



ELMET
TECHNOLOGIES

2026

Nouvelle recrue

Guide des avantages sociaux

Inscrivez-vous par téléphone ou en ligne
au 866-833-8915 ou
sur www.elmetbenefits.com

SCAN ME



Introduction

Ce guide donne un aperçu du programme Elmet 2026 les avantages sociaux et le processus d'inscription. Vous Trouvez les avantages essentiels, les ressources et les contacts Informations tout au long du guide. Avantages supplémentaires Des informations sont disponibles en ligne sur www.elmetbenefits.com

Quels que soient vos besoins, vous êtes encouragés pour commencer votre expérience avec les avantages Elmet Centre de services.

Centre de services Elmet Benefits
866-833-8915

questions@elmetbenefits.com

Du lundi au jeudi : de 8h à 18h

Vendredi : 8h00 - 17h00 (heure de l'Est)

www.elmetbenefits.com

Table des matières

Comment s'inscrire.....	2
Médical.....	3-13
EAP.....	14
Avantages sociaux des employés.....	15
2-1-1.....	15
HSA.....	16
FSA.....	17
Dentaire.....	18
Vision.....	19
Assurance-vie.....	20
Invalidité.....	20
Maladie grave.....	21
Accident.....	22
Indemnité d'hospitalisation.....	23
Tarifs.....	24
Couverture des personnes à charge.....	25
Informations spécifiques à l'emplacement.....	26
Coordonnées du fournisseur.....	27

Avantages de 2026

		Avantages de 2026
Médical (y compris les médicaments sur ordonnance)	+	Elmet Technologies propose 3 plans médicaux pour l'année de régime 2026 : Régime PPO Or, régime PPO Argent et régime HSA
Pharmacie (Rx)	+	Participants au régime médical HPI : le gestionnaire des prestations pharmaceutiques d'Elmet est Fairos Rx. Les ordonnances expédiées par correspondance sont gérées par Healthdyne Mail Order.
Dentaire	+	La couverture comprend les examens dentaires, les nettoyages et les soins réparateurs.
Vision	+	La prise en charge comprend les examens et les lunettes correctrices (lentilles de contact/lunettes).
Assurance-vie de base	Employeur Payé Avantages	Tous les employés bénéficient d'une assurance-vie temporaire GRATUITE (1,5 fois le salaire annuel de base).
Invalidité de courte durée		Jusqu'à 25 semaines d'indemnités de remplacement de revenu en cas d'accident ou de maladie.
Invalidité de longue durée		Remplacement du revenu du 181e jour jusqu'à l'âge normal de la retraite de la sécurité sociale.
Assurance-vie facultative	+	Une assurance vie facultative est proposée aux employés, à leurs conjoints et à leurs enfants.
maladie grave	+	Prestations en espèces en cas de diagnostic d'une maladie couverte.
Accident	+	Indemnités en espèces en cas de blessure accidentelle.
Indemnité d'hospitalisation	+	Prestations en espèces en cas de consultation aux urgences ou d'hospitalisation.
Avantages spécifiques au site	+	Consultez le service des ressources humaines de votre site local pour obtenir des informations supplémentaires concernant ces avantages.

Comment s'inscrire

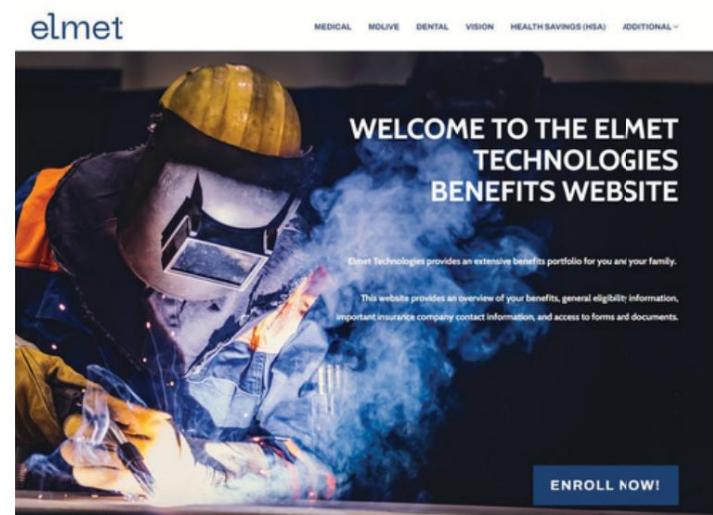
[Inscription aux avantages sociaux - En ligne ou par téléphone](#)

Inscrivez-vous en ligne :

Étape 1 :

Rendez-vous sur www.elmetbenefits.com et cliquez sur « Inscrivez-vous maintenant ! ».

Vous pouvez également vous rendre sur elmet.zevobenefits.com pour accéder directement à la plateforme d'inscription.



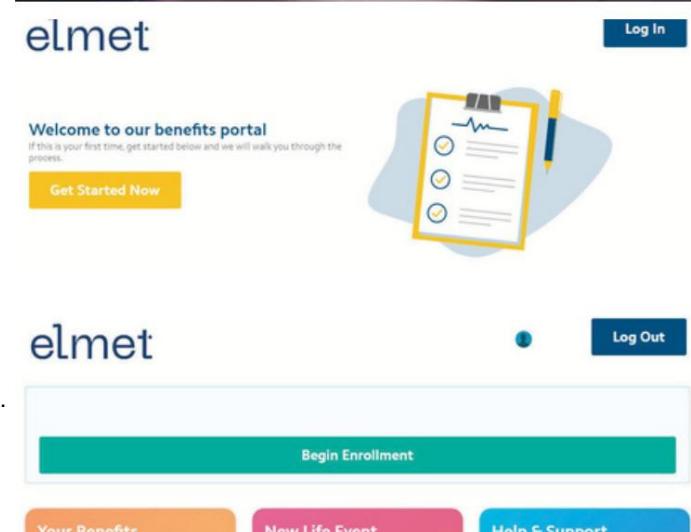
Étape 2 :

Premiers utilisateurs : cliquez sur « Commencer maintenant » et saisissez vos informations personnelles pour créer votre compte.

Utilisateurs déjà inscrits : cliquez sur « Se connecter » et saisissez votre adresse courriel et votre mot de passe. Si vous avez oublié votre mot de passe, cliquez sur le lien « Mot de passe oublié ? ».

Étape 3 :

Une fois connecté, vous pourrez finaliser votre inscription en cliquant sur « Commencer l'inscription » et en suivant les instructions.



[Inscription par téléphone :](#)

Appelez le centre de services Elmet Benefits au 866-833-8915 pour vous inscrire par téléphone. Vous parlerez à un spécialiste des avantages sociaux qui examinera vos options et soumettra votre inscription.

Élections de prestations de 2026

En tant que nouvel employé, c'est le moment de vous inscrire aux avantages sociaux. Veuillez noter qu'aucune modification de vos avantages sociaux n'est autorisée en cours d'année, sauf en cas d'événement de vie admissible ou de changement de situation familiale (justificatifs requis).

Voici quelques exemples d'événements de vie admissibles pouvant entraîner des modifications de votre couverture :

- Mariage ou divorce
- Naissance ou adoption d'un enfant
- Perte d'une personne à charge
- droit à Medicare
- Gain d'autres couvertures
- Perte d'autres couvertures

Si vous avez un événement admissible au cours de l'année, veuillez en informer le Centre de services des avantages sociaux au 866-833-8915.

Vous devez soumettre les documents nécessaires au Centre de services des avantages sociaux dans les 30 jours suivant votre événement pour que la modification soit effective.



Elmet Technologies propose trois régimes d'assurance maladie gérés par Health Plans, Inc. (HPI) pour l'année 2026. HPI offre un excellent service client et utilise le réseau Harvard Pilgrim Health Care (HPHC) (en Nouvelle-Angleterre) et le réseau United Healthcare (UHC) Choice (hors Nouvelle-Angleterre). Vous pouvez choisir entre le régime PPO Gold, le régime PPO Silver et le régime HSA. Si vous êtes inscrit au régime Allegiant Care, géré par un syndicat, vous ne pouvez pas choisir parmi ces régimes.

Le régime HSA est un régime d'assurance maladie à franchise élevée (HDHP) qui permet aux participants de cotiser à un compte d'épargne santé (HSA). Si vous choisissez le régime HSA, vous n'êtes pas tenu d'ouvrir un compte d'épargne santé (HSA) ni d'y cotiser. Cependant, si vous cotisez à un HSA, vous réduirez votre revenu imposable et pourrez payer vos frais médicaux, dentaires, ophtalmologiques et pharmaceutiques sans payer d'impôt fédéral sur le revenu. Consultez la page relative au compte d'épargne santé (HSA) pour plus d'informations.

Les soins préventifs sont toujours couverts à 100 % avant la franchise, à condition qu'ils soient codés comme soins préventifs.

Les régimes PPO proposent des participations forfaitaires pour les consultations médicales, les passages aux urgences et les médicaments sur ordonnance. Pour la plupart des autres services, vous devez payer votre franchise et votre quote-part jusqu'à atteindre votre plafond de dépenses. Veuillez noter que les participations forfaitaires ne sont pas déduites de votre franchise, mais uniquement de votre plafond de dépenses. Les services sont couverts à 100 % après le paiement d'une participation forfaitaire, à condition de consulter un professionnel de santé du réseau. Dans le cas contraire, vous devez payer la franchise et la quote-part applicables hors réseau jusqu'à atteindre votre plafond de dépenses.

Centres d'excellence en soins de santé :

Nous sommes convaincus que la distance et le coût ne devraient jamais vous empêcher de recevoir les meilleurs soins médicaux. Les employés d'Elmet bénéficient d'un accès sans frais aux meilleurs hôpitaux du pays pour les affections et interventions médicales complexes.

Ici montrer:

- Avant de recevoir des soins,appelez Pathways au 888-340-5487 ou envoyez-leur un e-mail à PathwaysConcierge@urmedwatch.com pour vérifier si vos soins sont admissibles à cet avantage.
- Collaborez avec une infirmière concierge dédiée pour coordonner vos soins dans l'un de ces établissements de haute qualité.
- Bénéficiez des services couverts auxquels vous avez droit et ne payez rien de votre poche, y compris votre franchise totale.

