

2023

Guía de beneficios

Una visión general de la amplia gama de beneficios proporcionados por Enterprise-CP para ayudarlo a disfrutar de un mayor bienestar y seguridad financiera.

Estos beneficios entran en vigor el 1 de junio de 2023.



Contenido

Enterprise-CP se enorgullece de ofrecer un paquete integral de beneficios para usted y su familia. Este programa está diseñado para cuidarlo cuando lo necesita. Explore las opciones para que pueda hacer las selecciones que mejor satisfagan sus necesidades.

Beneficios ofrecidos

En este folleto, cubriremos los siguientes beneficios para empleados ofrecidos por Enterprise-CP.

- Seguro médico
- Cuenta de reembolso de salud (HRA)
- Cuenta de ahorros para la salud (HSA)
- Cuenta de gastos flexible (FSA)
- First Stop Health
- Seguro dental
- Seguro de la vista
- Seguro de Vida Básico
- Seguro de vida voluntario
- Seguro de discapacidad a corto plazo
- Seguro de discapacidad a largo plazo



Este documento no sustituye a los folletos de certificados ni a las Descripciones resumidas del plan (Summary Plan Descriptions, SPD). Los beneficios descritos en este documento son solo resúmenes; en caso de error y para toda adjudicación de reclamaciones, los Contratos Maestros prevalecerán. Enterprise-CP se reserva el derecho de cambiar, enmendar, terminar o alterar cualquier plan en cualquier momento. Consulte sus certificados para obtener más detalles y la información completa.

Elegibilidad para los beneficios

Como empleado de Enterprise-CP, puede optar por recibir beneficios anuales para usted y sus dependientes cuando cumpla con ciertos requisitos laborales.

Miembros elegibles

Los siguientes miembros son elegibles para recibir beneficios durante el próximo año del plan:

- Empleado
- Cónyuge legalmente casado
- Hijos legales
- Hijastros



Requisitos de trabajo

Todos los empleados regulares de tiempo completo con una carga horaria regular de 30 horas o más y sus dependientes elegibles.

Cuándo comienzan sus beneficios

Todos los beneficios comienzan el primer día del mes después de 30 días de empleo.

Resumen de beneficios

Enterprise-CP ofrece una serie de beneficios que pueden ayudarlo a disfrutar de un mayor bienestar, lidiar con una enfermedad o accidente inesperado, construir y proteger su seguridad financiera, equilibrar su vida personal y profesional, y satisfacer las necesidades diarias. Estos beneficios son asequibles, integrales y competitivos.

La siguiente tabla resume los beneficios disponibles para los empleados elegibles y sus dependientes. Estos beneficios se describen con mayor detalle en este folleto.

¿PREGUNTAS?

Si tiene alguna pregunta sobre sus opciones de beneficios, comuníquese con:

Liz Bakker
evbakker@enterpriseccp.com
(320) 357-3506

Cobertura	Compañía de seguros	N.º de grupo	Teléfono	Sitio web
Médica	Blue Cross Blue Shield of MN	10704759 10704731	(651) 662-8000	www.bluecrossmnonline.com
Cuenta de reembolso de salud (HRA)	HealthEquity	-	(877) 924-3967	www.healthequity.com
Cuenta de ahorros para la salud (HSA)	Bremer Bank	-	(800) 908-2265	www.bremer.com
Cuenta de gastos flexible (FSA)	HealthEquity	-	(877) 924-3967	www.healthequity.com
Telemedicina y salud mental	First Stop Health	-	(888) 691-7867	www.fshealth.com
Vista	EyeMed	Por determinar	(651) 662-8000	www.eyemed.com
Dental	Delta Dental of MN	102076	(800) 448-3815	www.deltadentalmn.org
Seguro de vida básico	Mutual of Omaha	Por determinar	(888) 493-6902	www.mutualofomaha.com
Seguro de vida voluntario	Mutual of Omaha	Por determinar	(888) 493-6902	www.mutualofomaha.com
Discapacidad a corto plazo	Mutual of Omaha	Por determinar	(888) 493-6902	www.mutualofomaha.com
Discapacidad a largo plazo	Mutual of Omaha	Por determinar	(888) 493-6902	www.mutualofomaha.com

Términos importantes

Deducible anual (ded.)

La cantidad que debe pagar cada año antes de que el plan comience a pagar una parte de los gastos médicos. Todos los gastos de los miembros de la familia que cuentan para un deducible del plan de salud se acumulan juntos en conjunto; sin embargo, cada persona también tiene un límite en sus propios gastos acumulados individuales (la cantidad varía según el plan).

