



# Bienvenidos a Inscripción Abierta

Año del plan: 1 de Junio de 2025 – 31 de Mayo de 2026

Inscripción abierta: 1 al 9 de Mayo 2025



Su costo

Tu coste semanal (52)

| Médico |                    | Médico - Meritain |                                  |                                        |                   |
|--------|--------------------|-------------------|----------------------------------|----------------------------------------|-------------------|
|        |                    | Prima<br>semanal  | Prima<br>semanal del<br>Empleado | Contribución<br>semanal de<br>Van Kirk | COBRA-<br>Mensual |
|        | Empleado           | \$250.16          | \$40.00                          | \$210.16                               | \$1,105.77        |
|        | Empleado + Cónyuge | \$470.30          | \$130.00                         | \$340.30                               | \$2,078.72        |
|        | Empleado + Hijo(s) | \$419.48          | \$120.00                         | \$299.48                               | \$1,854.09        |
|        | Empleado + Familia | \$692.20          | \$140.00                         | \$552.20                               | \$3,059.54        |

| Dental |                    | Delta Dental |  |
|--------|--------------------|--------------|--|
|        | Empleado           | \$9.41       |  |
|        | Empleado + Cónyuge | \$18.08      |  |
|        | Empleado + Hijo(s) | \$23.82      |  |
|        | Empleado + Familia | \$36.52      |  |

| Visión |                    | SunLife VSP |  |
|--------|--------------------|-------------|--|
|        | Empleado           | \$1.92      |  |
|        | Empleado + Cónyuge | \$3.84      |  |
|        | Empleado + Hijo(s) | \$4.22      |  |
|        | Empleado + Familia | \$6.14      |  |

|                                      |                                                                  |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Incapacidad voluntaria a corto plazo | Depende del salario: consulte el portal para conocer las tarifas |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------|

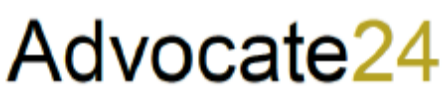
|                    |                                                              |
|--------------------|--------------------------------------------------------------|
| Enfermedad crítica | Franja de edad - Consulte el portal para conocer las tarifas |
|--------------------|--------------------------------------------------------------|

| Accidente |                    |        |  |
|-----------|--------------------|--------|--|
|           | Empleado           | \$3.67 |  |
|           | Empleado + Cónyuge | \$5.55 |  |
|           | Empleado + Hijo(s) | \$5.76 |  |
|           | Empleado + Familia | \$7.64 |  |

Indemnización Hospitalaria

|                    |         |
|--------------------|---------|
| Empleado           | \$4.48  |
| Empleado + Cónyuge | \$11.48 |
| Empleado + Hijo(s) | \$7.93  |
| Empleado + Familia | \$14.93 |

# Información de Contacto Importante

|                                                                                     | Compañía                    | Área de cobertura                                                                                                                                     | Información de contacto                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | Asistencia para inscribirse | Llame para inscribirse en los beneficios y/o haga cualquier pregunta.                                                                                 | 1-800-351-1151 o <a href="https://guardian.benselect.com/enroll/login.aspx?ReturnUrl=%2fenroll">https://guardian.benselect.com/enroll/login.aspx?ReturnUrl=%2fenroll</a> |
|    | Meritain Health (TPA)       | Administrador Médico: llame para preguntas médicas                                                                                                    | 1-877-559-2055 o <a href="http://www.meritain.com">www.meritain.com</a>                                                                                                  |
|    | Smith Rx                    | Administrador de beneficios de farmacia: llame si tiene preguntas sobre farmacia                                                                      | 1-844-454-5201 o <a href="http://www.mysmithrx.com">www.mysmithrx.com</a>                                                                                                |
|     | Delta Dental                | Dental: Beneficios, Reclamos y Proveedores                                                                                                            | 1-866-827-3319 o <a href="https://www.deltadentalne.org">https://www.deltadentalne.org</a>                                                                               |
|   | SunLife                     | Visión: Beneficios, Reclamos y Proveedores                                                                                                            | 1-800-877-7195 o <a href="https://www.vsp.com/">https://www.vsp.com/</a>                                                                                                 |
|  | Guardián                    | Discapacidad, Accidente, Enfermedad Crítica, Indemnización Hospitalaria                                                                               | 1-888-600-1600 o <a href="http://www.Guardiananytime.com">www.Guardiananytime.com</a>                                                                                    |
|   | Cancer CARE                 | Ayudar a los miembros diagnosticados con cáncer                                                                                                       | 1-877-640-9610 o <a href="mailto:cancermanagement@cancercareprogram.net">cancermanagement@cancercareprogram.net</a>                                                      |
|  | Tarjeta KISx                | Solución de contratación directa de cirugía e imágenes                                                                                                | 1-877-GET-KISX o <a href="mailto:info@getkisx.com">info@getkisx.com</a>                                                                                                  |
|  | Teladoc                     | Proveedor de telesalud GRATIS; Contacto para agendar una cita virtual                                                                                 | 1-800-835-2362 o <a href="https://www.teladoc.com/">https://www.teladoc.com/</a>                                                                                         |
|  | Defensor de Salud           | Localización de proveedores, preguntas sobre facturación, solicitudes de tarjetas de identificación, comparaciones de precios, preguntas sobre planes | 1-866-891-3306 o <a href="mailto:careadvocates@healthcomp.com">careadvocates@healthcomp.com</a>                                                                          |

# Elija los mejores beneficios para usted y su familia.

Van Kirk Bros se esfuerza por brindarle a usted y a su familia un paquete de beneficios completo y valioso. Queremos asegurarnos de que aproveche al máximo nuestros beneficios, por eso hemos elaborado esta Guía de inscripción abierta.

La inscripción abierta es un período corto cada año en el que puede hacer cambios en sus beneficios. Esta guía describirá todas las diferentes ofertas de beneficios, para que pueda identificar qué ofertas son las mejores para usted y su familia.

Las elecciones que realice durante la inscripción abierta entrarán en vigencia el **1 de Junio de 2025**. Si tienes preguntas sobre alguno de los beneficios mencionados en esta guía, no dudes en ponerte en contacto con RRHH.

## Bienvenidos a la Inscripción Abierta

### ¿Quién es elegible?

Si usted es un empleado de tiempo completo y ha excedido su período de elegibilidad, es elegible para inscribirse en los beneficios descritos en esta guía. Los empleados también pueden cubrir a sus dependientes elegibles y pagar la prima correspondiente por su cobertura. Los dependientes elegibles incluyen cónyuge, hijos de hasta 26 años de edad (independientemente de su estado de estudiante, civil o dependiente) e hijos dependientes de cualquier edad que no pueden mantenerse a sí mismos debido a discapacidades mentales/físicas (se requiere prueba de Seguro Social).

### ¿Cómo inscribirse?

Siga estos pasos para completar en línea:

Ir a <https://guardian.benselect.com/enroll>

- Ingrese su número de seguro social (SSN) como inicio de sesión
- Ingrese su PIN: su PIN son los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social y los últimos dos dígitos de su año de nacimiento
- Por ejemplo, si su número de Seguro Social es 462-26-2222 y su año de nacimiento es 1985, su PIN sería 222285

Una vez que se haya registrado y haya iniciado sesión, podrá:

- **Revise sus elecciones de beneficios actuales**
- **Verificar su información personal y de dependientes**
- **Haga sus nuevas elecciones de beneficios**

**\*\*Para la inscripción telefónica, utilice las instrucciones que se enumeran a continuación en RED.**

### ¿Cuándo inscribirse?

La cobertura para los empleados recién contratados entrará en vigencia del 1 de Junio de 2025 al 31 de Mayo de 2026.

La inscripción abierta comienza el 1 de Mayo de 2025 y se extiende hasta el 9 de Mayo de 2025. Los beneficios que elija durante la inscripción abierta entrarán en vigencia el 1 de Junio de 2025.

**\*Tenga en cuenta que el año deducible va del 1 de junio de 2025 al 31 de mayo de 2026.**

El equipo de asistencia para inscribirse está disponible para ayudarlo con todas las preguntas relacionadas con la inscripción y para ayudarlo con el proceso de inscripción. Para obtener ayuda, llame al (800) 351-1151 para hablar con un miembro del equipo de beneficios de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. CST de lunes a viernes.