Tous les employés, leurs conjoints et leurs enfants à charge inscrits à un régime de santé Elmet sont admissibles.

Programme des centres d'excellence : [Traitement du cancer](#) | [Remplacement articulaire](#) | [Chirurgie du dos](#) | [Interventions cardiaques](#) | [Greffes d'organes Transplanter](#)

Remarque : Si vous êtes inscrit au régime médical HSA, vous devrez atteindre le seuil de franchise minimum exigé par l'IRS avant de pouvoir bénéficier de soins gratuits.

Des interventions médicales supplémentaires peuvent être prises en charge au cas par cas. Pour en savoir plus, veuillez contacter le Centre de services Elmet Benefits.



	Régime HSA	Argent PPO	PPO Or
	Réseau	Réseau	Réseau
Contribution de l'employeur au compte HSA	500 \$	N / A	N / A
Structure du plan			
Dédicteur*	Individuel : 2 700 \$ Famille : 5 600 \$	Individuel : 1 250 \$ Famille : 2 500 \$	Individuel : 500 \$ Famille : 1 000 \$
Franchise intégrée	Non	1 250 \$	500 \$
Coassurance (à la charge du membre)	25%	20%	20%
Dépenses maximales à la charge du patient (OOPM)*	Individuel : 5 600 \$ Famille : 11 000 \$	Individuel : 5 000 \$ Famille : 10 000 \$	Individuel : 3 500 \$ Famille : 7 000 \$
MOOP intégré	5 600 \$	5 000 \$	3 500 \$
MOOP combiné (médicaments et ordonnances)	Oui	La franchise ne s'applique pas aux médicaments sur ordonnance.	La franchise ne s'applique pas aux médicaments sur ordonnance.
Services médicaux			
Cabinet du médecin de famille (PCP) Visite	franchise, puis 25%	ticket modérateur de 25 \$	ticket modérateur de 25 \$
Visite chez un spécialiste	franchise, puis 25%	ticket modérateur de 60 \$	ticket modérateur de 50 \$
Visite chiropratique (limite de 40 visites)	franchise, puis 25%	Co-paiement de 30 \$	Co-paiement de 25 \$
Thérapies ambulatoires PT/OT/ST/SN (limite de 60 visites combinées)	franchise, puis 25%	Soins ambulatoires : participation de 30 \$ Hospitalisation : franchise, puis 20 %	Soins ambulatoires : participation de 25 \$ Hospitalisation : franchise, puis 20 %
Tests diagnostiques			
Examen de laboratoire diagnostique / Radiographie	franchise, puis 25%	ticket modérateur de 50 \$	ticket modérateur de 50 \$
Imagerie avancée <small>IRM, ARM, tomodensitométrie et tomographie par émission de positrons</small>	franchise, puis 25%	franchise, puis 20%	franchise, puis 20%
Chirurgie ambulatoire			
Frais d'installation	franchise, puis 25%	franchise, puis 20%	franchise, puis 20%
Honoraires médicaux et anesthésie	franchise, puis 25%	franchise, puis 20%	franchise, puis 20%
Chirurgie en milieu hospitalier			
Frais d'installation	franchise, puis 25%	franchise, puis 20%	franchise, puis 20%
Honoraires médicaux et anesthésie	franchise, puis 25%	franchise, puis 20%	franchise, puis 20%
Soins d'urgence			
Salle d'urgence	franchise, puis 25%	Ticket modérateur de 500 \$, exonéré en cas d'admission.	Ticket modérateur de 500 \$, exonéré en cas d'admission.
Ambulance	franchise, puis 25%	ticket modérateur de 150 \$	ticket modérateur de 150 \$
Soins d'urgence	franchise, puis 25%	ticket modérateur de 45 \$	ticket modérateur de 35 \$
Couverture des médicaments sur ordonnance			
Générique	franchise, puis 25%	ticket modérateur de 5 \$	ticket modérateur de 5 \$
Marque préférée	franchise, puis 25%	ticket modérateur de 30 \$	ticket modérateur de 30 \$
Marque non privilégiée	franchise, puis 25%	ticket modérateur de 50 \$	ticket modérateur de 50 \$
Spécialité	franchise, puis 25%	coassurance de 20 %	coassurance de 20 %

Planification de la retraite : Pour ceux qui approchent de la retraite ou envisagent de souscrire à Medicare, il est essentiel d'évaluer comment chaque plan s'aligne sur leurs besoins futurs. Besoins en matière de soins de santé. Il est important de noter que toutes les cotisations à un compte HSA doivent cesser six mois avant l'inscription à Medicare si le La personne est admissible à Medicare pendant cette période. Les cotisations versées avant l'âge de 65 ans n'ont aucune incidence sur cette condition.

Veuillez noter le statut suivant, pour 2026, des plans médicaux Elmet, admissibles ou non admissibles au titre de la partie D de Medicare :

- PPO Argent - Créditable
- PPO Gold - Créditable
- **HSA - Non créditable**

Si vous êtes déjà admissible à Medicare ou le serez bientôt, nous vous encourageons à parler à un conseiller Medicare pour savoir ce dont vous avez besoin. Cela signifie que pour vous, il faut discuter des impacts que cela pourrait avoir et des prochaines étapes à suivre.

FAIROS RX Navigator

Vous ou une personne à votre charge prenez un médicament coûteux ? Vous pourriez bénéficier de programmes visant à réduire le coût de vos médicaments.

Le programme FairosRx Navigator vise à simplifier le processus d'obtention de vos médicaments à moindre coût pour vous et pour Elmet Technologies.

À quoi devez-vous vous attendre de FairosRx Navigator si vous prenez un médicament admissible ?

- Vous recevrez un appel d'un membre de l'équipe Navigator qui vous présentera le programme et vous donnera un aperçu des prochaines étapes.
- En fonction des critères d'admissibilité, le programme FairosRx Navigator détermine le programme qui vous convient et vous offre une aide à l'inscription.
- L'équipe Navigator communiquera avec votre médecin prescripteur au sujet de votre programme et demandera une nouvelle ordonnance.
- Vous recevezez un numéro de suivi pour votre médicament et votre colis est suivi afin de garantir sa livraison.

Exemples des 9 médicaments les plus prescrits (en volume) admissibles au FairosRx Navigator

Programme:

- Jardiance
- Trulicity
- Éliquis
- Nurtec
- Farxiga
- Montjaro
- Xarelto
- Trelegy Ellipta
- Humalog Kwikpen

Des questions ? Veuillez appeler le programme FairosRx Navigator au 833-464-9600. Vous pouvez également envoyer un courriel à Fairos à l'adresse : [ContactUs@FairosRx.com](mailto>ContactUs@FairosRx.com)

Ce programme comporte des volets obligatoires et facultatifs . La participation à certains médicaments est requise, tandis que d'autres sont facultatives ; tous vous permettront de réaliser des économies sur vos ordonnances. Appelez le programme Navigator pour obtenir plus de détails et vérifier l'admissibilité de vos médicaments.

Comprendre la coordination des prestations et les doublons

Couverture médicale

Si vous êtes inscrit à deux régimes d'assurance maladie, par exemple celui de votre conjoint et un autre régime Elmet, il est essentiel de comprendre leur fonctionnement conjoint. C'est ce qu'on appelle [la coordination des prestations](#). Bien que disposer de deux régimes puisse sembler avantageux, cela ne garantit pas une prise en charge à 100 % des frais médicaux. En réalité, dans la plupart des cas, [les coûts liés à l'inscription à deux régimes sont souvent supérieurs aux avantages](#).

Points clés :

- [Fonctionnement de la coordination des prestations](#) : Les deux régimes se partageront la responsabilité de vos demandes de remboursement, mais le montant total des prestations versées ne dépassera pas vos [frais admissibles](#). Cela signifie que les franchises, les quotes-parts et les coassurances s'appliqueront probablement toujours dans le cadre des deux régimes.
- [Détermination de l'ordre de paiement](#) :
 - Le régime qui vous couvre en tant qu'employé intervient en premier. Si vous êtes couvert en tant que personne à charge par un autre régime, ce dernier intervient en second.
 - Pour les enfants à charge, la « règle de l'anniversaire » s'applique, ce qui signifie que le régime du parent dont l'anniversaire tombe le plus tôt dans l'année est payé en premier.
 - D'autres règles s'appliquent si vous êtes couvert par le COBRA, si vous êtes retraité ou si vous faites partie d'une famille séparée/divorcée.
- [Participation financière des membres](#) : Même avec deux régimes, vous pourriez devoir payer des franchises et d'autres participations financières dans le cadre des deux. La coordination des prestations n'élimine pas ces coûts.

Devriez-vous souscrire à deux régimes ?

Dans la plupart des cas, les avantages financiers d'une double couverture sont minimes comparés aux coûts supplémentaires que vous pourriez encourir. Il est important de bien peser le pour et le contre avant de souscrire à deux assurances.

Consultez les documents de votre régime

pour obtenir des informations précises sur la coordination de vos prestations, veuillez vous référer au résumé des [caractéristiques du régime médical Elmet HPI](#) ainsi qu'au [résumé des caractéristiques ou à l'attestation de votre autre régime médical](#). Les règles de chaque régime peuvent varier, et cet aperçu général ne constitue pas une garantie de prestations.

Surtaxe sur le tabac et attestation

Elmet s'engage à promouvoir la santé et le bien-être de tous ses employés. Dans le cadre de cet engagement, une surtaxe sur le tabac sera appliquée à tous les employés qui consomment des produits du tabac ou de la nicotine, sous quelque forme que ce soit. Ceci inclut, sans s'y limiter : les cigarettes, les cigares,

- les pipes, le
- tabac à
-
- mâcher, le tabac à
- priser,
- les cigarettes électroniques ou dispositifs
- de vapotage, ainsi que toute autre forme de consommation de tabac ou de nicotine, quel que soit le mode d'administration.

