

Su

guía de beneficios



Sus beneficios para 2025

Aquí puede encontrar...

Elegibilidad.....	3
Resumen del plan médico y de farmacias.....	4
Recursos del plan médico.....	7
Cuentas flexibles de gastos.....	8
Plan dental.....	9
Plan de la vista.....	10
Seguro de vida y por incapacidad.....	11
Plan de retiro 401(k).....	12
Beneficios de bienestar.....	13
Glosario.....	17
Contactos.....	18
Avisos obligatorios.....	19

Sabemos que los beneficios son muy importantes en su vida y en la de su familia. Por ser un empleado nuevo y luego, cada año durante la inscripción abierta, usted tiene la oportunidad de hacer cambios a su paquete de beneficios para asegurarse de que usted y su familia tengan la cobertura correcta.

Esta guía de beneficios puede ayudarle a conocer las opciones de beneficios que le ofrece AlerisLife. También le proporcionará consejos, herramientas y recursos útiles para ayudarle a analizar sus opciones y tomar buenas decisiones. Mientras se prepara para inscribirse:

- Considere sus necesidades en cobertura de beneficios para el año que viene. Por ejemplo, ¿su familia estaría protegida desde el punto de vista financiero si usted sufriera un accidente o una enfermedad y no pudiera trabajar?
- Analice otras opciones de cobertura disponibles.
- Busque los datos que tendrá que proporcionar. Si incluirá dependientes, necesitará sus fechas de nacimiento y números de Seguro Social.

También es posible que deba proporcionar documentación que certifique su elegibilidad, como una licencia de matrimonio o acta de nacimiento.

Para obtener el máximo provecho de sus beneficios, debe comprender cómo funcionan sus planes y cómo utilizarlos. Asegúrese de leer esta guía en su totalidad: encontrará información importante sobre sus opciones de beneficios.

Su elegibilidad

Elegibilidad de los empleados

Usted es elegible para participar en los planes médicos, dentales y de la vista si es un miembro del equipo de tiempo completo que trabaja más de 30 horas a la semana. Usted es elegible para participar en la cuenta flexible de gastos (FSA) de atención médica y la cuenta FSA para el cuidado de dependientes si es un miembro del equipo de tiempo completo que trabaja más de 30 horas a la semana y ha sido empleado de AlerisLife por al menos 180 días de servicio continuo. La mayoría de los beneficios son efectivos desde el día que usted se vuelve elegible, siempre y cuando se inscriba dentro de los 30 días siguientes a su fecha de contratación o durante el período de inscripción abierta.

Elegibilidad de dependientes

Los siguientes dependientes también son elegibles:

- Su cónyuge legal (importante: su cónyuge es elegible únicamente para el plan médico si no tiene acceso a una cobertura a través de su propio empleador)
- Sus hijos hasta los 26 años

Cambios en sus beneficios

Por lo general, solo puede elegir sus beneficios o cambiar sus elecciones actuales cuando es un empleado nuevo o durante el período anual de inscripción abierta. No obstante, puede cambiar sus elecciones de beneficios durante el año si se produjera un evento como:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un hijo
- Pérdida u obtención de otra cobertura para el empleado o su dependiente
- Elegibilidad para Medicare o Medicaid

Tiene 30 días a partir de la fecha del evento de vida calificado para realizar cambios en su cobertura. Según el tipo de evento del que se trate, es posible que deba presentar una constancia de ese evento, como una licencia de matrimonio. **Si no hace los cambios dentro de los 30 días siguientes del evento calificado, deberá esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta para hacerlos (a menos que se produzca otro evento calificado).**

Inscripción en los beneficios



Revise los beneficios en flimp.live/AlerisLife-Benefits



Comience su proceso de inscripción en los beneficios en Workday
myworkday.com/wday/authgwy/5ssl/login.html



Elija los beneficios que desee



Guarde o envíe sus elecciones



Imprima y conserve una copia de sus elecciones

Su resumen del plan médico y de farmacia

Ofrecemos la opción de dos planes médicos a través de UnitedHealthcare (UHC). Ambas opciones de planes médicos incluyen cobertura para medicamentos recetados a través de Express Scripts. Para seleccionar el plan que mejor se ajuste a las necesidades de su familia, debe tener en cuenta las diferencias principales entre los planes, el costo de la cobertura (incluidas las deducciones de la nómina) y cómo el plan cubre los servicios durante el año.

Entienda cómo funciona su plan



Deducible

Usted paga desembolsos para la mayoría de los gastos médicos y de farmacia, excepto para aquellos con un copago, hasta que alcance el deducible.



Cobertura

Una vez que se alcanza el deducible, usted y el plan comparten el costo de los gastos médicos y de farmacia cubiertos. Usted pagará un copago para la mayoría de los servicios y el plan pagará el resto.



Desembolso máximo

Cuando usted alcanza su desembolso máximo, el plan paga 100% de los gastos médicos y de farmacia cubiertos el resto del año del plan.

Deducibles incorporados y desembolsos máximos

En el caso del deducible incorporado, cada persona solo debe alcanzar el deducible individual y el desembolso máximo antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. (Y, una vez que dos o más miembros de la familia alcanzan los límites familiares, el plan comienza a pagar su parte para todos los familiares cubiertos).

Aproveche al máximo su plan

Obtener el máximo provecho de su plan también dependerá de qué tan bien comprenda cómo funciona. Recuerde estos consejos importantes a la hora de usar su plan.

- **Farmacias y proveedores dentro de la red:** siempre pagará menos si usa un proveedor dentro de la red médica y de farmacias.
- **Atención preventiva:** la atención preventiva dentro de la red está cubierta al 100% (sin costo para usted). Consiste en la atención que recibe, generalmente durante un examen de rutina anual, e incluye vacunas, exámenes de laboratorio, pruebas de diagnóstico y otros servicios cuyo objetivo es evitar enfermedades o detectar problemas antes de que tenga síntomas.
- **Medicamentos preventivos:** muchos medicamentos preventivos y los que se utilizan para tratar enfermedades crónicas, como la diabetes, la presión arterial alta, el colesterol y el asma están en la lista de medicamentos preventivos y para enfermedades crónicas. Estos medicamentos recetados están cubiertos al 100% (sin costo para usted) si utiliza una farmacia dentro de la red.
- **Farmacia con entrega por correo:** si toma un medicamento de mantenimiento de forma continua para una enfermedad, como colesterol alto o presión arterial alta, puede utilizar la farmacia con entrega por correo para ahorrar en un suministro de 90 días.
- **Cobertura de farmacia:** los medicamentos se organizan en categorías, de acuerdo a su costo, su seguridad y su eficacia. Estos niveles también afectan su cobertura.
 - Genérico: un medicamento que ofrece usos, dosis, concentraciones, calidad y rendimiento equivalentes a los de un medicamento de marca, pero no es una marca registrada.
 - De marca preferido: un medicamento patentado y con una marca registrada que se considera “preferido” porque es apropiado para utilizarse con fines médicos y es, por lo general, menos costoso que otras opciones de marca.
 - De marca no preferido: un medicamento patentado y con una marca registrada. Este tipo de medicamento es “no preferido” y, por lo general, es más costoso que las alternativas genéricas y los medicamentos de marca preferidos.
 - Especializado: un medicamento que requiere una manipulación, administración o supervisión especial. La mayoría se pueden surtir solamente en farmacias de medicamentos especializados y requieren aprobaciones adicionales.



