GetApp para obtener un enlace y descargar la aplicación MDLIVE



Su anfitrión de cuidado de la salud

Cigna One Guide (solo para participantes de Cigna)

Asistencia personal para el cuidado de la salud 24/7/365



Llame al **800-Cigna24**
(800-244-6224)



Inicie sesión en
myCigna.com



Dé clic para tener un chat en línea y en la
Aplicación myCigna

Programa de embarazos sanos, bebés sanos de Cigna y el Programa de maternidad de Allegiance

Los miembros y dependientes inscritos en uno de los planes médicos Cigna o Allegiance de O'Reilly pueden participar en un programa diseñado para ayudarlos a usted y a su bebé a mantenerse sanos durante el embarazo. El programa Embarazos sanos, bebés sanos de Cigna y el Programa de maternidad de Allegiance les motiva a usted o a su cónyuge bajo cobertura a obtener cuidado prenatal desde el principio del embarazo y brindan apoyo para un embarazo y un bebé sanos.

- **incentivo de una tarjeta de regalo de \$250 si se inscribe antes de finalizar su primer trimestre.**
- **incentivo de una tarjeta de regalo de \$125 si se inscribe antes de finalizar su segundo trimestre.**

PARA INSCRIBIRSE:

Los participantes en los planes **Comprehensive, Major** y **Core** de Cigna, llamen al **800-615-2906**. Los participantes del plan **Limited** de Allegiance llamen al **877-792-7827**, opción 1, o visíten askallegiance.com.

Programas de manejo de estilo de vida

Dejar de fumar, bajar de peso y manejo del estrés

Los miembros de equipo cubiertos por los planes de Cigna o Allegiance pueden llamar al **855-246-1873** para inscribirse en un programa para dejar de fumar, manejo del estrés o control de peso. También puede inscribirse en línea en myCigna.com.

Incentivos de Cigna

Puede ganar \$50 por completar uno de los tres programas de coaching mencionados antes o por realizarse una mamografía, prueba de Papanicolaou, colonoscopía o PSA (antígeno específico de la próstata). El incentivo máximo que puede ganar en un año es \$100.

Una vez que se haya procesado su reclamación y Cigna muestre que usted califica para el incentivo, puede canjear su premio siguiendo estos pasos:

- Visite myCigna.com.
- Dé clic en **Incentive Rewards** (Recompensas de incentivo) y siga las instrucciones en la pantalla.
- Llame a Cigna al **800-244-6224** si necesita ayuda.

Preinscripción

Para preguntas sobre preinscripción, puede llamar a Cigna One Guide al **800-244-6224**.

myCigna

Regístrate en [myCigna](http://myCigna.com) si está inscrito en cualquiera de los planes de Cigna. Usted tiene acceso a sus tarjetas de identificación, directorios de proveedores, rastreo de reclamaciones, rastreo de deducibles y más.

Visite myCigna.com o abra la aplicación [myCigna](#).



Los miembros de equipo en una región de California cubierta por Kaiser pueden elegir entre dos planes HMO de Kaiser, así como entre los cuatro planes de Cigna/Allegiance. Los planes Kaiser cubren únicamente servicios de proveedores dentro de la red.

El plan **KAISER SELECT** cubre las necesidades de la mayoría de los miembros de equipo que buscan la cobertura de Kaiser. Este plan ofrece una prima más baja que el plan **KAISER ELITE**, pero tendrá más gastos por su propia cuenta en el momento de recibir el servicio. El plan Elite podría ser una opción para los miembros de equipo que están dispuestos a pagar una prima más alta para tener gastos más bajos en el momento de recibir el servicio. Este plan puede que cubra mejor las necesidades de las personas que usan el seguro con más frecuencia.

Los planes de Kaiser brindan acceso a cuidados con copagos, un gasto anual predecible y protección contra reclamaciones costosas o catastróficas imprevistas. Los planes Kaiser de California solo cubren servicios de proveedores dentro de la red.

SERVICIOS	Plan médico de Kaiser SELECT (CA)	Plan médico de Kaiser ELITE (CA)
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED
Deducible anual (individual/familiar)	\$2,500/\$5,000	\$1,000/\$2,000
Máximo anual de su propia cuenta (individual/familiar)	\$5,000/\$10,000	\$3,000/\$6,000
Servicios de médicos	Visita al consultorio: \$40 de copago Visita al consultorio de especialista: \$40 de copago Visita a cuidado de urgencia: \$40 de copago	Visita al consultorio: \$20 de copago Visita al consultorio de especialista: \$20 de copago Visita a cuidado de urgencia: \$20 de copago
Internación hospitalaria	30% después del deducible	20% después del deducible
Hospitalización ambulatoria	30% después del deducible	20% después del deducible
Sala de emergencia	30% después del deducible	20% después del deducible
Radiología avanzada	30% hasta \$50 después del deducible	20% hasta \$50 después del deducible
Servicios de bienestar/preventivos	Sin costo	Sin costo
Terapias ambulatorias: Terapia física/ocupacional/ del habla	\$40 por visita	\$20 por visita
La mayoría de los demás servicios cubiertos con coaseguro después de cumplir con el deducible	30% después del deducible	20% después del deducible
Salud mental	Paciente hospitalizado: 30% después del deducible Ambulatorio: \$40 por visita al consultorio	Paciente hospitalizado: 20% después del deducible Ambulatorio: \$20 por visita al consultorio
Farmacia minorista (suministro hasta para 30 días)		
Deducible anual (Excluye genéricos)	Ninguno	Ninguno
Genérico minorista - Nivel 1	Genéricos: \$10 suministro de hasta 30 días Marca comercial: \$30 suministro de hasta 30 días Especialidad: 20% hasta \$150	Genéricos: \$10 suministro de hasta 30 días Marca comercial: \$30 suministro de hasta 30 días Especialidad: 20% hasta \$150
Marca minorista – Nivel 2		
Marca minorista – Nivel 3		
Medicamentos especializados - Nivel 4		
Farmacia de pedidos por correo		
Medicamentos genéricos - Nivel 1	Genéricos: \$10 suministro de hasta 30 días \$20 suministro de 31-100 días	Genéricos: \$10 suministro de hasta 30 días \$20 suministro de 31-100 días
Marca comercial – Nivel 2	Marca comercial: \$30 suministro de hasta 30 días \$60 suministro de 31-100 días	Marca comercial: \$30 suministro de hasta 30 días \$60 suministro de 31-100 días
Marca comercial – Nivel 3		

Primas quincenales	Plan médico de KAISER Select (CA)		Plan médico de Kaiser ELITE (CA)	
COBERTURA	Prima completa	Descuento por no usar tabaco	Prima completa	Descuento por no usar tabaco
Solo miembro de equipo	\$96.75	\$87.08	\$114.34	\$102.91
El miembro de equipo y su cónyuge o pareja registrada	\$218.60	\$196.74	\$258.35	\$232.51
Miembro de equipo e hijos	\$198.73	\$178.86	\$234.86	\$211.38
Miembro de equipo y familia	\$305.94	\$275.34	\$361.57	\$325.41

Participantes de Kaiser California

Los participantes de Kaiser pueden acceder a telemedicina en kp.org/mydoctor/videovisits





Los miembros de equipo en Hawái pueden elegir entre el plan HMO de Kaiser o el plan HMSA PPO. El plan Kaiser de Hawái solo cubre servicios de proveedores dentro de la red.

**Plan Médico**

SERVICIOS	Plan médico de Kaiser (HI)	Plan médico HMSA
DENTRO DE LA RED		DENTRO DE LA RED
Deductible anual (individual/familiar)	\$0	\$200/\$600
Máximo anual de su propia cuenta (individual/familiar)	\$2,500/\$7,500	\$2,200/\$6,600
Servicios de médicos	Visita al consultorio: \$15 de copago Visita al consultorio de especialista: \$15 de copago Visita a cuidado de urgencia: \$15 de copago	Visita al consultorio: \$12 de copago Visita al consultorio de especialista: \$12 de copago Visita a cuidado de urgencia: \$12 de copago
Internación hospitalaria	20%	10% después del deductible más \$12 por visita médica
Hospitalización ambulatoria	20%	10% después del deductible más \$12 por visita médica
Sala de emergencia	20%	20% después del deductible más \$12 por visita médica
Radiología avanzada	Paciente hospitalizado: Sin costo Ambulatorio: 20% de los cargos aplicables	Paciente hospitalizado: 10% después del deductible Ambulatorio: 20% después del deductible
Servicios de bienestar/preventivos	Sin costo	Sin costo
Terapias ambulatorias: Terapia física/ocupacional/ del habla	\$15 por visita	20% después del deductible
Laboratorio diagnóstico ambulatorio	Laboratorios básicos: \$15 Laboratorios de especialidad: 20%	20% después del deductible
Pruebas diagnósticas y radiografías ambulatorias	Imágenes básicas (incluyendo radiografías): \$15 Imágenes de especialidad: 20%	20% después del deductible
Salud mental	Paciente hospitalizado: 20% Ambulatorio: \$15 de copago por visita	Paciente hospitalizado: 10% después del deductible Ambulatorio: \$12 de copago por visita
Farmacia minorista (suministro para 30 días)		
Nivel 1	Genéricos para enfermedades crónicas: \$3 de copago	Genéricos: \$7 de copago
Nivel 2	Genéricos no cubiertos en el Nivel 1: \$10 de copago	Marca preferida: \$30 de copago
Nivel 3	Marca comercial: \$45 de copago	Marca no preferida: \$30 de copago más \$45 de costo compartido
Nivel 4	Especialidad: \$200 de copago	Especialidad preferida: \$100 de copago
Pedidos por correo, farmacia (suministro para 90 días)		
Nivel 1	Genéricos para enfermedades crónicas: \$6 de copago	Genéricos: \$11 de copago
Nivel 2	Genéricos no cubiertos en el Nivel 1: \$20 de copago	Marca preferida: \$65 de copago
Nivel 3	Marca comercial: \$90 de copago	Marca no preferida: \$65 de copago más \$135 de costo compartido

**Participantes de
Kaiser Hawái**

Los participantes de Kaiser pueden acceder a telemedicina en kp.org/mydoctor/ videovisits



COBERTURA	Primas quincenales	Plan médico de HI Kaiser		Plan médico HMSA	
		Prima completa	Descuento por no usar tabaco	Prima completa	Descuento por no usar tabaco
Solo miembro de equipo	\$6.34	\$5.70	\$6.34	\$5.70	
Miembro de equipo y cónyuge	\$213.27	\$191.95	\$257.78	\$232.00	
Miembro de equipo e hijos	\$191.94	\$172.75	\$231.99	\$208.79	
Miembro de equipo y familia	\$319.91	\$287.92	\$386.66	\$347.99	

O'Reilly ofrece **tres planes médicos complementarios** a tarifas económicas para usted y para sus dependientes.

Los participantes en los planes de Indemnización por hospitalización, Enfermedad grave y Seguro contra accidentes reciben un pago en efectivo de una suma global cuando tienen una hospitalización, enfermedad o lesión cubiertas. El dinero se le paga a usted directamente y se puede usar de cualquier manera: para los gastos no cubiertos por el seguro médico, deducibles, gastos de la vida diaria, hipoteca, servicios públicos, etc.

COORDINAR LOS SEGUROS PARA UNA MAYOR SEGURIDAD FINANCIERA

Seguro médico



Cantidades pagadas por su seguro médico a los proveedores después de estar cubierto su deducible.

Seguro de Indemnización por hospitalización

Proporciona un beneficio en efectivo por cada día que está internado en un hospital, hasta por 10 días.

Enfermedad grave

Proporciona un beneficio en una suma global al diagnosticarse una enfermedad cubierta, incluyendo cáncer y enfermedades vasculares.

Seguro contra accidentes

Pagos de beneficios fijos para gastos relacionados y tratamientos resultantes de más de 80 lesiones accidentales.

Los planes médicos complementarios están diseñados para complementar (no reemplazar) el seguro médico principal. Los beneficios pagados son independientes de las reclamaciones pagadas o la cobertura proporcionada por un plan médico. Los planes médicos complementarios están disponibles para los miembros de equipo de tiempo completo hasta los 79 años de edad, sus cónyuges y sus hijos dependientes desde recién nacidos hasta los 26 años. Puede inscribirse en los tres planes.



¡IMPORTANTE! Si un miembro de equipo y su cónyuge o hijos trabajan para O'Reilly, estos no pueden estar cubiertos en los planes médicos complementarios al mismo tiempo como miembro de equipo y como dependiente.

Para obtener más información sobre el seguro médico complementario, vaya a TeamNet, llame a The Hartford al 866-547-4205, o visite thehartford.com/benefits/myclaim.

Seguro de Indemnización por hospitalización

La mayoría de las personas no tienen suficientes ahorros como para cubrir las facturas de hospital inesperadas y los deducibles médicos. El Seguro de Indemnización por hospitalización le ofrece tranquilidad si usted o un miembro de la familia cubierto es hospitalizado. Con el Seguro de Indemnización por hospitalización, usted recibirá un pago en una suma global cuando sea admitido en el hospital. Para que se considere como admitido en el hospital, tiene que estar en el hospital por lo menos 20 horas.



Plan Standard

Beneficio	Pago
Primer día de internación hospitalaria	\$1,000; pagadero una vez por año
Internación hospitalaria diaria	\$100; hasta 10 días por año

Primas quincenales	
Solo miembro de equipo	\$3.92
Miembro de equipo y cónyuge	\$8.15
Miembro de equipo e hijos	\$7.54
Miembro de equipo y familia	\$12.30

Plan Premium

Beneficio	Pago
Primer día de internación hospitalaria	\$1,500; pagadero una vez por año
Internación hospitalaria diaria	\$100; hasta 30 días por año
Diaria UCI	\$100; hasta 10 días por año
Internación diaria mental/nerviosos	\$100; hasta 60 días por año
Internación diaria por abuso de sustancias	\$100; hasta 60 días por año

Primas quincenales	
Solo miembro de equipo	\$5.36
Miembro de equipo y cónyuge	\$11.10
Miembro de equipo e hijos	\$10.56
Miembro de equipo y familia	\$17.09

iNuevo
para 2022!



Ahora tiene **DOS OPCIONES** de Seguro de Indemnización por hospitalización. Revise los beneficios y las primas a la izquierda.



¿Cómo cubriré mi deducible?

Si fuera hospitalizado hoy con su plan médico actual, ¿sabe cómo pagaría el deducible? Aun cuando usted tenga ahorros para los imprevistos, ¿quiere usarlos para el cuidado médico? Los planes médicos complementarios no sustituyen su plan médico principal a través de Cigna, Kaiser, Allegiance o HMSCA. Sin embargo, son una manera económica de cubrir su deducible en caso de una enfermedad grave, un accidente o una hospitalización inesperada. Las primas complementarias son asequibles y la cobertura complementaria elimina gran parte del riesgo financiero del cuidado médico inesperado.

Una enfermedad grave puede ser devastadora para su vida y para su familia por la carga de facturas médicas altas al mismo tiempo que puede ser difícil trabajar.

Con el seguro de Enfermedad grave, usted recibe un pago de suma global cuando se le diagnostica una enfermedad cubierta. Este plan lo ayuda a asegurarse de estar mejor preparado en caso de una enfermedad grave.

Según este plan, usted y sus dependientes son elegibles para cobertura y usted puede elegir entre cuatro cantidades de beneficio: **\$5,000, \$10,000, \$20,000, o \$30,000.**

Si es diagnosticado con una enfermedad cubierta, recibirá un porcentaje de la cantidad del beneficio de acuerdo con las disposiciones del plan. Se pueden aplicar limitaciones preexistentes.

Los beneficios para el cónyuge son el 75% de la cobertura del miembro de equipo. Los niños están cubiertos hasta \$10,000.

Cantidades del beneficio por enfermedad/padecimiento cubiertos

- Ataque cardíaco – 100%
- Cáncer invasivo – 100%
- Derrame cerebral – 100%
- Bypass de arteria coronaria – 25%
- Coma – 100%
- Cáncer no invasivo – 25%
- Parálisis – 100%
- Enfermedad de Alzheimer – 100%
- Pérdida de la vista, el habla o la audición – 25%
- Trasplante de órganos vitales – 100%
- Insuficiencia renal – 100%

Puede encontrar una lista completa de las enfermedades cubiertas en el documento del plan disponible en TeamNet en Human Resources > Benefits > Critical Illness.

¿Cómo funciona?

A manera de ejemplo, usted se inscribió en un beneficio de \$20,000 y le diagnostican un cáncer invasivo. Después de la cirugía para extirpar el tumor, usted está en coma.

Cáncer invasivo: **\$20,000**

Coma: **\$20,000**

Total: **\$40,000**

Las tarifas de las primas para enfermedad grave se basan en su edad (por grupos de cinco años) y en quién está cubierto en el plan. También hay tarifas más bajas para no usuarios de tabaco. Por favor, vea los planes y los costos en la página 23.