Lors de leur inscription aux avantages sociaux, les employés sont tenus de déclarer honnêtement leur consommation de tabac ou de nicotine. Toute fausse déclaration concernant leur consommation de tabac ou de nicotine peut entraîner des mesures disciplinaires pouvant aller jusqu'au licenciement.

Elmet encourage ses employés à profiter du programme gratuit d'arrêt du tabac offert par le biais du programme « Réaliser sa santé » de HPI. Ce programme est accessible à tous les employés qui souhaitent cesser de consommer du tabac ou des produits à base de nicotine et ainsi éviter la surtaxe.

AchieveHealth®

Programme d'arrêt du tabac

Une vie sans tabac est à portée de main

Vos objectifs de santé vous sont propres, votre programme d'arrêt du tabac devrait l'être aussi. Avec AchieveHealth, vous bénéficierez d'un accompagnement personnalisé, adapté à votre vie et à votre santé, pour vous aider à arrêter de fumer définitivement.

Le programme est :

- Gratuit pour vous
- individualisé
- Pratique : vous parlerez avec votre coach par téléphone au moment qui vous convient le mieux.

Comment ça marche

- Les rendez-vous durent entre 15 et 30 minutes.
- Votre coach vous appellera à l'heure prévue de votre rendez-vous, du lundi au jeudi de 8h00 à 22h00 (HNE) et le vendredi de 8h00 à 18h00 (HNE).
- En dehors des rendez-vous programmés, vous pourrez contacter votre coach via un numéro vert.
- Pour bénéficier d'une réduction de prime, vous devez effectuer un minimum de 6 séances de coaching téléphonique à un horaire qui vous convient.

Comment pouvons-nous vous aider ?

Ensemble, vous et votre coach de santé allez :

- Créez votre plan d'arrêt personnalisé
- Identifier les obstacles à l'arrêt du travail
- Explorez de nouvelles façons de gérer les déclencheurs et les envies.

Pas encore prêt à démissionner ?

Pas de problème. Appelez-nous et nous discuterons de la façon d'arrêter, au moment et de la manière qui vous conviennent le mieux.

Nous serons là pour vous accompagner à chaque étape de votre démarche pour arrêter de fumer. Appelez-nous au 866-234-4635 pour commencer, ou rendez-vous sur enroll.hpiachievehealth.com pour programmer vos séances de coaching santé dès aujourd'hui.

Ne débouchez rien pour des soins de haute qualité grâce à votre avantage Healthcare Excellence Hubs !

Il est primordial que vous receviez les meilleurs soins possibles.

Elmet Technologies prendra en charge vos frais de franchise et vos dépenses personnelles si vous bénéficiez de soins admissibles dans l'un de nos hôpitaux ou centres de soins partenaires.

Voici comment

- **procéder** : avant de recevoir des soins,appelez Pathways au 888-340-5487 ou envoyez-leur un courriel à PathwaysConcierge@urmedwatch.com pour vérifier si vos soins sont admissibles à cet avantage.
- Collaborez avec une infirmière concierge dédiée pour coordonner vos soins dans l'un de ces établissements de haute qualité.
- Bénéficiez des services couverts auxquels vous avez droit et ne payez rien de votre poche, y compris votre franchise totale.

Remarque : Si vous êtes inscrit au régime médical HSA, vous devrez atteindre le seuil de franchise minimum exigé par l'IRS avant de pouvoir bénéficier de soins gratuits.

Les installations participantes comprennent :

- Nouvelle-Angleterre : Beth Israel Deaconess, Hôpital pour enfants de Boston, Hôpital Brigham and Women's, Institut du cancer Dana-Farber, Lahey Clinique ophtalmologique et ORL du Massachusetts, Hôpital baptiste de Nouvelle-Angleterre, New Centre médical d'Angleterre, Tufts Nouvelle-Angleterre
- Ohio : Clinique de Cleveland
- Michigan : Santé de l'Université du Michigan

Ne laissez pas la distance vous empêcher de recevoir les meilleurs soins ! Si vous habitez à plus de 80 kilomètres d'un prestataire participant, Elmet vous offre une prise en charge des frais de déplacement qui couvre la plupart, voire la totalité, de vos dépenses.



Des questions ?

Nous sommes là pour vous aider. Appelez-nous au 888-340-5487 ou envoyez-nous un courriel à PathwaysConcierge@urmedwatch.com.

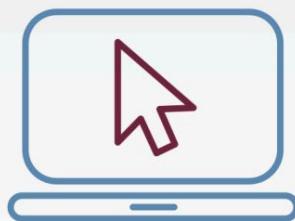


ACCÈS EN LIGNE HPI : MON FORFAIT

Avec le portail My Plan de HPI, vous pouvez accéder à votre dossier médical.

Carte d'identité en ligne et gestion de votre compte 24h/24 et 7j/7

Inscrivez-vous en quelques minutes !



- 1 Rendez-vous sur hpiTPA.com
- 2 Rendez-vous dans la section Membres et cliquez sur le lien pour vous inscrire.
- 3 Saisissez vos informations pour créer votre nom d'utilisateur et votre mot de passe.

Si vous êtes à charge, assurez-vous d'avoir le code postal à cinq chiffres du domicile et les quatre derniers chiffres du numéro de sécurité sociale de l'employé (de l'abonné au régime).

Accédez à tous les détails de votre compte* dans un seul endroit sécurisé, à tout moment et n'importe où !

- Consultez vos demandes de remboursement Vérifiez vos prestations Accédez à votre régime d'assurance médicaments Recherchez un fournisseur de soins dans votre réseau Téléchargez un rapport de vos demandes de remboursement Demandez des remboursements Consultez, imprimez ou commandez votre carte d'adhérent Consultez ou imprimez les formulaires fiscaux applicables Trouvez un médecin de famille



Sur votre appareil mobile !

* Vous aurez accès aux détails relatifs à votre régime. Veuillez noter, Les éléments énumérés ci-dessus ne s'appliquent pas tous aux différents forfaits.

You avez des questions ?

Contactez le service de conciergerie

Pathways du lundi au vendredi de 8h à 20h (heure de l'Est) au 888-340-5487



Service de conciergerie Pathways de HPI

Le système de santé peut être complexe - nous sommes là pour vous aider !

Notre équipe de conciergerie connaît parfaitement vos avantages sociaux et peut vous aider pour toute question relative à la santé. Nos services sont inclus dans votre régime d'assurance maladie ; vous ne paierez donc jamais pour notre aide.

N'hésitez pas à nous appeler si vous avez des questions concernant :

- Trouver un médecin ou un hôpital
- Votre régime d'avantages sociaux
- Une facture ou une réclamation
- Le montant de votre participation aux frais et les dates de paiement
- Le coût que vous paierez pour une procédure
- Aide concernant les prestations complémentaires
- Pour vos questions médicales, vos ordonnances ou votre plan de soins, vous pouvez parler directement à une infirmière.



Nous pouvons également vous aider pour des choses comme :

- Planification des rendez-vous et transport
- Vous informer sur votre état de santé
- Préparation à votre prochaine intervention chirurgicale
- Trouver d'autres options de soins qui vous coûteront moins cher
- Nous vous mettons en relation avec un prestataire en fonction de la distance, du coût et de la qualité.

Rassurez-vous, vos informations sont totalement confidentielles et sécurisées, ce qui signifie que nous ne les partagerons jamais avec qui que ce soit sans votre autorisation préalable.

Un dernier point important : MedWatch est le nom de la société qui fournit ces services. Elle fait partie du groupe Health Plans, Inc. (HPI) et pourrait vous contacter pour vous aider à répondre à vos besoins en matière de santé.



Comment puis-je contacter mon concierge ?

Appelez du lundi au vendredi de 8h à 20h (heure de l'Est) au 888-340-5487



Consultez un médecin dès maintenant, où que vous soyez.

Accédez à un professionnel agréé en un clic.

C'est rapide et facile

- Connectez-vous virtuellement avec un médecin en quelques minutes
- Visites vidéo réalisées en ligne ou via l'application mobile
- Payez uniquement le coût de votre consultation chez votre médecin traitant. partager
- Les recommandations ne sont pas nécessaires
- Les ordonnances électroniques sont envoyées directement à votre pharmacie.

Consultations médicales urgentes

Les médecins peuvent diagnostiquer, traiter et prescrire des médicaments

pour de nombreuses affections, notamment :

- Toux/rhume/grippe
- Mal de gorge/angine streptococcique
- Problèmes pédiatriques
- Sinus et allergies
- Nausées/diarrhée
- Éruptions cutanées et problèmes de peau
- Santé des femmes
- Blessures sportives

Visites de santé comportementale

Les psychologues vous apportent leur soutien par la parole, tandis que les psychiatres recherchent également les déséquilibres biologiques et peuvent prescrire des médicaments dans le cadre d'un plan de traitement.

Comment ça marche

1. Téléchargez l'application sur votre appareil mobile ou accédez à doctorondemand.com/health-plans-inc.
2. Créez votre compte, indiquez votre assurance (choisissez Health Plans, Inc.) et effectuez une préconsultation.
3. Remplissez un questionnaire de symptômes actuels et antécédents médicaux.
4. Payez votre participation aux frais via l'application ou le site web.
5. Consultez un médecin agréé par le conseil d'administration de Doctor On Demand.
6. Recevoir un courriel de suivi après la visite à partager avec votre médecin traitant, ou demander qu'il soit envoyé directement à votre médecin traitant.
Les détails de votre consultation ne seront pas transmis à votre médecin traitant sans votre consentement.



Vous avez des questions concernant Doctor On Demand ? Contactez un membre de l'équipe. Assistance au 800-997-6196 ou à support@doctorondemand.com.



Scannez le
Code QR vers
Télécharger
l'application



Médecin à la demande - Comment s'inscrire

1) Rendez-vous sur doctorondemand.com/healthplans-inc (ou téléchargez l'application Doctor On Demand), et cliquez sur le bouton S'inscrire.



Scan code to download the Doctor On Demand app

2) Saisissez votre adresse e-mail et votre date de naissance, puis créez un mot de passe pour commencer à configurer votre profil.