Comparación de los planes médicos y de medicamentos recetados

Disposiciones del plan médico

Núm. de grupo: 717168

Deducible anual
Individual
Familiar
Desembolso máximo (incluye el deducible)
Solo el empleado
Familiar
Atención preventiva
Visita al consultorio de atención primaria
Visita al consultorio de un especialista
Telemedicina
Radiografías y análisis de laboratorio
Servicios para pacientes hospitalizados
Servicios para pacientes ambulatorios
Centro de atención urgente
Sala de emergencias

Medicamentos recetados

Al por menor (suministro para 30 días)

- Nivel 1: genéricos
- Nivel 2: preferidos
- Nivel 3: no preferidos
- Nivel 4: especializados

Entrega por correo (suministro para 90 días)

- Nivel 1: genéricos
- Nivel 2: preferidos
- Nivel 3: no preferidos
- Nivel 4: especializados

*Después del deducible

CHOICE PLUS de \$2,500		CHOICE PLUS de \$1,000	
Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
\$2,500 \$5,000	\$3,000 \$6,000	\$1,000 \$2,000	\$1,500 \$3,000
\$4,000 \$8,000	\$5,000 \$10,000	\$4,000 \$8,000	\$5,000 \$10,000
Cobertura al 100%	40%*	Cobertura al 100%	40%*
Copago de \$40	40%*	Copago de \$25	40%*
Copago de \$80	40%	Copago de \$50	40%
Copago de \$30	40%*	Copago de \$15	40%*
20%*	40%*	20%*	40%*
Copago de \$500	40%*	Copago de \$250	40%*
Copago de \$250	40%*	Copago de \$100	40%*
Copago de \$80	40%*	Copago de \$50	40%*
Copago de \$250	Copago de \$250	Copago de \$250	Copago de \$250
El empleado paga			
\$15 \$25 \$50 \$100	Sin cobertura	\$15 \$25 \$50 \$100	Sin cobertura
\$37.50 \$62.50 \$125 \$250	Sin cobertura	\$37.50 \$62.50 \$125 \$250	Sin cobertura

Aportes de la nómina del empleado cada dos semanas para los planes médicos y de medicamentos recetados

Nivel de cobertura

Empleado
Empleado y cónyuge
Empleado e hijos
Familiar

Choice Plus de \$2,500	Choice Plus de \$1,000
\$52.25	\$123.08
\$189.63	\$322.71
\$156.52	\$265.41
\$255.86	\$437.35

Los empleados pueden elegir el plan médico y de medicamentos recetados sin inscribirse en el plan dental o el plan de la vista.

Sus recursos del plan médico

Livongo

AlerisLife se enorgullece en proporcionar Livongo, un beneficio de atención médica que ayuda a los miembros del equipo a controlar la diabetes y la hipertensión, a través de asesoramiento personalizado combinado con la tecnología más reciente. Livongo está disponible sin costo para los miembros del equipo de AlerisLife con diabetes o hipertensión, que estén inscritos en los planes médicos de AlerisLife. Los servicios confidenciales ofrecidos tanto para la diabetes como para la hipertensión son:

- Apoyo en tiempo real de asesores cuando lo necesite
- Consejos personalizados y artículos seleccionados solo para usted
- Resumen de informes que puede enviar a su médico
- Alertas familiares opcionales para actualizar a sus seres queridos

Livongo para la diabetes

Millones de estadounidenses tienen diabetes o están en riesgo de diabetes. Si usted o uno de sus dependiente se inscribe en un plan médico de AlerisLife y tiene diabetes tipo 1 o 2, es elegible para Livongo. Este programa le proporciona los recursos que usted necesita para controlar su enfermedad. Además de los servicios anteriores, los miembros del equipo inscritos en el programa de diabetes recibirán monitores de glucosa en sangre, así como tiras y lancetas ilimitadas.

Livongo para la hipertensión

La hipertensión, o presión arterial alta, es otra enfermedad médica que sufren millones de personas cada año. Si usted o uno de sus dependientes está inscrito en un plan médico de AlerisLife y tiene hipertensión, es elegible para Livongo. Al momento de inscribirse, usted recibirá ayuda a través de los servicios de Livongo antes mencionados, así como un monitor de presión arterial. Si usted o uno de sus dependientes tiene diabetes o hipertensión, inscribanse hoy en [livongo.com](https://www.livongo.com).

RX Savings Solutions

A través de Rx Savings Solutions, usted puede:

- Encontrar mejores precios para sus medicamentos recetados en las farmacias cercanas a usted.
- Identificar medicamentos diferentes que funcionen igual que su medicamento actual o recetado, pero con un precio de desembolso más bajo.
- Buscar medicamentos y comparar precios.
- Aprender a hablar con su médico o con la persona que receta sobre hacer algún cambio en sus recetas o Rx Savings Solutions puede hacerlo por usted.

Regístrese en myrxss.com o llame al 800-268-4476.

Programa para dejar de fumar “Quit For Life” (Déjelo para siempre)

¿Alguna vez ha pensado en dejar de fumar?

Inscríbase en el programa “Quit for Life” de UHC y reciba un suministro gratuito de parches o chicles de nicotina para ocho semanas, enviado por correo directamente a su hogar. Visite myuhc.com o llame al 800-362-9054 para inscribirse.

Sus cuentas flexibles de gastos

Una cuenta flexible de gastos (FSA) le ayuda a apartar dinero antes de impuestos para pagar ciertos costos de atención médica o para el cuidado de dependientes. Esto reduce su ingreso gravable y aumenta su ingreso disponible. Su aporte a la cuenta FSA se deduce de su cheque de sueldo antes de impuestos y se deposita en la cuenta FSA. Cuando incurra en gastos elegibles, usted puede acceder a los fondos de su cuenta para pagar dichos gastos.

Esta tabla muestra los gastos elegibles para cada cuenta FSA y cuánto puede aportar cada año.

Tipo de cuenta	Gastos elegibles	Límites de aportes anuales
Cuenta FSA de atención médica	La mayoría de los gastos de atención médica, dental y de la vista que no están cubiertos por su plan médico (como copagos, coaseguros, deducibles, anteojos y recetas).	El aporte máximo es de \$3,300 por año. AlerisLife financiará con antelación su cuenta FSA con la cantidad de su aporte completo al 1° de octubre de 2025, haciendo que el saldo entero esté disponible para usted de inmediato. Esa cantidad se recuperará luego a través de deducciones antes de impuestos de cada cheque de sueldo durante el año del plan.
Cuenta FSA para el cuidado de dependientes	Los gastos para el cuidado de dependientes (como cuidado diurno, programas para después de la escuela o programas para el cuidado de personas mayores) para niños menores de 13 años o dependientes de cualquier edad con alguna discapacidad física o mental que les impida cuidar de sí mismos.	El aporte máximo es de \$5,000 por año (\$2,500 si usted y su pareja están casados y declaran impuestos por separado). AlerisLife financiará con antelación su cuenta FSA con la cantidad de su aporte completo al 1° de octubre de 2025, haciendo que el saldo entero esté disponible para usted de inmediato. Esa cantidad se recuperará luego a través de deducciones antes de impuestos de cada cheque de sueldo durante el año del plan.