## Cómo hacer cambios

A menos que tenga un cambio calificado en el estatus, no puede hacer cambios a los beneficios que elija hasta el próximo período de inscripción abierta. Todos los cambios elegibles deben comunicarse a la aerolínea dentro de los 31 días posteriores al Evento válido. Los cambios calificados en el estado incluyen:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un hijo o cambio en la situación de dependencia del niño o modificación o terminación de los procedimientos de adopción
- Fallecimiento del cónyuge, hijo u otro dependiente calificado
- Cambio de residencia debido a un traslado de empleo para usted o su cónyuge
- Cambio en los beneficios o situación laboral del cónyuge, o inscripción/pérdida de otra cobertura grupal

## Preguntas y respuestas

### ¿Qué cambios entrarán en vigor el 1 de Junio de 2025?

**A partir del 1 de Junio, las primas dentales aumentarán un 9 %. Consulte la hoja de tarifas.**

### Si quiero hacer cambios, ¿qué debo completar?

Si no desea realizar ningún cambio, no hay necesidad de realizar ninguna acción en este momento, su cobertura se transferirá automáticamente al nuevo año del plan. Si desea realizar cambios, consulte la sección "Cómo inscribirse" en la página anterior.

# Seguro de Salud

Meritain Health administrará sus beneficios médicos/de medicamentos recetados a través de la red **Aetna Choice POS II**. Como recordatorio, el plan proporciona cobertura para proveedores dentro y fuera de la red; sin embargo, cuando se utiliza un proveedor fuera de la red, el miembro puede ser responsable de cargos adicionales. Para conocer los proveedores de la red, visite:

[https://www.aetna.com/dsepublic/#/contentPage?page=providerSearch&site\\_id=mymeritain&language=en](https://www.aetna.com/dsepublic/#/contentPage?page=providerSearch&site_id=mymeritain&language=en)<sup>1</sup>

| Servicios                                  |                                        | Médico - Meritain                                      |                                                          |
|--------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Red                                        |                                        | Aetna Choice POS II (acceso abierto)                   |                                                          |
| Deducible anual                            |                                        | Dentro de la red                                       | Fuera de la red                                          |
|                                            | Individual                             | \$1,000                                                | \$2,000                                                  |
|                                            | Familia                                | \$2,000                                                | \$4,000                                                  |
| Coaseguro (Plan/Miembro)                   |                                        | 60%/40%                                                | 40%/60%                                                  |
| Desembolso máximo                          |                                        |                                                        |                                                          |
|                                            | Individual                             | \$3,000                                                | \$6,000                                                  |
|                                            | Familia                                | \$6,000                                                | \$12,000                                                 |
| Visita al médico                           |                                        |                                                        |                                                          |
| Cuidado preventivo                         | En la oficina                          | Sin cargo<br>Copago de \$30                            | 60% después del deducible<br>60% después del deducible   |
|                                            | Especialista                           | Copago de \$60                                         | 60% después del deducible                                |
| Telemedicina                               |                                        | Teladoc - Sin cargo                                    | Teladoc - Sin cargo                                      |
| Atención de urgencia                       |                                        | Copago de \$60                                         | 60% después del deducible                                |
| Sala de Emergencias (Verdadera Emergencia) |                                        |                                                        |                                                          |
|                                            |                                        | Copago de \$150, luego coseguro del 40%                | Pagado al nivel de beneficio del Proveedor Participante. |
|                                            |                                        | * Copago de \$ 500 luego deducible y luego 40%         | * Copago de \$ 500 luego deducible y luego 60%           |
| *Gastos médicos que no son de emergencia   |                                        |                                                        |                                                          |
| Hospital/Quirúrgico                        |                                        |                                                        |                                                          |
|                                            | Hospital para pacientes hospitalizados | 40% de coaseguro                                       | 60% después del deducible                                |
|                                            | Hospital Ambulatorio                   | 40% de coaseguro                                       | 60% después del deducible                                |
| Medicamentos recetados                     |                                        |                                                        |                                                          |
|                                            |                                        | Farmacia participante                                  | Farmacia no participante                                 |
|                                            |                                        | Venta al por menor/Pedido por correo - 30 días/90 días | Venta al por menor - 30 días                             |
|                                            | Genérico                               | Copago de \$10/Copago de \$30                          | Copago de \$10 (más 25% de penalización)*                |
|                                            | Medicamento preferido                  | Copago de \$35/Copago de \$105                         | Copago de \$35 (más 25% de penalización)*                |
|                                            | Medicamento no preferido               | Copago de \$70 / Copago de \$210                       | Copago de \$70 (más 25% de penalización)*                |
|                                            |                                        |                                                        | * Pedido por correo: No cubierto                         |

**\*Tenga en cuenta que el año deducible va del 1 de Junio de 2025 al 31 de Mayo de 2026.**

# Meritain Connect

*Una nueva y fresca conexión con su plan de beneficios*

¿Sabía que puede encontrar una variedad de herramientas y recursos de atención médica en [www.meritain.com](http://www.meritain.com)?

YSu sitio web para miembros, Meritain Connect, le brinda acceso las 24 horas a una serie de herramientas y recursos que pueden ayudarlo a administrar sus beneficios de salud.

## With Meritain Connect you can:

- Verifique su elegibilidad y beneficios.
- Encontrar el estado de los siniestros.
- Ver sus Explicaciones de Beneficios (EOB).
- Revise el documento de su plan de beneficios.
- Ver deducibles y límites de gastos de bolsillo.
- Verifique los saldos de FSA y HRA, si corresponde.



## El acceso a Meritain Connect es tan fácil como 1-2-3

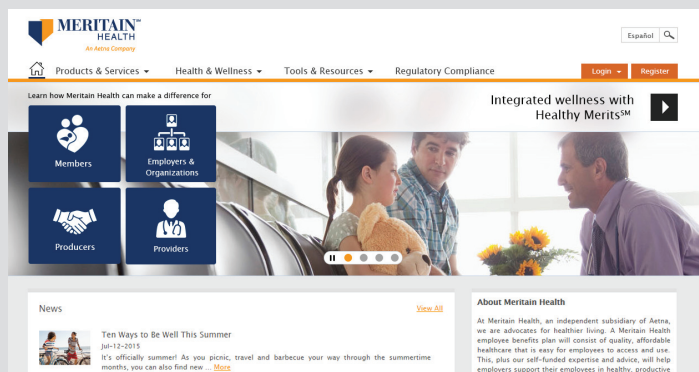
Si tiene una cuenta, simplemente inicie sesión. Si es un usuario nuevo, deberá registrarse con estos simples pasos. Cuando se registre, necesitará su identificación de miembro y la identificación de grupo de su tarjeta de identificación. (Si es nuevo en el plan, pronto recibirá su tarjeta de identificación por correo).

### Paso 1

Vaya a [www.meritain.com](http://www.meritain.com) y haga clic en **Register**.

### Paso 2

Seleccione **Member** en **I am a** ingrese su ID de grupo. Luego, haga clic en **Continue**. Es posible que se le solicite ingresar su número de índice. Esto se encuentra en su tarjeta de identificación, si corresponde.



Registration / New Member

Registration

I am a

☒ Member ☐ Provider ☐ Producer

Group ID \*

Each member may setup a Login for themselves as well as any minor children covered by the plan. For privacy purposes, the member's spouse and dependents over the age of 18, covered by the plan, must each establish logins to access their individual information.

### Paso 3

Deberá ingresar la siguiente información y luego seleccionar **Submit**:

- Identificación de miembro (ubicada en su tarjeta de identificación de miembro)
- Nombre (empleado, cónyuge o dependiente)
- Código postal
- Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
- Identificación de grupo (ubicada en su tarjeta de identificación de miembro)
- Apellido (empleado, cónyuge o dependiente)
- Correo electrónico (dirección personal)

Luego, creará un nombre de usuario y una contraseña. Después de confirmar su dirección de correo electrónico, ¡ya terminó! Ahora puede iniciar sesión en su cuenta de Meritain Connect con su nuevo nombre de usuario y contraseña.

Registration New Member

Enter Personal Information

Member ID \*  Group ID \*

First Name \*  Last Name \*

Zip Code \*  Email \*

Date of Birth \*

MERITAIN<sup>TM</sup> HEALTH  
An Aetna Company

Login

Username  Forgot Username? [Forgot Username?](#)

☐ Remember Me

Don't have an account yet? [Register](#)

Need help? To reach us by phone, simply dial the toll-free number on the back of your ID Card. If you are a client or a broker, please contact your client relationship manager.

¿Necesita ayuda para registrarse en Meritain Connect? Puede llamarnos al número que figura en su tarjeta de identificación para obtener ayuda.

### Lo que encontrará en Meritain Connect

Simplemente haga clic en el nombre de cada función en el banner superior de Meritain Connect para acceder a las siguientes opciones. Haga clic en **HOME** para volver a la página de bienvenida.

### Descripción general del plan de atención médica

Puede ver los deducibles y los desembolsos máximos haciendo clic en **Summary of Out-of-Pocket Expenses**.