3) Entrez votre nom, votre numéro/type de téléphone et votre sexe, puis cliquez sur Continuer.

5) Saisissez votre numéro d'identification de membre HPI, puis cliquez sur Soumettre.

4) Important : Dans l'écran Assurance maladie, saisissez et sélectionnez le nom complet « Health Plans, Inc. », puis cliquez sur Continuer.

6) L'écran confirmera que votre assurance a été acceptée et affichera vos quotes-parts (le cas échéant).



Vous avez des questions concernant Doctor On Demand ? Contactez le service d'assistance aux membres au 800-997-6196 ou à l'adresse support@doctorondemand.com.



Réservé aux employés syndiqués d'Allegiant Care		Allegiant Care OAP
Plan		
Structure du plan		
Déductible*		Individuel : 1 500 \$ Famille : 3 000 \$
Coassurance (à la charge du membre)		80%
Dépenses maximales à la charge du patient (OOPM)*		Individuel : 3 500 \$ Famille : 7 000 \$
soins préventifs		Couverture à 100%
Franchise pharmaceutique		Individuel : 100 \$ Famille : 300 \$
Services d'urgence		
Soins aux urgences		Cotisation de 400 \$
Ambulance		Franchise, puis coassurance de 20 %
Soins d'urgence		Co-paiement de 75 \$
Services médicaux		
Visite chez le médecin généraliste		Co-paiement de 35 \$
Visite chez un spécialiste		Cotisation de 50 \$
Soins chiropratiques (34 visites)		Remboursement jusqu'à 30 \$
Thérapies ambulatoires PT, OT, ST		Cotisation de 50 \$
Équipement médical durable		Aucun frais
Tests diagnostiques		
Examen de laboratoire diagnostique / Radiographie		Couverture à 100%
Imagerie avancée <small>IRM, ARM, tomodensitométrie et tomographie par émission de positrons</small>		Ticket modérateur de 200 \$ par type d'examen et par jour
Chirurgie en hospitalisation et en ambulatoire		
Honoraires du médecin		Franchise, puis coassurance de 20 %
Frais d'installation		Franchise, puis coassurance de 20 %
Couverture des médicaments sur ordonnance		
Générique		Cotisation de 15 \$
Marque préférée		Co-paiement de 40 \$
Marque non privilégiée		Co-paiement de 40 \$
Spécialité		Co-paiement de 40 \$

*Veuillez consulter le résumé des avantages sociaux pour obtenir tous les détails du régime.

Programme d'aide aux employés (PAE)

Contactez-nous...

N'importe quand, n'importe où

Des solutions gratuites et confidentielles aux défis de la vie.

Soutien émotionnel confidentiel



Nos cliniciens hautement qualifiés seront à votre écoute et vous aideront, vous ou les membres de votre famille, à résoudre tous vos problèmes, notamment :

- Anxiété, dépression, stress
- Deuil, perte et adaptation à la vie
- Conflits relationnels/conjugaux

Solutions pour concilier travail et vie personnelle



Nos spécialistes vous fournissent des recommandations et des ressources qualifiées pour pratiquement tout ce qui figure sur votre liste de tâches, comme :

- Trouver des services de garde d'enfants et de personnes âgées
- Embaucher des déménageurs ou des entrepreneurs en réparation domiciliaire
- Planification d'événements, recherche de services de garde d'animaux

Conseils juridiques



Contactez nos avocats pour obtenir une assistance pratique concernant vos problèmes juridiques les plus urgents, notamment :

- Divorce, adoption, droit de la famille, testaments, fiducies et plus encore.

Besoin d'être représenté(e) ? Bénéficiez d'une consultation gratuite de 30 minutes et d'une réduction de 25 % sur les honoraires.

Ressources financières



Nos experts financiers peuvent vous aider pour un large éventail de problèmes. Parlez-nous de :

- Planification de la retraite, impôts
- Déménagement, prêts hypothécaires, assurances
- Budget, dettes, faillite et plus encore

Le service d'assistance en ligne



GuidanceResources Online vous donne accès 24h/24 et 7j/7 à des informations, des outils et une assistance essentiels. Connectez-vous pour

- consulter : des articles, des podcasts, des vidéos, des diaporamas, des formations à la
- demande et des réponses personnalisées à vos questions via la rubrique « Posez votre question à un expert ».

Préparation de testament en ligne gratuite



EstateGuidance vous permet de rédiger rapidement et facilement votre testament en ligne.

- Précisez vos souhaits concernant votre propriété
- Fournir des instructions pour les funérailles et l'inhumation
- Choisissez un tuteur pour vos enfants

ONEAMERICA® est le nom marketing des entreprises de OneAmerica. OneAmerica commercialise les services ComPsych.
ComPsych n'est pas une filiale de OneAmerica et n'est pas une société OneAmerica.

Copyright©2017 ComPsych Corporation. Tous droits réservés. Pour consulter l'avis de confidentialité HIPAA de ComPsych, veuillez vous rendre sur www.guidanceresources.com/privacy.
ComPsych se conforme aux lois fédérales applicables en matière de droits civiques et ne pratique aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, le handicap ou le sexe.

Votre programme ComPsych® GuidanceResources® vous offre une personne à qui parler et des ressources à consulter quand et où vous en avez besoin.

Appelez le : 855.387.9727

ATS : 800.697.0353 Votre

numéro sans frais vous donne un accès direct 24 h/24 et 7 j/7 à un conseiller GuidanceConsultantSM, qui répondra à vos questions et, si nécessaire, vous orientera vers un conseiller ou d'autres ressources.

En ligne : guidanceresources.com Application :

GuidanceResources® Now Identifiant Web :
ONEAMERICA3 Connectez-vous dès

aujourd'hui pour communiquer directement avec un consultant GuidanceConsultant au sujet de votre problème ou pour consulter des articles, des podcasts, des vidéos et d'autres outils utiles.

24h/24 et 7j/7

Soutien, Ressources & Information



Contactez votre
Programme GuidanceResources®

Téléphone : 855.387.9727

ATS : 800.697.0353 Site

web : guidanceresources.com Application :

GuidanceResources® Now Identifiant

web : ONEAMERICA3

Programme d'avantages sociaux pour les employés : Commencez à économiser dès aujourd'hui !

Électronique - Appareils électroménagers - Vêtements - Voitures - Fleurs - Abonnements de fitness
- Cartes cadeaux - Épicerie - Hôtels - Billets de cinéma - Location de voitures - Événements spéciaux -
Parcs d'attractions - Et plus encore !

SCAN ME



VISITE

<https://elmettech.savings.workingadvantage.com>



Commencez ici pour obtenir de l'aide...

Composez le 2-1-1 pour obtenir de l'aide. Impossible d'appeler ? Consultez le site 211.org.

Frais de logement

Il est difficile pour de nombreuses personnes aux États-Unis de trouver un logement sûr et abordable. Si vous avez du mal à vous loger ou à payer votre loyer, sachez que vous n'êtes pas seul. Le service 211 de votre région est la meilleure ressource pour trouver des solutions afin de payer votre loyer, votre hypothèque ou vos factures d'énergie et de rester chez vous. Vous pouvez appeler le 211 pour parler immédiatement à un conseiller. Préparez-vous à répondre à quelques questions sur votre situation actuelle, vos revenus et les enfants ou autres personnes à charge vivant avec vous.

Aide aux services publics

Payer ses factures d'électricité, de gaz, d'eau ou d'internet peut être une source de stress, surtout après une perte d'emploi ou une urgence médicale. Si vous avez du mal à régler vos factures, sachez que vous n'êtes pas seul. Pour trouver des offres plus économiques pour le téléphone ou internet, vous pouvez contacter le service 211 de votre région. Appelez simplement le 211 pour parler à un conseiller.

Santé mentale

Si vous avez besoin d'aide pour trouver des ressources en santé mentale à long terme, pour parler d'un problème ou pour explorer les options de traitement en santé mentale,appelez le 211 pour parler à une personne qui pourra vous aider. Les conversations avec le 211

- sont confidentielles, anonymes et disponibles en 180 langues sur demande.
- Si vous préférez envoyer un SMS, utiliser le chat en ligne ou rechercher des ressources en ligne, cliquez ici pour trouver d'autres façons de contacter votre service 211 local.

Toxicomanie

Que vous ayez besoin d'aide pour vous-même, que vous soyez inquiet pour un proche ou que vous souhaitiez collaborer avec le 211, commencez ici pour en savoir plus sur les ressources et services disponibles en santé mentale et en toxicomanie. Votre bureau local du 211 peut vous aider à identifier les services disponibles, y compris les consultations ou les programmes de traitement des troubles liés à l'usage de substances. Que vous sachiez que vous ou un proche avez besoin d'aide, ou que vous ayez des doutes, contacter le 211 est une première étape simple.

Compte d'épargne santé (CES)

Vous êtes inscrit au régime HSA ? Saviez-vous qu'Elmet verse 500 \$ par an sur votre compte HSA, à condition que vous y contribuez également ? C'est de l'argent GRATUIT pour vous et votre famille !

Si vous avez souscrit au régime d'assurance santé de l'entreprise, vous avez droit à un compte d'épargne santé (CES) gratuit. Ce compte vous est conservé même après votre départ de l'entreprise, et Elmet y versera jusqu'à 500 \$ par an (41,67 \$ par mois) tant que vous y cotisez chaque année. Les sommes déposées sur ce CES sont exonérées d'impôt et peuvent être utilisées pour couvrir les frais médicaux admissibles, tels que les médicaments sans ordonnance, les médicaments sur ordonnance, les frais médicaux, dentaires ou ophtalmologiques. Vous recevez une carte de débit gratuite avec ce compte et pouvez également faire rembourser les frais admissibles que vous avez avancés.

L'ouverture d'un compte d'épargne santé (CES) nécessite une démarche supplémentaire après votre inscription.

Vous devez contacter KeyBank pour ouvrir un compte.