Información importante acerca de las cuentas FSA

Sus elecciones de la cuenta FSA tendrán fecha de validez del 1° de octubre de 2025 al 30 de septiembre de 2026. Los reclamos por reembolso se deben enviar a más tardar el 31 de diciembre de 2026. Puede transferir hasta \$660 de los fondos no utilizados de su cuenta FSA de atención médica hacia el año del plan siguiente. Sin embargo, los fondos superiores a esta cantidad se perderán. Tenga en cuenta que las elecciones de la cuenta FSA no continúan automáticamente de un año a otro; usted debe **inscribirse activamente cada año**.

Su plan dental

Ofrecemos un plan dental a través de MetLife. Es importante que se realice exámenes dentales y limpiezas regularmente para poder detectar los problemas antes de que le causen dolor y sea costoso resolverlos. Mantener la salud e higiene de sus dientes y encías es una manera de prevenir la mayoría de los problemas dentales y es parte importante del cuidado de su salud general.

Cómo acudir con proveedores dentales dentro de la red

Si bien tiene la opción de elegir cualquier proveedor, ahorrará dinero si se atiende con dentistas dentro de la red. Cuando acuda con un proveedor dental fuera de la red, pagará más, ya que el proveedor no aceptó cobrarle una tarifa negociada.

Disposiciones del plan dental

Núm. de grupo: 235283

Deducible anual

Individual

Familiar

Máximo por año natural

Máximo vitalicio para ortodoncia

Servicios de diagnóstico y atención preventiva
(por ejemplo, radiografías, limpiezas, exámenes)

Servicios básicos y restaurativos
(por ejemplo, empastes)

Servicios especializados (como prótesis,
coronas y puentes)

Ortodoncia

Cobertura dentro de la red

\$50

\$150

\$2,000 por persona

\$1,500 por persona

Cobertura al 100%

20%*

50%*

Cubierto para niños menores
de 19 años al 50%*

**Para una cobertura fuera de la red, el plan paga un porcentaje de cargos razonables y habituales (R&C), de manera que es posible que se le facture el saldo por cualquier cantidad superior a la cantidad R&C.*

Sus aportes de nómina cada dos semanas para beneficios dentales se muestran aquí.

Nivel de cobertura

Empleado

Empleado y cónyuge

Empleado e hijos

Familiar

Dental Pro

\$9.36

\$24.39

\$16.29

\$29.07



Su plan de la vista

El plan de la vista a través de Vision Service Plan (VSP) cubre exámenes de la vista de rutina y paga la totalidad o una parte del costo de anteojos o lentes de contacto. Puede elegir cualquier proveedor; sin embargo, siempre ahorra dinero si consulta a un proveedor dentro de la red.

Disposiciones del plan de la vista

Núm. de grupo: 12314233

Examen

Armazones

Lentes con anteojos recetados

Lentes monofocales

Lentes bifocales

Lentes trifocales

Lentes de contacto (en lugar de anteojos)

Frecuencia

Examen

Lentes

Armazones

Lentes de contacto

Dentro de la red	Fuera de la red Subsidios del proveedor que no sea VSP
Copago de \$20	\$45
Estándar: subsidio de \$180 y 20% de descuento sobre el saldo restante* Marcas destacadas: subsidio de \$230 y 20% de descuento sobre el saldo restante	\$70
Copago de \$20 Incluidos en los anteojos recetados	\$30 \$50 \$65
Subsidio de \$180; ahorro del 15% en el examen de lentes de contacto	A elección de \$105 Necesarios de \$210
12 meses 12 meses 24 meses 12 meses	12 meses 12 meses 24 meses 12 meses

*Subsidio de \$100 para armazones en Walmart, Sam's Club y Costco.

Ahorros adicionales

Anteojos y lentes de sol

- \$50 adicionales para la compra de armazones de marcas destacadas. Visite vsp.com/specialoffers para obtener más información.
- 20% de ahorro en anteojos y lentes de sol adicionales, incluso mejoras de lentes, de cualquier médico de VSP, en un plazo de 12 meses desde su último examen de WellVision.

Corrección de la vista con láser

- Promedio de 15% de descuento del precio habitual o 5% de descuento en el precio promocional; los descuentos están disponibles únicamente en los centros contratados.

Sus aportes de nómina cada dos semanas para beneficios dentales se muestran aquí.

Nivel de cobertura

Empleado

Empleado y cónyuge

Empleado e hijos

Familiar

VSP Choice
\$2.90
\$5.81
\$6.22
\$9.93

Su seguro de vida y por incapacidad

Seguro de vida: FLX-966800 | Seguro por incapacidad: LK-751842

Seguro de vida y por AD&D básico

El seguro de vida y por muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D) protege la seguridad financiera de su familia si usted fallece. AlerisLife ofrece un seguro de vida y por AD&D básico sin costo para usted equivalente a una vez sus ingresos base anuales, hasta un máximo de \$500,000. La cobertura es automática: no necesita inscribirse.

Seguro de vida y por AD&D complementario

Puede elegir adquirir cobertura adicional de seguro de vida y por AD&D para usted y sus dependientes con tarifas grupales más económicas. Las tarifas se basan en la edad y en el nivel de cobertura que elija. Debe adquirir cobertura adicional para usted si desea adquirir cobertura para su cónyuge o hijo.

Seguro por incapacidad

Puede ser elegible para la cobertura por incapacidad. Consulte con el departamento de beneficios para obtener más información.

Ley de Permisos por Motivos Familiares y Médicos (FMLA)

Si ha estado en la empresa por 12 meses, usted puede ser elegible hasta para 12 semanas laborales de permiso no remunerado por año, según la Ley de Permisos por Motivos Familiares y Médicos (FMLA). Los permisos en virtud de la FMLA se pueden usar para una enfermedad propia, para los cuidados necesarios de un miembro de su familia, de un recién nacido, entre otras necesidades médicas determinadas. Pueden aplicar otros beneficios de permiso remunerado específicos de cada estado.

Seguro de vida y por AD&D complementario para usted

Empleado

- De una a cinco veces su salario o sueldo anual redondeado al siguiente millar superior
- Hasta un máximo de \$1,000,000
- Emisión garantizada de hasta \$300,000 (solo empleados nuevos)

Seguro de vida y por AD&D complementario para sus dependientes

Cónyuge	Hijos
• Unidades de \$5,000 a \$50,000 o 100% de la cantidad de su seguro de vida y por AD&D voluntario, lo que sea menor • Hasta un máximo de \$50,000 • Emisión garantizada de hasta \$25,000 (solo empleados nuevos)	• Desde el nacimiento hasta los 6 meses: \$1,000 • Desde los 6 meses hasta los 26 años: Unidades de \$1,000 a \$10,000 • Toda la emisión garantizada • Se debe agregar dentro de los 31 días posteriores al nacimiento

Su plan de retiro 401(k)

Núm. de grupo: 385087-01

Sin importar que falte mucho o poco para el retiro, es importante tener metas de ahorro y objetivos de inversión específicos. Para ayudarle a alcanzar sus metas y objetivos, ofrecemos un plan de ahorro para el retiro 401(k), administrado por Empower Retirement, con múltiples opciones de inversión y un aporte equivalente de la empresa. A continuación, presentamos las principales características y detalles de nuestro plan.

Adquisición de derechos

La adquisición de derechos se refiere a la propiedad del dinero en su plan 401(k). Todos los aportes al plan adquieren plenos derechos de inmediato.

Aportes del empleado

Puede aportar hasta \$23,500 en 2025, y si es mayor de 50 años, puede aportar hasta \$7,500 adicionales como un aporte compensatorio. Los aportes se pueden realizar antes o después de impuestos (Roth).