Máximo de gastos de bolsillo

Esta es la cantidad total que puede pagar de su bolsillo cada año calendario antes de que el plan pague el 100 por ciento de los gastos cubiertos por el resto del año calendario. La mayoría de los gastos que cumplen con los requisitos de la red de proveedores cuentan para el máximo anual de gastos de bolsillo, incluidos los gastos pagados al deducible anual, los copagos y el coseguro.

Copagos y coseguro

Estos gastos son su parte del costo pagado por los servicios de atención médica cubiertos. Los copagos son una cantidad fija en dólares y generalmente se deben pagar en el momento en que recibe la atención. El coseguro es su parte de la cantidad permitida cobrada por un servicio y generalmente se le factura después de que la compañía de seguros de salud concilia la factura con los proveedores.

Red

Los centros, prestadores y proveedores con los que su compañía de seguros o plan de salud tiene un contrato para la prestación de servicios de atención médica.

Prima

La cantidad que usted paga por su seguro de salud cada mes. Además de su prima, por lo general tiene que pagar otros costos de su atención médica, incluyendo un deducible, copagos y coseguro.

Atención preventiva

La atención preventiva ayuda a detectar o prevenir enfermedades graves y problemas médicos antes de que puedan llegar a ser importantes. Los chequeos anuales, las vacunas del calendario y las vacunas contra la gripe, así como ciertas pruebas y exámenes de detección, son algunos ejemplos de atención preventiva. Esto también se puede llamar atención de rutina.

Integrado vs. no integrado

Los planes integrados efectivamente tienen dos montos deducibles dentro de un plan; individual y familiar. El deducible único está integrado en el deducible familiar, por lo que ningún miembro de la familia puede contribuir más que la cantidad única al deducible familiar.

No integrado significa que se debe cumplir con el deducible familiar completo antes de que el plan pague.

Plan médico



¿Qué es un plan médico?

Un plan médico es un tipo de beneficio que paga la totalidad o una parte de los gastos médicos elegibles si usted o un miembro cubierto de su familia se enferma o lesiona.



¿Quién es la compañía de seguros?

Sus planes médicos se administran a través de Blue Cross Blue Shield of MN. Las redes específicas entre las que puede elegir son:

Aware
High Value

Blue Cross Blue Shield of MN
(866) 873-5943
www.bluecrossmnonline.com



¿Necesita tomar medidas?

Puede elegir un plan para usted y sus dependientes, incluidos hijos hasta los 26 años. Su opción de plan puede cambiarse una vez al año en el momento de la inscripción anual.

Enterprise-CP paga una parte significativa de su prima total inscrita para el seguro de salud si se inscribe en un plan. La cantidad que contribuye, pagada antes de impuestos a través de deducciones de nómina, se muestra en la parte inferior de cada opción de plan.

Plan médico

Atención preventiva

Comprender el valor total de los beneficios cubiertos le permite asumir la responsabilidad de mantener una buena salud e incorporar hábitos saludables en su estilo de vida. Algunos ejemplos incluyen hacerse exámenes físicos regulares, mamografías y vacunarse.

A través del plan ofrecido por Enterprise-CP, todos los empleados y dependientes cubiertos son elegibles para recibir servicios de bienestar rutinarios como estos, sin costo alguno. No se aplican copagos, coseguros ni deducibles.

El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (US Preventive Services Task Force) mantiene una lista regular de servicios recomendados que todos los planes de seguro que cumplen con la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act) (es decir, la Reforma del cuidado de salud) deben cubrir al 100% para los proveedores dentro de la red.

La siguiente es una lista de servicios comunes que se incluyen en los planes ofrecidos este año.



Servicios de atención preventiva cubiertos

- Examen físico de rutina
- Atención preventiva para bebés y niños sanos
- Visitas para la mujer sana
- Vacunas
- Prueba de densidad ósea de rutina
- Examen de rutina de los senos
- Examen ginecológico de rutina
- Detección de diabetes gestacional
- Detección y asesoramiento sobre obesidad
- Examen rectal digital de rutina
- Colonoscopia de rutina
- Exámenes rutinarios de detección de cáncer colorrectal
- Prueba rutinaria de próstata
- Procedimientos de laboratorio rutinarios
- Mamografías de rutina
- Prueba de Papanicolaou de rutina
- Programas para dejar de fumar
- Servicios de educación/consejería para la salud
- Consejería de salud para ETS y VIH
- Pruebas para el VPH y el VIH
- Detección y asesoramiento para la violencia doméstica

Plan médico

Resumen de las opciones del plan

Los siguientes planes son sus opciones de seguro médico para el próximo año.