Pour ouvrir un compte gratuitement, rendez-vous [sur https://www.key.com/key-work/elmettech](https://www.key.com/key-work/elmettech). Cliquez sur « Ouvrir maintenant » ouappelez KeyBank au 207-262-5712.

Aucun solde minimum n'est requis. Le compte inclut également l'accès aux distributeurs automatiques, les virements en ligne gratuits et le paiement de factures. Pour être éligible, vous ne devez pas être à la charge d'une autre personne sur sa déclaration de revenus et vous ne devez pas être couvert par Medicare, Tri-Care ou un autre régime d'assurance maladie (sauf dans les cas prévus par la publication 969 de l'IRS).

Vous avez déjà votre propre compte HSA ?

Elmet autorisera également ses employés à utiliser leurs comptes HSA existants. Que vous utilisez votre compte actuel ou que vous en ouvriez un nouveau chez KeyBank, vous devrez fournir un formulaire de dépôt direct HSA au service des ressources humaines avant que vos cotisations HSA puissent être versées sur votre compte.

Cotisations de rattrapage pour les employés de 55 ans et plus

Une fois que vous aurez atteint l'âge de 65 ans, vous pourrez utiliser l'argent de votre compte à votre guise. Vous pouvez y verser jusqu'aux montants maximums annuels indiqués ci-dessous :

Année de planification	Maximum individuel	Maximum familial :	Rattraper son retard
2026	4 400 \$	8 750 \$	1 000 \$

Planification de la retraite : Pour les personnes approchant de la retraite ou envisageant de souscrire à Medicare, il est essentiel d'évaluer l'adéquation de chaque régime avec leurs besoins futurs en matière de soins de santé. Il est important de noter que toute cotisation à un compte HSA doit cesser six mois avant l'inscription à Medicare si la personne est admissible à Medicare durant cette période. Les cotisations effectuées avant l'âge de 65 ans n'ont aucune incidence sur cette exigence.



Compte de dépenses flexibles (FSA)



Un compte de dépenses flexibles pour soins de santé vous permet de régler vos frais non remboursés avec des dollars avant impôt. Votre choix de compte de dépenses flexibles n'est pas reconduit automatiquement pour l'année suivante. Vous devez y adhérer activement en remplissant votre formulaire d'inscription aux avantages sociaux chaque année.



Compte d'épargne-santé pour soins de santé

Vous pouvez verser jusqu'à 3 400 \$ dans un compte FSA santé en 2026. Les dépenses admissibles au titre d'un compte FSA santé comprennent les franchises, les quotes-parts, la coassurance, les médicaments sur ordonnance, les médicaments en vente libre (sans ordonnance), les soins dentaires et les soins de la vue. Les participants au FSA reçoivent une carte de débit leur permettant de régler de nombreuses dépenses au moment de la prestation.

Compte de dépenses flexibles pour personnes à charge (FSA)

Le compte FSA pour personnes à charge vous permet de payer certaines dépenses liées à la garde d'enfants à charge en utilisant des dollars avant impôt. Vous pouvez cotiser jusqu'à 7 500 \$ à un compte FSA pour personnes à charge. Les dépenses admissibles comprennent les frais de garderie, d'activités parascolaires ou de programmes pour les enfants jusqu'à 13 ans, ainsi que certaines dépenses liées à la garde d'adultes en milieu de jour. Il est important de noter que ces dépenses ne sont déductibles d'impôt que si les deux parents travaillent, recherchent activement un emploi, sont étudiants à temps plein ou sont handicapés.

FSA à usage limité

Un compte de dépenses flexibles (FSA) à usage limité est proposé aux participants d'un régime HSA. Ce FSA à usage limité ne peut être utilisé que pour les frais dentaires et ophtalmologiques des membres titulaires d'un compte d'épargne santé.

L'IRS autorisera les membres du régime FSA de soins de santé à reporter jusqu'à 680 \$ de fonds inutilisés pour une utilisation future.



Dentaire



Avec Northeast Delta Dental, vous pouvez consulter le dentiste de votre choix. En choisissant un dentiste du réseau Delta Dental PPO ou Delta Dental Premier, vous bénéficierez de frais réduits. Pour trouver un praticien du réseau, rendez-vous sur www.nedelta.com et cliquez sur « Trouver un dentiste ». Vous pouvez alors sélectionner Delta Dental PPO ou Delta Dental Premier. Bien que vous puissiez choisir un praticien des deux réseaux, la réduction sera plus importante si vous consultez un dentiste du réseau PPO.

Les fournisseurs du réseau Premier peuvent facturer les membres jusqu'à concurrence du montant maximal autorisé.

Réseau Delta Dental PPO + Premier	
Déductible de l'année civile	50 \$ par personne / 150 \$ par famille
Maximum annuel	1 500 \$
Durée maximale de vie en orthodontie	1 500 \$
Couverture	
Services de type A (préventifs)	
Examens - Deux sur une période de 12 mois	
Nettoyages - Deux sur une période de 12 mois**	
Radiographies interproximales (différences entre les dents) - Une fois par an	
Radiographies de chaque dent si nécessaire	100 %, sans franchise
Fluorure - Une fois par an pour les enfants jusqu'à 19 ans	
Scellant dentaire - Une fois tous les 3 ans par molaire permanente chez les enfants jusqu'à 19 ans	
Services de type B (restauration de base)	
Obturations en amalgame (argent)	
Obturations composites (blanches)	
Endodontie (traitement de canal)	
Entretien parodontal (nettoyage) - Deux sur une période de 12 mois**	80 %, après franchise
Réparation de prothèses dentaires (prothèses amovibles remises en état d'origine)	
Soins palliatifs d'urgence	
Chirurgie buccale (exactions chirurgicales et de routine)	
Services de type C (Réparation majeure)	
Couronnes	
Ongles	
Implants	
Prothèses dentaires partielles amovibles et fixes (bridge)	50 %, après déduction de la franchise
Dentiers	
Prothèses dentaires (rebasage et regarnissage)	
Services d'orthodontie (adultes et enfants)	
Orthodontie	50 %, sans franchise





Choix de réseau **vsp****VISION**. **eyemed**

Elmet propose une assurance vision par l'intermédiaire d'Ameritas, ce qui vous permet de choisir si vous souhaitez participer au programme VSP Focus.

Réseau de vision ou réseau de vision EyeMed Insight. Choisissez avec soin, car le réseau que vous choisissez restera votre réseau pour le

Pour toute l'année 2025. Utiliser les fournisseurs du réseau participants vous permettra d'optimiser vos avantages. Vous trouverez les fournisseurs participants.

Pour trouver un professionnel de la vue, rendez-vous sur www.ameritas.com ; sélectionnez « Trouver un professionnel de la vue » ; faites défiler jusqu'à « Vision » et sélectionnez VSP ou EyeMed, selon le cas.

Veuillez indiquer votre choix de régime. Ce lien vous mènera à l'outil de recherche de fournisseurs VSP ou EyeMed approprié.

Options de vision Ameritas				
Limitations de fréquence : Le régime limite chaque participant à 1 lentille de contact ou verre de lunettes couvert par période de 12 mois.				
	VSP Focus		EyeMed Insight	
un mois par an, et un jeu de cadres tous les 12 mois.	Dans le réseau	Hors réseau Remboursement	Dans le réseau	Hors réseau Remboursement
Examen de la vue	10 \$	Jusqu'à 45 \$	10 \$	Jusqu'à 52 \$
Adaptation et ajustement des lentilles de contact Suivi	Jusqu'à 60 \$	Non remboursable	Standard : Jusqu'à 40 \$ Offre Premium : 10 % de réduction sur le prix de détail	Non remboursable
Allocation pour cadres	Allocation de 130 \$ Costco et Walmart Le montant sera en gros équivalent	Jusqu'à 70 \$	Allocation de 130 \$	Jusqu'à 104 \$
lentilles				
Célibataire	10 \$	Jusqu'à 30 \$	10 \$	Jusqu'à 68 \$
Bifocal	10 \$	Jusqu'à 50 \$	10 \$	Jusqu'à 96 \$
Trifocal	10 \$	Jusqu'à 65 \$	10 \$	Jusqu'à 130 \$
Lenticulaire	10 \$	Jusqu'à 100 \$	20% de réduction	Non remboursable
Le coût progressif variera selon l'option choisie.		Non remboursable	Le coût variera selon l'option choisie.	Non remboursable
Traitements des lentilles	Des frais supplémentaires et des participations aux frais peuvent s'appliquer. Consultez les avantages sociaux. Résumé pour plus de détails.		Des frais supplémentaires et des participations aux frais peuvent s'appliquer. Consultez les avantages sociaux. Résumé pour plus de détails.	
Allocation pour contacts				
Conventionnel et Jetable	Jusqu'à 130 \$	Jusqu'à 105 \$	Jusqu'à 130 \$	Jusqu'à 104 \$
Médicalement nécessaire	Couverture complète	Jusqu'à 210 \$	Couverture complète	Jusqu'à 200 \$
Lasik et PRK Vision Correction	N / A	N / A	Remise moyenne de 15 % prix de détail ou 5 % de réduction prix promotionnel aux États-Unis Réseau laser participant fournisseurs.	N / A
Fréquences				
Examen	Tous les 12 mois		Tous les 12 mois	
Allocation de cadre	Tous les 12 mois		Tous les 12 mois	
lentilles	Tous les 12 mois		Tous les 12 mois	
Contacts	Tous les 12 mois		Tous les 12 mois	



Assurance vie



Assurance-vie de base payée par l'employeur

Elmet Technologies offre une assurance-vie de base entièrement prise en charge par l'employeur, sans frais pour les employés.

Tous les employés admissibles aux avantages sociaux reçoivent une couverture équivalente à 1,5 fois leur salaire annuel de base, arrondi au millier de dollars supérieur, jusqu'à concurrence de 500 000 \$.