Aportes del empleador

AlerisLife iguala el 100% del primer 3% que usted aporte a su plan 401(k) y 50% del siguiente 2%.

Más información

- Una vez que sea elegible, puede inscribirse en el plan y hacer cambios en sus aportes y asignaciones de inversión en cualquier momento.
- Empower Retirement cuenta con muchas opciones de inversión diferentes para que usted elija, así como herramientas y recursos que puede utilizar para determinar qué opciones se adaptan mejor a sus objetivos de inversión.

Para obtener más información sobre el plan de ahorro para el retiro 401(k), para inscribirse, cambiar sus tarifas de aportes o sus elecciones de inversión, visite empowermyretirement.com o llame al 800-338-4015.



Sus beneficios de bienestar

AlerisLife se dedica a invertir en la salud y bienestar integral, incluida su salud física, mental y financiera. AlerisLife continúa desarrollando más ofertas dirigidas a generar compromiso en los miembros del equipo y a apoyarlos durante su camino de bienestar.

Programa de Asistencia al Empleado

Debido a que los problemas personales pueden afectar cada aspecto de su vida, le brindamos a usted y a su familia un Programa de Asistencia al Empleado (EAP) de manera automática a través de ComPsych **sin costo** para usted. Llame al EAP 24/7 para asistencia confidencial ilimitada en casi cualquier problema personal que pueda estar experimentando. Usted y su familia tienen acceso a **tres** consultas gratuitas con un médico autorizado por necesidad, por persona y por año natural.

Se incluyen los siguientes servicios:

- **Servicios legales:** consultas relacionadas con derecho civil, del consumidor, personal y familiar, asuntos financieros, derecho empresarial, bienes raíces, planificación de patrimonio y más.
- **Servicios financieros:** presupuesto, crédito y orientación financiera, planificación del retiro y asistencia con problemas fiscales.
- **Asistencia en el cuidado de niños y de personas mayores:** necesita una evaluación junto con remisiones a proveedores de cuidado de niños y de personas mayores.
- **Servicios de recuperación por robo de identidad:** información sobre prevención del robo de identidad, un kit de respuesta ante una emergencia por el robo de identidad y ayuda en caso de que usted sea la víctima.
- **Asesoramiento por duelo y apoyo para el cuidador:** no hay una manera correcta o incorrecta de llevar el duelo por la muerte de un miembro de su familia, pariente u otro ser querido. Podemos ayudarle.

Asistencia confidencial disponible en cualquier momento, solo llame al 800-344-9752 o diríjase a guidanceresources.com (Identificación web: NYLGBS).

Cheque de sueldo flexible de Payactiv

Porque a veces usted no puede esperar hasta el día de pago. Con Payactiv, obtenga el pago en sus términos: diariamente, semanalmente, cuando lo necesite.

Payactiv está disponible para nuestros miembros del equipo que trabajan por hora. Este ofrece un acceso a salarios ganados, así como diversos servicios de asesoramiento financiero. Payactiv le ofrece acceso al dinero ganado con su trabajo, pero que aún no le han pagado. El dinero al que accede se deduce de su próximo cheque de sueldo, lo que le da la flexibilidad de pagar lo que necesite a su propio ritmo.

Obtenga hasta 50% de su salario ganado antes de su día de pago programado.

- Transfiera el salario ganado a su cuenta bancaria o a una tarjeta de débito Visa® de Payactiv
- Proveedor confiable de AlerisLife
- No es un préstamo
- Tarifas gratuitas o mínimas dependiendo del tipo de transacción
- Sin tarjetas de crédito o cheque de crédito
- Todos los miembros del equipo que trabajan por hora son elegibles: sin periodo de espera
- Sin tarifas recurrentes

Visite get.payactiv.com para obtener más información e inscribirse.

Qué necesitará para inscribirse:

- Nombre de la empresa
- Identificación de empleado: [últimos cuatro números del Seguro Social + identificación de empleado]

Sus beneficios de bienestar

Beneficios voluntarios

Nos asociamos con UHC y Chubb para ofrecerle beneficios voluntarios que pagan una cantidad global si usted sufre un evento de salud o un accidente, necesita cuidado a largo plazo o fallece.

Estos son pagados al 100% por el empleado e incluyen:

- Seguro de accidentes
- Seguro de indemnidad hospitalaria
- Seguro de enfermedades graves
- Seguro por incapacidad
- Seguro de vida complementario con un aditamento de atención a largo plazo

La mayoría de los planes pagan en efectivo al empleado de forma adicional a cualquier otra cobertura que pueda tener.

Para inscribirse en los beneficios voluntarios a través de US Enrollments, llame al 877-231-8423 o visite alerislife.mybenefitsinfo.com para programar una cita.

Tiempo libre pagado

Los miembros del equipo son elegibles para tener tiempo libre pagado. Este programa combina las vacaciones tradicionales, el tiempo por enfermedad y los días festivos en un programa.

Los miembros del equipo que trabajan remoto son elegibles para el plan de vacaciones tradicionales y tiempo por enfermedad. Para obtener más información, comuníquese con su gerente.

Permiso por maternidad o paternidad

La semana de permiso por maternidad o paternidad pagado está disponible para usted después de un año de empleo. Este permiso es para ayudarlo después del nacimiento o la adopción de un hijo.



Sus beneficios de bienestar

Beneficio del retiro de fondos del permiso de tiempo libre pagado (PTO)

La empresa ofrece el programa Very Important Payout (VIP) (pago muy importante) para los miembros del equipo de Ageility y AlerisLife que son elegibles para el PTO.

Durante el tiempo de inscripción especial en diciembre, usted tiene la opción de retirar hasta una semana de fondos del PTO de junio y hasta una semana del PTO de noviembre del año siguiente para aportar a las vacaciones familiares de verano o invierno.

Con nuestro plan de retiro de fondos del PTO por dificultad financiera (Hardship PTO Cash Out), usted también puede retirar fondos del PTO para ayudar a cubrir un evento de vida catastrófico, como un desalojo o ejecución hipotecaria, lesión grave o enfermedad, o un desastre natural.

Usted debe mantener un saldo mínimo de al menos una semana del PTO después del retiro.

TicketsAtWork

TicketsAtWork es el proveedor principal de beneficios de entretenimiento corporativo que ofrece descuentos exclusivos, ofertas especiales y acceso a asientos preferenciales y entradas a atracciones principales, parques temáticos, espectáculos, eventos deportivos, entradas al cine, hoteles y mucho más.

Beneficios de transporte

Ahora usted puede reducir sus gastos de transporte con un plan de beneficios de transporte. Usted puede apartar hasta \$650 totales antes de impuestos para costos de transporte y estacionamiento, pero tenga en cuenta que los fondos se consideran dos cubos de dinero separados y no se pueden mezclar ni combinar. Entonces, asegúrese de calcular tanto los gastos de transporte como de estacionamiento relacionados con su transporte diario y elija los aportes en este sentido.

Opciones de transporte elegibles:

- Estacionamiento
 - Usted puede utilizar dinero antes de impuestos para pagar el estacionamiento en o cerca de su lugar de trabajo, o algún lugar donde conecte con otras opciones de transporte.
- Autobuses
- Trenes y metros
- Transbordadores
- Furgonetas compartidas

¿En qué se pueden usar los fondos de transporte?

- Tarjeta de pago recargable
- Cupones de transporte
- Medio de pago directo
- Cupones de furgonetas compartidas

¿Cómo gastar los fondos de estacionamiento?