MERITAIN<sup>TM</sup> HEALTH  
An Aetna Company

Logout

Plan Benefits and Coverage Claims Tools and Resources Find Care

Plan Summary of Out-of-Pocket Expenses

Summary of Out-of-Pocket Expenses

Family

Select Account: Medical ☒ Select Year: 01-01-2016 to 12-31-2016

| Family Deductible Limit |                |              |
|-------------------------|----------------|--------------|
| Applied (\$)            | Remaining (\$) | Maximum (\$) |
| 1.00                    | 0.00           | 1.00         |

| Family Out-of-Pocket Limit |                |              |
|----------------------------|----------------|--------------|
| Applied (\$)               | Remaining (\$) | Maximum (\$) |
| 1.00                       | 0.00           | 1.00         |

### Información de reclamo

Simplemente haga clic en **Claims** para ver la información de su reclamo. El botón **Apply** le permite ver todas las reclamaciones. Se mostrarán los reclamos con estados de **received**, **in review**, **processed** or **void**. Puede ver e imprimir la Explicación de beneficios (EOB) haciendo clic en el enlace debajo del número de reclamo.

MERITAIN<sup>TM</sup> HEALTH  
An Aetna Company

Logout

Plan Benefits and Coverage Claims Tools and Resources Find Care

Claims Claims Summary

Claims Summary

JANEY DOEY

Search

Claim Type: ☒ Medical ☐ Dental ☐ Vision ☐ Rx

Paid by HRA: ☐ Yes ☒ No

Provider Name:  Claim Number:

Date of Service:  Billed Charges (\$):  You May Owe (\$):

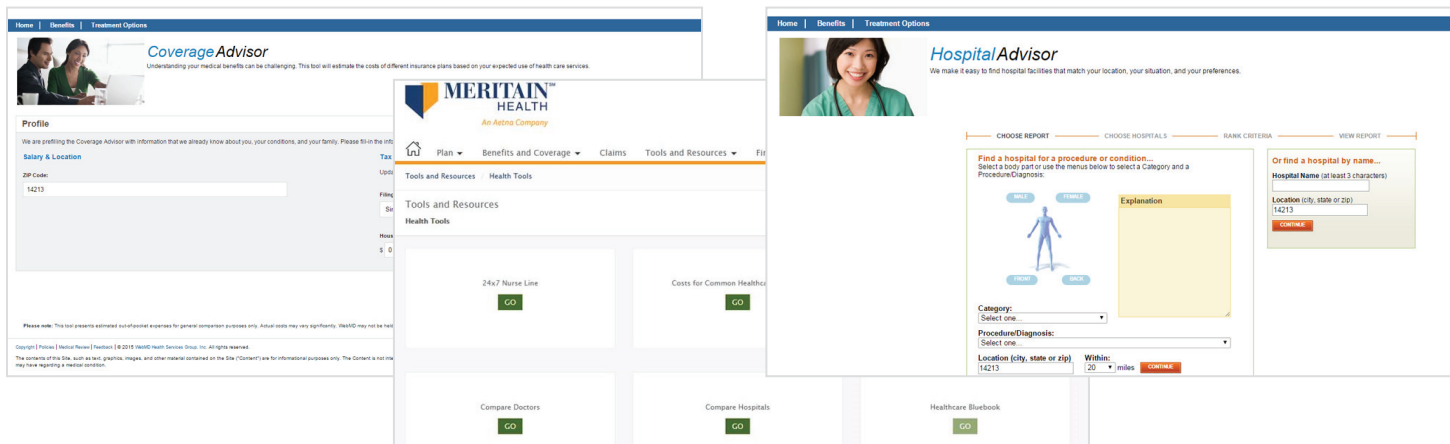
From:  To:

Claim Status: ☒ In process ☒ Processed

| Claim Status | Claim Type | Provider Name          | Date of Service | Claim Number | Billed Charges | You May Owe | Details              |
|--------------|------------|------------------------|-----------------|--------------|----------------|-------------|----------------------|
| In Process   | Medical    | OKEMOS FAMILY PRACTICE | 01/31/2016      | KPM6517      | \$500.00       |             | <a href="#">View</a> |

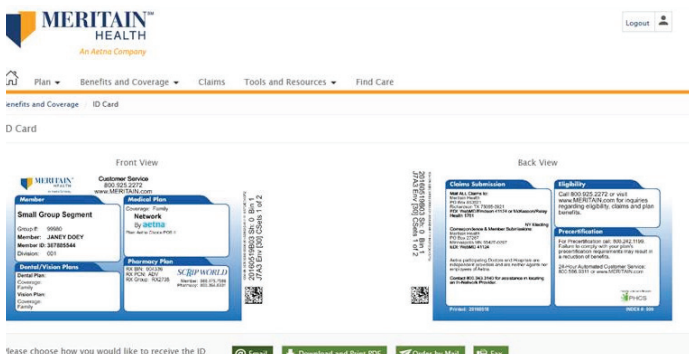
## Información de Costo/Salud y Bienestar

Para obtener enlaces a herramientas de comparación de costos y enlaces de salud y bienestar, simplemente haga clic en **Health Tools** bajo **Tools & Resources**.



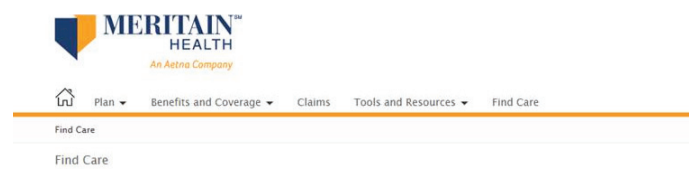
## Tarjetas de identificación

Puede hacer clic en **ID cards** en **Benefits and Coverage** para ver una tarjeta de identificación temporal o solicitar tarjetas adicionales. Puede hacer clic en el menú desplegable **Plan** para ver algunas de las características clave del sitio, incluidos los saldos de FSA o HRA, si corresponde.



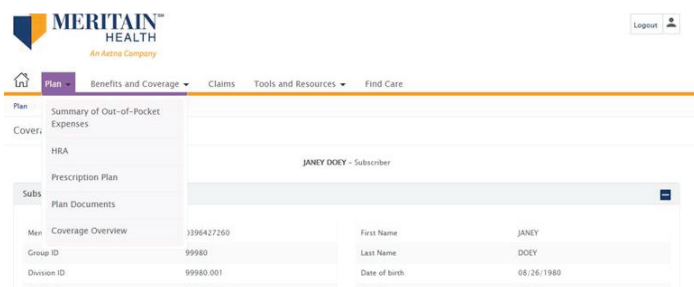
## Encuentre atención

Es fácil encontrar un médico, una clínica o un hospital dentro de la red con Meritain Connect: simplemente haga clic en **Doctors and Hospitals** para comenzar. A continuación, haga clic en el nombre de su red para acceder al buscador de proveedores.



## Cuenta de gastos flexibles o arreglo de reembolso de salud (si corresponde)

Puede ver la información de FSA o HRA, si corresponde, al hacer clic en el menú desplegable **Plan**.



## Otras características

Simplemente haga clic en cada función para acceder a su información.

- **User Documentation - Documentación del usuario**

Para ver la guía de referencia del portal de miembros para obtener más información sobre las funciones disponibles, simplemente haga clic en el enlace **USER DOCUMENTATION** en el pie de página de su página.

- **Account Settings - Configuraciones de la cuenta**

Puede cambiar su contraseña o almacenar su dirección de correo electrónico cuando hace clic en **ACCOUNT SETTINGS**: es el ícono de persona junto a **log out** en la esquina superior derecha de su página.

Puede hacer clic en **HOME** en cualquier momento para volver a la página de bienvenida.

## Información importante sobre Meritain Connect

### Cónyuges y dependientes

Según las Regulaciones de privacidad de HIPAA, los cónyuges y dependientes mayores de 18 años tienen información de atención médica parcialmente protegida. Para acceder a su información, deberán registrarse en su cuenta de Meritain Connect siguiendo los pasos anteriores. Puede ver la información financiera de todos los dependientes, independientemente de su edad.

### Inicio de sesión de usuario recurrente

Cuando regrese al sitio web después de que se haya creado su cuenta, simplemente ingrese su nombre de usuario establecido y contraseña en el cuadro de inicio de sesión.

### Inicio de sesión incorrecto

Puede hacer clic en **HOME** para volver a la página de inicio y volver a intentarlo si recibe un mensaje de inicio de sesión incorrecto.

### Soporte del sitio web

Si necesita ayuda con el proceso de inicio de sesión o si olvidó su nombre de usuario o contraseña, estamos aquí para ayudarlo. Puede ponerse en contacto con el servicio de atención al cliente utilizando el número de teléfono impreso en su tarjeta de identificación.

**Si necesita ayuda para navegar [www.meritain.com](http://www.meritain.com) o registrar su cuenta Meritain Connect, simplemente llámenos al número que se encuentra en su tarjeta de identificación.**



# Comprensión de su Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados

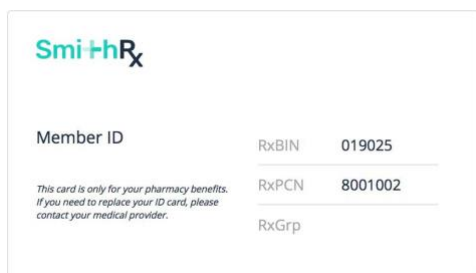
Brindarle las herramientas y los recursos para ayudarlo a tomar mejores decisiones sobre la terapia con medicamentos.