Primas quincenales para no usuarios de tabaco

Primas quincenales				
\$5,000 No usuario de tabaco				
EDAD	Miembro de equipo	Miembro de equipo y cónyuge	Miembro de equipo e hijo	Miembro de equipo y familia
18-24	\$0.36	\$0.54	\$0.60	\$0.81
25-29	\$0.48	\$0.71	\$0.69	\$0.96
30-34	\$0.55	\$0.81	\$0.72	\$1.02
35-39	\$0.71	\$1.06	\$0.86	\$1.23
40-44	\$1.00	\$1.50	\$1.13	\$1.64
45-49	\$1.56	\$2.35	\$1.68	\$2.49
50-54	\$1.92	\$2.92	\$2.02	\$3.04
55-59	\$2.64	\$4.05	\$2.74	\$4.16
60-64	\$3.44	\$5.28	\$3.52	\$5.38
65-69	\$4.81	\$7.37	\$4.89	\$7.47
70-74	\$6.60	\$10.11	\$6.68	\$10.21
75-79	\$8.66	\$13.24	\$8.75	\$13.34

Primas quincenales				
\$10,000 No usuario de tabaco				
EDAD	Miembro de equipo	Miembro de equipo y cónyuge	Miembro de equipo e hijo	Miembro de equipo y familia
18-24	\$0.72	\$1.07	\$1.19	\$1.62
25-29	\$0.96	\$1.43	\$1.38	\$1.92
30-34	\$1.09	\$1.63	\$1.44	\$2.03
35-39	\$1.42	\$2.11	\$1.71	\$2.46
40-44	\$2.00	\$2.99	\$2.25	\$3.28
45-49	\$3.12	\$4.71	\$3.36	\$4.98
50-54	\$3.84	\$5.84	\$4.05	\$6.08
55-59	\$5.28	\$8.09	\$5.48	\$8.32
60-64	\$6.87	\$10.56	\$7.05	\$10.77
65-69	\$9.61	\$14.74	\$9.79	\$14.94
70-74	\$13.19	\$20.22	\$13.37	\$20.43
75-79	\$17.32	\$26.48	\$17.49	\$26.69

Primas quincenales				
\$20,000 No usuario de tabaco				
EDAD	Miembro de equipo	Miembro de equipo y cónyuge	Miembro de equipo e hijo	Miembro de equipo y familia
18-24	\$1.42	\$2.13	\$1.90	\$2.69
25-29	\$1.90	\$2.83	\$2.33	\$3.33
30-34	\$2.18	\$3.24	\$2.52	\$3.64
35-39	\$2.83	\$4.21	\$3.12	\$4.55
40-44	\$4.00	\$5.96	\$4.25	\$6.25
45-49	\$6.23	\$9.38	\$6.47	\$9.66
50-54	\$7.67	\$11.65	\$7.87	\$11.89
55-59	\$10.55	\$16.14	\$10.75	\$16.37
60-64	\$13.72	\$21.08	\$13.90	\$21.28
65-69	\$19.20	\$29.41	\$19.37	\$29.62
70-74	\$26.34	\$40.37	\$26.52	\$40.58
75-79	\$34.60	\$52.88	\$34.77	\$53.09

Primas quincenales				
\$30,000 No usuario de tabaco				
EDAD	Miembro de equipo	Miembro de equipo y cónyuge	Miembro de equipo e hijo	Miembro de equipo y familia
18-24	\$2.13	\$3.18	\$2.61	\$3.74
25-29	\$2.85	\$4.24	\$3.28	\$4.74
30-34	\$3.27	\$4.86	\$3.61	\$5.26
35-39	\$4.24	\$6.30	\$4.54	\$6.65
40-44	\$5.99	\$8.93	\$6.24	\$9.22
45-49	\$9.33	\$14.06	\$9.57	\$14.34
50-54	\$11.50	\$17.46	\$11.70	\$17.70
55-59	\$15.82	\$24.18	\$16.02	\$24.42
60-64	\$20.57	\$31.59	\$20.75	\$31.80
65-69	\$28.78	\$44.09	\$28.95	\$44.29
70-74	\$39.50	\$60.52	\$39.68	\$60.73
75-79	\$51.87	\$79.28	\$52.05	\$79.49

Las tarifas se basan en su edad el 1 de septiembre de 2021. Las tarifas para usuarios de tabaco se encuentran en TeamNet en Human Resources > Benefits > Critical Illness o en el sistema de inscripción en myHR.



Las aventuras y los accidentes van de la mano

La vida está llena de aventuras, pero los estilos de vida más activos son los más propensos a sufrir accidentes. ¿Tiene alguna de estas aventuras en sus planes?

- Niños y deportes
- Pesca y caza
- Arreglar autos
- Deportes acuáticos y todo terreno
- Hacer remodelaciones de su casa
- Hornear y asar
- Trabajar en el jardín
- Viajar en la nieve y el hielo

Añada la protección del Seguro contra accidentes para usted y su familia durante la inscripción abierta.

Todos los días ocurren accidentes.

Nos toman por sorpresa. Pueden hacer que cualquiera sienta que no está preparado. Ya sea que usted y su familia estén practicando deportes, en una parrillada familiar o disfrutando de las vacaciones, un accidente inesperado dará lugar a gastos inesperados.

El Seguro contra accidentes podría ser una buena opción para las personas y las familias activas para ayudarlos a cubrir estos gastos. Su plan médico lo ayudará con los costos médicos, pero su Seguro contra accidentes lo ayudará a pagar los gastos por su propia cuenta, tales como deducibles y los gastos no cubiertos. Con el Seguro contra accidentes, usted recibe un pago de suma global para ayudarlos a usted y a su familia a sobrellevar la situación.

Usted apreciará los beneficios del Seguro contra accidentes cuando vea que todo está cubierto.

Entre los ejemplos se incluye:

- Fracturas
- Dislocaciones
- Tratamiento para las lesiones deportivas de los niños
- Ambulancia terrestre y aérea
- Ingreso e internación hospitalaria
- Cirugía ambulatoria
- Centro ambulatorio de urgencias
- Exámenes de diagnóstico, radiografías y otros servicios de emergencia
- Visita médica inicial y de seguimiento
- Servicios de quiropráctica y acupuntura
- Fisioterapia
- Servicios de recuperación de seguimiento

Puede encontrar una lista completa de los accidentes y servicios cubiertos en el documento del plan disponible en TeamNet en Human Resources > Benefits > Accident Insurance.

Ejemplo de reclamación al Seguro contra accidentes

La lesión de softball de Sofie

Ambulancia hacia el hospital	\$380
Visita a sala de emergencia	\$185
Radiografía facial	\$50
Dislocación de la mandíbula	\$500
Fractura facial	\$340
Admisión hospitalaria	\$1,000
Pago de suma global	\$2,455

Esto es solo un ejemplo. Si las cantidades difieren de las que se incluyen en el documento del plan, el documento del plan prevalecerá.

Primas quincenales

Solo miembro de equipo	\$1.96
Miembro de equipo y cónyuge	\$3.84
Miembro de equipo e hijos	\$5.21
Miembro de equipo y familia	\$7.09

¡NO OLVIDE HACER SU RECLAMACIÓN!



Cuando ocurre un accidente, si usted tiene Seguro contra accidentes, no olvide hacer su reclamación. Cuando una lesión no planificada la causa dolor o estrés, es fácil olvidar que tendrá que pagar.



Usted depende de sus ojos para encargarse de las tareas más importantes.



Permita que el seguro para la vista EyeMed se encargue de mantener en buen estado su visión. El cuidado de la vista es más asequible que nunca, con exámenes de la vista económicos y cobertura de lentes regulares y de contacto. O'Reilly se ha asociado con EyeMed para proporcionar armazones gratis y otras ofertas a través de Freedom Pass.

Freedom Pass – Target Optical

Cuando usted se inscribe en EyeMed, disfrutará de una oferta especial de Target Optical. Con \$0 de gastos por su propia cuenta, usted obtiene cualquier armazón disponible, de cualquier marca, sin importar el precio de venta original; incluso marcas principales como Ray-Ban y Oakley. Además, obtiene ahorros adicionales en sus lentes. Para canjear su oferta, indique el código 755288. Esta oferta tiene que usarse junto con su beneficio de EyeMed.

Para ver otras ofertas especiales disponibles para usted, dé clic en SPECIAL OFFERS en la aplicación de EyeMed.

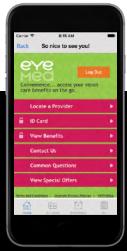
WALMART: Walmart es un proveedor de la red EyeMed para los participantes del plan de O'Reilly.

AUDÍFONOS: Los participantes del plan para el cuidado de la vista también son elegibles para descuentos en audífonos. Los participantes de EyeMed pueden llamar a Amplifon al 877-203-0675 para obtener más información sobre los beneficios para audífonos.

Red EyeMed Insight	
Examen	
Examen de rutina	\$5 de copago
Lentes de contacto estándar y seguimiento	Adultos: Hasta \$40 de copago, Niños: \$0 de copago
Examen de la retina	\$30 de copago
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	
Desechables	Límite de \$175
Convencional	Límite de \$175 (15% de descuento en el saldo)
Armazones (en lugar de lentes de contacto)	
	Límite de \$175 (20% de descuento en el saldo)
Lentes recetados (en lugar de lentes de contacto)	
Monofocales, bifocales y trifocales	\$15 de copago
Progresivos estándar	\$40 de copago
Tinte y revestimiento resistente a rayones	\$15 de copago cada uno
Policarbonato	\$10 de copago
Revestimiento antirreflejo estándar	\$40 de copago
Frecuencia (Niños menores de 19 años pueden tener dos exámenes cada 12 meses si es necesario)	
Examen, lentes o lentes de contacto	12 meses
Armazones	12 meses

Las cantidades que se muestran en esta tabla representan la parte del costo del participante y suponen la utilización de los proveedores dentro de la red. Cuando se indican límites, el participante es responsable de cualquier cantidad por encima del límite.

Primas quincenales	
Solo miembro de equipo	\$2.76
Miembro de equipo y cónyuge	\$5.24
Miembro de equipo e hijos	\$5.52
Miembro de equipo y familia	\$7.72



EyeMed

Visite eyemedvisioncare.com/oreilly

Descargue la aplicación móvil EyeMed



¿Está de camino a tener una mejor sonrisa?

El tener una excelente salud oral se ha vinculado con una mejor salud general resultando en tasas menores de diabetes, cáncer oral y enfermedades cardíacas. Además, las limpiezas dentales regulares hacen que usted se sienta mejor, coma mejor y ¡sonría más!



Los planes Dentales de O'Reilly a través de Cigna lo ayudarán a mantener sus dientes y encías en excelentes condiciones.

COMPARE ESTOS PLANES DENTALES DE CIGNA

Cigna Standard PPO

- Primas más bajas
- Beneficio máximo anual más bajo
- No hay cobertura para implantes ni ortodoncia

Cigna Premium PPO

- Primas un poco más altas
- Beneficio máximo anual más alto
- Cobertura parcial para implantes y ortodoncia

Cigna Standard PPO y Cigna Premium PPO

Cuando compare, recuerde que las Reclamaciones de PPO pagadas por servicios preventivos **NO** cuentan para el máximo anual.

	Cigna Standard PPO	Cigna Premium PPO
Deductible anual		
Servicios preventivos	\$0	\$0
Servicios básicos y mayores	\$50 individual/\$150 familiar	\$25 individual/\$75 familiar
Beneficio máximo		
Máximo anual	\$1,250	\$2,000
Máximo de ortodoncia de por vida	No cubierto	\$2,000
Servicios preventivos (No hay cargo y no se aplica al máximo anual)		
Limpieza/examen/radiografías de rutina	2 por año	2 por año
Radiografías de boca completa/panorámica	Cada 60 meses	Cada 60 meses
Aplicación de fluoruro	Menores de 19 años	Menores de 19 años
Selladores	Menores de 14 años	Menores de 14 años
Separadores (no de ortodoncia)	Menores de 19 años	Menores de 19 años
Servicios dentales básicos		
Empastes, conductos radiculares y periodoncia	20% después del deducible	20% después del deducible
Extracciones y cirugía bucal	20% después del deducible	20% después del deducible
Servicios dentales complejos		
Coronas, puentes, dentaduras postizas, incrustaciones (inlays y onlays) de restauración	50% después del deducible	40% después del deducible
Implantes	No cubierto	40% después del deducible
Ortodoncia		
Hijos menores de 19 años	No cubierto	50% de la tarifa contratada hasta \$2,000 de por vida

Primas quincenales	Cigna Standard PPO	Cigna Premium PPO
Solo miembro de equipo	\$4.46	\$6.39
Miembro de equipo y cónyuge	\$10.22	\$14.17
Miembro de equipo e hijos	\$10.47	\$13.61
Miembro de equipo y familia	\$15.78	\$22.31



Para obtener información o encontrar un proveedor, visite cigna.com o inicie sesión en myCigna.com. El plan de O'Reilly usa la red Total PPO. Los participantes de Cigna Dental no recibirán una tarjeta de identificación. Los proveedores de la red identificarán a los participantes por su número de Seguro Social.

¡IMPORTANTE!



Vea la norma sobre la Coordinación de beneficios en la página 3 si está considerando el plan dental de O'Reilly además de otro plan dental.

Las cantidades que se muestran en esta tabla representan la parte del costo del participante y suponen la utilización de los proveedores dentro de la red. Cuando se indican máximos, el participante es responsable de cualquier cantidad por encima del máximo.



Otra opción dental para algunos miembros de equipo

Cigna Dental Care Access Plus HMO

Solo los miembros de equipo en áreas selectas tienen la opción de elegir el plan Cigna Dental Care Access Plus (DCAP).

Este plan ofrece primas más bajas y cobertura ilimitada, pero también tiene una red muy limitada y no tiene cobertura fuera de la red, así que usted **TIENE** que considerar todos los detalles antes de inscribirse en el plan DCAP.



Cigna Dental Care Access Plus HMO

- Primas más bajas
- TIENE que vivir en un radio de 25 millas de un Código de área con un mínimo de dos proveedores dentro de la red
- Sin beneficio máximo anual
- El costo compartido son copagos y cantidades de dinero fijas predecibles
- Cubre ortodoncia para adultos

Cigna Dental Care Access Plus HMO – Consideraciones especiales

Este plan **SOLO** está disponible para los miembros de equipo que viven o trabajan en un radio de 25 millas de un Código de área que tenga por lo menos dos proveedores dentro de la red. Si usted vive o trabaja fuera de este radio, no verá esta opción en el sistema de inscripción en TeamNet.

¿Qué pasa si tengo una emergencia dental y no puedo visitar a mi dentista dentro de la red?

Si usted está fuera de su casa y su dentista no está disponible para atenderlo de emergencia, puede recibir atención de cualquier dentista autorizado. Esto es únicamente para servicios inesperados pero necesarios y se limita a aliviar un dolor agudo, controlar un sangrado excesivo o eliminar una infección repentina y grave.

¿Quién es un buen participante para este plan?

Alguien que tiene acceso a un proveedor dentro de la red y necesita una gran cantidad de trabajo dental que excedería las cantidades máximas anuales en los planes PPO.

Recuerde, este plan tiene una red limitada de proveedores y NO es el mejor para todos. Puede encontrar todos los detalles en TeamNet > Benefits > Dental > Cigna Dental Care Access Plus.

NOTA: Si usted se muda fuera del área que tiene dos proveedores en un radio de 25 millas y ya no es elegible para el plan DCAP, automáticamente será cambiado al plan Standard. Si desea cancelar su plan o prefiere el plan Premium, puede hacerlo en myHR en TeamNet en un plazo de 30 días.

¡IMPORTANTE!

Vea la norma sobre la Coordinación de beneficios en la página 3 si está considerando el plan dental de O'Reilly además de otro plan dental.



¿Busca un dentista en la red DCAP?



Vaya a Cigna.com



Llame al **800-244-6224** y elija la red Cigna Dental Care Access Plus.

Primas quincenales	Cigna DCAP HMO
Solo miembro de equipo	\$3.49
Miembro de equipo y cónyuge	\$6.45
Miembro de equipo e hijos	\$7.03
Miembro de equipo y familia	\$10.65

SEGURO DE VIDA BÁSICO, VIDA OPCIONAL, VIDA PARA DEPENDIENTES

Seguro de vida básico y Seguro de vida de término opcional

Como miembro del equipo O'Reilly, usted está cubierto por una póliza de seguro de vida igual a su salario anual. O'Reilly ofrece también, a través de The Hartford, seguro de vida de término opcional con tarifas grupales mucho más bajas de las que tendría de forma independiente. Si usted quiere aprovechar estas tarifas, solo tiene que considerar cuánto podrían necesitar usted y su familia, entonces consultar la tabla de tarifas de abajo.



Consideraciones adicionales:

- Las pólizas de seguro de vida de término no acumulan valor en efectivo como las pólizas de seguro de vida entera.
- La cobertura de todos los seguros de vida se reduce en un 65% a los 70 años y en un 50% a los 75 años.
- La cobertura por encima de los \$350,000 no está garantizada. Para cantidades mayores de \$350,000 siempre se requerirá Prueba de asegurabilidad (EOI).

Primas quincenales Vida opcional														
EDAD	\$10,000	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000	\$250,000	\$300,000	\$350,000	\$400,000	\$450,000	\$500,000	
0-29	\$0.28	\$0.69	\$1.38	\$2.08	\$2.77	\$4.15	\$5.54	\$6.92	\$8.31	\$9.69	\$11.08	\$12.46	\$13.85	
30-39	\$0.39	\$0.98	\$1.96	\$2.94	\$3.92	\$5.88	\$7.85	\$9.81	\$11.77	\$13.73	\$15.69	\$17.65	\$19.62	
40-49	\$0.81	\$2.02	\$4.04	\$6.06	\$8.08	\$12.12	\$16.15	\$20.19	\$24.23	\$28.27	\$32.31	\$36.35	\$40.38	
50-59	\$2.08	\$5.19	\$10.38	\$15.58	\$20.77	\$31.15	\$41.54	\$51.92	\$62.31	\$72.69	\$83.08	\$93.46	\$103.85	
60-69	\$5.86	\$14.65	\$29.31	\$43.96	\$58.62	\$87.92	\$117.23	\$146.54	\$175.85	\$205.15	\$234.46	\$263.77	\$293.08	
70+	\$9.51	\$23.77	\$47.54	\$71.31	\$95.08	\$142.62	\$190.15	\$237.69	\$285.23	\$332.77	\$380.31	\$427.85	\$475.38	

Seguro de vida para dependientes

¡Opciones de cobertura ampliadas para su cónyuge!