- Tarjeta de pago recargable
- Reembolso en efectivo por el estacionamiento
- Cupones de estacionamiento
- Transporte grupal directo a estacionamientos

Sus beneficios de bienestar

Programa de reembolso educativo para su futuro

Con el fin de alentarle a desarrollar sus conocimientos y habilidades profesionales, AlerisLife ofrece un programa de reembolso de colegiatura. A través de este programa, usted puede recibir un reembolso por gastos de cursos relacionados con su trabajo o avanzar hacia sus objetivos profesionales. Según este programa, los costos de colegiatura para cursos se pueden cubrir hasta \$3,000 por año natural, mientras estos cursos aporten a su crecimiento profesional en AlerisLife.

Planificación financiera de PersonalSAGE

PersonalSAGE ofrece herramientas, tecnología y asesoramiento personalizado financiero para ayudarle a entender su situación financiera y planificar para el futuro. Puede programar reuniones con un asesor financiero para discutir sobre la planificación para el retiro, inversión, manejo de las deudas y más. La plataforma también ofrece talleres de bienestar financiero mensuales, así como una biblioteca de artículos y videos educativos. Para empezar, visite mypersonalsage.com e ingrese el código **AlerisLife00134** para acceder al centro de asesoramiento y de educación financiera.

Programa Nourish You

Con nuestro programa Nourish You, usted puede disfrutar de una comida balanceada y gratuita durante cada turno: incluidas las noches y los fines de semana. Ahorre en gastos de desembolso para comida, elimine el estrés de preparar y empacar su almuerzo, relájese y recárguese durante sus descansos.

Seguro de mascotas

Ofrecemos seguro de mascotas con descuentos a través de MetLife para apoyar a los miembros peludos de su familia después de un accidente o una enfermedad. Con planes flexibles, usted puede elegir niveles de cobertura, deducibles y tarifas de reembolsos de hasta 90%. Siéntase libre de visitar cualquier veterinario estadounidense autorizado. También están disponibles la atención preventiva y los servicios de conserjería de telemedicina 24/7. Para inscribirse, visite metlife.com/getpetquote o llame al 1-800-GET-MET8.

Seguro de vivienda y automóvil

Ofrecemos seguro para automóvil, vivienda y de arrendatario a través de Farmers Insurance Choice®, una plataforma que le permite comparar cotizaciones de las aseguradoras mejor calificadas en minutos. Usted se beneficiará de las opciones de pagos convenientes y cobertura personalizada. Para obtener una cotización gratuita y sin compromiso, llame al 866-586-6048 o visite farmersinsurancechoice.com/alerialife.

Glosario

Cargos razonables y habituales (R&C): tarifas predominantes en el mercado para los servicios ofrecidos por los profesionales de atención médica en un área determinada para ciertos procedimientos. Las tarifas razonables y habituales pueden aplicarse a los cargos fuera de la red.

Coaseguro: costo compartido entre usted y el plan. Por ejemplo, el coaseguro del 80% significa que el plan cubre el 80% del costo del servicio una vez que se alcanza el deducible. Usted será responsable del 20% restante del costo.

Copago: cantidad fija (por ejemplo, \$25) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, por lo general, cuando lo recibe. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Cuentas flexibles de gastos (FSA): las cuentas FSA le permiten pagar los gastos elegibles de atención médica y para el cuidado de dependientes con dinero libre de impuestos. El dinero en la cuenta está sujeto a la regla "úselo o piérdalo", que significa que usted debe gastar el dinero en la cuenta antes de que finalice el año del plan.

Deducible: cantidad que usted debe pagar por los servicios cubiertos antes de que el plan médico empiece a pagar.

Dentro de la red: una lista de proveedores de atención médica (médicos, dentistas, etc.) con los que el proveedor del seguro médico negoció tarifas especiales. El uso de proveedores de la red reduce el costo de los servicios para usted y para la empresa.

Desembolso máximo: cantidad máxima que usted y su familia deben pagar por los gastos elegibles cada año del plan. Una vez que sus gastos alcancen el desembolso máximo, el plan pagará los beneficios al 100% de sus gastos elegibles por el resto del año. Su deducible anual está incluido en su desembolso máximo.

Especialista: un proveedor con formación especializada en una rama concreta de la medicina (p. ej., un cirujano, un cardiólogo o un neurólogo).

Farmacia de entrega por correo: las farmacia que suelen proporcionar un suministro para 90 días de un medicamento recetado a una tarifa con descuento.

Además, las farmacias con entrega por correo ofrecen la comodidad de enviar los medicamentos directamente a su casa.

Fuera de la red: proveedores que no pertenecen a la red del plan y que no negociaron tarifas con descuento. El costo de los servicios ofrecidos por proveedores fuera de la red es mucho más elevado para usted y para la empresa. Se aplicarán deducibles y un coaseguro más elevado.

Hospitalización: servicios ofrecidos a una persona durante una pernoctación.

Máximo por año natural: es la cantidad máxima del beneficio pagada cada año por cada miembro de su familia inscrito en el plan dental.

Medicamentos de marca no preferidos: un medicamento patentado y con una marca registrada. Este tipo de medicamento es "no preferido" y, por lo general, es más costoso que las alternativas genéricas y los medicamentos de marca preferidos.

Medicamentos de marca preferidos: un medicamento patentado y con una marca registrada que se considera "preferido" porque es apropiado para su uso con fines médicos y, por lo general, es menos costoso que otras opciones de marca.

Medicamentos especializados: un medicamento que requiere una manipulación, administración o supervisión especial. La mayoría se pueden surtir solamente en farmacias de medicamentos especializados y requieren aprobaciones adicionales.

Medicamentos genéricos: un medicamento que ofrece usos, dosis, concentraciones, calidad y un rendimiento equivalentes a los de un medicamento de marca, pero que no es una marca registrada.

Proveedor de atención primaria (PCP): un médico (por lo general, un médico de cabecera, un internista o un pediatra) que proporciona atención médica continua. Un médico de atención primaria trata una gran variedad de afecciones médicas.

Servicios ambulatorios: servicios prestados a una persona en un centro hospitalario sin una pernoctación.

Contactos

	Aseguradora	Información de contacto
Plan médico	UnitedHealthcare	myuhc.com 800.362.9054
Plan de farmacias	Express Scripts	express-scripts.com 800.375.0685
Descuentos para farmacia	RX Savings Solutions	myrxss.com 800.268.4476
Diabetes e hipertensión	Support Livongo	get.livongo.com 800.945.4355
Plan dental	MetLife	metlife.com/mybenefits 800.438.6388
Plan de la vista	VSP	vsp.com 800.877.7195
Cuentas flexibles de gastos	UnitedHealthcare	myuhc.com 877.311.7849
Seguro de vida y por AD&D	NYLife	mynylgbs.com 800.644.5567
Beneficios voluntarios	US Enrollment Services	alerislife.mybenefitsinfo.com 877.231.8423
Programa de Asistencia al Empleado	ComPsych	guidanceresources.com Identificación web: NYGLabs 800.344.9752
Plan 401(k) para el retiro	Plan Empower Retirement	participant.empower-retirement.com 855.756.4738
Cheque de sueldo flexible	Payactiv	payactiv.com 877.937.6966
Equipo de Beneficios	AlerisLife	benefitsquestions@5ssl.com

El portal de beneficios de AlerisLife guarda todos los contactos e información de beneficios en un solo lugar. Para obtener fácilmente los números de los grupos de aseguradoras de beneficios, números de teléfonos y sitios web desde su teléfono inteligente, tableta, computadora o barra de favoritos, visite flimp.live/AlerisLife-Benefits



Avisos obligatorios

AlerisLife, Inc.