Vo Assurance vie et décès accidentel de la Fondation

Vous pouvez souscrire une assurance-vie facultative pour vous et vos personnes à charge afin de compléter la prestation de base. La couverture offerte aux employés peut atteindre le moindre de cinq fois votre salaire annuel ou de 750 000 \$. La couverture du conjoint peut atteindre 100 % du montant choisi par l'employé, sans toutefois excéder 250 000 \$. Vous devez vous assurer pour un montant au moins égal à celui que vous choisissez pour votre conjoint. Les tarifs de l'assurance-vie facultative pour le conjoint sont calculés en fonction de l'âge de l'employé. L'assurance-vie pour enfants est disponible pour les enfants de moins de 26 ans, quel que soit leur statut d'étudiant.

Tous les contrats incluent également une garantie décès et mutilation accidentels (DMA) qui verse un capital supplémentaire (équivalent au capital décès) en cas de décès ou de perte de membres, de la parole, de l'ouïe, etc., suite à un accident. (Pour plus de détails, veuillez consulter le certificat de couverture.)

	Options d'assurance vie et d'assurance décès et mutilation accidentels volontaires	Garantie pour les nouveaux employés
Employé	par tranches de 1 000 \$ jusqu'à concurrence du moindre des deux montants suivants : 5 fois le revenu annuel ou 750 000 \$. Police d'assurance minimale de 10 000 \$	200 000 \$
Conjoint	Par tranches de 5 000 \$ jusqu'à un maximum de 250 000 \$ (en fonction de l'âge de l'employé).	30 000 \$
Enfants)	5 000 \$ ou 10 000 \$	10 000 \$

Information relative aux bénéficiaires : Vous devez désigner un ou plusieurs bénéficiaires qui recevront le capital de votre assurance-vie à votre décès. Vous pouvez modifier vos coordonnées de bénéficiaires à tout moment de l'année en appelant le Centre de services Elmet Benefits au 866-833-8915.

Assurance invalidité



Elmet Technologies prend en charge l'intégralité des coûts des assurances invalidité de courte et de longue durée pour tous ses employés. L'assurance invalidité garantit un revenu de remplacement en cas d'incapacité de travail due à une maladie ou un accident sans lien avec le travail.

Invalidité de courte durée	
Montant des prestations hebdomadaires	60 % de votre salaire hebdomadaire de base
Prestation hebdomadaire maximale	2 500 \$
Délai d'attente	7 jours Les prestations débutent le 8 ^e jour suivant l'accident ou la maladie. Certaines exceptions s'appliquent - voir le certificat
Durée des avantages	jusqu'à 25 semaines

Invalidité de longue durée	
Montant des prestations mensuelles	60 % de votre salaire mensuel de base
Prestation mensuelle maximale	11 000 \$
Délai d'attente	180 jours Les prestations débutent après épuisement des droits à indemnisation pour accident et maladie.
Durée des avantages	Jusqu'à l'âge normal de la retraite de la Sécurité sociale Certaines exceptions s'appliquent - voir le certificat
Limitation liée aux affections préexistantes	Une affection préexistante est une maladie ou une blessure pour laquelle vous avez reçu un traitement ou dont les symptômes étaient présents dans les 3 mois précédant la date d'effet de votre couverture. Une invalidité survenant dans les 12 mois suivant la date d'effet de votre couverture ne sera pas couverte si elle résulte d'une affection préexistante.

maladie grave



Elmet Technologies propose une assurance maladies graves facultative qui verse une indemnité forfaitaire en cas de diagnostic d'une maladie couverte. Ce régime vise à prendre en charge les diagnostics pendant la durée de la couverture.

Montant des prestations

- Salaires des employés : de 5 000 \$ à 30 000 \$
- Conjoint(s) : 50 % du montant de la couverture de l'employé
- Enfant(s) : 50 % du montant de la couverture de l'employé

Avantages	
Tumeur cérébrale bénigne	100%
Cancer <ul style="list-style-type: none"> • Cancer (à l'exception du cancer de la peau) • Carcinome in situ • cancer de la peau 	100% 25% 10%
Obstruction de l'artère coronaire	25%
Coma	100%
Crise cardiaque	100%
Insuffisance rénale terminale	100%
Défaillance d'organes majeurs	100%
Sclérose en plaques	100%
Accident vasculaire cérébral	100%

Aucune exclusion pour couverture préexistante

Les affections infantiles suivantes sont couvertes à 100 % du montant de l'assurance enfant : paralysie cérébrale ; Anomalies congénitales ; mucoviscidose ; syndrome de Down Syndrome ; diabète de type 1 ; maladie de Gaucher de type 2 ou 3 ; Maladie de Tay-Sachs infantile ; Anémie falciforme ; Type 4 Glycogénose ; maladie de Niemann-Pick ; Maladie de Pompe ; syndrome de Zellweger

Notes relatives au plan en cas de maladie grave :

Vous pouvez souscrire dès maintenant à l'assurance maladies graves sans questionnaire médical. Ce régime comprend une prestation en cas de récidive pour certains diagnostics. Le montant maximal à vie est de trois fois la prestation initiale. montant.

Les tarifs seront calculés lors de l'inscription, car le coût dépend de plusieurs facteurs, notamment le niveau de couverture (montant nominal), l'âge, le statut tabagique et les niveaux de couverture (employé, employé et conjoint, etc.).

L'âge et le statut tabagique du conjoint seront basés sur l'âge et le statut tabagique de l'employé.

Accident



L'assurance accident de Voya vous offre une protection financière en cas d'accident imprévu nécessitant des soins médicaux. Un résumé des garanties est présenté ci-dessous. Pour plus de détails, veuillez consulter le résumé des garanties ou le certificat de couverture.

Avantage	Assurance accident Voya
Mort accidentelle	Employé : 20 000 \$ Conjoint : 20 000 \$ Enfant : 4 000 \$ x4 pour transporteur public
Démembrement accidentel	Perte des mains, des pieds, de la vue : 10 000 \$ Perte de doigts ou d'orteils : 1 200 \$ Perte d'organe : 2 500 \$
Blessure accidentelle	Fractures : jusqu'à 5 000 \$ Luxations : jusqu'à 3 600 \$ Burns : 750 \$ - 7 500 \$ Commotion cérébrale : 60 \$ Coma : 7 500 \$ Lacérations : 20 \$ - 300 \$ Blessure à l'œil : 200 \$
traitement médical	Ambulance terrestre : 250 \$ Ambulance aérienne : 1 000 \$ Urgences : 150 \$ Soins urgents : 150 \$ Consultation au cabinet : 60 \$ Radiographies : 20 \$ Scanner, IRM : 100 \$ Transport : 300 \$ par trajet, jusqu'à 3 trajets Physiothérapie : 25 \$ par séance, jusqu'à 10 séances Soins chiropratiques : 25 \$ par visite, jusqu'à 3 visites Prothèses : 500 \$ Appareils médicaux : 75 \$ Sang : 200 \$
Hôpital	Admission hospitalière standard : 750 \$ Admission en soins intensifs : 1 050 \$ Hospitalisation : 150 \$ par jour, jusqu'à 365 jours. Hospitalisation en soins intensifs : 300 \$ par jour, jusqu'à 30 jours Admission en centre de réadaptation : 500 \$
Autres avantages	Indemnité en cas de premier accident : 100 \$ Prestation de dépistage médical : 100 \$ par personne et par an Activité sportive organisée : avantage de +25 %, jusqu'à 1 000 \$ par personne et par an.
Exclusions : Accidents causés par des crimes, la toxicomanie/les drogues, une tentative de suicide, la guerre, des blessures auto-infligées, l'alcool, une infection, une chirurgie dentaire ou plastique à des fins esthétiques, une intoxication alimentaire, les forces armées, les aéronefs, le parachutisme, les courses/cascades de véhicules motorisés, les activités sportives rémunérées de compétition, le saut à l'élastique et autres activités décrites dans le certificat.	

Déductions salariales en cas d'accident		
	Hebdomadaire	Bihebdomadaire
Employé	1,49 \$	2,99 \$
Employé + Conjoint	2,72 \$	5,44 \$
Employé(e) + Enfant(s)	2,84 \$	5,68 \$
Famille	4,06 \$	8,13 \$

Indemnité d'hospitalisation VOYA®

Elmet Technologies propose une assurance hospitalisation facultative qui offre une indemnité journalière fixe aux personnes admissibles. hospitalisations. Les indemnités forfaitaires peuvent être utilisées à votre guise pour compenser les franchises, la quote-part, et autres dépenses.

Avantages		
	Plan bas	Plan élevé
Avantages liés à l'admission		
Hospitalisation initiale	1 100 \$	2 200 \$
Montant de l'allocation journalière	100 \$	200 \$
Avantages liés au confinement en établissement		
Confinement quotidien à l'hôpital Avantage	100 \$/jour, jusqu'à 31 jours par confinement	200 \$/jour, jusqu'à 31 jours par confinement
Unité de soins intensifs quotidienne Avantages liés au confinement	200 \$/jour, jusqu'à 30 jours par confinement	400 \$/jour, jusqu'à 30 jours par confinement
Centre de réadaptation pour patients hospitalisés	100 \$/jour, jusqu'à 30 jours par confinement	200 \$/jour, jusqu'à 30 jours par confinement
Unité d'observation Avantages quotidiens	250 \$/jour, jusqu'à un maximum de 1 jour par année civile	250 \$/jour, jusqu'à un maximum de 1 jour par année civile
Prestations pour personnes à charge		
Conjoint	100% du montant de l'employé	100% du montant de l'employé
Enfants)	100% du montant de l'employé	100% du montant de l'employé

Plan bas	Plan bas		Plan élevé	
	Hebdomadaire	Bihebdomadaire	Hebdomadaire	Bihebdomadaire
Réservé aux employés	3,07 \$	6,15 \$	6,06 \$	12,11 \$
EE + Conjoint	6,15 \$	12,30 \$	12,12 \$	24,23 \$
EE + Enfant	6,61 \$	13,21 \$	13,02 \$	26,04 \$
Famille	9,68 \$	19,36 \$	19,08 \$	38,16 \$