## Su plan de beneficios de medicamentos recetados a través de SmithRx.

SmithRx es su nuevo proveedor de beneficios de medicamentos recetados. SmithRx se dedica a brindarle el mejor servicio y recursos para ayudarlo a usted y a su familia a tomar mejores decisiones de atención médica.

## Uso de su tarjeta de medicamentos recetados en el comercio minorista

Recibirá una tarjeta de recetas de su empleador. Presente su nueva tarjeta de recetas junto con su receta en cualquiera de nuestras más de 67,000 farmacias minoristas cada vez que surta su receta. Puede acceder a una lista de farmacias participantes en [www.mysmithrx.com](http://www.mysmithrx.com)



## Uso de su beneficio de entrega a domicilio

Aprovechar su beneficio de entrega a domicilio puede permitirle recibir un suministro de hasta 90 días de sus medicamentos de mantenimiento de marca a un precio con descuento a través de Serve You. Simplemente pídale a su médico que le escriba una nueva receta para servirle a domicilio. Para comenzar, puede pedirle a su médico que:

- **Receta electrónica o fax:** haga que su médico le recete o envíe su receta por fax al (866) 494-0364. Las recetas enviadas por fax solo pueden enviarse por el consultorio de un médico y deben incluir información del paciente y diagnóstico para su procesamiento oportuno.
- **Teléfono:** Su médico puede "llamar" la receta al (800) 759-3203 con una opción de IVR.

**Tenga en cuenta:** para una entrega rápida, proporcione su información de pago por fax o correo postal en su formulario de pedido completo a PO Box 26096, Milwaukee, WI 53226 y llamando al (800) 759-3203.

## Herramientas en línea en [www.mysmithrx.com](http://www.mysmithrx.com)

Conexión segura en línea, protegiendo su confidencialidad y proporcionando:

- Formulario de medicamentos y herramientas de búsqueda
- Información y educación confiable sobre medicamentos y condiciones de salud
- Información de beneficios en tiempo real
- Ver y descargar reclamos de farmacia
- Encuentra una farmacia participante
- Descargue el reembolso del reclamo, la solicitud de autorización previa, la inscripción de farmacias especializadas y los formularios de pedido por correo

## Cambios en el formulario

Para ayudar a proporcionar a nuestros clientes acceso a beneficios de medicamentos recetados seguros, de alta calidad y rentables, es necesario clasificar algunos medicamentos como preferidos y otros como medicamentos no preferidos en el formulario de SmithRx. Acceda a nuestro formulario completo en [www.mysmithrx.com](http://www.mysmithrx.com) para ver cómo se clasifica su medicamento.

## Los requisitos adicionales para la cobertura o los límites de ciertos medicamentos pueden incluir:

Su plan puede tener requisitos adicionales de cobertura o límites para medicamentos recetados seleccionados. Estos requisitos y límites aseguran que los miembros usen estos medicamentos de la manera más efectiva y también ayudan al Plan a controlar los costos de los medicamentos. Un equipo de médicos y farmacéuticos en ejercicio desarrolló estos requisitos y límites para ayudar a su Plan a proporcionar cobertura de calidad a los miembros. Consulte el formulario en nuestro sitio web para obtener más información.

## Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, su Plan puede limitar la cantidad del medicamento que estará cubierto por receta o por un período de tiempo definido. Por ejemplo, su plan puede proporcionar hasta 30 unidades por período de 30 días para un medicamento del formulario.

## Terapia escalonada

En algunos casos, su plan requiere que primero pruebe un medicamento para tratar su afección médica antes de que cubra otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan su condición médica, su Plan puede requerir que su médico le recete el Medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces su plan cubrirá el medicamento B.

## Previa autorización

Si su médico le receta un medicamento que requiere una autorización previa, deberá pasar por un proceso de autorización previa. Revisamos las solicitudes de estos medicamentos seleccionados para ayudar a garantizar el uso adecuado y seguro de los medicamentos para sus afecciones médicas. Su médico puede llamar, enviar por fax o enviar solicitudes de autorización previa por vía electrónica. Para obtener una lista de medicamentos seleccionados que requieren autorización previa, comuníquese con Servicio al Cliente al (844) 454-5201.





## ¡Ya tiene Teladoc!

Consulte a un médico por teléfono o video, desde cualquier lugar y en cualquier momento.

**Configure su cuenta hoy para hablar con un médico matriculado de EE. UU. en relación con afecciones médicas que no sean de emergencia, como gripe, infecciones sinusales, bronquitis y mucho más.**



### Crear cuenta

Llame al 1-800-TELADOC (835-2362) para crear una cuenta y completar la historia clínica



### Consulte a un médico

Seleccione un horario y un médico de Teladoc se comunicará con usted



### Comience a sentirse mejor

El médico analizará los síntomas y enviará una receta, si es necesario.

## Consulte con un médico sin cargo por visita

Llame al 1-800-TELADOC (835-2362) | Visite [Teladoc.com](https://www.teladoc.com)



# CancerCARE

Right Care. Right Time. Right Place.

## Un Beneficio especializado en tratar el Cáncer

El programa CancerCARE es un beneficio adicional, proporcionado por su plan de salud, que se enfoca en ayudar a los miembros diagnosticados con cáncer. Nuestro apasionado equipo médico supervisará su tratamiento contra el cáncer y garantizará que se siga la ruta de tratamiento óptima con resultados comprobados. **Somos sus defensores del cáncer y nos esforzaremos por llevarlos a usted y a sus dependientes a la supervivencia.**



### Ayuda del Primer Día

**Estamos disponibles para ayudarlo desde el día de su diagnóstico y más allá.** Puede registrarse en el programa en cualquier momento de su viaje contra el cáncer para obtener acceso a nuestros recursos y apoyo. El registro está disponible a través de nuestro sitio web o por teléfono.



### Atención Personalizada

Una vez que sea parte del programa, **una enfermera dedicada estará con usted en cada paso del camino.** Esta enfermera estará disponible para responder cualquier pregunta que pueda tener y para asegurarse de que esté **recibiendo el tratamiento ideal para su diagnóstico.**



### Recursos Nacionales

A través de CancerCARE, **tendrá acceso a algunos de los mejores médicos, hospitales y tecnología en todo el país.** Trabajaremos con su oncólogo local para asegurarnos de que se consideren todas las opciones de tratamiento, no solo las locales.



### Equipo Médico Experto

**Nuestro personal médico tiene décadas de experiencia en el tratamiento del cáncer** y nos enorgullecemos de estar al día con los últimos tratamientos y tecnología contra el cáncer. Cada miembro del personal médico tiene experiencia y experiencia en cáncer únicas.

# CIRUGÍA. SIMPLIFICADO.

## Para ayudarte a estar sano.

La tarjeta KISx es un programa de cirugía e imágenes que su empleador ha puesto a su disposición para los procedimientos quirúrgicos y de imágenes más comunes. Algunos de los procedimientos más típicos a través de la tarjeta KISx incluyen: Ortopedia, cirugía general, colonoscopias, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y PET. Si utiliza el programa, recibirá su procedimiento SIN COSTO para usted.



### LLAMAR

Llame a una enfermera de la tarjeta KISx al 877-GET-KISX para obtener más información sobre su procedimiento y cómo funciona el programa. Le ayudaremos a encontrar la instalación adecuada cerca.



### PROGRAME

Una enfermera de la tarjeta KISx le ayudará a programar su procedimiento. Al programar, le proporcionarán un cupón para que lo lleve a su consulta inicial.

### PROCESO



### ESTAR SANO

Después de que haya tenido su procedimiento a través de un proveedor de la tarjeta KISx, su enfermera de la tarjeta KISx hará un seguimiento para asegurarse de que se está recuperando por completo. ¡Queremos asegurarnos de que esté mejorando para que pueda vivir una vida saludable!



### AHORRAR

Pagará \$0 de su bolsillo por elegir un proveedor de la tarjeta KISx. Todos los aspectos de su procedimiento están cubiertos a través de la Tarjeta KISx.



## ¿como funciona?

Antes de buscar proveedores dentro de la red a través de su plan de salud, simplemente llame a una enfermera de la tarjeta KISx con respecto a su procedimiento electivo. Al elegir un proveedor de tarjeta KISx, siempre pagará \$0.

**LLAMA, PROGRAME,  
AHORRA, ESTAR SANO**

## Comunicarse

teléfono: 877-GET-KISX

correo electrónico: [info@getKISx.com](mailto:info@getKISx.com)

# Seguro Dental

Delta Dental administrará sus beneficios dentales.