HEALTH PLAN NOTICES

TABLE OF CONTENTS

1. Medicare Part D Creditable Coverage Notice
2. Medicare Part D Non-Creditable Coverage Notice
3. HIPAA Comprehensive Notice of Privacy Policy and Procedures
4. Notice of Special Enrollment Rights
5. Women's Health and Cancer Rights Notice
6. Michelle's Law Notice
 - This notice is still required when a health plan permits dependent eligibility beyond age 26, but conditions such eligibility on student status. Further, the notice is still necessary if the plan permits coverage for non-child dependents (e.g., grandchildren) that is contingent on student status. The notice must go out whenever certification of student status is requested.
7. Premium Assistance Under Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP)

IMPORTANT NOTICE

This packet of notices related to our health care plan includes a notice regarding how the plan's prescription drug coverage compares to Medicare Part D. If you or a covered family member is also enrolled in Medicare Parts A or B, but not Part D, you should read the Medicare Part D notice carefully. It is titled, "Important Notice From AlerisLife, Inc. About Your Prescription Drug Coverage and Medicare."

IMPORTANT NOTICE FROM ALERISLIFE, INC. ABOUT YOUR PRESCRIPTION DRUG COVERAGE AND MEDICARE

Please read this notice carefully and keep it where you can find it. This notice has information about your current prescription drug coverage with AlerisLife, Inc. and about your options under Medicare's prescription drug coverage. This information can help you decide whether you want to join a Medicare drug plan. Information about where you can get help to make decisions about your prescription drug coverage is at the end of this notice.

If neither you nor any of your covered dependents are eligible for or have Medicare, this notice does not apply to you or your dependents, as the case may be. However, you should still keep a copy of this notice in the event you or a dependent should qualify for coverage under Medicare in the future. Please note, however, that later notices might supersede this notice.

1. Medicare prescription drug coverage became available in 2006 to everyone with Medicare. You can get this coverage if you join a Medicare Prescription Drug Plan or join a Medicare Advantage Plan (like an HMO or PPO) that offers prescription drug coverage. All Medicare drug plans provide at least a standard level of coverage set by Medicare. Some plans may also offer more coverage for a higher monthly premium.
2. AlerisLife, Inc. has determined that the prescription drug coverage offered by the AlerisLife, Inc. Employee Health Care Plan ("Plan") is, on average for all plan participants, expected to pay out as much as standard Medicare prescription drug coverage pays and is considered "creditable" prescription drug coverage. This is important for the reasons described below.

Because your existing coverage is, on average, at least as good as standard Medicare prescription drug coverage, you can keep this coverage and not pay a higher premium (a penalty) if you later decide to enroll in a Medicare drug plan, as long as you later enroll within specific time periods.

Enrolling in Medicare—General Rules

As some background, you can join a Medicare drug plan when you first become eligible for Medicare. If you qualify for Medicare due to age, you may enroll in a Medicare drug plan during a seven-month initial enrollment period. That period begins three months prior to your 65th birthday, includes the month you turn 65, and continues for the ensuing three months. If you qualify for Medicare due to disability or end-stage renal disease, your initial Medicare Part D enrollment period depends on the date your disability or treatment began. For more information you should contact Medicare at the telephone number or web address listed below.

Late Enrollment and the Late Enrollment Penalty

If you decide to *wait* to enroll in a Medicare drug plan you may enroll later, during Medicare Part D's annual enrollment period, which runs each year from October 15 through December 7. But as a general rule, if you delay your enrollment in Medicare Part D, after first becoming eligible to enroll, you may have to pay a higher premium (a penalty).

If after your initial Medicare Part D enrollment period you go **63 continuous days or longer without "creditable" prescription drug coverage** (that is, prescription drug coverage that's at least as good as Medicare's prescription drug coverage), your monthly Part D premium may go up by at least 1 percent of the premium you would have paid had you enrolled timely, for every month that you did not have creditable coverage.

For example, if after your Medicare Part D initial enrollment period you go 19 months without coverage, your premium may be at least 19% higher than the premium you otherwise would have paid. You may have to pay this higher premium for as long as you have Medicare prescription drug coverage. *However, there are some important exceptions to the late enrollment penalty.*

Special Enrollment Period Exceptions to the Late Enrollment Penalty

There are “special enrollment periods” that allow you to add Medicare Part D coverage months or even years after you first became eligible to do so, without a penalty. For example, if after your Medicare Part D initial enrollment period you lose or decide to leave employer-sponsored or union-sponsored health coverage that includes “creditable” prescription drug coverage, you will be eligible to join a Medicare drug plan at that time.

In addition, if you otherwise lose other creditable prescription drug coverage (such as under an individual policy) through no fault of your own, you will be able to join a Medicare drug plan, again without penalty. These special enrollment periods end two months after the month in which your other coverage ends.

Compare Coverage

You should compare your current coverage, including which drugs are covered at what cost, with the coverage and costs of the plans offering Medicare prescription drug coverage in your area. See the AlerisLife, Inc. Plan’s summary plan description for a summary of the Plan’s prescription drug coverage. If you don’t have a copy, you can get one by contacting us at the telephone number or address listed below.

Coordinating Other Coverage With Medicare Part D

Generally speaking, if you decide to join a Medicare drug plan while covered under the AlerisLife, Inc. Plan due to your employment (or someone else’s employment, such as a spouse or parent), your coverage under the AlerisLife, Inc. Plan will not be affected. For most persons covered under the Plan, the Plan will pay prescription drug benefits first, and Medicare will determine its payments second. For more information about this issue of what program pays first and what program pays second, see the Plan’s summary plan description or contact Medicare at the telephone number or web address listed below.

If you do decide to join a Medicare drug plan and drop your AlerisLife, Inc. prescription drug coverage, be aware that you and your dependents may not be able to get this coverage back. To regain coverage you would have to re-enroll in the Plan, pursuant to the Plan’s eligibility and enrollment rules. You should review the Plan’s summary plan description to determine if and when you are allowed to add coverage.

For More Information About This Notice or Your Current Prescription Drug Coverage...

Contact the person listed below for further information, or call (617) 796-8387. **NOTE:** You’ll get this notice each year. You will also get it before the next period you can join a Medicare drug plan, and if this coverage through AlerisLife, Inc. changes. You also may request a copy.

For More Information About Your Options Under Medicare Prescription Drug Coverage...

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

For more information about Medicare prescription drug coverage:

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

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

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

Date:	October 1, 2025
Name of Entity/Sender:	Lauren Duffy
Contact—Position/Office:	Senior Director, Human Resources
Address:	255 Washington St. Suite 230 Newton, MA 02458
Phone Number:	(617) 796-8387

Nothing in this notice gives you or your dependents a right to coverage under the Plan. Your (or your dependents') right to coverage under the Plan is determined solely under the terms of the Plan.

**HIPAA COMPREHENSIVE NOTICE OF PRIVACY POLICY
AND PROCEDURES**

**ALERISLIFE, INC.
IMPORTANT NOTICE
COMPREHENSIVE NOTICE OF PRIVACY POLICY AND PROCEDURES**

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE
USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.
PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

This notice is provided to you on behalf of:

AlerisLife Inc. Benefits Plan*

* This notice pertains only to healthcare coverage provided under the plan.