Déductions du régime médical

Déductions hebdomadaires				
	PPO Or	Argent PPO	HDHP	Syndicat Allegiant Care
Employé	64,68 \$	52,82 \$	22,85 \$	Les employés syndiqués peuvent s'inscrire à le régime d'assurance maladie Allegiant Care lors de l'événement Allegiant Care Open Période d'inscription. Veuillez référence à la section locale 340 des Teamsters pour connaître les tarifs et les offres.
Employé + Conjoint	136,03 \$	110,84 \$	55,74 \$	
Employé(e) + Enfant(s)	118,16 \$	92,86 \$	45,36 \$	
Famille	184,42 \$	158,45 \$	79,25 \$	

Déductions bihebdomadaires				
	PPO Or	Argent PPO	HDHP	
Employé	129,35 \$	105,63 \$	45,69 \$	
Employé + Conjoint	272,05 \$	221,68 \$	111,49 \$	
Employé(e) + Enfant(s)	236,31 \$	185,73 \$	90,72 \$	
Famille	368,84 \$	316,90 \$	158,49 \$	

Supplément tabac - Déductions hebdomadaires			
	PPO Or	Argent PPO	Régime HSA
Employé	71,36 \$	59,50 \$	29,53 \$
Employé + Conjoint	149,40 \$	124,21 \$	69,11 \$
Employé(e) + Enfant(s)	124,84 \$	99,55 \$	52,05 \$
Famille	197,79 \$	171,82 \$	92,61 \$

Surtaxe sur le tabac - Déductions bihebdomadaires			
	PPO Or	Argent PPO	Régime HSA
Employé	142,72 \$	119,00 \$	59,06 \$
Employé + Conjoint	298,79 \$	248,41 \$	138,23 \$
Employé(e) + Enfant(s)	249,68 \$	199,09 \$	104,09 \$
Famille	395,58 \$	343,63 \$	185,23 \$

Surtaxe sur le tabac et attestation :			
La surtaxe sur le tabac s'applique aux employés et à leurs conjoints inscrits au régime d'assurance maladie qui utiliser l'un des produits suivants : cigarettes, cigares, pipes, tabac à mâcher, tabac à priser, Cigarettes électroniques ou dispositifs de vapotage, toute autre forme de consommation de tabac ou de nicotine, quelle qu'en soit la nature Le mode de livraison.			
Les employés sont tenus de déclarer honnêtement leur consommation de tabac ou de nicotine pendant la période de référence. Processus d'inscription aux prestations. Une fausse déclaration de consommation de tabac ou de nicotine peut entraîner... mesures disciplinaires pouvant aller jusqu'au licenciement.			
Les consommateurs de tabac peuvent éviter la surtaxe en participant au programme de sevrage tabagique offert par Achieve Health. Après avoir terminé le programme, la surtaxe sur le tabac sera donc renoncé.			
Commencez dès aujourd'hui ! Appelez le 866-234-4635			

Déductions Vol Life

Âge	Employé		Conjoint	
	Taux par 1 000 \$	Hebdomadaire	Taux par 1 000 \$	Bihebdomadaire
0-19	0,02 \$	0,03 \$	0,02 \$	0,03 \$
20-24	0,02 \$	0,03 \$	0,02 \$	0,03 \$
25-29	0,02 \$	0,03 \$	0,02 \$	0,03 \$
30-34	0,02 \$	0,04 \$	0,02 \$	0,04 \$
35-39	0,02 \$	0,05 \$	0,02 \$	0,05 \$
40-44	0,04 \$	0,08 \$	0,04 \$	0,08 \$
45-49	0,05 \$	0,11 \$	0,05 \$	0,11 \$
50-54	0,08 \$	0,17 \$	0,08 \$	0,17 \$
55-59	0,13 \$	0,25 \$	0,13 \$	0,25 \$
60-64	0,15 \$	0,30 \$	0,15 \$	0,30 \$
65-69	0,23 \$	0,46 \$	0,23 \$	0,46 \$
70-74	0,51 \$	1,03 \$	Non offert	Non offert
75+	0,51 \$	1,03 \$	Non offert	Non offert
Enfant(s) jusqu'à 26 ans				
	Hebdomadaire	Bihebdomadaire		
5 000 \$	0,28 \$	0,55 \$		
10 000 \$	0,55 \$	1,11 \$		

Déductions dentaires

	Hebdomadaire	Bihebdomadaire
Employé	2,89 \$	5,79 \$
Employé + 1	5,49 \$	10,99 \$
Famille	9,97 \$	19,94 \$

Déductions pour la vision

	Hebdomadaire	Bihebdomadaire
Employé	1,62 \$	3,23 \$
Employé + 1	3,21 \$	6,42 \$
Famille	4,31 \$	8,62 \$

Veuillez noter que le système Zevo calculera votre indemnité pour maladie grave et Montants des déductions pour assurance-vie volontaire pendant votre inscription

Vérification de l'admissibilité des personnes à charge

Si vous choisissez d'ajouter un [ou plusieurs nouveaux ayants droit](#) à votre ou vos régimes d'assurance maladie, dentaire ou optique, vous recevrez un courriel du Centre de services des avantages sociaux après votre inscription, vous demandant de fournir les documents justificatifs relatifs aux personnes à charge. Elmet est fière

d'offrir un régime d'avantages sociaux qui garantit à ses employés et à leurs familles des soins de la plus haute qualité, tout en minimisant les cotisations et les frais à leur charge. Ce processus permet de s'assurer que vos cotisations ne sont pas utilisées par inadvertance pour un membre non admissible.

Veuillez fournir les documents relatifs aux personnes à charge avant la date limite indiquée afin que celles-ci puissent rester couvert.

- Seuls [les conjoints légaux](#) et [les partenaires domestiques enregistrés](#) sont admissibles à la couverture
- Les enfants sont éligibles jusqu'à leur 26e anniversaire

Documents requis pour la vérification des personnes à charge	
Conjoint OU Partenaire domestique enregistré	<p>Copie du certificat de mariage ou de l'attestation de partenariat domestique</p> <p>ET</p> <p>Document matrimonial commun datant de moins de six mois :</p> <p>Un (1) document mentionnant à la fois l'employé et son conjoint, ou deux (2) documents distincts - un pour l'employé et un pour le conjoint - indiquant une adresse identique (ex. relevé hypothécaire, facture, relevé bancaire, déclaration de revenus indiquant que l'employé et son conjoint résident à la même adresse).</p>
Enfant	Copie de l'acte de naissance de l'enfant mentionnant l'employé comme parent de l'enfant
Beau-enfant	Copie de l'acte de naissance de l'enfant mentionnant votre conjoint comme parent de l'enfant
Enfant adopté	<p>Acte de naissance modifié indiquant l'employé comme parent de l'enfant</p> <p>OU</p> <p>Copie du jugement d'adoption ou de l'ordonnance du tribunal désignant l'employé comme parent adoptif ou tuteur légal de l'enfant ET copie du document légal indiquant l'âge de l'enfant</p>
Enfant handicapé	<p>Documentation pour enfants ci-dessus</p> <p>ET</p> <p>Déclaration de handicap</p> <p>Veuillez noter que des documents supplémentaires peuvent être exigés par le transporteur.</p>

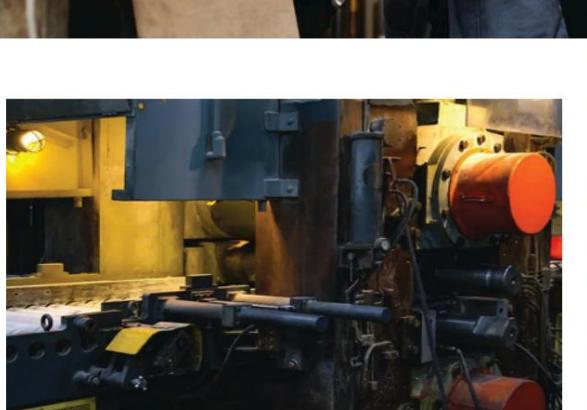
Avantages spécifiques au lieu

401(k)

Veuillez consulter votre représentant des ressources humaines de votre site local pour obtenir des informations concernant le régime 401(k) et les options de retraite qui vous sont offertes.

Abonnements/Réductions en salle de sport

Pour plus d'informations concernant les abonnements et réductions possibles en salle de sport, veuillez consulter votre Équipe RH locale.





Questions sur les avantages et l'inscription

Centre de services Elmet Benefits
866-833-8915
www.elmetbenefits.com
questions@elmetbenefits.com

Medical Health

Plans, Inc. (HPI) 888-340-5487
www.hpitpa.com

Pharmacie

FairosRx
833-464-9600
Contactez-nous@FairosRx.com

Soutien aux médicaments à coût élevé

Navigateur Fairos Rx
833-464-9600

Pharmacie par correspondance

Healthdyne - Commande par correspondance : 877-216-2482

Comptes de dépenses flexibles

Medcom
800-523-7542, option 1
www.medcombenefits.com
MedcomReceipts@medcombenefits.com

Compte d'épargne santé

KeyBank
207-262-5712
www.key.com/hsa

Dentaire

Northeast Delta Dental
800-832-5700
www.nedelta.com
CustomerService@nedelta.com

Vision

Améritas
800-877-7195

Assurance-vie et

Invalidité
OneAmerica
800-553-5318
www.oneamerica.com

Maladie grave, accident et indemnité d'hospitalisation

VOYA
877-236-7564
<https://presents.voya.com/EBR C/ elmettechnologies>

Programme d'aide aux employés (EAP)

One America Guidance Resources 855-365-4754

www.guidanceresources.com Identifiant
Web : ONEAMERICA6

Concierge médical

Service de conciergerie
Pathways : 888-340-5487



Pour toute question relative aux avantages sociaux et pour obtenir de l'aide concernant l'inscription, veuillez composer le 866-833-8915 ou consulter le site www.elmetbenefits.com

Premium Assistance Under Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP)

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

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

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

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

If you live in one of the following states, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of states is current as of March 17, 2025. Contact your State for more information on eligibility –