Su cónyuge y sus hijos son elegibles también para cobertura de seguro de vida de término según el plan del Seguro de vida para dependientes de O'Reilly. La cobertura familiar, para su cónyuge legal y sus hijos dependientes, es la misma prima baja, sin importar cuántos hijos tenga. Puede incluir a los hijos hasta los 26 años de edad, pero se verificará la situación de estudiante de tiempo completo en el momento de presentar una reclamación para cobertura de dependiente.

Si va a inscribir a su cónyuge, deberá estar inscrito por la misma cantidad de cobertura o superior. (Ejemplo: Si su cónyuge tiene una cobertura de \$50,000, usted debe tener al menos \$50,000 entre su cobertura de Vida básica y su cobertura de Vida opcional.) La cobertura del seguro de vida para dependientes se reduce en un 65% a los 70 años y en un 50% a los 75 años. Las reducciones se basan en la edad del miembro de equipo y no del dependiente.

Primas quincenales Vida para dependientes		
TARIFA	COBERTURA	
Opción 1	\$1.76	\$20,000 para su cónyuge legal
Opción 2	\$0.75	\$10,000 para cada hijo dependiente
Opción 3	\$2.51	\$20,000 para su cónyuge legal y \$10,000 para cada hijo dependiente
Opción 4	\$4.40	\$50,000 para su cónyuge legal
Opción 5	\$5.16	\$50,000 para su cónyuge legal y \$10,000 para cada hijo dependiente

Requisitos de Prueba de asegurabilidad (EOI)

Si usted elige inscribirse en el seguro de vida opcional hasta por \$350,000, seguro de incapacidad a corto plazo o a largo plazo durante su período de elegibilidad inicial, tiene cobertura garantizada. Si decide no inscribirse en ese momento y solicita inscripción durante un período de inscripción abierta o en un plazo de 30 días de un cambio de vida que califique, la cobertura no está garantizada. Podría tener que presentar Prueba de asegurabilidad (EOI) a la aseguradora. También se requiere la EOI de los miembros de equipo para el seguro de vida de término opcional y seguro de vida para dependientes si solicita aumentar su cobertura por más de un nivel o si solicita cobertura por más de \$350,000.



Prueba de
asegurabilidad de Vida
para dependientes

Si no estaba inscrito previamente en Vida para dependientes y elige una cobertura de \$50,000, deberá presentar una Prueba de asegurabilidad (EOI). Si anteriormente estaba inscrito en la cobertura de \$20,000 y pasa a la de \$50,000, no se requiere la EOI.

Muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

El plan del seguro por Muerte accidental y desmembramiento (AD&D) lo cubre a usted o a un miembro de la familia cuando un accidente causa la muerte o una lesión con pérdida de miembros. El seguro AD&D paga una suma global en caso de un accidente cubierto. Se aplica a cualquier lugar donde ocurra un accidente cubierto, como por ejemplo en la casa o en el camino.

Las pólizas de seguro por Muerte accidental y desmembramiento proporcionan también beneficios por accidentes cubiertos que den lugar a parálisis, la pérdida de la vista, de la audición, del habla y más.



El AD&D cubre:

- Pérdida de vida
- Pérdida del habla
- Pérdida de la audición
- Pérdida de una mano, un pie o la vista
- Perdida del dedo pulgar e índice de cualquier mano
- Pérdida de movimiento

Primas quincenales AD&D		
CANTIDAD	SOLO MIEMBRO DE EQUIPO	MIEMBRO DE EQUIPO Y FAMILIA
\$25,000	\$0.52	\$0.73
\$50,000	\$1.04	\$1.46
\$75,000	\$1.56	\$2.18
\$100,000	\$2.08	\$2.91
\$125,000	\$2.61	\$3.64
\$150,000	\$3.11	\$4.37
\$175,000	\$3.64	\$5.09
\$200,000	\$4.15	\$5.81
\$225,000	\$4.68	\$6.54
\$250,000	\$5.22	\$7.27



Los beneficios de AD&D son pagaderos por pérdidas que ocurren en un plazo de 365 días del accidente cubierto.

Se verificará la situación de estudiante de tiempo completo (hasta los 26 años de edad) en el momento de una reclamación de AD&D para dependiente. El miembro de equipo es responsable de quitar a un hijo que no es estudiante de tiempo completo.



O'REILLY
STRONG

INCAPACIDAD A CORTO PLAZO Y LARGO PLAZO



Incapacidad a corto plazo complementaria en algunos estados

Si usted trabaja en California, Hawái, Nueva York, Nueva Jersey o Rhode Island, puede comprar este plan de O'Reilly como un complemento a su plan estatal plan reglamentario. Usted debe evaluar esta opción a base de sus ingresos en O'Reilly y en la cantidad de cobertura ofrecida por su estado.

Los beneficios serán ajustados si tiene otras fuentes de ingreso por incapacidad, como por ejemplo, el Seguro Social, la Compensación al trabajador y los planes de incapacidad del estado.



Cómo presentar una reclamación

Para presentar una reclamación por Incapacidad a corto plazo o Incapacidad a largo plazo, llame a Hartford al 800-216-0434.



La Prueba de asegurabilidad se aplica tanto al STD como al LTD.

Consulte la página 28 para detalles.

Incapacidad a corto plazo (STD)

Si usted se enferma o se lesionó y no puede trabajar, el seguro de Incapacidad a corto plazo puede ayudar a reemplazar una parte de su ingreso como sigue:

- **Período de eliminación:** Tiene que estar incapacitado 14 días antes de que sean pagaderos los beneficios.
- **Cantidad del beneficio:** Los beneficios son pagaderos al 60% de los salarios hasta un máximo de \$1,500 por semana.
- **Duración:** Los beneficios se pagan hasta por 180 días.
- **Maternidad:** Durante el permiso de maternidad para un embarazo normal, los beneficios son pagaderos hasta por cuatro semanas luego del período de eliminación de 14 días.
- **Limitaciones preexistentes** se aplican a este plan.
- **Después de dos años de empleo de tiempo completo consecutivo**, O'Reilly paga el 50% de su prima indicada en la tabla de abajo.

Primas quincenales — Incapacidad a corto plazo

EDAD	SALARIO ANUAL										
	\$15,000	\$20,000	\$25,000	\$30,000	\$35,000	\$40,000	\$45,000	\$50,000	\$55,000	\$60,000	
0-34	\$4.00	\$5.34	\$6.67	\$8.00	\$9.34	\$10.67	\$12.01	\$13.34	\$14.67	\$16.01	
35-49	\$3.21	\$4.28	\$5.35	\$6.42	\$7.49	\$8.56	\$9.63	\$10.70	\$11.77	\$12.84	
50-59	\$3.92	\$5.23	\$6.54	\$7.84	\$9.15	\$10.46	\$11.77	\$13.07	\$14.38	\$15.69	
60+	\$4.99	\$6.66	\$8.32	\$9.99	\$11.65	\$13.31	\$14.98	\$16.64	\$18.31	\$19.97	

Incapacidad a largo plazo (LTD)

El plan de Incapacidad a largo plazo continúa donde termina la Incapacidad a corto plazo y reemplaza una parte de su ingreso si usted está totalmente incapacitado por más de 180 días consecutivos. Durante los primeros dos años de empleo, usted paga la prima completa que se indica abajo para un cantidad del 50% de su sueldo mensual.

Después de dos años consecutivos de servicio de tiempo completo, O'Reilly lo inscribirá automáticamente y pagará la prima completa de este beneficio y el beneficio aumenta al 60% de su sueldo mensual hasta un máximo de \$4,000 al mes para los miembros de equipo no exentos (por hora) y \$10,000 por mes para los miembro de equipo exentos (asalariados).

Los beneficios del plan serán ajustados si tiene otras fuentes de ingreso por incapacidad, como por ejemplo, el Seguro Social, la Compensación al trabajador y los planes de incapacidad del estado.

Primas quincenales — Incapacidad a largo plazo

EDAD	SALARIO ANUAL										
	\$15,000	\$20,000	\$25,000	\$30,000	\$35,000	\$40,000	\$45,000	\$50,000	\$55,000	\$60,000	
0-24	\$0.92	\$1.23	\$1.54	\$1.85	\$2.15	\$2.46	\$2.77	\$3.08	\$3.38	\$3.69	
25-29	\$1.10	\$1.46	\$1.83	\$2.19	\$2.56	\$2.92	\$3.29	\$3.65	\$4.02	\$4.38	
30-34	\$1.38	\$1.85	\$2.31	\$2.77	\$3.23	\$3.69	\$4.15	\$4.62	\$5.08	\$5.54	
35-39	\$1.73	\$2.31	\$2.88	\$3.46	\$4.04	\$4.62	\$5.19	\$5.77	\$6.35	\$6.92	
40-44	\$2.83	\$3.77	\$4.71	\$5.65	\$6.60	\$7.54	\$8.48	\$9.42	\$10.37	\$11.31	
45-49	\$3.98	\$5.31	\$6.63	\$7.96	\$9.29	\$10.62	\$11.94	\$13.27	\$14.60	\$15.92	
50-54	\$5.37	\$7.15	\$8.94	\$10.73	\$12.52	\$14.31	\$16.10	\$17.88	\$19.67	\$21.46	
55+	\$6.40	\$8.54	\$10.67	\$12.81	\$14.94	\$17.08	\$19.21	\$21.35	\$23.48	\$25.62	

¿Qué es el robo de identidad?

El robo de identidad es cuando alguien se roba su información personal para sacar ventaja. La información personal puede incluir su número de Seguro Social, fecha de nacimiento, dirección de correo electrónico y contraseñas. Los delincuentes pueden vaciar las cuentas de retiro, comprar bienes y hasta cometer delitos... todo con el nombre de usted. Algunas veces, pueden pasar años para que alguien se dé cuenta y la restauración puede ser un proceso largo.

EL ROBO DE IDENTIDAD EN NÚMEROS

Una de cada cuatro personas en los Estados Unidos ha sido víctima de robo de identidad. Cada dos segundos, a alguien le roban la identidad.

Protección para los miembros de equipo

O'Reilly se ha asociado con LifeLock para ofrecer a los miembros de equipo un plan para proteger a los miembros y a sus familias contra el robo de identidad. LifeLock ofrece protección de las siguientes formas:

- Detectar y alertar:** LifeLock puede detectar una variedad de amenazas y le alertará por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto si descubre actividad sospechosa a través de compras en línea, la web oscura, phishing, abrir cuentas nuevas y mucho más.
- Restaurar:** Si usted es víctima de robo de identidad y es miembro de LifeLock, un especialista en restauración de identidad con base en EE. UU. colaborará con usted de principio a fin para ayudarlo a resolver el problema.
- Paquete de protección de un millón de dólares:** LifeLock ayuda a protegerlo con el reembolso de los fondos robados y una compensación por los gastos personales como resultado del robo de identidad. También ofrecen ayuda legal y experta si es necesario.

LOS 3 PASOS PARA LA PROTECCIÓN MÁXIMA

Paso uno: **Inscríbase** en la Protección contra robo de identidad durante la Inscripción abierta.

Paso dos: **Reúna** toda la información personal y la información de la cuenta financiera para usted y su familia en un solo lugar.

Paso tres: **Inicie sesión** en Lifelock e ingrese toda la información de manera que LifeLock pueda comunicarse con usted si alguien intenta usar sus cuentas o su información personal.



El Paso tres es vital para su protección. Para obtener la protección total a través de LifeLock, necesita finalizar su configuración de seguridad al ingresar toda la información de sus contactos, dependientes y cuentas.



LifeLock



Si tiene preguntas, llame al **800-607-9174**



Visite lifelock.com



Descargue la aplicación móvil LifeLock



Primas quincenales

SOLO MIEMBRO DE EQUIPO	MIEMBRO DE EQUIPO Y FAMILIA
\$3.23	\$6.45



Planes legales MetLife



Para preguntas o para encontrar el abogado adecuado, llame al **800-821-6400** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este

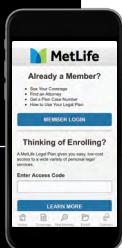


Los participantes inscritos pueden visitar **members.legalplans.com** para acceder a los beneficios



Si están pensando inscribirse, puede ir a **members.legalplans.com**, escoger “Thinking about enrolling?” (¿Pensando en inscribirse?) y usar el **código de acceso 9900370**

Descargue la aplicación móvil MetLife Legal Plans



Los asuntos legales, planificados o no, son parte de la vida.

MetLife Legal Plans (Planes legales) le brinda acceso a experimentados abogados y evita que usted tenga que hacer el esfuerzo. Es una manera sencilla, inteligente y económica de obtener la ayuda legal que necesita.

El Plan legal Metlife proporciona servicios legales totalmente cubiertos para usted, su cónyuge y dependientes por parte de abogados con experiencia en la planificación del patrimonio, demandas civiles, adopción, problemas de robo de identidad y mucho más. Con la cobertura, usted ahorra cientos de dólares en los habituales honorarios de abogados sin deducibles, copagos, formularios de reclamación ni límite de uso al utilizar un abogado dentro de la red.*



1. Es fácil encontrar un abogado.

Vaya a **members.legalplans.com** o llame al **800-821-6400** para que le consigan el abogado adecuado y le den un número de caso.



2. Es fácil hacer una cita.

Llame al **abogado de su elección**, dele su número de caso y programe una cita para encontrarse o hablar.



3. ¡Eso es todo!

No hay copagos, deducibles ni formularios de reclamación cuando usa a un **Abogado dentro de la red** para un asunto cubierto.

Puede recibir ayuda para:

- Adopción
- Declaraciones juradas, escrituras
- Defensa ante acreedores
- Cartas de cobro/demanda
- Divorcio
- Revisión de documentos
- Asuntos legales de la tercera edad
- Ayuda con temas de inmigración
- Testamentos en vida
- Hipotecas
- Cambio de nombre
- Bancarrota personal
- Protección de bienes personales
- Poderes notariales
- Defensa contra infracciones de tránsito (excepto por conducir bajo los efectos del alcohol)
- Fideicomisos

Primas quincenales

MIEMBRO DE EQUIPO Y FAMILIA	\$7.73
-----------------------------	--------

*Se aplican limitaciones y exclusiones. Usted será responsable de pagar la diferencia, si la hay, entre el pago del plan y los honorarios por los servicios del abogado fuera de la red. Consulte los detalles completos en la Descripción del plan.

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

O'Reilly ofrece a los miembros de equipo elegibles la oportunidad de abrir una FSA (Cuenta de gastos flexibles) para el Cuidado de la salud y/o para el Cuidado diurno a través de Wex Health.

Solo puede inscribirse en una FSA durante el período anual de inscripción abierta. Tiene que volver a inscribirse cada año si desea participar.

Ventajas tributarias para las cuentas de gastos flexibles

Una FSA le permite hacer rendir el dinero que usa para pagar ciertos gastos por cuidado de la salud y cuidado diurno. Las aportaciones son antes de impuestos, lo que significa que aportar a una FSA le proporciona una ventaja tributaria.

Usted no tiene que pagar impuestos sobre la renta ni Seguro Social por las aportaciones a una FSA porque ese dinero está separado para ayudarlo a pagar los gastos de cuidado de la salud y cuidado diurno elegibles. Usted escoge la cantidad que se deducirá de su cheque de pago y se depositará en su(s) cuenta(s) de gastos.

Si tiene gastos predecibles de cuidado de la salud y cuidado diurno, una FSA podría ser una excelente opción para usted. Sin embargo, tiene que gastar por lo menos \$500 en su FSA médica y la cantidad completa en su FSA de cuidado diurno antes del 31 de diciembre de 2022 para no perder los fondos en su FSA.

FSA para el cuidado de la salud

\$2,750* máximo anual (o el límite del IRS)

- Copagos, deducibles y coaseguro
- Medicamentos recetados
- Medicamentos de venta libre SI tiene una receta médica

FSA para cuidado diurno (Esto NO es gastos médicos de sus dependientes.)

\$5,000 máximo anual

- Centros de cuidado diurno aprobados
- Guardería autorizada, campamento de día o costo de programas después de la escuela
- Cuidado de dependiente en el hogar
- Costo del cuidado de personas de edad avanzada

Para ver una lista completa de gastos elegibles, llame al 866-451-3399 o visite wexinc.com/solutions/benefits

**Nota: Si tiene hasta los \$500 de transferencia del 2021, todavía puede elegir una deducción de \$2,750 en 2022.*

Inscripción

Una vez que se haya inscrito en una FSA y haya elegido una cantidad para la deducción, no puede cambiar la cantidad de su opción de FSA durante el año, excepto conforme a las normas del IRS.

Después de inscribirse, recibirá una tarjeta de débito que le permite retirar fondos de su FSA con solo deslizarla en una terminal de pago. Las normas del IRS muchas veces requerirán que presente un recibo como prueba del gasto elegible. Si no presenta los recibos solicitados, su tarjeta de débito se desactivará. Por lo tanto, es importante que guarde todos sus recibos detallados.



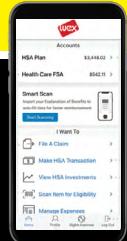
Transferencia para la FSA para el cuidado de la salud

La FSA de O'Reilly tiene una disposición sobre transferencia como lo permite el IRS para los planes FSA para el cuidado de la salud. Si usted tiene un saldo restante el 31 de diciembre de 2022, puede transferir hasta \$500 para usarlos en el 2023.