For the remainder of this notice, AlerisLife, Inc. is referred to as Company.

1. Introduction: This Notice is being provided to all covered participants in accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) and is intended to apprise you of the legal duties and privacy practices of the Company's self-insured group health plans. If you are a participant in any fully insured group health plan of the Company, then the insurance carriers with respect to those plans is required to provide you with a separate privacy notice regarding its practices.

2. General Rule: A group health plan is required by HIPAA to maintain the privacy of protected health information, to provide individuals with notices of the plan's legal duties and privacy practices with respect to protected health information, and to notify affected individuals follow a breach of unsecured protected health information. In general, a group health plan may only disclose protected health information (i) for the purpose of carrying out treatment, payment and health care operations of the plan, (ii) pursuant to your written authorization; or (iii) for any other permitted purpose under the HIPAA regulations.

3. Protected Health Information: The term "protected health information" includes all individually identifiable health information transmitted or maintained by a group health plan, regardless of whether or not that information is maintained in an oral, written or electronic format. Protected health information does not include employment records or health information that has been stripped of all individually identifiable information and with respect to which there is no reasonable basis to believe that the health information can be used to identify any particular individual.

4. Use and Disclosure for Treatment, Payment and Health Care Operations: A group health plan may use protected health information without your authorization to carry out treatment, payment and health care operations of the group health plan.

- An example of a "treatment" activity includes consultation between the plan and your health care provider regarding your coverage under the plan.
- Examples of "payment" activities include billing, claims management, and medical necessity reviews.
- Examples of "health care operations" include disease management and case management activities.

The group health plan may also disclose protected health information to a designated group of employees of the Company, known as the HIPAA privacy team, for the purpose of carrying out plan administrative functions, including treatment, payment and health care operations.

5. Disclosure for Underwriting Purposes. A group health plan is generally prohibited from using or disclosing protected health information that is genetic information of an individual for purposes of underwriting.

6. Uses and Disclosures Requiring Written Authorization: Subject to certain exceptions described elsewhere in this Notice or set forth in regulations of the Department of Health and Human Services, a group health plan may not disclose protected health information for reasons unrelated to treatment, payment or health care operations without your authorization. Specifically, a group health plan may not use your protected health information for marketing purposes or sell your protected health information. Any use or disclosure not disclosed in this Notice will be made only with your written authorization. If you authorize a disclosure of protected health information, it will be disclosed solely for the purpose of your authorization and may be revoked at any time. Authorization forms are available from the Privacy Official identified in section 23.

7. Special Rule for Mental Health Information: Your written authorization generally will be obtained before a group health plan will use or disclose psychotherapy notes (if any) about you.

8. Uses and Disclosures for which Authorization or Opportunity to Object is not Required: A group health plan may use and disclose your protected health information without your authorization under the following circumstances:

- When required by law;
- When permitted for purposes of public health activities;
- When authorized by law to report information about abuse, neglect or domestic violence to public authorities;
- When authorized by law to a public health oversight agency for oversight activities;
- When required for judicial or administrative proceedings;
- When required for law enforcement purposes;
- When required to be given to a coroner or medical examiner or funeral director;
- When disclosed to an organ procurement organization;
- When used for research, subject to certain conditions;
- When necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the public and the disclosure is to a person reasonably able to prevent or lessen the threat; and
- When authorized by and to the extent necessary to comply with workers' compensation or other similar programs established by law.

9. Minimum Necessary Standard: When using or disclosing protected health information or when requesting protected health information from another covered entity, a group health plan must make reasonable efforts not to use, disclose or request more than the minimum amount of protected health information necessary to accomplish the intended purpose of the use, disclosure or request. The minimum necessary standard will not apply to: disclosures to or requests by a health care provider for treatment; uses or disclosures made to the individual about his or her own protected health information, as permitted or required by HIPAA; disclosures made to the Department of Health and Human Services; or uses or disclosures that are required by law.

10. Disclosures of Summary Health Information: A group health plan may use or disclose summary health information to the Company for the purpose of obtaining premium bids or modifying, amending or terminating the group health plan. Summary health information summarizes the participant claims history and other information without identifying information specific to any one individual.

11. Disclosures of Enrollment Information: A group health plan may disclose to the Company information on whether an individual is enrolled in or has disenrolled in the plan.

12. Disclosure to the Department of Health and Human Services: A group health plan may use and disclose your protected health information to the Department of Health and Human Services to investigate or determine the group health plan's compliance with the privacy regulations.

13. Disclosures to Family Members, other Relations and Close Personal Friends: A group health plan may disclose protected health information to your family members, other relatives, close personal friends and anyone else you choose, if: (i) the information is directly relevant to the person's involvement with your care or payment for that care, and (ii) either you have agreed to the disclosure, you have been given an opportunity to object and have not objected, or it is reasonably inferred from the circumstances, based on the plan's common practice, that you would not object to the disclosure.

For example, if you are married, the plan will share your protected health information with your spouse if he or she reasonably demonstrates to the plan and its

representatives that he or she is acting on your behalf and with your consent. Your spouse might do so by providing the plan with your claim number or social security number. Similarly, the plan will normally share protected health information about a dependent child (whether or not emancipated) with the child's parents. The plan might also disclose your protected health information to your family members, other relatives, and close personal friends if you are unable to make health care decisions about yourself due to incapacity or an emergency.

14. Appointment of a Personal Representative: You may exercise your rights through a personal representative upon appropriate proof of authority (including, for example, a notarized power of attorney). The group health plan retains discretion to deny access to your protected health information to a personal representative.

15. Individual Right to Request Restrictions on Use or Disclosure of Protected Health Information: You may request the group health plan to restrict (1) uses and disclosures of your protected health information to carry out treatment, payment or health care operations, or (2) uses and disclosures to family members, relatives, friends or other persons identified by you who are involved in your care or payment for your care. However, the group health plan is not required to and normally will not agree to your request in the absence of special circumstances. A covered entity (other than a group health plan) must agree to the request of an individual to restrict disclosure of protected health information about the individual to the group health plan, if (a) the disclosure is for the purpose of carrying out payment or health care operations and is not otherwise required by law, and (b) the protected health information pertains solely to a health care item or service for which the individual (or person other than the health plan on behalf of the individual) has paid the covered entity in full.

16. Individual Right to Request Alternative Communications: The group health plan will accommodate reasonable written requests to receive communications of protected health information by alternative means or at alternative locations (such as an alternative telephone number or mailing address) if you represent that disclosure otherwise could endanger you. The plan will not normally accommodate a request to receive communications of protected health information by alternative means or at alternative locations for reasons other than your

endangerment unless special circumstances warrant an exception.

17. Individual Right to Inspect and Copy Protected Health Information: You have a right to inspect and obtain a copy of your protected health information contained in a "designated record set," for as long as the group health plan maintains the protected health information. A "designated record set" includes the medical records and billing records about individuals maintained by or for a covered health care provider; enrollment, payment, billing, claims adjudication and case or medical management record systems maintained by or for a health plan; or other information used in whole or in part by or for the group health to make decisions about individuals.

The requested information will be provided within 30 days if the information is maintained on site or within 60 days if the information is maintained offsite. A single 30-day extension is allowed if the group health plan is unable to comply with the deadline. If access is denied, you or your personal representative will be provided with a written denial setting forth the basis for the denial, a description of how you may exercise those review rights and a description of how you may contact the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services.