Además de proteger su sonrisa, el seguro dental ayuda a pagar la atención dental y, por lo general, incluye chequeos regulares, limpiezas y radiografías. Varios estudios sugieren que las enfermedades bucales, como la periodontitis (enfermedad de las encías), pueden afectar otras áreas del cuerpo, incluido el corazón. Recibir atención dental regular puede protegerlo a usted y a su familia del alto costo de las enfermedades dentales y la cirugía.

Para conocer los proveedores de la red, visite: [www.deltadentalne.org](http://www.deltadentalne.org)

## Plan Dental

### Deducible del año calendario

|                      |                               |
|----------------------|-------------------------------|
| Deducible individual | \$100 por persona de por vida |
| Deducible familiar   | \$150                         |

### Servicios Dentales

|                                                                           |                            |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Beneficio Anual Máximo (Por persona)                                      | \$1,000                    |
| Servicios Preventivos<br><i>Limpiezas, exámenes orales/radiografías</i>   | Sin cargo                  |
| Servicios Básicos<br><i>Empastes, extracciones simples, perio y endo</i>  | 80% Cubierto por el seguro |
| Servicios Principales<br><i>Cirugía Oral, Endodoncia, Corona, Puentes</i> | 55% cubierto por el seguro |

### Ortodoncia

|                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| Máximo de por vida | 50% hasta \$1,000 |
|--------------------|-------------------|

# Seguro de la Vista

Sus beneficios de la vista serán administrados por SunLife.

Conducir al trabajo, leer un artículo de noticias y ver televisión son actividades que probablemente realice todos los días. Sin embargo, su capacidad para realizar todas estas actividades depende de su visión y salud ocular. El seguro de la vista puede ayudarlo a mantener su visión, así como a detectar varios problemas de salud.

Van Kirk Bros. El seguro de la vista le da derecho a beneficios específicos para el cuidado de los ojos. Nuestra póliza cubre exámenes oculares de rutina y otros procedimientos, y proporciona montos específicos en dólares o descuentos para la compra de anteojos y lentes de contacto.

El directorio de proveedores preferidos se puede encontrar aquí: [www.sunlife.com](http://www.sunlife.com)

## Plan de Visión SunLife

|                                        |                             |                                                             |                       |
|----------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Copagos                                |                             |                                                             |                       |
|                                        | Examen de la vista          | Copago de \$10                                              | Una vez cada 12 meses |
|                                        | Materiales                  | Copago de \$25                                              | Una vez cada 12 meses |
| Lentes                                 |                             |                                                             |                       |
|                                        | Monofocal estándar          | Copago de \$25                                              | Una vez cada 12 meses |
|                                        | Bifocal con forro estándar  |                                                             |                       |
|                                        | Trifocal con forro estándar |                                                             |                       |
|                                        | Lenticular estándar         |                                                             |                       |
| Marcos                                 |                             |                                                             |                       |
|                                        | Marcos                      | Asignación de \$130                                         | Una vez cada 24 meses |
| Lentes de contacto (en lugar de gafas) |                             |                                                             |                       |
|                                        | Lentes de contacto          | Asignación de \$ 130: se puede aplicar una tarifa de ajuste | Una vez cada 12 meses |

# Solo una llamada

## Advocate24

Para responder a las preguntas importantes

### ¿Qué doctor es el adecuado para mí?

Recomendaciones para proveedores de atención primaria y especialistas en su área.

### ¿Es correcto mi factura?

Advocate24 ofrece servicios de revisión de facturas para facturas médicas, dentales y de la vista.

### ¿Es este el mejor precio para este procedimiento y / o prescripción?

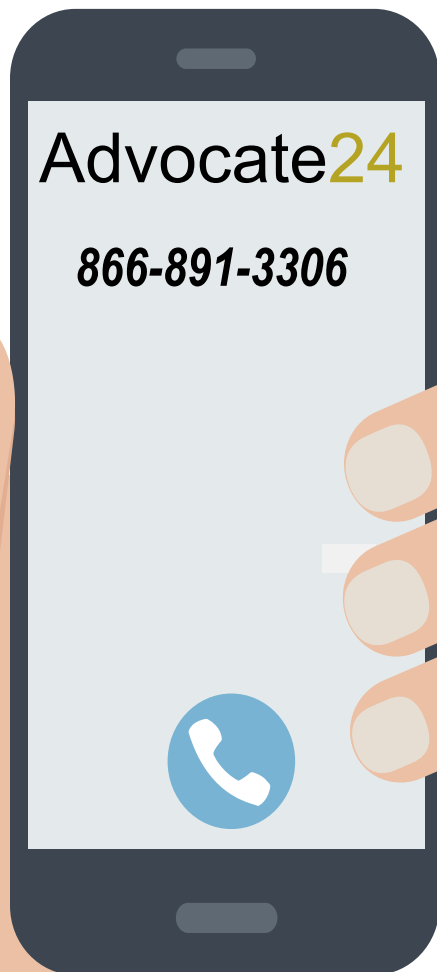
Nuestro servicio ofrece comparaciones de precios para procedimientos y medicamentos recetados en proveedores cercanos a usted.

### ¿Qué plan médico es mejor para mí? ¿Mi seguro cubre esto?

Saber qué planes pueden ser los más adecuados para usted y su familia. Qué cubren los planes y cómo acceder a la atención puede ser desalentador. Su defensor está aquí para ayudarlo en cualquier momento con la comprensión de la cobertura y la asistencia para administrar sus beneficios.

### ¿Me estoy enfermando?

Con Teladoc, tiene acceso a un médico sin costo en cualquier momento. Día o noche.



ACRISURE®



HealthComp



866-891-3306



customerserve@healthcomp.com

La información en este documento se presenta solo con fines ilustrativos y tiene la intención de delinear los servicios provistos por gdpADVOCATE. Los beneficios y recursos específicos pueden cambiar de vez en cuando y se ajustan a las leyes estatales y federales específicas. Toda la información es confidencial, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. Si tiene alguna pregunta sobre beneficios específicos, comuníquese con Recursos Humanos. La información contenida en este documento está diseñada para proporcionar información precisa y autorizada con respecto al tema tratado. Está provisto con el entendimiento de que GDP Advisors y sus afiliados no se dedican a prestar servicios legales o contables. Si se requiere asesoramiento legal u otra asistencia profesional, se deben buscar los servicios de un profesional con licencia. GDP Advisors, sus representantes y empleados no están involucrados en la práctica de la ley o la contabilidad y no pueden proporcionarle asesoramiento legal.



# Seguro de incapacidad a corto plazo

El seguro de incapacidad cubre una parte de sus ingresos, por lo que puede pagar sus facturas si está lesionado o enfermo y no puede trabajar.

La incapacidad puede ser más común de lo que podría creer, de modo que las personas no son capaces de trabajar por todo tipo de razones diferentes. Hay ocasiones en las que muchas incapacidades pueden deberse a enfermedades, incluidas afecciones comunes como enfermedades cardíacas y artritis. Sin embargo, muchas incapacidades no están cubiertas por la compensación de los trabajadores.

## ¿Para quién es?

Si confía en sus ingresos para pagar los gastos cotidianos, entonces probablemente deba considerar un seguro de incapacidad. Ayuda a garantizar que reciba un ingreso parcial si sufre lesiones o está muy enfermo para trabajar.

## ¿Qué cubre?

Muchos planes de seguros de incapacidad desembolsan una parte o un porcentaje de sus ingresos si se le diagnostica una enfermedad grave o sufre una lesión que le impida hacer su trabajo.

## ¿Por qué debería considerarlo?

Los accidentes ocurren y usted no siempre puede anticipar si o cuándo se enfermará o lesionará. Por eso es importante tener una póliza de incapacidad que le ayude a pagar sus facturas en caso de que no pueda recibir su sueldo normal.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.



## Reemplazo de ingresos parciales

Mike se lesiona la espalda en un accidente de bicicleta y no puede trabajar durante 13 semanas.

Licencia sin goce de sueldo:  
**13 semanas.**

Período de eliminación: **1 semana.**

Después de un período de eliminación de 1 semana después de su accidente, la póliza de incapacidad a corto plazo de Guardian de Mike inicia y reemplaza los **\$400** de sus ingresos semanales durante las **12 semanas** restantes de su rehabilitación.

Esto le da un total de **\$4,800** para cubrir sus gastos mientras no puede trabajar.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.



# Seguro de enfermedad crítica

El seguro de enfermedad crítica puede ayudarlo a cubrir los gastos que su seguro de salud no cubre.

Es un pago en efectivo que recibe si alguna vez experimenta una enfermedad crítica como el cáncer, un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular, lo que le brinda el apoyo financiero para enfocarse en la recuperación.

## ¿Para quién es?

El seguro de enfermedad crítica es una póliza complementaria para las personas que ya tienen seguro de salud. Le proporciona un pago adicional para cubrir gastos como deducibles, tratamientos y costos de vida.