Cualquier saldo mayor de \$500 el 31 de diciembre de 2022 se perderá, de acuerdo con las normas del IRS. **Los participantes deben planificar cuidadosamente y monitorear el saldo de sus cuentas para asegurarse de no perder dinero al final del año del plan.** La aplicación de Benefits by Wex facilita el rastreo.

Gastos y retenciones

El dinero de la FSA tiene que usarse para pagar los gastos incurridos durante el mismo año del plan en el cual se retuvo. Ejemplo: Los gastos incurridos en el 2021 no se pueden pagar con dinero de la FSA de 2022.



Wex Health



Si tiene preguntas, llame al
866-451-3399



Puede ver su cuenta en línea en
benefitslogin.wexhealth.com



Descargue la aplicación móvil de Benefits by Wex

Elegibilidad, Aportación paralela de la compañía y Adquisición de derechos



Transferencia de aportaciones

Usted puede consolidar sus ahorros para la jubilación al transferir los saldos con derechos adquiridos de los planes elegibles de otros empleadores, incluyendo 401(k), 403(b) o planes 457 del gobierno. Puede hacerlo tan pronto sea contratado, aun cuando todavía no sea elegible para aportar al plan.

Aportaciones adicionales para mayores de 50 años

Si usted tiene 50 años de edad o más, la disposición de aportación adicional del 401(k) le brinda la oportunidad de ahorrar \$6,500 adicionales por año.

Nota: SOLO necesita elegir la aportación adicional SI su aportación anual regular al 401(k) EXCEDERÁ el límite anual del IRS (\$20,500 en 2022).

Ahorrar ahora para la jubilación le ayudará a asegurarse de tener suficiente dinero para disfrutar de un nivel de vida confortable cuando deje de trabajar o reduzca la cantidad de horas que trabaja. Ahorrar es fácil con un plan 401(k) y puede obtener más beneficios del plan si está dispuesto a asumir un papel más activo en la planificación de su jubilación.

Elegibilidad

Una vez que reúna los requisitos para participar en el plan, el administrador del plan le notificará más detalles.

Inscripción automática

Se le inscribirá automáticamente en el plan 401(k) tras un año de empleo, siempre que cumpla todos los requisitos de elegibilidad. Quedará inscrito automáticamente al 2% de su sueldo, el cual se deducirá de su pago y se invertirá en el Fondo de jubilación (Retirement Fund) con la fecha objetivo más cercana al año en el que usted cumplirá los 65 años de edad.

Usted recibirá una serie de notificaciones del administrador del plan en las que se le indicará el plazo y las instrucciones sobre cómo renunciar a la inscripción automática, cómo inscribirse en una cantidad distinta al 2% y cómo cambiar sus opciones de inversión si desea hacerlo.

Aumento automático

La cantidad que usted aporta a su cuenta de jubilación pudiera tener el impacto mayor en su saldo de jubilación disponible cuando se jubile. Por eso, el plan 401(k) ofrece aumentos automáticos de un 1% cada año hasta un máximo de 10%, a menos que usted renuncie al servicio del aumento automático.

Aportación paralela de la Compañía

Una vez que cumpla con los criterios de elegibilidad de aportación, O'Reilly igualará dólar por dólar el primer 2% y 25 centavos por cada dólar en el siguiente 4% de su salario. Los fondos paralelos se acumularán durante todo el año y se depositarán a su cuenta anualmente durante el primer trimestre del año siguiente, siempre y cuando usted esté empleado por la Compañía el 31 de diciembre.

Adquisición de derechos

Usted tiene de inmediato el 100% de los derechos adquiridos sobre sus contribuciones. Las aportaciones de O'Reilly siguen un calendario de adquisición de derechos que puede consultarse en el documento del plan o con el administrador del mismo. Para que se le acrede un año de servicio, debe trabajar 1.000 horas en el año calendario. **NOTA:** A la edad de jubilación normal de 65 años, usted tendrá automáticamente el 100% de los derechos adquiridos.

Más información

Para conocer las normas de elegibilidad y los detalles sobre cómo realizar cambios y reinversiones, así como otros detalles sobre el plan y cómo ponerse en contacto con el Administrador del plan, vaya a TeamNet > Departments > Human Resources > Benefits > 401(k) Profit Sharing and Savings.

Múltiples maneras de ahorrar y de invertir

En O'Reilly, usted tiene la oportunidad de ahorrar para la jubilación a través del plan de ahorros O'Reilly Automotive Savings Plan al aportar ya sea a un plan 401(k) tradicional antes de impuestos o a un plan Roth después de impuestos, o ambos.

401(k) tradicional antes de impuestos

Las aportaciones al plan 401(k) tradicional se hacen con dólares antes de impuestos, lo que le permite diferir el pago de impuestos hasta que retire el dinero.

Roth 401(k)

Las aportaciones al plan Roth se hacen con dólares después de impuestos o dinero por el cual ya usted pagó impuestos y no proporcionan un alivio tributario hoy. Pero si usted toma una distribución calificada*, no pagará impuestos sobre estas aportaciones y sus ganancias cuando las retire del plan.

¿401(K) TRADICIONAL ANTES DE IMPUESTOS O ROTH?

	TRADICIONAL, ANTES DE IMPUESTOS	ROTH	APORTACIÓN PARALELA DEL EMPLEADOR
¿Pagará impuestos sobre las aportaciones antes de ingresar en la cuenta?	NO	SÍ	NO
¿Tendrá que pagar impuestos sobre la aportación original cuando la retire?*	SÍ	NO	SÍ
¿Tendrá que pagar impuestos sobre cualquier ganancia/crecimiento cuando los retire?*	SÍ	NO	SÍ

*Distribuciones calificadas Roth: Una distribución calificada es libre de impuestos si se toma por lo menos cinco años después del año de su primera aportación Roth y usted ya ha cumplido 59 1/2 años, está totalmente incapacitado o ha fallecido. Si la distribución de su cuenta Roth no es calificada, las ganancias sobre sus aportaciones Roth estarán sujetas a impuestos. Estas normas se aplican a las distribuciones Roth únicamente de los planes de jubilación que ofrece el empleador. Se aplican normas adicionales de distribución de planes.

Opciones de Inversión

El plan 401(k) de O'Reilly ofrece una amplia gama de opciones de inversión, incluyendo fondos mutuos que invierten en acciones (gran combinación de compañías grandes y pequeñas, locales y extranjeras) y/o bonos, fondos con fecha determinada preagrupados y manejados profesionalmente, y acciones de la compañía.

Una parte importante del ahorro para la jubilación es la diversificación.

La diversificación consiste en repartir las inversiones entre una variedad de tipos de inversión: acciones, bonos, fondos de valor estable, entre otros. Los fondos de inversión diversifican invirtiendo en cientos o miles de acciones y/o bonos, dependiendo de su objetivo. Aunque la diversificación no puede garantizar un beneficio o proteger contra una pérdida en un Mercado en declive, repartir los activos entre diferentes tipos de inversión es una buena manera de gestionar el riesgo y maximizar el potencial de crecimiento de los ahorros.

Con todas estas opciones, puede parecer abrumador, pero los fondos con fecha determinada le brindan una opción que es simple y le evita todas las preocupaciones sobre su opción de inversión. Con una sola decisión, un fondo con fecha determinada le ofrece diversificación y la tranquilidad de un fondo manejado por profesionales. Elegir el fondo con fecha determinada correcto también es fácil. Usted selecciona el año más cercano a la fecha cuando piensa jubilarse.

Las acciones de O'Reilly son una de las opciones de inversión disponibles en el plan 401(k), pero recuerde que la mayoría de los asesores financieros recomiendan invertir el 20% o menos en una sola empresa, incluso en O'Reilly. Para fomentar aún más la diversificación de las inversiones del plan 401(k), los futuros aplazamientos en acciones de O'Reilly en el plan 401(k) están limitados al 20%. Para obtener más información sobre la diversificación, puede ponerse en contacto con el administrador del plan para obtener detalles sobre cómo acceder a un servicio de asesoramiento financiero.



No olvide nombrar a un beneficiario

Nombrar a un beneficiario ayuda a garantizar que el saldo de su cuenta se distribuirá de la manera que usted lo desea en caso de su fallecimiento.



Diversifique sus activos

La diversificación reduce la volatilidad de la cartera y puede aumentar la rentabilidad.

Considere la posibilidad de invertir en empresas de diferentes tamaños en una serie de industrias y sectores

Puede ayudar a mitigar las pérdidas de un mal año para las acciones

Proporciona liquidez inmediata cuando la necesita

ACCIONES

BONOS

EJECUTIVO

PLAN DE COMPRA DE ACCIONES PARA LOS EMPLEADOS (ESPP)

Morgan Stanley

El Plan de compra de acciones para los empleados (Employee Stock Purchase Plan) es un beneficio que le brinda a los miembros de equipo la oportunidad de ser dueños y compartir el éxito futuro de la Compañía al comprar acciones comunes de O'Reilly Automotive, Inc. (ORLY) a un precio reducido. Usted es elegible para participar al inicio del período de pago después de un año como empleado de tiempo completo, siempre y cuando haya trabajado 1,500 horas en ese período. Todos los años en enero se revisará la continuación de la elegibilidad.



ESPP y SUS impuestos

Es importante conservar los estados de cuenta trimestrales para fines de impuestos. Los necesitará para presentar su declaración de impuestos cuando venda acciones.



Morgan Stanley



Usted puede tener acceso a su cuenta de ESPP, ver/ acceder a sus estados de cuenta o vender sus acciones de ORLY en línea en stockplanconnect.com



Al llamar al
800-367-4777

Para participar en el plan:

- Usted tiene que autorizar una deducción de nómina del 1 al 5% de cada cheque de pago.

Cómo funciona el plan:

- Las acciones de O'Reilly se compraran a su nombre a un 15% por debajo del valor de Mercado.
- Las compras se hacen al principio de cada mes y el precio de la acción se determina de acuerdo con el valor justo de Mercado promedio durante el mes anterior.
- Una vez compradas, las acciones de ORLY se depositarán en su cuenta Morgan Stanley StockPlan Connect.
- Usted puede vender sus acciones de ORLY a través de Morgan Stanley (se aplican cuotas de transacción).
- También puede solicitar que se le envíe un certificado de acciones o que se transfieran las acciones a otra cuenta de corretaje de valores.

Impuestos

- Usted tiene la obligación de declarar como ingreso (y pagar impuestos sobre ella) la diferencia entre el valor justo de Mercado de las acciones y el precio que usted pagó después de recibir el descuento del 15%.
- Una vez al mes, el talonario de su cheque incluirá el ingreso adicional (para fines de impuestos) como STK DIS, un código de ingreso no efectivo.
- El ingreso adicional del descuento de 15% también se incluirá en su formulario W-2 anual.

Cambios

- Usted puede inscribirse, cancelar o cambiar la cantidad de su aportación en myHR en cualquier momento, siempre y cuando cumpla con los requisitos de elegibilidad.
- Si usted cancela su participación, tendrá que esperar seis meses antes de ser elegible para volver a inscribirse.

Si usted ya no es empleado de la Compañía, y no ha habido actividad de ingreso con su cuenta de Morgan Stanley, sus acciones pueden ser enviadas a la división de propiedad no reclamada del estado de la última residencia conocida en los archivos de Morgan Stanley.

Inicie sesión en myHR en TeamNet. Su cuenta con Morgan Stanley se establecerá en un plazo de 30 a 45 días. Despues de ese tiempo, puede ponerse en contacto con Morgan Stanley si tiene alguna pregunta sobre su cuenta.

Las acciones de O'Reilly se negocian en el Mercado de valores NASDAQ con el símbolo ORLY.

Para fomentar nuestro compromiso con el desarrollo profesional de los miembros de equipo y nuestra filosofía de ascensos internos, O'Reilly ofrece un programa de asistencia educacional.

Para ser elegible, los miembros de equipo tienen que cumplir con los siguientes requisitos:

- **Un mínimo de un año de empleo de tiempo completo** en el momento de solicitar.
- **Estar en buenos términos con la Compañía** con una calificación general de "cumple con las expectativas" o mejor en la evaluación de desempeño más reciente.
- **Los cursos tienen que estar directamente relacionados con su puesto actual** o conducir potencialmente a oportunidades de ascenso.
- **Los cursos tienen que tomarse a través de un colegio**, una universidad, instituto tecnológico o vocacional acreditado y preaprobado y las clases pueden ser en línea o presenciales.
- **Usted tiene que estar empleado en el momento de completar el curso** y cuando se paga el reembolso para ser elegible para el reembolso.

Detalles del programa:

- **El reembolso máximo es de \$2,500** por año calendario y \$10,000 de por vida.
- **Complete el formulario electrónico de asistencia educacional (Education Assistance E-Form)** en **TeamNet** para solicitar al programa. Las solicitudes se tienen que recibir 60 días antes de comenzar el curso.
- **Las solicitudes de participación** tienen que ser aprobadas por todos los niveles de la gerencia.
- **Se le notificará** cuando se reciba y apruebe su solicitud.
- Una vez que haya completado el curso con éxito, **envíe la prueba de su calificación**. Debe obtener una C o más para poder recibir el reembolso.

Este programa tiene un límite de 800 participantes en cualquier momento dado. Se aceptará a los participantes en el orden que se reciba la solicitud completada y aprobada.

Descuento de la Universidad de Phoenix

Los miembros del equipo O'Reilly que se inscriben en la Universidad de Phoenix tienen derecho a un descuento por varias clases. Si se toman cinco clases en un año, la sexta clase es gratuita. Esto podría ahorrarle entre \$1,194 - \$2,094 por año en la matrícula, dependiendo de su programa de grado.

La Universidad de Phoenix también le asegurará su matrícula a una tasa garantizada durante la duración de su programa de grado. Los descuentos y la garantía de matrícula se aplican tanto si eliges asistir en línea como en persona.

Para obtener más información, visite <https://www.phoenix.edu/oreillyauto>



**O'REILLY
STRONG**

PROGRAMA DE AYUDA AL EMPLEADO (EAP)



Brought to you by Cigna®

Participantes NO inscritos en un plan médico o dental de Cigna:

Seleccione **REGISTER** (Registrarse) e ingrese la información según se la pidan.

ELIJA "I want to register for Employee Assistance Program ONLY"
(Quiero registrarme SOLO para el Programa de ayuda al empleado).

Nombre del empleador: **O'Reilly**

CREE una cuenta con un **nombre de usuario** y **contraseña**.



O'Care Solutions



Llame al **833-OCARE63** o **833-622-7363**

Participantes inscritos en un plan médico o dental de Cigna:

- Visite myCigna.com
- Seleccione la pestaña Coverage (Cobertura) y Employee Assistance Program (Programa de ayuda al empleado)

O'Care Solutions presentado por Cigna

Los dos últimos años fueron estresante para muchas personas y familias. La incertidumbre del COVID-19 y los cierres periódicos de comunidades y escuelas han sido difíciles para adultos y niños por igual. Puede que usted tenga nuevos retos que requieran nuevas soluciones. ¿Tiene a alguien con quien hablar en busca de guía, consejos y referencias?

O'Care Solutions a través de Cigna es un recurso gratuito diseñado para ayudar a cubrir sus necesidades personales únicas y los retos de la vida. Todos los miembros del equipo O'Reilly son elegibles. O'Care Solutions puede ayudarle prácticamente con todo lo relacionado con el trabajo o la vida.

Sabemos que su tiempo es valioso, así que permítanos ayudarle. O'Care Solutions hará la investigación y le dará referencias. Todo lo que tiene que hacer usted es elegir las mejores opciones para usted y para su familia, y disfrutar el tiempo libre que se ganó.

Aproveche una amplia variedad de servicios que le ofrecemos sin costo alguno para usted:

- **Adopción:** Obtenga más información sobre sus opciones y las agencias que pueden ayudar.
- **Cuidado de niños:** Le ayudaremos a encontrar el lugar, programa o persona más adecuado para su familia.
- **Niños con necesidades especiales:** Permitanos ayudarle a conocer mejor sus opciones y atender las necesidades únicas de su familia.
- **Orientación educativa:** Le ayudaremos a tomar las mejores decisiones para su familia con la búsqueda de universidades y más.
- **Referencia de servicios financieros:** 30 minutos gratis de asesoramiento financiero por teléfono y 25% de descuento en la preparación de impuestos.
- **Robo de identidad:** Obtenga una consulta telefónica gratis de 60 minutos con expertos para prevención o ayuda si ha sido víctima.
- **Asesoramiento legal:** Obtenga 30 minutos gratis de asesoramiento con un abogado de la red y 25% de descuento en honorarios selectos.
- **Cuidado para personas de la tercera edad:** Infórmese sobre soluciones relacionadas con el cuidado de un ser querido de la tercera edad.
- **Cuidado de mascotas:** Desde veterinarios hasta paseadores de perros, lo ayudaremos a asegurarse de que sus mascotas están en buenas manos.
- **Servicios de conveniencia:** Acorte su lista de cosas por hacer con recomendaciones para el mantenimiento de la casa, mudanzas, sitios para comer y más.

También hay terapia disponible a través de O'Care Solutions

- Consultas telefónicas ilimitadas.
- Tres sesiones de terapia en persona con un consejero en su área, así como sesiones por video.
- Confidencialidad.
- Sin costo alguno para usted ni para nadie que viva en su hogar.
- Trabaje con un médico autorizado de EAP.

DESCUENTOS

Descuentos e incentivos de O'Reilly

¿QUIERE AHORRAR DINERO? Probablemente contestó esta pregunta con un rotundo “¡sí!” O'Reilly ofrece varias maneras de ahorrar dinero en boletos, hoteles, alquiler de automóvil y muchos otros productos y servicios.