18. Individual Right to Amend Protected Health Information: You have the right to request the group health plan to amend your protected health information for as long as the protected health information is maintained in the designated record set. The group health plan has 60 days after the request is made to act on the request. A single 30-day extension is allowed if the group health plan is unable to comply with the deadline. If the request is denied in whole or part, the group health plan must provide you with a written denial that explains the basis for the denial. You may then submit a written statement disagreeing with the denial and have that statement included with any future disclosures of your protected health information.

19. Right to Receive an Accounting of Protected Health Information Disclosures: You have the right to request an accounting of all disclosures of your protected health information by the group health plan during the six years prior to the date of your request. However, such accounting need not include disclosures made: (1) to carry out treatment, payment or health care operations; (2) to individuals about their own protected health information; (3) prior to

the compliance date; or (4) pursuant to an individual's authorization.

If the accounting cannot be provided within 60 days, an additional 30 days is allowed if the individual is given a written statement of the reasons for the delay and the date by which the accounting will be provided. If you request more than one accounting within a 12-month period, the group health plan may charge a reasonable fee for each subsequent accounting.

20. The Right to Receive a Paper Copy of This Notice Upon Request: If you are receiving this Notice in an electronic format, then you have the right

to receive a written copy of this Notice free of charge by contacting the Privacy Official (see section 23).

21. Changes in the Privacy Practice. Each group health plan reserves the right to change its privacy practices from time to time by action of the Privacy Official. You will be provided with an advance notice of any material change in the plan's privacy practices.

22. Your Right to File a Complaint with the Group Health Plan or the Department of Health and Human Services: If you believe that your privacy rights have been violated, you may complain to the group health plan in care of the HIPAA Privacy Official (see section 24). You may also file a complaint with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services, Hubert H. Humphrey Building, 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201. The group health plan will not retaliate against you for filing a complaint.

23. Person to Contact at the Group Health Plan for More Information: If you have any questions regarding this Notice or the subjects addressed in it, you may contact the Privacy Official.

Privacy Official

The Plan's Privacy Official, the person responsible for ensuring compliance with this notice, is:

Lauren Duffy
Senior Director, Human Resources
(617) 796-8387

Effective Date

The effective date of this notice is: October 1, 2025.

NOTICE OF SPECIAL ENROLLMENT RIGHTS

ALERISLIFE, INC. EMPLOYEE HEALTH CARE PLAN

If you are declining enrollment for yourself or your dependents (including your spouse) because of other health insurance or group health plan coverage, you may be able to later enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if the employer stops contributing toward your or your dependents' other coverage).

Loss of eligibility includes but is not limited to:

- Loss of eligibility for coverage as a result of ceasing to meet the plan's eligibility requirements (e.g., divorce, cessation of dependent status, death of an employee, termination of employment, reduction in the number of hours of employment);
- Loss of HMO coverage because the person no longer resides or works in the HMO service area and no other coverage option is available through the HMO plan sponsor;
- Elimination of the coverage option a person was enrolled in, and another option is not offered in its place;
- Failing to return from an FMLA leave of absence; and
- Loss of eligibility under Medicaid or the Children's Health Insurance Program (CHIP).

Unless the event giving rise to your special enrollment right is a loss of eligibility under Medicaid or CHIP, you must request enrollment within **30 days** after your or your dependent's(s') other coverage ends (or after the employer that sponsors that coverage stops contributing toward the coverage).

If the event giving rise to your special enrollment right is a loss of coverage under Medicaid or CHIP, you may request enrollment under this plan within **60 days** of the date you or your dependent(s) lose such coverage under Medicaid or CHIP. Similarly, if you or your dependent(s) become eligible for a state-granted premium subsidy toward this plan, you may request enrollment under this plan within **60 days** after the date Medicaid or CHIP determine that you or the dependent(s) qualify for the subsidy.

In addition, if you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your dependents. However, you must request enrollment within **30 days** after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

To request special enrollment or obtain more information, contact:

Lauren Duffy
Senior Director, Human Resources
(617) 796-8387

** This notice is relevant for healthcare coverages subject to the HIPAA portability rules.*

WOMEN'S HEALTH AND CANCER RIGHTS NOTICE

AlerisLife, Inc. Employee Health Care Plan is required by law to provide you with the following notice:

The Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 ("WHCRA") provides certain protections for individuals receiving mastectomy-related benefits. Coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient for:

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

The AlerisLife, Inc. Employee Health Care Plan provide(s) medical coverage for mastectomies and the related procedures listed above, subject to the same deductibles and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under this plan. Therefore, the following deductibles and coinsurance apply:

Choice Plus \$2,500	In-Network	Out-of-Network
Individual Deductible	\$2,500	\$3,000
Family Deductible	\$5,000	\$6,000
Coinsurance	0	0
Choice Plus \$1,000	In-Network	Out-of-Network
Individual Deductible	\$1,000	\$1,500
Family Deductible	\$2,000	\$3,000
Coinsurance	0	0

If you would like more information on WHCRA benefits, please refer to your or contact your Plan Administrator at:

Lauren Duffy
Senior Director, Human Resources
(617) 796-8387

MICHELLE’S LAW NOTICE

(To Accompany Certification of Dependent Student Status)

Michelle’s Law is a federal law that requires certain group health plans to continue eligibility for adult dependent children who are students attending a post-secondary school, where the children would otherwise cease to be considered eligible students due to a medically necessary leave of absence from school. In such a case, the plan must continue to treat the child as eligible up to the earlier of:

- The date that is one year following the date the medically necessary leave of absence began; or
- The date coverage would otherwise terminate under the plan.

For the protections of Michelle’s Law to apply, the child must:

- Be a dependent child, under the terms of the plan, of a participant or beneficiary; and
- Have been enrolled in the plan, and as a student at a post-secondary educational institution, immediately preceding the first day of the medically necessary leave of absence.

“Medically necessary leave of absence” means any change in enrollment at the post-secondary school that begins while the child is suffering from a serious illness or injury, is medically necessary, and causes the child to lose student status for purposes of coverage under the plan.

If you believe your child is eligible for this continued eligibility, you must provide to the plan a written certification by his or her treating physician that the child is suffering from a serious illness or injury and that the leave of absence is medically necessary.

If you have any questions regarding the information contained in this notice or your child’s right to Michelle’s Law’s continued coverage, you should contact Lauren Duffy, Senior Director, Human Resources, (617) 796-8387.

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

<https://lockton.seismic.com/Link/Content/DC4V9B4MQ37XV8HXV37g3GDcVjBP>

ILLINOIS DOL EMPLOYER EHB LIST MODEL NOTICE

<https://lockton.seismic.com/Link/Content/DC2f3jQcCddcmGc23qCVbd4pC8BG>



Este resumen de beneficios trae para usted los puntos destacados del programa de beneficios de AlerisLife. No es un documento legal y no se deberá considerar una garantía de beneficios ni una continuación de empleo en la empresa. Todos los planes de beneficios se rigen por pólizas maestras, los contratos y los documentos de los planes. En caso de discrepancia entre la información presente en este resumen y los términos reales de las pólizas, los contratos y los documentos de los planes se regirán por los términos de dichas pólizas, contratos y documentos de planes. AlerisLife se reserva el derecho de modificar, suspender o cancelar cualquier plan de beneficios, en su totalidad o en parte, en cualquier momento. El administrador del plan cuenta con la autoridad para realizar tales cambios.