## ¿Qué cubre?

Las enfermedades críticas incluyen accidentes cerebrovasculares, ataques cardíacos, la enfermedad de Parkinson y el cáncer. Nuestras pólizas pueden cubrir más de 30 enfermedades principales, lo que lo ayuda a mantener su estabilidad financiera mediante el pago de una suma única si se le diagnostica una de ellas.

## ¿Por qué debería considerarlo?

La cobertura de salud se está volviendo más costosa, con copagos, primas y deducibles más altos. El seguro de enfermedad crítica es una forma asequible de complementar y pagar los gastos adicionales que su seguro de salud no cubre. Por lo general, nuestras pólizas proporcionan pagos para la primera y segunda vez que se le diagnostica una enfermedad cubierta.

Además, el seguro de enfermedad crítica es transferible y los pagos se realizan directamente a usted.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.



## Costos por afecciones críticas

John es hospitalizado después de un ataque cardíaco y tiene que cubrir el costo de la hospitalización de cinco días.

Gasto promedio de hospitalización por ataque cardíaco: **\$53,000**

Deducible médico principal promedio: **\$1,500**

La cobertura médica importante cubre el 80% del costo después de que se alcanza el deducible, pero John sigue siendo responsable del 20%: **\$10,300**

Monto total del gasto de bolsillo de John (deducible + coseguro): **\$11,800**

John tiene una póliza de enfermedad crítica de Guardian por un valor de **\$10,000** que cubre la mayoría de estos gastos de bolsillo.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.



# Seguro de accidentes

Los accidentes ocurren. Con el seguro contra accidentes, usted puede ayudarlos a sentirse más aliviados.

El seguro contra accidentes ofrece un nivel adicional de protección que le proporciona un pago en efectivo para ayudar a cubrir los gastos asociados cuando sufre un accidente inesperado que cumple con los requisitos.

## ¿Para quién es?

Nadie puede predecir cuándo podría ocurrir un accidente. Es por eso que el seguro contra accidentes es una importante póliza adicional para las personas que desean complementar la cobertura del seguro de salud e incapacidad que ya tienen de forma individual o a través de un empleador.

## ¿Qué cubre?

El seguro contra accidentes le paga los beneficios de suma única después de que ocurre un accidente. Esto podría ser una quemadura grave, una fractura de hueso o una visita a la sala de emergencias. Nuestras pólizas de seguro contra accidentes también ofrecen un beneficio incrementado que le paga un monto adicional por los niños que resulten lesionados mientras juegan un deporte organizado, como fútbol, béisbol, lacrosse o fútbol americano.

La cobertura se aplicará en el momento en que el niño sufra el accidente y este debe ser menor de 18 años.

## ¿Por qué debería considerarlo?

La cobertura de salud puede ser más costosa con copagos, primas y deducibles más elevados. El seguro contra accidentes puede ser una manera sencilla y asequible de ayudar a complementar y cubrir los gastos adicionales que es posible que su seguro de salud e incapacidad no cubra, incluidos radiografías, servicios de ambulancia, deducibles e incluso cosas como alquiler o comestibles.

Además, el seguro contra accidentes es transferible y los pagos se hacen directamente a usted.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.



## Mayor apoyo durante la recuperación

Amanda se fractura la pierna al caerse de su bicicleta y necesita tratamiento de emergencia.

Gasto promedio del tratamiento no quirúrgico de la pierna fracturada:

**\$2,500**

Deducible médico principal promedio:

**\$1,500**

La cobertura médica principal cubre el 80% del costo quirúrgico después de que se alcanza el deducible, pero Amanda sigue siendo responsable por el 20%: **\$200**

Monto total del gasto de bolsillo de Amanda (deducible + coseguro):

**\$1,700**

La póliza contra accidentes de Guardian que tiene Amanda le paga un beneficio de **\$1,700**, que cubre todos sus gastos de bolsillo.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.



# Seguro de indemnización hospitalaria

El seguro de indemnización hospitalaria puede cubrir algunos de los costos asociados con una estancia en el hospital, lo que le permite centrarse en la recuperación.

Ser hospitalizado por una enfermedad o lesión puede ocurrirle a cualquier persona, en cualquier momento. Si bien el seguro médico puede cubrir las facturas hospitalarias, es posible que no cubra todos los costos asociados a una hospitalización. Ahí es donde la cobertura de indemnización hospitalaria puede ayudar.

## ¿Para quién es?

El seguro de indemnización hospitalaria es para las personas que necesitan ayuda para cubrir los costos asociados con una hospitalización si de pronto se enferman o se lesionan.

## ¿Qué cubre?

Si usted es hospitalizado por una enfermedad o una lesión cubierta, recibirá pagos que se pueden utilizar para cubrir todo tipo de costos, como los siguientes:

- Deducibles y copagos.
- Viaje hacia y desde el hospital para recibir tratamiento.
- Asistencia de cuidado infantil durante la recuperación.

## ¿Por qué debería considerarlo?

La cobertura de salud se está volviendo más costosa, con copagos, primas y deducibles más altos. El seguro de indemnización hospitalaria puede ayudar a pagar los costos de bolsillo relacionados con ser hospitalizado, lo que le da más de una prima de protección financiera para los gastos imprevistos de una hospitalización.

Además, el seguro de indemnización hospitalaria es transferible y los pagos se le hacen directamente, incluso si no incurrió en gastos de bolsillo.

Recibirá estos beneficios si cumple con las condiciones que se indican en la póliza.



## Prepárese

John es hospitalizado después de un ataque cardíaco y tiene que cubrir el costo de cinco días como paciente hospitalizado.

Gasto promedio de hospitalización por ataque cardíaco: **\$53,000**

Deducible médico principal promedio: **\$1,500**

La cobertura médica principal cubre el 80% del costo después de que se alcanza el deducible, pero John sigue siendo responsable del 20%: **\$10,300**

Monto total del gasto de bolsillo de John (deducible + coseguro): **\$11,800**

La póliza de indemnización hospitalaria de Guardian de John le paga **\$1,000** por la admisión al hospital.

La póliza le da un pago total de **\$1,000** para ayudarlo a cubrir el monto de su gasto de bolsillo.

Este ejemplo se suministra con fines ilustrativos únicamente. La cobertura de su plan puede variar. Consulte la información de su plan en las siguientes páginas para ver montos y detalles específicos.

# Prueba de asegurabilidad (EOI) electrónica

Nuestros formularios de EOI en línea son una alternativa más sencilla y rápida a los formularios impresos tradicionales, y que lo ayudan a obtener cobertura cuando necesita proporcionar información adicional.

En algunas situaciones, usted debe responder preguntas sobre su salud, inscribirse para obtener mayores montos de cobertura o solicitar cobertura después del período inicial de elegibilidad. En estas situaciones, nuestro formulario de EOI en línea simplifica las cosas.

## La EOI electrónica simplifica las cosas

Con los formularios electrónicos de EOI de Guardian, sus datos se mantienen seguros en cada etapa del proceso. Además, con menos errores que los formularios escritos a mano y un envío digital más rápido, completarlo y obtener cobertura es más fácil que nunca.

La EOI electrónica se puede utilizar para lo siguiente\*:

- Seguro de vida básico
- Seguro de vida voluntario
- Seguro de incapacidad a corto plazo
- Seguro de incapacidad a largo plazo

\* Corresponde a la cobertura que requiere prueba de asegurabilidad completa (no aplicable a los importes de emisión condicional). La EOI electrónica está disponible para la mayoría de los navegadores de Internet.



## Cómo funciona

Recibirá una carta o un correo electrónico de su empleador o de Guardian con instrucciones y un enlace único para enviar su formulario de EOI en línea.

Primero regístrese y cree una cuenta en Guardian Anytime. Luego, simplemente complete el formulario, firmelo de forma electrónica y haga clic en "Submit" (Enviar).

Una vez que recibamos el formulario, nos comunicaremos con usted para hacerle algunas preguntas antes de darle la información (y a su empleador si el monto de la cobertura cambia).

# Avisos Anuales Requeridos

## Prácticas de privacidad de HIPAA

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor, revíselo cuidadosamente.**

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtenga una copia de sus registros de salud y reclamos
- Corrija sus registros de salud y reclamos
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido tu información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elige a alguien para que actúe por ti
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información, ya que:

- Responda a las preguntas de cobertura de su familia y amigos
- Proporcionar ayuda en caso de desastre
- Comercializa nuestros servicios y vende tu información

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información de la siguiente manera:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe.
- Dirigir nuestra organización
- Pague por sus servicios de salud
- Administre su plan de salud
- Ayuda con problemas de salud pública y seguridad
- Investiga
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

Sus derechos

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.** En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

### Obtenga una copia de los registros de salud y reclamos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

### Pedirnos que corrijamos los registros de salud y reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y reclamos si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntanos cómo hacerlo.
- Es posible que le digamos "no" a su solicitud, pero le diremos por escrito el motivo en un plazo de 60 días.

### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, el teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.

- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

**Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.

**Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos pidió que hiciéramos). Le proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

**Obtenga una copia de este aviso de privacidad**

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

**Elige a alguien para que actúe por ti**

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

**Presentar una queja si cree que se violan sus derechos**

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

**Sus opciones**

**Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

En estos casos, *nunca* compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

**¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?**

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

**Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe.**

Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

*Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.*

#### **Dirigir nuestra organización**

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

*Ejemplo: Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.*

#### **Pague por sus servicios de salud**

Podemos usar y divulgar su información de salud a medida que pagamos por sus servicios de salud.

*Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.*

#### **Administre su plan**

Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

*Ejemplo: Su compañía contrata con nosotros para proporcionar un plan de salud, y nosotros le proporcionamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.*

#### **¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?**

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

#### **Ayuda con problemas de salud pública y seguridad**

Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones, tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con las retiradas de productos
- Notificación de reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

#### **Investiga**

Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud.

#### **Cumplir con la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que cumplimos con la ley federal de privacidad.

#### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria**

- Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un médico forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.

#### **Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para reclamos de compensación para trabajadores
- Con fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con los organismos de control de la salud para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

#### **Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

### **Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea como se describe aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Cambios a los Términos de este Aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

### **Continuación de la cobertura de COBRA**

#### **COBRA es:**

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) requiere que la mayoría de los empleadores con planes de beneficios de salud grupales ofrezcan a los empleados la oportunidad de continuar temporalmente su cobertura de atención médica grupal bajo el plan de su empleador si su cobertura cesa debido a la terminación, despido u otro cambio en la situación laboral (denominados "eventos calificados").

#### **¿Por cuánto tiempo debe estar disponible la continuación de la cobertura de COBRA?**

Hasta 18 meses por terminación o reducción de horas

Hasta 29 meses para los empleados que se determine que han sido discapacitados en cualquier momento durante los primeros 60 días de cobertura de COBRA y para los beneficios no discapacitados del empleado discapacitado

Hasta 36 meses para cónyuges y dependientes debido a la muerte, divorcio o separación legal de un empleado

#### **¿Qué planes están sujetos a COBRA?**

Los planes grupales de cuentas de gastos de salud, visión, dentales y de atención médica (EMSP, por sus siglas en inglés) están sujetos a COBRA.

#### **¿Qué eventos específicos pueden ser eventos clasificatorios?**

- Fallecimiento de un empleado
- Terminación voluntaria o involuntaria de la relación laboral (que no sea por falta grave)
- Jubilación
- Reducción de horas
- Divorcio o separación legal
- El hijo dependiente deja de ser dependiente

#### **Si tiene preguntas:**

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de continuación de cobertura de COBRA deben dirigirse a Recursos Humanos. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de

Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su área o visite [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) Para obtener más información sobre el Mercado, Visita [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

### **Avisos de la Ley de Derechos de la Mujer y el Cáncer (WHCRA, por sus siglas en inglés)**

#### **Aviso de inscripción**

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluso linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en virtud de este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al administrador de su plan al (123) 456-7890.

#### **Aviso Anual**

¿Sabe que su plan, según lo exige la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, brinda beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluido el linfedema? Llame al administrador de su plan al (123) 456-7890 para obtener más información.

### **Continuación de la cobertura de salud durante la licencia familiar y médica (FMLA, por sus siglas en inglés)**

La Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993 (FMLA, por sus siglas en inglés) requiere que los empleadores proporcionen hasta un total de 12 semanas de licencia sin goce de sueldo y con protección laboral durante cualquier período de 12 meses a los empleados elegibles por ciertas razones familiares y médicas. Esta disposición tiene por objeto dar cumplimiento a las leyes y a los reglamentos pertinentes, y su interpretación se rige por las mismas.

Durante la duración de la licencia FMLA, el empleador debe mantener la cobertura de salud del empleado. El empleado puede continuar con el beneficio del plan para sí mismo y sus dependientes en los mismos términos que si hubiera continuado trabajando. El empleado debe pagar las mismas contribuciones para el costo de la cobertura que hizo mientras trabajaba. Si el empleado no realiza los pagos a tiempo, el empleador, después de notificar al empleado por escrito, puede dar por terminada la cobertura durante la licencia si el pago se retrasa más de 30 días. Al regresar de una licencia FMLA, la mayoría de los empleados deben ser restaurados a sus puestos originales o equivalentes con salario, beneficio y otros términos de empleo equivalentes. El uso de una licencia FMLA no puede resultar en la pérdida de ningún beneficio de empleo que se haya acumulado antes del inicio de la licencia de un empleado.

### **Divulgación de la Ley del Recién Nacido**

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por la duración de la estadía en el hospital en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención médica de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una estadía de no más de 48 horas (o 96 horas).

### **Aviso de inscripción especial**

Este aviso proporciona información para asegurarse de que comprende su derecho a solicitar la cobertura del plan de salud grupal. Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes elegibles debido a la cobertura de otro seguro de salud o plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse más adelante en este plan si usted o su dependiente pierden la elegibilidad para esa cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de la cobertura (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad bajo un plan de Medicaid o CHIP, o si se vuelve elegible, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan. Debe notificar dentro de los 60 días posteriores a que usted o su dependiente sean despedidos o se determine que son elegibles para dicha asistencia. Además, si tiene un nuevo dependiente debido al matrimonio, nacimiento, adopción o lugar de adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Recursos Humanos.

## Asistencia para las primas de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para las primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que puedan comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

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

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o llame al **1-877-KIDS NOW** o [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo presentar una solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de que es elegible para recibir asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

**Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2023. Póngase en contacto con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.**

| ALABAMA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ALASKA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sitio web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a><br>Teléfono: 1-855-692-5447                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | El Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud de AK<br>Sitio web: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a><br>Teléfono: 1-866-251-4861<br>Correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a><br>Elegibilidad para Medicaid:<br><a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a> |
| ARKANSAS – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CALIFORNIA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a><br>Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sitio web:<br>Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP)<br><a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a><br>Teléfono: 916-445-8322<br>Fax: 916-440-5676<br>Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>                                                                                                                                                   |
| COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Plan de Salud Infantil Plus (CHP+)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | FLORIDA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Health First Colorado Website:<br><a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a><br>Centro de contacto para miembros de Health First Colorado:<br>1-800-221-3943/ Retransmisión Estatal 711<br>CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a><br>Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ State Relay 711<br>Programa de Compra de Seguro Médico ( HIBI):<br><a href="https://www.mychohibi.com/">https://www.mychohibi.com/</a><br>Servicio al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442 | Sitio web:<br><a href="https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html</a><br>Teléfono: 1-877-357-3268                                                                                                                                                                                              |