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447	The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Website: http://myvarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Website: http://dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Customer Service: 1-855-692-6442	Website: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
<p>GA HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</p> <p>Phone: 678-564-1162, Press 1</p> <p>GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</p> <p>Phone: 678-564-1162, Press 2</p>	<p>Health Insurance Premium Payment Program All other Medicaid</p> <p>Website: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/</p> <p>Family and Social Services Administration Phone: 1-800-403-0864 Member Services Phone: 1-800-457-4584</p>
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<p>Medicaid Website: Iowa Medicaid Health & Human Services</p> <p>Medicaid Phone: 1-800-338-8366</p> <p>Hawki Website: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa Health & Human Services</p> <p>Hawki Phone: 1-800-257-8563</p> <p>HIPP Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Health & Human Services (iowa.gov)</p> <p>HIPP Phone: 1-888-346-9562</p>	<p>Website: https://www.kancare.ks.gov/</p> <p>Phone: 1-800-792-4884</p> <p>HIPP Phone: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
<p>Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</p> <p>Phone: 1-855-459-6328</p> <p>Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov</p> <p>KCHIP Website: https://kynect.ky.gov</p> <p>Phone: 1-877-524-4718</p> <p>Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp</p> <p>Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP
<p>Enrollment Website: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en-US</p> <p>Phone: 1-800-442-6003</p> <p>TTY: Maine relay 711</p> <p>Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</p> <p>Phone: 1-800-977-6740</p> <p>TTY: Maine relay 711</p>	<p>Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa</p> <p>Phone: 1-800-862-4840</p> <p>TTY: 711</p> <p>Email: masspremessaging@accenture.com</p>
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
<p>Website: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/</p> <p>Phone: 1-800-657-3672</p>	<p>Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</p> <p>Phone: 573-751-2005</p>

MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084 Email: HHSHIPPPProgram@mt.gov</p>	<p>Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
<p>Medicaid Website: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900</p>	<p>Website: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Phone: 603-271-5218 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 15218 Email: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</p>
NEW JERSEY – Medicaid and CHIP	NEW YORK – Medicaid
<p>Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmabs/clients/medicaid/ Phone: 1-800-356-1561 CHIP Premium Assistance Phone: 609-631-2392 CHIP Website: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710 (TTY: 711)</p>	<p>Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Phone: 1-800-541-2831</p>
NORTH CAROLINA – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
<p>Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Phone: 919-855-4100</p>	<p>Website: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Phone: 1-844-854-4825</p>
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	OREGON – Medicaid and CHIP
<p>Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742</p>	<p>Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-800-699-9075</p>
PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP
<p>Website: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Phone: 1-800-692-7462 CHIP Website: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p>Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct RIte Share Line)</p>
SOUTH CAROLINA – Medicaid	SOUTH DAKOTA - Medicaid
<p>Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820</p>	<p>Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059</p>

TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid and CHIP
<p>Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Texas Health and Human Services Phone: 1-800-440-0493</p>	<p>Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Website: https://medicaid.utah.gov/upp/ Email: upp@utah.gov Phone: 1-888-222-2542 Adult Expansion Website: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Utah Medicaid Buyout Program Website: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP Website: https://chip.utah.gov/</p>
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid and CHIP
<p>Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Phone: 1-800-250-8427</p>	<p>Website: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP Phone: 1-800-432-5924</p>
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP
<p>Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022</p>	<p>Website: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Phone: 304-558-1700 CHIP Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
WISCONSIN – Medicaid and CHIP	WYOMING – Medicaid
<p>Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002</p>	<p>Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Phone: 1-800-251-1269</p>

To see if any other states have added a premium assistance program since March 17, 2025, or for more information on special enrollment rights, contact either:

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

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

Paperwork Reduction Act Statement

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

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



Health Insurance Marketplace Coverage Options and Your Health Coverage

Form Approved
OMB No. 1210-0149
(expires 12-31-2026)

PART A: General Information

Even if you are offered health coverage through your employment, you may have other coverage options through the Health Insurance Marketplace ("Marketplace"). To assist you as you evaluate options for you and your family, this notice provides some basic information about the Health Insurance Marketplace and health coverage offered through your employment.

What is the Health Insurance Marketplace?

The Marketplace is designed to help you find health insurance that meets your needs and fits your budget. The Marketplace offers "one-stop shopping" to find and compare private health insurance options in your geographic area.

Can I Save Money on my Health Insurance Premiums in the Marketplace?

You may qualify to save money and lower your monthly premium and other out-of-pocket costs, but only if your employer does not offer coverage, or offers coverage that is not considered affordable for you and doesn't meet certain minimum value standards (discussed below). The savings that you're eligible for depends on your household income. You may also be eligible for a tax credit that lowers your costs.

Does Employment-Based Health Coverage Affect Eligibility for Premium Savings through the Marketplace?

Yes. If you have an offer of health coverage from your employer that is considered affordable for you and meets certain minimum value standards, you will not be eligible for a tax credit, or advance payment of the tax credit, for your Marketplace coverage and may wish to enroll in your employment-based health plan. However, you may be eligible for a tax credit, and advance payments of the credit that lowers your monthly premium, or a reduction in certain cost-sharing, if your employer does not offer coverage to you at all or does not offer coverage that is considered affordable for you or meet minimum value standards. If your share of the premium cost of all plans offered to you through your employment is more than 9.12%¹ of your annual household income, or if the coverage through your employment does not meet the "minimum value" standard set by the Affordable Care Act, you may be eligible for a tax credit, and advance payment of the credit, if you do not enroll in the employment-based health coverage. For family members of the employee, coverage is considered affordable if the employee's cost of premiums for the lowest-cost plan that would cover all family members does not exceed 9.12% of the employee's household income.¹²

Note: If you purchase a health plan through the Marketplace instead of accepting health coverage offered through your employment, then you may lose access to whatever the employer contributes to the employment-based coverage. Also, this employer contribution -as well as your employee contribution to employment-based coverage- is generally excluded from income for federal and state income tax purposes. Your payments for coverage through the Marketplace are made on an after-tax basis. In addition, note that if the health coverage offered through your employment does not meet the affordability or minimum value standards, but you accept that coverage anyway, you will not be eligible for a tax credit. You should consider all of these factors in determining whether to purchase a health plan through the Marketplace.

¹ Indexed annually; see <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> for 2023.

² An employer-sponsored or other employment-based health plan meets the "minimum value standard" if the plan's share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60 percent of such costs. For purposes of eligibility for the premium tax credit, to meet the "minimum value standard," the health plan must also provide substantial coverage of both inpatient hospital services and physician services.

When Can I Enroll in Health Insurance Coverage through the Marketplace?

You can enroll in a Marketplace health insurance plan during the annual Marketplace Open Enrollment Period. Open Enrollment varies by state but generally starts November 1 and continues through at least December 15.

Outside the annual Open Enrollment Period, you can sign up for health insurance if you qualify for a Special Enrollment Period. In general, you qualify for a Special Enrollment Period if you've had certain qualifying life events, such as getting married, having a baby, adopting a child, or losing eligibility for other health coverage. Depending on your Special Enrollment Period type, you may have 60 days before or 60 days following the qualifying life event to enroll in a Marketplace plan.

There is also a Marketplace Special Enrollment Period for individuals and their families who lose eligibility for Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP) coverage on or after March 31, 2023, through July 31, 2024. Since the onset of the nationwide COVID-19 public health emergency, state Medicaid and CHIP agencies generally have not terminated the enrollment of any Medicaid or CHIP beneficiary who was enrolled on or after March 18, 2020, through March 31, 2023. As state Medicaid and CHIP agencies resume regular eligibility and enrollment practices, many individuals may no longer be eligible for Medicaid or CHIP coverage starting as early as March 31, 2023. The U.S. Department of Health and Human Services is offering a temporary Marketplace Special Enrollment period to allow these individuals to enroll in Marketplace coverage.

Marketplace-eligible individuals who live in states served by HealthCare.gov and either- submit a new application or update an existing application on HealthCare.gov between March 31, 2023 and July 31, 2024, and attest to a termination date of Medicaid or CHIP coverage within the same time period, are eligible for a 60-day Special Enrollment Period. **That means that if you lose Medicaid or CHIP coverage between March 31, 2023, and July 31, 2024, you may be able to enroll in Marketplace coverage within 60 days of when you lost Medicaid or CHIP coverage.** In addition, if you or your family members are enrolled in Medicaid or CHIP coverage, it is important to make sure that your contact information is up to date to make sure you get any information about changes to your eligibility. To learn more, visit HealthCare.gov or call the Marketplace Call Center at 1-800-318-2596. TTY users can call 1-855-889-4325.

What about Alternatives to Marketplace Health Insurance Coverage?

If you or your family are eligible for coverage in an employment-based health plan (such as an employer-sponsored health plan), you or your family may also be eligible for a Special Enrollment Period to enroll in that health plan in certain circumstances, including if you or your dependents were enrolled in Medicaid or CHIP coverage and lost that coverage. Generally, you have 60 days after the loss of Medicaid or CHIP coverage to enroll in an employment-based health plan, but if you and your family lost eligibility for Medicaid or CHIP coverage between March 31, 2023 and July 10, 2023, you can request this special enrollment in the employment-based health plan through September 8, 2023. Confirm the deadline with your employer or your employment-based health plan.

Alternatively, you can enroll in Medicaid or CHIP coverage at any time by filling out an application through the Marketplace or applying directly through your state Medicaid agency. Visit <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> for more details.

How Can I Get More Information?

For more information about your coverage offered through your employment, please check your health plan's summary plan description or contact the Elmet Benefits Service Center.

The Marketplace can help you evaluate your coverage options, including your eligibility for coverage through the Marketplace and its cost. Please visit [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) for more information, including an online application for health insurance coverage and contact information for a Health Insurance Marketplace in your area.



Ce guide présente un aperçu général de vos options de prestations. Pour plus de détails, veuillez consulter le résumé du régime (SPD) de chaque régime. Les descriptions sommaires des régimes d'assurance maladie sont disponibles sur le site web d'Elmet Benefits : www.elmetbenefits.com. Tous les efforts ont été déployés pour que ce document reflète fidèlement les prestations offertes. Toutefois, en cas de divergence entre les termes de ce document et ceux de la description sommaire, ce sont ces dernières qui prévaudront.