BENEFITHUB – Ahorre dinero en Carnival, 1-800 Flowers, Enterprise y otros cientos de negocios. Si da clic en el mosaico “Exclusives” (Exclusivos) puede ver descuentos que solo están disponibles para los miembros del equipo O'Reilly. Aquí encontrará los descuentos específicos para O'Reilly, incluyendo entre otros, Ford, GMC, Chrysler/Jeep, Nissan, Apple, AT&T, Verizon y Anytime Fitness. BenefitHub también contiene opciones para el **SEGURO PARA MASCOTAS**. El seguro para mascotas puede ayudarle a manejar los costos de los chequeos del veterinario, las vacunas y los procedimientos.

Visite oreillyauto.benefithub.com

Use el código de referencia: **FKMYHL**

ACCESS PERKS – Los miembros de equipo pueden obtener grandes ahorros en Disney, Kohl's, Avis, Foot Locker y muchos lugares más.

Visite oreilly.accessperks.com

Use el código de registro: **oreillyperks**

WORKING ADVANTAGE –

O'Reilly ha **ACTUALIZADO** el actual programa Tickets at Work a nuestro exclusivo programa de ventajas y descuentos para empleados a través de Working Advantage. El programa sigue ofreciendo los descuentos y ahorros que disfrutabas con Tickets at Work, pero amplía drásticamente los descuentos para incluir servicios de streaming, membresías de Sam's Club, servicios de Salud y Bienestar, suministros para mascotas e incluso descuentos en los sitios de compras online más populares, como Walmart, Walgreens y Macy's.

Para obtener más información, visite oreillyauto.savings.workingadvantage.com



Farmers Insurance Choice Seguro de automóvil, del hogar y de alquiler

Farmers Insurance Choice es una poderosa herramienta que le permite comparar las tarifas de los seguros de automóvil, de hogar y de alquiler. Usted elige la póliza que más le convenga de entre varias compañías de seguros altamente calificadas.



AGRUPAR SUS PÓLIZAS

Farmers Insurance Choice también le permite ahorrar dinero cuando agrupa su póliza de auto junto con su póliza de hogar o de alquiler. Por ejemplo, los clientes de Farmers GroupSelect ahoran una media del 22% de la prima de su seguro de automóvil al mantener ambas pólizas con la misma aseguradora.

OBTENGA UNA COTIZACIÓN HOY MISMO. Llame al **866-586-6048** o visite farmersinsurancechoice.com/oreilly

Cuentas de miembro de equipo

Una cuenta con precio especial se establece para todos los miembros de equipo de tiempo completo y medio tiempo.

Las preguntas relacionadas con esta cuenta se deben dirigir a su supervisor o gerente inmediato. A esta cuenta se aplican normas específicas que puede encontrar en el Manual de política en TeamNet en Resources > Policy Manual > Section: 200 Benefits > Subsection: 214 -Team Member Charge Account.

Después de un año de empleo, los miembros de equipo tienen la opción de añadir privilegios de cargo a su cuenta de miembro de equipo.



PLANES CON DERECHO A BENEFICIOS

Tiempo para asuntos personales, enfermedad y vacaciones con goce de sueldo

Los miembros de equipo de tiempo completo reciben tiempo para asuntos personales, permiso por enfermedad y vacaciones de acuerdo al tiempo de servicio con la Compañía y el promedio de horas trabajadas por semana, hasta un máximo de 40 horas por semana. El tiempo libre remunerado se basa en la fecha de derecho al beneficio del miembro de equipo.*

- El tiempo para asuntos personales y las vacaciones tienen que usarse durante el período de derecho al beneficio.
- El tiempo para asuntos personales y las vacaciones no usados se perderá en la siguiente fecha de derecho al beneficio.*
- Las horas por enfermedad no usadas se pueden transferir a un banco de tiempo extendido por enfermedad.

VACACIONES		ENFERMEDAD		PERSONAL	
Período de tiempo a partir de la fecha en que se adquiere el derecho	Asignación máxima de vacaciones	Período de tiempo a partir de la fecha en que se adquiere el derecho	Asignación máxima de tiempo por enfermedad	Período de tiempo a partir de la fecha en que se adquiere el derecho	Asignación máxima de tiempo para asuntos personales
6 meses	3 días (hasta 24 horas)	1 a 5 años	3 días (hasta 24 horas)	1 año o más	1 día (hasta 8 horas)
1 año	1 semana (hasta 40 horas)	5 años o más	4 días (hasta 32 horas)	2 años o más	1 día, más 1 día de bono (hasta 16 horas) si no se usó el tiempo por enfermedad durante el año anterior
18 meses	1 semana (hasta 40 horas)				
2 a 4 años	2 semanas (hasta 80 horas)				
5 a 11 años	3 semanas (hasta 120 horas)				
12 años o más	4 semanas (hasta 160 horas)				



Variaciones: El tiempo libre remunerado puede variar dependiendo de las leyes estatales, del condado, la ciudad o la municipalidad. La Compañía cumplirá con todas las leyes federales, estatales y locales.



Días festivos pagados

Los miembros de equipo de tiempo completo que han completado su período de capacitación de 90 días recibirán los siguientes días festivos con goce de sueldo:

- Año Nuevo
- Día de Conmemoración a los Caídos (Memorial Day)
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Acción de Gracias
- Navidad
- Un día festivo flotante se concederá el 1 de noviembre y se usará durante un período de tiempo designado según el lugar de trabajo (sede corporativa, DC o la tienda)

RESPONSABILIDAD DE LA PRIMA

Si está inscrito en los beneficios de O'Reilly, las primas de esos beneficios se pagan normalmente con su cheque de pago. Si no recibe su sueldo debido a una Licencia Médica Familiar u otro permiso de ausencia, aún debe realizar el pago de la prima. Recibirá una factura de O'Reilly una vez que haya dejado de pagar una prima. Esa factura le dará la cantidad que debe y la información de pago que necesitará para hacerse cargo del saldo.

* FECHA DE DERECHO AL BENEFICIO

Para la mayoría de los miembros de equipo, la fecha en la que adquieren el derecho es su fecha de contratación. Para aquellos que han pasado a un puesto de tiempo completo o han tenido varios cambios de condición laboral, será su fecha de condición de tiempo completo. Puede encontrar la fecha en la que adquiere su derecho en myHR > My Information > Profile.

BANCO DE TIEMPO POR ENFERMEDAD

Usted puede acumular el tiempo por enfermedad que no use, hasta 480 horas, en un banco de tiempo por enfermedad que puede usar en caso de enfermedades largas o lesiones que requieran estar más de tres días sin trabajar.

CÓMO ENCONTRAR EL SALDO DEL DERECHO AL BENEFICIO

Hay dos maneras fáciles de encontrar el saldo de las horas del derecho al beneficio que tiene disponibles (incluyendo vacaciones, tiempo por enfermedad y para asuntos personales).

- Los saldos se indican en TeamNet en myHR > My Information > Profile.
- Los saldos también se imprimen en la parte inferior de su talonario de pago quincenal, que también está disponible en TeamNet > Quick Links en la página de inicio > myPayStub (Global Cash). Otra forma de ver el talonario de su cheque es visitando cardholder.globalcashcard.com.

Vivir bien

¿QUÉ ES BIENESTAR? ¿ES TIEMPO DE DESCUBRIRLO?

El bienestar es más que hacer ejercicios y comer de forma saludable. Es adoptar un estilo de vida que mejorará su salud y lo ayudará a tener una vida más satisfactoria y sin preocupaciones. El bienestar funciona cuando usted asume el control y planifica sus propios pasos para mejorar su salud. No siempre es fácil, pero siempre es gratificante.

Los programas de bienestar de O'Reilly lo animan a asumir la responsabilidad por su salud y por el bienestar suyo y de su familia.

O'Reilly ha diseñado maneras divertidas y motivadoras para encaminar su salud general o mantenerse en el buen camino.



O'Reilly apoya el bienestar a través del programa LIVE LIFE WELL (Vivir bien). A través de este programa, O'Reilly brinda oportunidades e incentivos a los miembros de equipo para asumir la responsabilidad por su salud mediante el control de peso, una mejor nutrición, más actividad física y dejar de fumar. Busque el logo de LIVE LIFE WELL durante todo el año y participe en los retos de bienestar para ganar dinero en efectivo, camisetas y otros excelentes premios.

Reconocimientos a los miembros del equipo O'Reilly

O'REILLY TIENE VARIAS MANERAS DE RECONOCER A LOS MIEMBROS DE EQUIPO POR DIVERSOS NIVELES DE ÉXITO.

Aguinaldos

Hace años, O'Reilly comenzó la tradición de reconocer a los miembros de equipo por su contribución a la Compañía durante la época de Pascua y Acción de Gracias/Navidad con una tarjeta de agradecimiento y un regalo en efectivo. La cantidad del aguinaldo de Acción de Gracias/Navidad se basa en parte en su puesto y antigüedad con la Compañía. Promover la cultura y recompensar a los miembros de equipo a través de estas muestras de agradecimiento contribuyen al éxito a largo plazo de la Compañía.

Reconocimientos You R.O.C.K.

Los miembros de equipo reciben un You R.O.C.K. en reconocimiento por demostrar valores del programa Gente, Servicio, Desempeño (People, Service, Performance o PSP) y la Cultura O'Reilly. La gerencia corporativa somete los reconocimientos You R.O.C.K., para participar en sorteos mensuales, trimestrales y anuales, donde se tiene la oportunidad de ganar premios en efectivo.

Reconocimientos Shamrock

Los compañeros pueden nominar a otros miembros de equipo para este reconocimiento. Los broches y certificados Shamrock por un servicio de excelencia a los clientes a otros departamentos se conceden como parte de este programa.

Reconocimientos por servicio

Los miembros de equipo reciben reconocimiento por los años de servicio a partir de su quinto año en el empleo. Los reconocimientos por servicio se presentan en incrementos de cinco años.

Reconocimientos por seguridad al conducir

Los miembros de equipo que manejan los camiones de la ruta del centro de distribución reciben certificados e insignias por cada año que conducen sin tener accidentes. Además, se otorgan reconocimientos especiales a los choferes con más de 500,000 millas sin accidentes.

Reconocimientos Charlie O'Reilly al liderazgo

El Reconocimiento Charlie O'Reilly al liderazgo reconoce a los líderes de excelencia de O'Reilly y se concede anualmente en la Conferencia de liderazgo. Este representa el "alma y corazón" del Equipo O'Reilly y se basa en las siguientes características: honestidad y trato justo, tratar a las personas con respeto, brindar un excelente servicio al cliente y ser ejemplo de entusiasmo, trabajo duro y dedicación. Las selecciones se basan en nominaciones de todas las áreas del Equipo O'Reilly. Un comité de selección revisa todas las nominaciones y escoge al miembro o a los miembros de equipo que han ido más allá de sus responsabilidades para marcar la diferencia en el liderazgo.

Valores culturales

Muchas compañías hablan sobre la cultura, pero muy pocas VIVEN realmente la cultura como nosotros lo hacemos en O'Reilly. Nuestra cultura es la manera en que hacemos negocios. Consiste de 12 valores:

- Compromiso
- Dedicación
- Entusiasmo
- Excelente servicio al cliente
- Control de gastos
- Trabajo arduo
- Honestidad
- Profesionalismo
- Respeto
- Seguridad/Bienestar
- Trabajo en equipo
- Actitud de beneficio mutuo

Fondo de emergencia para miembros de equipo

El Fondo de emergencia para miembros de equipo es un programa diseñado para ayudar a los miembros de equipo que han sufrido pérdidas por causa de fuegos, tornados, inundaciones, huracanes, accidentes y otras tragedias fuera de su control.

AVISOS IMPORTANTES SOBRE PROTECCIÓN A PACIENTES Y LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE, AVISOS DE ERISA Y CONTACTOS

O'Reilly Automotive, Inc. le proporciona estos importantes avisos sin costo para usted. Los avisos en este paquete describen importantes derechos que usted tiene según los términos del Plan de salud grupal de O'Reilly Automotive, Inc. Todas las referencias a O'Reilly Automotive, Inc., son en la capacidad de Patrocinador del plan y en ningún caso es O'Reilly Automotive, Inc. un empleador. O'Reilly Automotive, Inc. es el Patrocinador del plan de los Planes de beneficios del empleado de O'Reilly Automotive, Inc., bajo los cuales se ofrecen beneficios a los empleados elegibles de todos los empleadores participantes, incluyendo sin limitaciones:

- Ozark Services, número de identificación de empleador (EIN): 43-1947192
- Ozark Automotive Dist, Inc., número de identificación de empleador (EIN): 44-0651985
- O'Reilly Automotive Stores, Inc., número de identificación de empleador (EIN): 44-0618012
- O'Reilly Auto Enterprises, LLC, número de identificación de empleador (EIN): 86-0221312
- OAP Transportation, LLC, número de identificación de empleador (EIN): 85-2694199

**SI TIENE ALGUNA PREGUNTA O
NECESITA INFORMACIÓN ADICIONAL
RELACIONADA CON ESTOS AVISOS,
SE PUEDE COMUNICAR CON:**

SU REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR

Departamento de Beneficios
800-471-7431 opción 3, o ext. 1387
benefits@oreillyauto.com

O

POR CORREO A

233 S. Patterson Ave.
Springfield, MO 65802

LOS SIGUIENTES AVISOS SE INCLUYEN EN ESTA COMUNICACIÓN EN ESTE ORDEN:

- Disponibilidad de Resumen de beneficios y cobertura (SBC)
- Aviso sobre la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA en inglés)
- Opciones de proveedores de protección al paciente
- Inscripción especial de HIPAA y Aviso de derechos a cambios a mitad de año
- Aviso de número de identificación fiscal/seguro social
- Aviso de Cobra
- Aviso de CHIPRA (Ley de reautorización del Programa de seguro de salud para niños)
- Declaración sobre la Ley de Reducción de Trámites
- Avisos de Medicare Parte D
- Aviso del Mercado de la Ley de Cuidado de Salud Asequible
- Aviso de Privacidad
- Pasos del programa de bienestar
- Informes Anuales Resumidos (SAR)

RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA (SBC)

Los beneficios para la salud disponibles para usted representan un componente importante de su paquete de compensación. Además proporcionan una protección importante para usted y su familia en caso de una lesión o enfermedad.

Como exige la ley en todos los Estados Unidos, las compañías de seguro y los planes de salud grupales proporcionan a los participantes del plan un sencillo SBC como una manera de ayudar a entender y comparar los beneficios de los planes médicos. Seleccionar una opción de cobertura de salud es una decisión importante. Para ayudarlo a tomar una decisión informada, el Resumen de beneficios y cobertura (SBC), resume y compara información importante en un formato estándar.

Cada SBC contiene información concisa del plan médico, en lenguaje sencillo, sobre los beneficios y la cobertura, incluyendo qué está cubierto, qué necesita para pagar distintos beneficios, qué no está cubierto y dónde buscar más información u obtener respuesta a sus preguntas. Los documentos del SBC se actualizan cuando hay algún cambio a la información sobre beneficios que se incluye en un SBC.

Las normas gubernamentales son muy específicas sobre la información que se puede y no se puede incluir en cada SBC. Los planes no pueden personalizar mucho los documentos del SBC. El Plan tiene que seguir instrucciones detalladas sobre el aspecto del SBC, cuántas páginas debe tener (máximo de cuatro páginas, impresas por ambos lados), el tamaño de la fuente de letra, los colores que se usen al imprimir el SBC e incluso qué palabras van subrayadas o en negrita.

El SBC para cada opción de plan médico se encuentra en TeamNet y una copia impresa en papel está disponible sin costo si se comunica con el Departamento de Beneficios, ext. 1387, o llame gratis al 800-471-7431 opción 3.

AVISO DE DERECHOS SEGÚN LA LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER (WHCRA)

¿Sabe usted que su plan, como lo exige la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, proporciona beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, incluyendo todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, implantes y complicaciones resultantes de una mastectomía, incluyendo el linfedema? Comuníquese con su Representante del empleador para obtener más información.

Si usted se sometió o se someterá a una mastectomía, podría tener derecho a ciertos beneficios, según la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico a cargo del tratamiento y la paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama sometida a una mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento para complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos términos de deducible y coaseguro que se aplican a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por el Plan. O'Reilly Automotive, Inc. ha brindado la información detallada relacionada con el deducible y el coaseguro para el Plan de salud grupal de O'Reilly Automotive, Inc. Para obtener más información o una copia de la Descripción Resumida del Plan que contiene estos detalles, comuníquese con su Representante del empleador.

OPCIONES DE PROVEEDORES DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

En los casos en que el Plan de salud grupal de O'Reilly Automotive, Inc. permite o requiere que un participante designe a un proveedor de cuidado primario, el participante tiene derecho a designar a cualquier proveedor de cuidado primario que participe en la red y que esté disponible para aceptar al participante o a los miembros de la familia del participante.

Hasta que usted hace esta designación, el Plan de salud grupal de O'Reilly Automotive, Inc. puede designar automáticamente a un proveedor de cuidado primario. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de cuidado primario y una lista de los proveedores de cuidado primario participantes, puede comunicarse con su Representante del empleador.

Para los niños, puede designar a un pediatra como el proveedor de cuidado primario.

No necesita autorización del Plan de salud grupal de O'Reilly Automotive, Inc. ni de ninguna otra persona (incluyendo un proveedor de cuidado primario) para obtener acceso a cuidado de ginecología y obstetricia de un profesional del cuidado de la salud en nuestra red que se especialice en ginecología y obstetricia. No obstante, el profesional del cuidado de la salud podría tener que cumplir con ciertos procedimientos, incluyendo obtener autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para referir. Para obtener una lista de los profesionales del cuidado de la salud participantes que se especializan en ginecología u obstetricia, comuníquese con su Representante del empleador.

AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN SEGÚN LA LEY HIPAA

Si está usted declinando la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de salud grupal, usted podría inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para ese otro seguro (o si el empleador deja de contribuir a su cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, usted tiene que solicitar inscripción en un plazo de 30 días después de que termine la otra cobertura suya o de sus dependientes (o después de que el empleador deja de aportar a la otra cobertura). Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, quizás podría inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, tiene que solicitar inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Cambios de vida de mitad de año

Dado que O'Reilly calcula los beneficios antes de impuestos, tenemos que seguir las normas del Servicio de Rentas Internas (IRS) sobre si se puede y cuándo se puede cambiar los beneficios a mitad de un año del plan. Los siguientes eventos pueden permitir ciertos cambios en los beneficios a mitad de año, si lo autoriza el IRS:

- Cambio en el estado civil legal (ej., matrimonio, divorcio/separación legal, muerte).
- Cambio en la cantidad de dependientes (ej., nacimiento, adopción, muerte).
- Cambio en la situación de empleo, horario de trabajo o residencia del empleado/cónyuge/dependiente que afecta su elegibilidad para los beneficios.
- Cobertura de un niño debido a una QMCSO.
- Derecho o pérdida del derecho a Medicare o Medicaid.
- Ciertos cambios en el costo de la cobertura, composición de la cobertura o restricción de la cobertura del plan del empleado o del cónyuge.
- Cambios de acuerdo con los derechos de Inscripción especial y los permisos de la FMLA.

Para solicitar inscripción especial o de mitad de año o para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Beneficios de O'Reilly al 800-471-7431 opción 3, o ext. 1387.

RECORDATORIO IMPORTANTE PARA PROPORCIONAR AL PLAN EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRIBUYENTE (TIN) O NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) DE CADA PERSONA INSCRITA EN UN PLAN DE SALUD

Los empleadores tienen la obligación por ley de recopilar el número de identificación del contribuyente (TIN) o el número de seguro social (SSN) de cada participante en el plan médico y proporcionar ese número en los informes que presentará al IRS cada año. Los empleadores tienen que hacer por lo menos dos intentos consecutivos de recopilar los TIN/SSN que falten.

Si un dependiente todavía no tiene un número de seguro social, usted puede visitar este sitio web para completar un formulario para solicitar un SSN: <http://www.socialsecurity.gov/online/ss-5.pdf>. Solicitar un número de seguro social es GRATIS.

Si todavía no ha proporcionado el número de seguro social (u otro TIN) para cada uno de sus dependientes, que ha inscrito en el plan de salud, por favor, comuníquese con el Departamento de Beneficios al 800-471-7431 opción 3, o ext. 1387.

COBERTURA DE COBRA

En cumplimiento con una ley federal conocida como Continuación de la cobertura de COBRA, este plan ofrece a sus empleados elegibles y a sus dependientes cubiertos (conocidos como beneficiarios calificados) la oportunidad de elegir la continuación temporal de su cobertura de salud grupal cuando esa cobertura terminaría de otra manera debido a ciertos eventos (llamados cambios de vida que califican).

Los beneficiarios calificados tienen derecho a elegir COBRA cuando ocurren cambios de vida que califican y, como resultado de ese cambio de vida que califica, la cobertura de ese beneficiario calificado termina. Los beneficiarios calificados que elijan la cobertura de continuidad de COBRA deben pagar por tal concepto por su propia cuenta.

Los cambios de vida que califican incluyen la terminación del empleo, reducción de las horas de trabajo que hacen que el empleado no sea elegible para cobertura, muerte del empleado, divorcio/separación legal o un niño que deja de ser un hijo dependiente elegible.

Además de tener en cuenta COBRA como una manera de continuar la cobertura, puede haber otras opciones de cobertura para usted y para su familia. Puede buscar cobertura a través del Mercado de seguros médicos. Consulte <https://www.healthcare.gov/>. En el Mercado, podría ser elegible para un crédito sobre impuestos que baje sus primas mensuales por la cobertura del Mercado, y puede ver cuáles serán sus costos de prima, deducibles y gastos por su propia cuenta antes de tomar la decisión de inscribirse. Ser elegible para COBRA no limita su elegibilidad para cobertura para un crédito sobre impuestos a través del Mercado. Asimismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), si solicita la inscripción en un plazo de 30 días, aunque ese plan generalmente no acepte afiliados de último momento.

El período máximo de cobertura COBRA generalmente es de 18 meses o 36 meses, dependiendo de cuál fue el cambio de vida que califica.

Para tener la oportunidad de elegir la cobertura COBRA después de un divorcio o separación legal o de que un niño deje de ser un hijo dependiente en el plan, usted y/o un miembro de la familia tiene que informar al plan por escrito sobre ese cambio no más de 60 días después de haber ocurrido. Ese aviso debe enviarse a Recursos Humanos por correo en primera clase y debe incluir el nombre del empleado, el cambios de vida que califica, la fecha del cambio y los documentos adecuados para apoyar el cambio de vida que califica (tales como los papeles de divorcio).

Si tiene alguna pregunta sobre COBRA, comuníquese con el Departamento de Beneficios de O'Reilly, ext. 1387 o llame gratis al 800-471-7431 opción 3.

ASISTENCIA CON LAS PRIMAS A TRAVÉS DE MEDICAID Y CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura de salud por parte de su empleador, puede que su estado tenga un programa de asistencia con las primas que pueda ayudarlo a pagar la cobertura a través de los fondos de los programas de 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 posible que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados que se mencionan abajo, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay disponible la asistencia con las primas.

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 www.insurekidsnow.gov para información sobre como presentar su solicitud. Si califica, pregunte si su estado cuenta con un programa que pudiera ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia con las primas bajo Medicaid o CHIP, y son elegibles para el plan por parte de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan por parte de su empleador si no están inscritos ya. Esto se conoce como oportunidad de "inscripción especial" y usted debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días de determinarse 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 en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en alguno de los siguientes estados, es posible que sea elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada hasta el sábado, 31 de julio de 2021. Comuníquese con su estado para obtener información adicional sobre la elegibilidad.

ESTADO	TIPO	CONTACTO
ALABAMA	Medicaid	Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447
ALASKA	Medicaid	AK Health Insurance Premium Payment Program Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx
ARKANSAS	Medicaid	Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
CALIFORNIA	Medicaid	Sitio web: https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAU_cont.aspx Teléfono: 916-440-5676
COLORADO	Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (Plan para salud infantil Plus, (CHP+))	Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Relé del estado 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente CHP+: 1-800-359-1991/Relé del estado 711 Programa de Compra de Seguros Médicos (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Atención al cliente HIBI: 1-855-692-6442
FLORIDA	Medicaid	Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA	Medicaid	Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext. 2131

ESTADO	TIPO	CONTACTO
INDIANA	Medicaid	<p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584</p>
IOWA	Medicaid y CHIP (Hawki)	<p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>
KANSAS	Medicaid	<p>Sitio web: http://www.kancare.ks.gov Teléfono: 1-800-792-4884</p>
KENTUCKY	Medicaid	<p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov</p>
LOUISIANA	Medicaid	<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahpp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE	Medicaid	<p>Sitio web de inscripción: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Relé de Maine 711 Sitio web de la prima del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740. TTY: Relé de Maine 711</p>
MASSACHUSETTS	Medicaid y CHIP	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/info-details/masshealth-premium-assistance-pa Teléfono: 1-800-862-4840</p>
MINNESOTA	Medicaid	<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/ health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>
MISSOURI	Medicaid	<p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA	Medicaid	<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084</p>
NEBRASKA	Medicaid	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA	Medicaid	<p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>

ESTADO	TIPO	CONTACTO
NEW HAMPSHIRE	Medicaid	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218
NUEVA JERSEY	Medicaid y CHIP	Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710
NUEVA YORK	Medicaid	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLIN DEL NORTE	Medicaid	Sitio web: https://medicaid.ncdohhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100
DAKOTA DEL NORTE	Medicaid	Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA	Medicaid y CHIP	Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
OREGON	Medicaid	Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA	Medicaid	Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462
RHODE ISLAND	Medicaid	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rite Share Line)
CAROLINA DEL SUR	Medicaid	Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
DAKOTA DEL SUR	Medicaid	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS	Medicaid	Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
UTAH	Medicaid y CHIP	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT	Medicaid	Sitio web: https://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
VIRGINIA	Medicaid y CHIP	Sitio web: https://www.coverva.org/en/famis-select or https://www.coverva.org/en/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-855-242-8282
WASHINGTON	Medicaid	Sitio web: https://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022

ESTADO	TIPO	CONTACTO
VIRGINIA OCCIDENTAL	Medicaid	Sitio web: http://mywvhipp.com/ Número gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN	Medicaid y CHIP	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
WYOMING	Medicaid	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado un programa de asistencia con las primas desde el 31 de julio de 2021, o para obtener más información sobre los de inscripción especial, comuníquese con cualquiera de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE. UU.

Sitio web de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Opción del menú 4, Ext. 61565

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento indica que una agencia Federal no puede realizar o patrocinar una recopilación de información que no esté aprobada por la OMB bajo PRA y lleve un número de control válido de la OMB, y el público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información que no lleve un número de control de la OMB válido en este momento. Consulte 44 U.S.C. 3507. Además, independiente de cualquier otra estipulación de ley, ninguna persona estará sujeta a una penalidad por incumplir con una recopilación de información que no muestre un número de control de la OMB válido en este momento. Consulte 44 U.S.C. 3512.

Se calcula que el tiempo necesario para recopilar esta información es de aproximadamente siete minutos en promedio por participante. Se recomienda a las partes interesadas que envíen sus comentarios relacionados con el tiempo estimado para responder o con cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo, a: 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 o envíen un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hagan referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

NÚMERO DE CONTROL OMB 1210-0137 (VENCE EL 31/01/2023)

AVISO IMPORTANTE DE O'REILLY AUTOMOTIVE, INC. SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

PARA LOS PARTICIPANTES DE PLANES CORE Y LIMITED

Por favor, lea este aviso cuidadosamente y tégalo a mano. Este aviso contiene información sobre su cobertura de medicamentos recetados con el plan patrocinado de salud de O'Reilly Automotive, Inc. y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si quiere inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Al final de este aviso encontrará información acerca de dónde puede obtener ayuda para tomar las decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Hay tres detalles importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó en 2006 para todos los que tuvieran Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se une a un Plan de medicamentos recetados de Medicare o un Plan de Medicare Advantage (tal como HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare brindan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer mayor cobertura por una prima mensual más alta.
2. O'Reilly Automotive, Inc. ha determinado que la cobertura para medicamentos recetados ofrecida, tomando el promedio de todos los participantes del plan, NO se espera que se pague tanto como lo haría con la cobertura estándar de Medicare para medicamentos recetados. Por lo tanto, su cobertura se considera **Cobertura No acreditable**. **Esto es importante porque lo más probable es que usted obtenga más ayuda para los costos de los medicamentos recetados si se une a un plan de medicamentos recetados de Medicare que si solo tiene la cobertura de medicamentos recetados del Plan de salud de O'Reilly Automotive, Inc.** Además, es importante porque significa que usted podría pagar una prima más alta (una multa) si no se une a un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando pasa a ser elegible por primera vez.
3. Puede mantener su cobertura actual del Plan de salud de O'Reilly Automotive, Inc. Sin embargo, como su cobertura es no acreditable, tendrá que tomar decisiones sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare que pueden afectar cuánto paga por esa cobertura, dependiendo de cuándo se une a un plan de medicamentos recetados, si lo hace. Cuando tome su decisión, debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Lea detenidamente este aviso. Explique sus opciones.

¿CUÁNDO PUEDE UNIRSE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE?

Puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año a partir del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si su cobertura es un Plan grupal patrocinado por el sindicato y usted decide dejar su cobertura actual con O'Reilly Automotive, Inc., como se trata de una cobertura grupal patrocinada por el empleador/sindicato, usted será elegible para un Período especial de inscripción (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare; sin embargo, podría pagar una prima más alta (una multa) porque no tenía una cobertura acreditable según el Plan de salud patrocinado por O'Reilly Automotive, Inc.

Si su cobertura anterior era una cobertura de medicamentos recetados acreditable y usted está perdiendo la cobertura de medicamentos recetados acreditable según el Plan de salud patrocinado por O'Reilly Automotive, Inc., usted es elegible para un Período especial de inscripción (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare.

¿CUÁNDO PAGARÁ UNA PRIMA MÁS ALTA (MULTA) PARA UNIRSE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE?

Como su cobertura según el Plan de salud patrocinado por O'Reilly Automotive, Inc. es no acreditable, dependiendo de cuánto tiempo pase sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable, puede pagar una multa para unirse al plan de medicamentos recetados de Medicare. A partir del final del último mes en que usted fue elegible por primera vez para unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare y no lo hizo, si usted pasa 63 días consecutivos o más sin una cobertura de medicamentos recetados que sea acreditable, su prima mensual pudiera aumentar por lo menos 1% de la prima básica para beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasó 19 meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser siempre por lo menos 19% más alta que la prima básica para beneficiario de Medicare. Puede que usted tenga que pagar esta prima más alta (multa) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

¿QUÉ SUCEDA CON SU COBERTURA ACTUAL SI DECIDE UNIRSE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE?

Si decide unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare mientras está cubierto por el Plan de salud patrocinado por O'Reilly Automotive, Inc., su Plan de salud de O'Reilly Automotive, Inc. podría verse afectado. La cobertura patrocinada por su empleador no se puede cancelar debido a que usted se inscriba en Medicare (Vea el Aviso de COBRA abajo). Medicare y la cobertura patrocinada por su empleador coordinarán los beneficios para que usted no reciba beneficios duplicados. Puede encontrar detalles sobre cómo Medicare coordina los beneficios en la Guía de Medicare, Quién paga primero, disponible a través de su representante de Medicare o en línea en <http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02179-medicare-coordination-benefits-payer.pdf>.

Generalmente, la cobertura patrocinada por su empleador pagará sus beneficios sin importar los pagos que pueda hacer Medicare. En estos casos, la cobertura patrocinada por su empleador se considera la cobertura 'primaria' y Medicare es la 'secundaria'. Medicare solo pagará después que la cobertura primaria patrocinada por el empleador haya pagado sus beneficios. Su cobertura de Medicare no tendrá efecto sobre el costo compartido de la cobertura patrocinada por su empleador como copagos, deducibles, exclusiones u otra limitaciones del plan.

SIN EMBARGO, hay tres casos en los que Medicare es primaria y la cobertura patrocinada por su empleador es secundaria. En estos casos, Medicare pagará sus beneficios sin importar los pagos que pueda hacer la cobertura patrocinada por el empleador. La cobertura patrocinada por el empleador coordinará los beneficios de manera que no duplique los beneficios pagados por Medicare. Esto reducirá los beneficios pagados por la cobertura patrocinada por su empleador.

Estos tres casos son cuando:

- Su empleador emplea a menos de 20 empleados.
- Su cobertura es de un empleador anterior, un plan de retiro o una cobertura COBRA.
- Usted está incapacitado y la cobertura patrocinada por el empleador es de otra persona que trabaja para el empleador (por ejemplo, cuando se permite: la cobertura es de su cónyuge, su pareja, su dependiente o nieto(a)) y el empleador tiene menos de 100 empleados. Cuando el empleador tiene 100 empleados o más, entonces Medicare es secundario.

Notas:

1. Si usted tiene enfermedad renal en etapa terminal, entonces la cobertura patrocinada por el empleador es la primaria durante los primeros 30 meses y Medicare es la primaria después de vencer ese período de 30 meses.
2. Si usted se inscribe en Medicare antes de elegir COBRA, entonces su inscripción en Medicare no se puede usar para limitar o denegar COBRA. Si usted se inscribe en Medicare después de elegir COBRA, entonces la inscripción en Medicare es un evento que termina su cobertura COBRA.

Si usted decide unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare y dejar su plan actual de O'Reilly Automotive, Inc., tenga en cuenta que usted y sus dependientes tendrán que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta, si es ofrecido por su Empleador o el Derecho especial de inscripción según la Ley HIPAA para poder recuperar esta cobertura.

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

Comuníquese con la persona que se indica al final de este Aviso para obtener más información o para recibir información de contacto de alguien en la compañía de seguros, administrador externo o proveedor de servicios que administre el programa de medicamentos recetados para el Plan de salud patrocinado por O'Reilly Automotive, Inc.

NOTA: Recibirá este aviso anualmente. Además, lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en el plan de medicamentos recetados de Medicare, y si esta cobertura a través de O'Reilly Automotive, Inc. cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS OPCIONES BAJO LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE...

En el manual "Medicare y Usted" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Todos los años Medicare le enviará por correo una copia del manual. Es posible que se comuniquen directamente con usted de los planes de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la contratapa interior de su copia del manual "Medicare y Usted" para obtener los números telefónicos) para ayuda personalizada
- Llame a 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay disponible una ayuda adicional para pagar por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov, o llámeles al 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

Fecha:

22 de septiembre de 2021

Contacto – Cargo/Oficina:

Departamento de Recursos Humanos

Dirección:

O'Reilly Automotive, Inc.

233 S. Patterson Ave., Springfield, MO 65802

Número de teléfono:

800-471-7431 opción 3, o ext. 1387

AVISO IMPORTANTE DE O'REILLY AUTOMOTIVE, INC. SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

PARA LOS PARTICIPANTES DE LOS PLANES COMPREHENSIVE, MAJOR Y KAISER

Por favor, lea este aviso cuidadosamente y téngalo a mano. Este aviso contiene información sobre su cobertura de medicamentos recetados con el plan patrocinado de salud de O'Reilly Automotive, Inc. y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si quiere inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información acerca de dónde puede obtener ayuda para tomar las decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Hay dos detalles importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó en 2006 para todos los que tuvieran Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se une a un Plan de medicamentos recetados de Medicare o un Plan de Medicare Advantage (tal como HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare brindan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer mayor cobertura por una prima mensual más alta.