| GEORGIA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | INDIANA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Sitio web de GA HIPP: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a></p> <p>Teléfono: 678-564-1162, Presione 1</p> <p>Sitio web de GA CHIPRA: <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a></p> <p>Teléfono: (678) 564-1162, Presione 2</p>                                  | <p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años</p> <p>Sitio web: <a href="http://www.in.gov/fssa/hip/">http://www.in.gov/fssa/hip/</a></p> <p>Teléfono: 1-877-438-4479</p> <p>Todos los demás Medicaid</p> <p>Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a></p> <p>Teléfono: 1-800-457-4584</p> |
| IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | KANSAS – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p>Sitio web de Medicaid: <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members">Teléfono de Medicaid https://dhs.iowa.gov/ime/members</a></p> <p>: 1-800-338-8366</p> <p>Sitio web de Hawki: <a href="http://dhs.iowa.gov/Hawki">http://dhs.iowa.gov/Hawki</a></p> <p>Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563</p> <p>HIPP Website: <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp">https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp</a></p> <p>Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>                                                                                                                                            | <p>Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a></p> <p>Teléfono: 1-800-792-4884</p> <p>Teléfono de HIPP: 1-800-766-9012</p>                                                                                                                                                                                              |
| KENTUCKY – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | LOUISIANA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>Sitio web del Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro de Salud de Kentucky (KI-HIPP): <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a></p> <p>Teléfono: 1-855-459-6328</p> <p>Correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPPP.PROGRAM@ky.gov">KIHIPPP.PROGRAM@ky.gov</a></p> <p>Sitio web de KCHIP: <a href="https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx">https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</a></p> <p>Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Medicaid de Kentucky: <a href="https://chfs.ky.gov">https://chfs.ky.gov</a></p> | <p>Sitio web: <a href="http://www.medicicaid.la.gov">www.medicicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/la hipp">www.ldh.la.gov/la hipp</a></p> <p>Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>                                                                                                                |
| MAINE – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>Sitio web de inscripción: <a href="https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US">https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</a></p> <p>Teléfono: 1-800-442-6003</p> <p>TTY: Relevo 711 de Maine</p> <p>Página web de primas de seguros de salud privados: <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a></p> <p>Teléfono: 1-800-977-6740</p> <p>TTY: Relevo 711 de Maine</p>                                                                                                                                               | <p>Website: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a></p> <p>Teléfono: 1-800-862-4840</p> <p>TTY: (617) 886-8102</p>                                                                                                                                                                                               |
| MINNESOTA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | MISSOURI – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>Sitio web: <a href="http://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp">http://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp</a></p> <p><a href="https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp">https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</a></p> <p>Teléfono: 1-800-657-3739</p>                       | <p>Sitio web: <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a></p> <p>Teléfono: 573-751-2005</p>                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                        |
| <b>MONTANA – Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                            | <b>NEBRASKA – Medicaid</b>                                                                                                                                             |
| Sitio web: <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a><br>Teléfono: 1-800-694-3084<br>Correo electrónico: <a href="mailto:HHSHIPPPProgram@mt.gov">HHSHIPPPProgram@mt.gov</a> | Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a><br>Teléfono: 1-855-632-7633<br>Lincoln: 402-473-7000<br>Omaha: 402-595-1178 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NEVADA – Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>NEW HAMPSHIRE – Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Medicaid Website: <a href="http://dhcfp.nv.gov">http://dhcfp.nv.gov</a><br>Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a><br>Teléfono: 603-271-5218<br>Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218 |
| <b>NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>NEW YORK – Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/DMAHS/Cientes/Medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/DMAHS/Cientes/Medicaid/</a><br>Teléfono de Medicaid: 609-631-2392<br>Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a><br>Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710                                                                                  | Sitio web: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a><br>Teléfono: 1-800-541-2831                                                                                                                                           |
| <b>CAROLINA DEL NORTE – Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>DAKOTA DEL NORTE – Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a><br>Teléfono: 919-855-4100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sitio web: <a href="http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/">http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/</a><br>Teléfono: 1-844-854-4825                                                                                                                                 |
| <b>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>OREGÓN – Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a><br>Teléfono: 1-888-365-3742                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Sitio web: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a><br><a href="http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html">http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html</a><br>Teléfono: 1-800-699-9075                                  |
| <b>PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Sitio web: <a href="https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx">https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx</a><br>Teléfono: 1-800-692-7462<br>Sitio web de CHIP: <a href="http://Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) (pa.gov)">Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) (pa.gov)</a><br>Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437) | Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a><br>Teléfono: 1-855-697-4347, o<br>401-462-0311 (Línea de Acciones de Renta Directa)                                                                                                                                 |
| <b>CAROLINA DEL SUR – Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>DAKOTA DEL SUR - Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a><br>Teléfono: 1-888-549-0820                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Website: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a><br>Teléfono: 1-888-828-0059                                                                                                                                                                                                         |
| <b>TEXAS – Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>UTAH – Medicaid y CHIP</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Sitio web: <a href="http://gethipptexas.com/">http://gethipptexas.com/</a><br>Teléfono: 1-800-440-0493                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Medicaid Website: <a href="https://medicaid.utah.gov/">https://medicaid.utah.gov/</a><br>CHIP Website: <a href="http://health.utah.gov/chip">http://health.utah.gov/chip</a><br>Teléfono: 1-877-543-7669                                                                                       |
| <b>VERMONT – Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>VIRGINIA – Medicaid y CHIP</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sitio web: <a href="#">Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPPI)   Acceso a la salud del Departamento de Vermont</a><br>Teléfono: 1-800-250-8427                | Sitio web: <a href="https://www.coverva.org/en/famis-select">https://www.coverva.org/en/famis-select</a><br><a href="https://www.coverva.org/en/hipp">https://www.coverva.org/en/hipp</a><br>Medicaid/CHIP Teléfono: 1-800-432-5924       |
| <b>WASHINGTON – Medicaid</b>                                                                                                                                              | <b>VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP</b>                                                                                                                                                                                              |
| Website: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a><br>Teléfono: 1-800-562-3022                                                                        | Sitio web: <a href="https://dhhr.wv.gov/bms/">https://dhhr.wv.gov/bms/</a><br><a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a><br>Teléfono de Medicaid: 304-558-1700<br>Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447) |
| <b>WISCONSIN – Medicaid y CHIP</b>                                                                                                                                        | <b>WYOMING – Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                 |
| Sitio web:<br><a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a><br>Teléfono: 1-800-362-3002 | Sitio web:<br><a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a><br>Teléfono: 1-800-251-1269                                   |

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia para el pago de la prima desde el 31 de enero de 2023, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

EE.UU. Departamento de Trabajo  
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
1-866-444-EBSA (3272)

EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos  
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61565

#### *Declaración de la Ley de Reducción de Trámites*

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB en virtud de la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a sanción por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Políticas e Investigación, Atención: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico [a\\_ebsa.opr@dol.gov](mailto:a_ebsa.opr@dol.gov) y haga referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (vence el 1/31/2026)

### **Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare**

#### **Aviso importante de Werner Construction sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare**

Por favor, lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Werner Construction y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare

Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. Werner Construction ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el año del plan 2023, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Werner Construction no se verá afectado.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Werner Construction, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

### **¿Cuándo pagará una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Werner Construction y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar en al menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el siguiente mes de octubre para unirse.

### **Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados**

Póngase en contacto con la persona que aparece a continuación para obtener más información, llame a Jan Doe al (123) 456-7890.

NOTA: Recibirá este aviso todos los años. También lo obtendrá antes del próximo período, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Werner Construction cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

### **Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare**

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados se encuentra en el manual "Medicare y usted". Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen con usted directamente.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov), o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**Recuerde:** Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una multa).

## **Aviso de Intercambio de Seguros de Salud**

Para empleadores que ofrecen un plan de salud a algunos o a todos los empleados

### **Nuevas opciones de cobertura del Mercado de Seguros Médicos y su cobertura médica**

#### **PARTE A: Información general**

Cuando partes clave de la ley de salud entren en vigor en 2014, habrá una nueva forma de comprar un seguro de salud: el Mercado de Seguros de Salud. Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece su empleador.

#### ***¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?***

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado comienza en octubre de 2013 para la cobertura a partir del 1 de enero de 2014.

#### ***¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?***

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar.

#### ***¿La cobertura de salud del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en las primas a través del Mercado?***

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con ciertos estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal que reduce su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no ofrece cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es más del 9.5% de los ingresos de su hogar para el año, o si la cobertura que proporciona su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal.<sup>4</sup>

**Nota:** Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, entonces puede perder la contribución del empleador (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye de los ingresos para fines del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

#### ***¿Cómo puedo obtener más información?***

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con:

Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del plan en el total de los costos de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dicho costo

## **Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa**

---

Cuando recibe atención de emergencia o es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido de la facturación de saldos. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, el coseguro y/o el deducible de su plan.

### ¿Qué es la "facturación de saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos [costos de bolsillo](#), como [un copago](#), [un coseguro](#) o un [deducible](#). Es posible que tenga costos adicionales o que tenga que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" se refiere a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud para proporcionar servicios. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. A esto se le llama "**facturación de saldo**". Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para el deducible o el límite anual de gastos de bolsillo de su plan.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero es tratado inesperadamente por un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

### Está protegido contra la facturación de saldos en los siguientes casos:

#### **Servicios de emergencia**

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el monto de los costos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro y deducibles). **No se le** puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo de estos servicios posteriores a la estabilización.

#### **Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red**

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, ciertos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de los costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no pueden facturarle el saldo y** no pueden pedirle que **renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo**.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden hacerlo**. A menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

**Nunca se le exigirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.**

### Cuando no se permite la facturación de saldos, también tiene estas protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente cualquier costo adicional a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe:
  - Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener la aprobación de los servicios por adelantado (también conocida como "autorización previa").
  - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
  - Basar lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
  - Cuenten cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y el límite de gastos de bolsillo.

**Si crees que te han facturado incorrectamente,** comunícate con el servicio de asistencia Sin Sorpresas, operado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., al 1-800-985-3059.

Visite [www.cms.gov/nosurprises/consumers](http://www.cms.gov/nosurprises/consumers) para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.



## New Health Insurance Marketplace Coverage Options and Your Health Coverage

Form Approved  
OMB No. 1210-0149  
(expires 6-30-2023)

### PARTE A: Información general

Cuando partes clave de la ley de salud entren en vigor en 2014, habrá una nueva forma de comprar un seguro de salud: el Mercado de Seguros Médicos. Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece su empleador.

#### ¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado comienza en octubre de 2013 para la cobertura a partir del 1 de enero de 2014.

#### ¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el mercado?

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o no ofrece cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar.

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

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con ciertos estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduce su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no ofrece cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es más del 9.5% de los ingresos de su hogar para el año, o si la cobertura que proporciona su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal.<sup>1</sup>

**Nota:** Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, entonces puede perder la contribución del empleador (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye de los ingresos para fines del impuesto federal y estatal sobre la renta. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

#### ¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o contacto \_\_\_\_\_

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto para un Mercado de Seguros Médicos en su área.

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