2. O'Reilly Automotive, Inc. ha determinado que la cobertura para medicamentos recetados ofrecida, tomando el promedio de todos los participantes del plan, se espera que se pague tanto como lo haría con la cobertura estándar de Medicare para medicamentos recetados y por lo tanto es considerada Cobertura acreditable. Dado que su cobertura actual es una Cobertura acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (multa) si decide más tarde unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare.

¿CUÁNDO PUEDE UNIRSE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE?

Puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año a partir del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados, siempre que no sea por su culpa, será elegible para un período de inscripción especial (SEP, por sus siglas en inglés) de dos (2) meses para inscribirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare.

¿QUÉ SUCEDA CON SU COBERTURA ACTUAL SI DECIDE UNIRSE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE?

Si decide unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare mientras está cubierto por el Plan de salud patrocinado por O'Reilly Automotive, Inc., su Plan de salud de O'Reilly Automotive, Inc. podría verse afectado.

La cobertura patrocinada por su empleador no se puede cancelar debido a que usted se inscriba en Medicare (Vea el Aviso de COBRA abajo). Medicare y la cobertura patrocinada por su empleador coordinarán los beneficios para que usted no reciba beneficios duplicados.

Puede encontrar detalles sobre cómo Medicare coordina los beneficios en la Guía de Medicare, Quién paga primero, disponible a través de su representante de Medicare o en línea en <http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02179-medicare-coordination-benefits-payer.pdf>.

Generalmente, la cobertura patrocinada por su empleador pagará sus beneficios sin importar los pagos que pueda hacer Medicare. En estos casos, la cobertura patrocinada por su empleador se considera la cobertura 'primaria' y Medicare es la 'secundaria'. Medicare solo pagará después que la cobertura primaria patrocinada por el empleador haya pagado sus beneficios. Su cobertura de Medicare no tendrá efecto sobre el costo compartido de la cobertura patrocinada por su empleador como copagos, deducibles, exclusiones u otra limitaciones del plan.

SIN EMBARGO, hay tres casos en los que Medicare es primaria y la cobertura patrocinada por su empleador es secundaria. En estos casos, Medicare pagará sus beneficios sin importar los pagos que pueda hacer la cobertura patrocinada por el empleador. La cobertura patrocinada por el empleador coordinará los beneficios de manera que no duplique los beneficios pagados por Medicare. Esto reducirá los beneficios pagados por la cobertura patrocinada por su empleador. Estos tres casos son cuando:

- Su empleador emplea a menos de 20 empleados.
- Su cobertura es de un empleador anterior, un plan de retiro o una cobertura COBRA.
- Usted está incapacitado y la cobertura patrocinada por el empleador es de otra persona que trabaja para el empleador (por ejemplo, cuando se permite: la cobertura es de su cónyuge, su pareja, su dependiente o nieto(a) y el empleador tiene menos de 100 empleados. Cuando el empleador tiene 100 empleados o más, entonces Medicare es secundario).

Notas:

1. Si usted tiene enfermedad renal en etapa terminal, entonces la cobertura patrocinada por el empleador es la primaria durante los primeros 30 meses y Medicare es la primaria después de vencer ese período de 30 meses.
2. Si usted se inscribe en Medicare antes de elegir COBRA, entonces su inscripción en Medicare no se puede usar para limitar o denegar COBRA. Si usted se inscribe en Medicare después de elegir COBRA, entonces la inscripción en Medicare es un evento que termina su cobertura COBRA.

Si usted decide unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare y dejar su Plan de salud patrocinado por O'Reilly Automotive, Inc., tenga en cuenta que usted y sus dependientes tendrán que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta, si es ofrecido por su empleador o el Derecho especial de inscripción según la Ley HIPAA para poder recuperar esta cobertura.

¿CUÁNDO PAGARÁ UNA PRIMA MÁS ALTA (MULTA) PARA UNIRSE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE?

Además, debería saber que si usted rechaza o pierde su cobertura actual con O'Reilly Automotive, Inc. y no se inscribe en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare en un plazo de 63 días continuos después de que finalice su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (una multa) para inscribirse más tarde a un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si usted pasa 63 días continuos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos 1% de la prima básica para beneficiario de Medicare por mes, por cada mes que no tuvo dicha cobertura. Por ejemplo, si pasó 19 meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser siempre por lo menos 19% más alta que la prima básica para beneficiario de Medicare. Puede que usted tenga que pagar esta prima más alta (una multa) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

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

Comuníquese con la persona que se indica al final de este aviso para obtener más información o para recibir información de contacto de alguien en la compañía de seguros, administrador externo o proveedor de servicios que administre el programa de medicamentos recetados para el Plan de salud patrocinado por O'Reilly Automotive, Inc.

NOTA: Recibirá este aviso anualmente. Además, lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en el plan de medicamentos recetados de Medicare, y si cambia esta cobertura a través de O'Reilly Automotive, Inc. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS OPCIONES BAJO LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

En el manual "Medicare y Usted" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Todos los años Medicare le enviará por correo una copia del manual. Es posible que se comuniquen directamente con usted de los planes de medicamentos recetados de Medicare.

Para obtener más información sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la contratapa interior de su copia del manual "Medicare y Usted" para obtener los números telefónicos) para ayuda personalizada.
- Llame a 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay disponible una ayuda adicional para pagar por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov, o llámeles al 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

Fecha:

22 de septiembre de 2021

Contacto – Cargo/Oficina:

Departamento de Recursos Humanos

Dirección:

O'Reilly Automotive, Inc.
233 S. Patterson Ave., Springfield, MO 65802

Número de teléfono:

800-471-7431 opción 3, o ext. 1387



Nueva cobertura de seguro de salud del Mercado Opciones y su cobertura de salud

Formulario aprobado
OMB No. 1210-01-0149
(caduca el 30-jun-2023)

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros de salud: el Mercado de seguros de salud. A fin de ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo que brinda su empleador.

¿Qué es el Mercado de seguros de salud?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros de salud privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción abierta para la cobertura de seguro de salud a través del Mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1 de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro de salud que ofrece el Mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en su prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos familiares.

¿La cobertura de salud del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del Mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura de salud que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce su prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura en absoluto o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual familiar o si la cobertura que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus contribuciones como empleado para la cobertura que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto a impuestos federales y estatales. Los pagos para la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre su cobertura ofrecida por O'Reilly, por favor, consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con el Departamento de Beneficios de O'Reilly al 417-862-2674, ext. 1387.

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y sus costos. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un Mercado de seguros médicos en su área.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura de salud que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el Mercado, debe brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador O'Reilly Automotive, Inc.*	4. Número de Identificación del Empleador (EIN) 27-4358837	
5. Dirección del empleador 233 S. Patterson	6. Número de teléfono del empleador 417-862-2674	
7. Ciudad Springfield	8. Estado MO	9. Código postal 65802
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura de salud del empleado en este empleo? O'Reilly Benefits Department		
11. Número de teléfono (si es diferente del anterior) 417-862-2674, ext. 1387	12. Dirección de correo electrónico benefits@oreillyauto.com	

A continuación, encontrara información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:

Todos los empleados

Algunos empleados. Los empleados elegibles:
Todos los miembros de equipo de tiempo completo y medio tiempo que trabajan un promedio de 30 horas por semana.

- En cuanto a los dependientes:

Sí ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:
El cónyuge legalmente casado como se define en los documentos del plan, Pareja como se define en la Legislatura estatal de California (solo para los planes de Kaiser California), Hijos hasta los 26 años de edad, incluyendo hijos biológicos, legalmente adoptados, colocados en adopción, hijastros o niños para quienes usted es el tutor legal.

No ofrecemos cobertura

Si está marcado, la cobertura del Plan Core cumple con la norma de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted tiene el propósito de ser asequible a base del salario del empleado.

** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará su ingreso familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras perdidas de ingreso, aun así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del Mercado, visite HealthCare.gov para que se le guie por el proceso. Aquí tiene la información del empleador que ingresará cuando visite HealthCare.gov para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

* O'Reilly Automotive, Inc. es el Patrocinador del plan de beneficios del empleado de O'Reilly Automotive, Inc., bajo el cual se ofrece cobertura médica a los empleados elegibles de los Empleadores participantes, incluyendo sin limitaciones:

• Ozark Services, EIN: 43-1947192 • O'Reilly Automotive Stores, Inc., EIN: 44-0618012
• Ozark Automotive Dist, Inc., EIN: 44-0651985 • O'Reilly Auto Enterprises, LLC, EIN: 86-0221312
• OAP Transportation, LLC, EIN: 85-2694199

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE SU SALUD

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. Revísela con cuidado.

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DEL AVISO: 14 DE ABRIL DE 2003

La ley exige que el Plan de cuidado de la salud de O'Reilly Automotive, Inc. tome las medidas razonables para asegurar la privacidad de la información de salud personal que lo identifica:

- Los usos y divulgaciones del Plan de la información protegida sobre su salud (PHI);
- Sus derechos a la privacidad con respecto a su Información protegida sobre su salud (PHI); los deberes del Plan con respecto a su PHI; su derecho a presentar una queja al Plan o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; y
- La persona u oficina donde debe comunicarse para obtener más información sobre las prácticas de privacidad del Plan

La Información protegida sobre su salud (PHI) incluye toda la información de salud personal que lo identifica transmitida o conservada por el Plan, independiente de la forma (verbal, por escrito, electrónica).

SECCIÓN 1: AVISO DE USOS Y DIVULGACIONES DE PHI

Usos y divulgaciones de PHI requeridos

- Si usted lo solicita, el Plan está obligado a darle acceso a cierta Información protegida sobre su salud para inspeccionarla y copiarla.
- El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos puede exigir el uso y divulgación de su PHI para investigar o determinar si el Plan cumple con las normas de privacidad.

Usos y divulgaciones para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de la salud

El Plan podría usar la PHI sin su autorización para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de la salud. El Plan también divulgará la PHI a O'Reilly Automotive, Inc., el Patrocinador del Plan, con fines de tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de la salud. O'Reilly Automotive ha enmendado sus documentos del plan para proteger su PHI como lo requiere la ley federal.

- **Tratamiento** es la prestación, coordinación o manejo del cuidado de la salud y servicios relacionados. Además, incluye entre otros, consultas y referidos entre uno o más de sus proveedores. Por ejemplo, el Plan puede divulgar a un cirujano dentista el nombre del dentista que lo atiende de modo que el cirujano dentista pueda pedirle al dentista que lo atiende sus radiografías dentales.
- **Pago** incluye, entre otros, acciones para tomar decisiones de cobertura y pago (incluyendo facturación, manejo de reclamaciones, subrogación, reembolso del plan, revisiones para determinar si el tratamiento es médicalemente necesario y revisión de uso y preautorizaciones). Por ejemplo, el Plan puede decir a un médico si usted es elegible para la cobertura o qué porcentaje de la factura puede pagar el Plan. El Plan también puede dar información a un proveedor para que este pueda saber a dónde enviar las facturas para los costos que no cubre el Plan.
- **Operaciones de cuidado de la salud** incluyen, entre otras, control de calidad y mejoramiento, revisar la competencia o calificaciones de los profesionales del cuidado de la salud, evaluación de riesgo, clasificación de prima y otras actividades de seguros relacionadas con la creación y renovación de los contratos de seguros. Incluye además manejo de enfermedades, manejo de casos, realizar o hacer los arreglos para la revisión médica, servicios legales y funciones de auditoría, incluyendo programas de cumplimiento contra fraude y abuso, planificación y desarrollo de negocios, administración de negocios y actividades administrativas generales. Por ejemplo, el Plan puede usar información sobre sus reclamaciones para remitirle a un programa de manejo de la enfermedad, proyectar los costos futuros

de los beneficios o para auditar la exactitud de sus funciones de procesamiento de reclamaciones.

Usos y divulgaciones que requieren su autorización por escrito

Generalmente, se obtendrá su autorización por escrito antes de que el Plan use o divulgue notas de psicoterapia sobre usted por parte de su psicoterapeuta. Las notas de psicoterapia son notas que se archivan aparte sobre sus conversaciones con su profesional de salud mental durante una sesión de terapia. No incluyen la información resumida sobre su tratamiento de salud mental. El Plan puede usar y divulgar dichas notas cuando el Plan las necesite para defenderse de litigios presentados por usted.

Usos y divulgaciones que requieren que se le dé oportunidad de esta de acuerdo o no antes de del uso o divulgación

La divulgación de su PHI a miembros de la familia, otros parientes y sus amigos cercanos se permite si la información es directamente relevante para que la familia o los amigos se involucren en su cuidado o en el pago de ese cuidado, y si usted ha aceptado la divulgación o se le dio la oportunidad de oponerse y no lo ha hecho.

Usos y divulgaciones para los cuales no se requiere autorización ni oportunidad para oponerse

El uso y divulgación de su PHI se permite sin su autorización ni oportunidad de oponerse en las siguientes circunstancias:

- Cuando lo exige la ley.
- Cuando se permite con fines de actividades de salud pública, incluyendo cuando es necesario para informar defectos de productos, permitir la retirada de productos y realizar vigilancia después de la comercialización. También se puede usar y divulgar la PHI si usted ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa o está en riesgo de propagar una enfermedad o padecimiento, si es autorizado por ley.
- Cuando es autorizado por ley para informar sobre abuso, negligencia o violencia doméstica a las autoridades públicas si existe una convicción razonable de que usted podría ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. En tal caso, el Plan le informará sin demora que se ha hecho o se hará dicha divulgación a menos que el aviso pudiera causar riesgo de sufrir daños graves. Con el propósito de denunciar abuso o negligencia infantil, no es necesario informar al menor que se ha hecho o se hará dicha divulgación. Generalmente, se puede hacer la divulgación a los padres del menor o a otros representantes, aunque podría haber circunstancias según las leyes federales o estatales en las que no se les dé acceso a los padres o a otros representantes a la PHI del menor.
- El Plan puede divulgar su PHI a una agencia supervisora de salud pública para actividades de vigilancia autorizadas por ley. Esto incluye uso o divulgaciones en investigaciones civiles, administrativas o penales; inspecciones; acreditaciones o medidas disciplinarias (por ejemplo, para investigar quejas contra proveedores); y otras actividades necesarias para la supervisión adecuada de programas de beneficios gubernamentales (por ejemplo, para investigar fraude al Medicare o Medicaid).
- El Plan podría divulgar su PHI cuando se requiere para procesos judiciales y administrativos. Por ejemplo, su PHI se puede divulgar en respuesta a un citatorio de solicitud de descubrimiento de pruebas siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones. Una de esas condiciones es que se le den garantías satisfactorias al Plan de que la parte solicitante ha intentado de buena fe avisarle a usted por escrito y que el aviso proporcionara suficiente información sobre el proceso para permitir que usted objetara y no se presentaron objeciones o un tribunal decidio a favor de la divulgación.
- Cuando se requiere para informar condiciones, como por ejemplo para informar ciertos tipos de heridas.

- Para hacer cumplir la ley, incluyendo con el propósito de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo importante o persona desaparecida. Además, al divulgar información sobre una persona que es o se sospecha que es víctima de un delito, pero solo si la persona está de acuerdo con la divulgación o si la entidad cubierta no puede obtener la aceptación de la persona por circunstancias de emergencia. Además, el agente del orden público tiene que manifestar que no hay intención de usar la información contra la persona, que la actividad inmediata de cumplimiento de la ley se vería considerable y adversamente afectada si se espera obtener la aceptación de la persona y que la divulgación es el mejor interés de la persona de acuerdo con el mejor criterio del Plan.
- Cuando se requiera darse a un médico forense con el fin de identificar a una persona fallecida, determina la causa de una muerte u otros deberes conforme lo autorice la ley. Además, se permite la divulgación a directores de funerarias, conforme a la ley aplicable, según sea necesario para llevar a cabo sus deberes con respecto al difunto.
- El Plan puede usar o divulgar la PHI para investigación, sujeto a condiciones.
- Cuando esté de acuerdo con la ley aplicables y las normas de conducta ética, si el Plan, de buena fe, cree que el uso o divulgación es necesario para prevenir o atenuar una amenaza inminente y grave a la salud o seguridad de una persona o del público y la divulgación es a una persona razonablemente capaz de prevenir o atenuar la amenaza, incluyendo al objetivo de la amenaza.
- Cuando esté autorizado por y en la medida que sea necesario para cumplir con la compensación al trabajador o con otros programas similares establecidos por ley.

Excepto cuando se indique lo contrario en este Aviso, los usos y divulgaciones se realizarán únicamente con su autorización por escrito sujeto a su derecho a revocar dicha autorización.

SECCIÓN 2: DERECHOS DE INDIVIDUOS

Derecho a solicitar restricciones en los usos y divulgaciones de la PHI
 Usted puede pedir al Plan que limiten los usos y divulgaciones de la información protegida sobre su salud con fines de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud o restringir los usos y divulgaciones a miembros de la familia, parientes, amigos u otras personas identificadas por usted que estén involucradas en su cuidado o en el pago de su cuidado. Sin embargo, el Plan no está obligado a aceptar su petición. El Plan atenderá las solicitudes razonables para recibir comunicaciones de PHI por otros medios o en otros lugares. Usted o su representante personal tendrán que llenar un formulario para solicitar restricciones a los usos y divulgaciones de su PHI. Estas solicitudes deben hacerse al gerente de Beneficios, 233 S. Patterson, Springfield, MO 65802, 417-862-2674, ext. 1387.

Derecho a inspeccionar y copiar su PHI

Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su PHI contenida en una "serie de archivos designados" por el tiempo que el Plan mantenga su PHI.

- La Serie de archivos designados incluye los expedientes médicos y registros de facturación sobre las personas mantenidos por o para un proveedor de cuidado de la salud cubierto; inscripción, pago, facturación, adjudicación de reclamaciones y caso o sistemas de registro de manejo médico mantenidos por o para el plan de salud; u otra información usada parcial o totalmente por o para la entidad cubierta para tomar decisiones sobre las personas. La información usada para análisis de control de calidad o evaluación de sus pares y no usada por el Plan para tomar decisiones sobre las personas no se considera parte de la serie de archivos designados. La serie de archivos designados no puede contener información recibida y/o usada de proveedores o de otras entidades cubiertas, de modo que usted podría tener que buscar información de su proveedor de cuidado de la salud.

La información solicitada se proporcionará en un plazo de 30 días si la información se guarda en el lugar o en un plazo de 60 días si se guarda

fuera. Se permite una sola prórroga de 30 días si el Plan no puede cumplir con la fecha límite.

Usted o su representante personal tendrán que llenar un formulario para solicitar acceso a la PHI en su serie de archivos designados. Las solicitudes de acceso a la PHI se deben hacer al gerente de Beneficios, 233 S. Patterson, Springfield, MO 65802, 417-862-2674, ext. 1387.

Si se niega el acceso, usted o su representante personal recibirán un aviso por escrito que establezca la base de la negativa, una descripción de la manera en que usted puede ejercer sus derechos de revisión y una descripción de la manera en que puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Derecho a enmendar la PHI

Usted tiene derecho de solicitar al Plan que enmiende su PHI o un archivo sobre usted en una serie de archivos designados por el tiempo que la PHI se mantenga en la serie de archivos designados.

El Plan tiene 60 días después de presentarse la solicitud para responder. Se permite una sola prórroga de 30 días si el Plan no puede cumplir con la fecha límite. Si se rechaza una solicitud total o parcialmente, el Plan tiene que presentarle una notificación por escrito que explique la base de la negativa. Usted o su representante personal pueden entonces presentar una declaración por escrito en desacuerdo con la negativa y que esa declaración se incluya en cualquier divulgación futura de su PHI.

Las solicitudes de enmiendas a PHI en una serie de archivos designados se deben hacer al gerente de Beneficios, 233 S. Patterson, Springfield, MO 65802, 417-862-2674, ext. 1387. Usted o su representante personal tendrán que llenar un formulario para solicitar una enmienda a la PHI en su serie de archivos designados. Se tiene que incluir en el formulario una razón para apoyar la enmienda solicitada.

Derecho a recibir un informe de las divulgaciones de la PHI

Si usted lo solicita, el Plan también le proporcionará un informe de las divulgaciones hechas por el Plan de su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. Sin embargo, dicho informe no necesita incluir divulgaciones de la PHI hechas: (1) para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de cuidado de la salud; (2) a las personas sobre su propia PHI; o (3) antes de la fecha de cumplimiento.

Si el informe no se puede proporcionar en un plazo de 60 días, se permiten 30 días adicionales si se le da a la persona una declaración por escrito de los motivos de la demora y la fecha en que se proporcionará el informe.

Si usted solicita más un informe en un período de 12 meses, el Plan cobrará una cuota razonable basada en los costos por cada informe subsiguiente.

Las solicitudes de un informe sobre las divulgaciones de la PHI en una serie de archivos designados se deben hacer al gerente de Beneficios, 233 S. Patterson, Springfield, MO 65802, 417-862-2674, ext. 1387. Usted o su representante personal tendrán que llenar un formulario para solicitar el informe de las divulgaciones de la PHI en su serie de archivos designados.

Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso si se solicita

Para obtener una copia impresa en papel de nuestro Aviso más reciente, comuníquese con el gerente de Beneficios, 233 S. Patterson, Springfield, MO 65802, 417-862-2674, ext. 1387.

Nota sobre los representantes personales

Usted puede ejercer sus derechos a través de un representante personal. Su representante personal tendrá que presentar prueba de su autoridad para actuar a nombre suyo antes de que se le dé acceso a esa persona a su PHI o se le permita tomar medidas en su nombre. La prueba de dicha autoridad puede ser una de las siguientes:

- Un poder notarial para fines del cuidado de la salud, notarizado por un notario público;
- Una orden judicial que nombre a la persona como el custodio o tutor de la persona; o
- Una persona que es padre/madre de un menor de edad. El Plan retiene el derecho a ejercer su criterio para denegar acceso a su PHI a un

representante personal para proteger a las personas vulnerables que dependen de otras para ejercer sus derechos según estas normas y que podrían ser víctimas de abuso o negligencia. Esto también se aplica a los representantes personales de menores.

SECCIÓN 3: LOS DEBERES DEL PLAN

El Plan tiene la obligación por ley de mantener la privacidad de la PHI y notificar a las personas (participantes y beneficiarios) cuáles son sus deberes y prácticas de privacidad.

Este Aviso tiene vigencia a partir del 14 de abril de 2003 y el Plan tiene la obligación de cumplir los términos de este Aviso. Sin embargo, el Plan se reserva el derecho a cambiar sus prácticas de privacidad y aplicar los cambios a cualquier PHI que el Plan reciba o mantenga antes de esa fecha. Si se cambia una práctica de privacidad, se proporcionará una versión revisada de este Aviso a través del correo entre compañías a todos los participantes actuales y por el correo postal de los EE. UU. a todos los pasados participantes y beneficiarios de quienes el Plan todavía conserve la PHI.

Las versiones revisadas de este Aviso se distribuirán en un plazo de 60 días de la fecha de vigencia de cualquier cambio importante a los usos y divulgaciones, los derechos de las personas, los deberes del Plan u otras prácticas de privacidad establecidas en este Aviso.

Norma del mínimo necesario

Al usar o divulgar la PHI o al solicitar la PHI de otra entidad cubierta, el Plan hará los esfuerzos razonables para no usar, divulgar ni solicitar más de la cantidad mínima necesaria de la PHI para cumplir con el propósito del uso, divulgación o solicitud, teniendo en cuenta las limitaciones prácticas y tecnológicas. Sin embargo, la norma del mínimo necesario no se aplicará en las siguientes situaciones:

- Divulgaciones a o solicitudes de un proveedor de cuidado de la salud para fines de tratamiento;
- Usos o divulgaciones realizadas a la persona;
- Divulgaciones realizadas al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.;
- Usos o divulgaciones requeridas por ley;
- Usos o divulgaciones que se requieren para que el Plan cumpla con las normas legales.

Este Aviso no se aplica a la información que ha sido anonimizada.

- La información desidentificada es información que no identifica a un

individuo y con respecto a la cual no existe una base razonable para creer que la información podría usarse para identificarlo.

Además, el Plan puede usar o divulgar "información resumida de salud" al Patrocinador del Plan para obtener ofertas de prima o modificar, enmendar o terminar el plan de salud grupal, la cual resume el historial de reclamaciones, gastos de reclamaciones o tipo de reclamaciones presentadas por personas a las cuales el patrocinador del plan le ha proporcionado beneficios de salud dentro de un plan de salud grupal; y de los cuales se ha borrado la información que los identifica conforme a la HIPAA.

SECCIÓN 4: SU DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA AL PLAN O AL SECRETARIO DE HHS

Si usted cree que han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar una queja al Plan a la atención de: Privacy Officer, 233 S. Patterson, Springfield, MO, 65802, 417-862-2674, ext. 1387.

Puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Hubert H. Humphrey Building, 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201. El Plan no tomará represalias en su contra por presentar una queja.

SECCIÓN 5: CON QUIÉN COMUNICARSE EN EL PLAN PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Si usted tiene preguntas relacionadas con este Aviso o con los temas aquí tratados, puede comunicarse con el gerente de Beneficios, 233 S. Patterson, Springfield, MO, 65802, 417-862-2674, ext. 1387.

CONCLUSIÓN

El uso y divulgación de la Información protegida sobre su salud por parte del Plan está regulada por una ley federal conocida como HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud). Usted puede encontrar estas normas en el Código de normas federales 45 Partes 160 y 164. El propósito de este Aviso es resumir las normas. Las normas sustituirán cualquier discrepancia entre la información en este Aviso y las normas.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. Dichas modificaciones se aplicarán únicamente a los usos y divulgaciones después de la fecha de vigencia del nuevo Aviso.

El gerente de Beneficios tiene una copia de nuestro Aviso más reciente si usted desea revisarlo.

AVISO RELACIONADO CON EL PROGRAMA DE BIENESTAR

El Descuento en la Prima de Bienestar de O'Reilly es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados inscritos en un plan médico de Cigna o Allegiance. El programa está administrado de acuerdo con las normas federales que permiten los programas de bienestar patrocinados por el empleador que procuran mejorar la salud del empleado o prevenir las enfermedades, incluyendo la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley sobre la No Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos, según corresponda, entre otras. Si usted decide participar en el programa de bienestar, se le pedirá que complete una evaluación de salud voluntaria o "HRA" que hace una serie de preguntas sobre actividades y conductas relacionadas con la salud y si usted tiene o ha tenido ciertas enfermedades (ej., cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas). También se le pedirá que complete una evaluación biométrica que incluirá un análisis de sangre para el colesterol, los triglicéridos y la glucosa. No tiene obligación de completar la HRA o hacerse el análisis de sangre ni otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que decidan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo de un 10% de reducción de la prima médica. Aunque no tiene obligación de completar la HRA o participar en la evaluación biométrica, solo los empleados que lo hacen serán elegibles para recibir los descuentos adicionales.

La información de su HRA y los resultados de su evaluación biométrica se usarán para proporcionarle información que lo ayude a entender su estado de salud actual y los posibles riesgos médicos o para la salud, y también se pueden usar para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar, como por ejemplo *coaching*. También lo animamos a compartir sus resultados o inquietudes con su propio médico.

PROTECCIONES DE LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de la información personal identificable sobre su salud. Si bien el programa de bienestar y O'Reilly Automotive, Inc. pueden usar la información global reunida para

diseñar un programa basado en los riesgos para la salud identificados en el lugar de trabajo, el programa de descuento de bienestar en las primas de bienestar nunca divulgará ninguna información personal suya ya sea públicamente o al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud suya de ajuste razonable necesario para participar en el programa de bienestar o en la medida que la ley lo permita expresamente. La información médica que lo identifique personalmente que se proporciona en conexión con el programa de bienestar no se dará a sus supervisores o gerentes y no puede usarse nunca para tomar decisiones relacionadas con su empleo.

La información sobre su salud no se venderá, cambiará, transferirá ni divulgará de ninguna otra manera, excepto en la medida que la ley lo permita, para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni exigirá renunciar a la confidencialidad de la información sobre su salud como una condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con el propósito de proporcionarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. Las únicas personas que recibirán su información médica personalmente identificable son

las enfermeras o los entrenadores de salud para prestarle servicios en el marco del programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus registros personales, la información almacenada electrónicamente estará codificada y ninguna información que usted proporcione como parte del programa de bienestar se usará para tomar ninguna decisión de empleo. Se tomarán las medidas de precaución adecuadas para evitar las filtraciones de datos y, en caso de ocurrir una filtración de datos que incluya información proporcionada por usted en conexión con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato.

No se puede discriminar en su contra en el empleo debido a la información médica que usted proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar, ni se pueden tomar represalias en su contra si decide no participar.

Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre este aviso o sobre las protecciones en contra de la discriminación y de las represalias, favor de comunicarse a O'Reilly Benefits al 4147-862-2674-1387, extensión 1387.

INFORME ANUAL RESUMIDO DEL PLAN DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO DE O'REILLY AUTOMOTIVE, INC.

Este es un resumen del informe anual del Plan de beneficios del empleado de O'Reilly Automotive, Inc. (Número de identificación del empleador 27-4358837, Número del plan 502) para el año del plan del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020. El informe anual se ha presentado ante la Administración de Seguridad de los Beneficios de los empleados, como lo requiere la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) de 1974.

O'Reilly Automotive, Inc. se ha comprometido a pagar ciertas reclamaciones de FSA de cuidado de la salud (médico, dental y de la vista) incurridas según los términos del plan.

INFORMACIÓN DE SEGURO

El plan tiene contratos de seguro con Hartford Life and Accident, Kaiser Foundation Health Plan Inc., Kaiser Foundation Health Plan of Hawaii, EyeMed Vision Care a nombre de Fidelity Security Life Insurance Co., Pacific Guardian Life Insurance Company, Ltd., MetLife Legal Plans y Hawaii Medical Services Association y and Cigna Health and Life Insurance Company para pagar ciertas reclamaciones de salud, vida, muerte accidental y desmembramiento, vista, incapacidad temporal, incapacidad a largo plazo, enfermedad grave, indemnización por hospitalización y accidente y reclamaciones legales prepagadas incurridas según los términos del plan. El total de primas pagadas para el año del plan que terminó el 31 de diciembre de 2020 fue \$32,576,454.

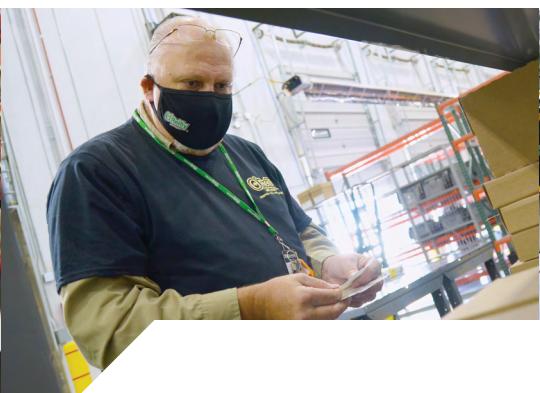
SUS DERECHOS A RECIBIR INFORMACIÓN ADICIONAL

Usted tiene derecho a recibir una copia del informe anual completo, o cualquier parte del mismo, cuando así lo solicite. Las siguientes partidas están incluidas en ese informe:

- Información sobre el seguro, inclusive las comisiones sobre ventas que pagan las compañías aseguradoras.

Para obtener una copia del informe anual completo o de cualquier parte del mismo, escriba o llame al administrador del plan al P.O. Box 1156, 233 South Patterson, Springfield, MO 65801 y número de teléfono 417-862-2674.

Usted también tiene el derecho protegido por ley de examinar el informe anual en la oficina principal del plan: P.O. Box 1156, 233 South Patterson, Springfield, MO 65801, y en el Departamento del Trabajo de EE. UU. en Washington, D.C., o de obtener una copia por parte del Departamento del Trabajo de EE. UU. si paga los costos de las copias. Las solicitudes al Departamento deben dirigirse a: Public Disclosure Room, Room N-1513, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.



2022 O'REILLY
STRONG



SERVICIOS	COMPAÑÍA	TELÉFONO	NÚMERO DEL GRUPO	SITIO WEB
Seguro contra accidentes	The Hartford	866-547-4205	460033	thehartford.com/benefits/myclaim
Enfermedad grave	The Hartford	866-547-4205	460032	thehartford.com/benefits/myclaim
Dental	Cigna*	800-244-6224	3329543-PPO	cigna.com o mycigna.com
Cuentas de gastos flexibles (FSA)	Wex Health*	866-451-3399		wexinc.com/solutions/benefits/
Indemnización por hospitalización	The Hartford	866-547-4205	681712	thehartford.com/benefits/myclaim
Robo de identidad	LifeLock*	800-607-9174	Plan Elite Plus	lifelock.com
Servicios legales	Planes legales MetLife	800-821-6400	Código de acceso: 9900370	members.legalplans.com
Incapacidad a largo plazo	The Hartford	800-216-0434	675737	thehartfordatwork.com
Médico	Cigna*	800-244-6224	3329543 Cigna Open Access Plus, OA Plus, Plan OA de Choice Fund	cigna.com o mycigna.com
	LIMITED PLAN Allegiance	Médico: 855-999-0292 Farmacia: 800-622-5579	2001050	askallegiance.com/oreilly
	Kaiser California*	800-464-4000	Norte 18142 Sur 123940-01	kp.org
	Kaiser Hawái*	800-966-5955	34174-01	kp.org
	HMSA*	Oahu: 948-6111 Otras islas: 800-776-4672	024542001	hmsa.com/contact
O'Care Solutions (EAP)	Cigna	833-OCARE63 833-622-7363	Identificación del empleado: O'reilly Contraseña: EAP	cigna.com o mycigna.com
Incapacidad a corto plazo	The Hartford	800-216-0434	675737	thehartfordatwork.com
Plan de compra de acciones	Morgan Stanley*	800-367-4777	Símbolo bursátil: ORLY	stockplanconnect.com
Descuentos para miembros de equipo	BenefitHub*	866-664-4621	Código de referencia: FKMYHL	oreillyauto.benefithub.com
	Working Advantage		OReillyAuto18	oreillyauto.savings.workingadvantage.com
	Access Perks	877-408-2603	Identificación de programa: 201455	oreilly.accessperks.com
Información de beneficios en línea	O'Reilly		Nombre de usuario: EquipoO'Reilly Contraseña: Beneficios	teamoreillybenefits.com
Telemedicine (solo participantes de Cigna y Allegiance)	MDLIVE*	Cigna: 888-726-3171 Allegiance: 877-753-7992		mdliveforgigna.com mdlive.com/oreillyltd
Vista	EyeMed*	877-226-1115	1001449 Insight	eyemedvisioncare.com/oreilly

* Una aplicación móvil está disponible para este proveedor.