	Plan HSA de \$5,000	
Dentro de la red	Red Aware	Red High Value
Deducibles (individual/familiar) – Año calendario	\$5,000/\$10,000	
Gastos de bolsillo máximo (individual/familiar) – Año calendario	\$7,500/\$15,000	
Reembolso de HRA (individual/familiar)	\$2,000/\$4,000	
Deducible del empleador (individual/familiar)	\$3,000/\$6,000	
Deducible del empleador (individual/familiar)	\$5,500/\$11,000	
Para las coberturas que se indican a continuación, una vez alcanzado el máximo de gasto de bolsillo, estará cubierto al 100%.		
Atención preventiva	100% de cobertura	
Visita de atención primaria	Ded.; luego 75% de cobertura	
Visita al especialista	Ded.; luego 75% de cobertura	
Visita electrónica de atención virtual	Las primeras cinco visitas son gratuitas; luego ded; luego 75% de cobertura	
Pacientes hospitalizados y ambulatorios	Ded.; luego 75% de cobertura	
Sala de emergencias	Ded.; luego 75% de cobertura	
Atención de urgencia	Ded.; luego 75% de cobertura	
Farmacia/recetas (suministro para 30 días)	Ded.; luego 75% de cobertura	
Contribución mensual del empleado	Red Aware	Red High Value
Empleado	\$41.07	\$0.00
Empleado + Cónyuge	\$391.09	\$304.84
Empleado + Hijo(s)	\$320.67	\$230.32
Empleado + familia	\$621.56	\$486.02

Nota: Los empleados que renuncien a la cobertura recibirán un pago compensatorio imponible en lugar de la misma, pero para seguir recibéndola deberán acreditar en cualquier momento otra cobertura sanitaria que reúna los requisitos necesarios. El importe del pago compensatorio es el siguiente:

Si participa en el Programa de Bienestar, el pago compensatorio es de \$324 al mes.

Si **no** participa en el Programa de Bienestar, el pago compensatorio será de \$162 al mes.

(los empleados que perciben actualmente un pago compensatorio mantendrán el importe actual)

Plan médico

Resumen de las opciones del plan

Los siguientes planes son sus opciones de seguro médico para el próximo año.

Dentro de la red	Plan de copago de \$2,000	
	Red Aware	Red High Value
Deducibles (individual/familiar) – Año calendario	\$2,000/\$6,000	
Gastos de bolsillo máximo (individual/familiar) – Año calendario	\$4,500/\$9,000	
Atención preventiva	100% de cobertura	
Para las coberturas que se indican a continuación, una vez alcanzado el máximo de gasto de bolsillo, estará cubierto al 100%.		
Visita de atención primaria	Copago de \$40	
Visita al especialista	Copago de \$40	
Visita electrónica de atención virtual	Las primeras cinco visitas son gratuitas; luego \$20 de copago	
Pacientes hospitalizados y ambulatorios	Ded.; luego 70% de cobertura	
Sala de emergencias	Ded.; luego 70% de cobertura	
Atención de urgencia	Ded.; luego 70% de cobertura	
Farmacia/recetas (suministro para 30 días)	\$15/\$50/\$70/\$120; 70% de cobertura hasta \$500/receta	
Contribución mensual del empleado	Red Aware	Red High Value
Empleado	\$78.88	\$26.58
Empleado + Cónyuge	\$533.49	\$423.66
Empleado + Hijo(s)	\$474.87	\$359.79
Empleado + familia	\$880.35	\$707.73

Nota: Los empleados que renuncien a la cobertura recibirán un pago compensatorio imponible en lugar de la misma, pero para seguir recibiendo la deberán acreditar en cualquier momento otra cobertura sanitaria que reúna los requisitos necesarios. El importe del pago compensatorio es el siguiente:

Si participa en el Programa de Bienestar, el pago compensatorio es de \$324 al mes.

Si **no** participa en el Programa de Bienestar, el pago compensatorio será de \$162 al mes.

(los empleados que perciben actualmente un pago compensatorio mantendrán el importe actual)

Plan médico

Redes de Blue Cross Blue Shield Of MN y atención virtual



Aware

La red Aware incluye a todos los proveedores contratados por Blue Cross Blue Shield, incluido Mayo Clinic Health System.

Para buscar en la red Aware en:

<https://www.bluecrossmnonline.com/find-a-doctor/landing?productName=Aware&productId=901&displayProductName=Aware>

High Value

La red High Value le brinda acceso a una variedad de sistemas de atención médica de calidad en la mayor parte de Minnesota, que incluyen: Allina, Alomere, CentraCare, Fairview, HealthEast, North Memorial, Ridgeview, Sanford Health y U of M Physicians, así como muchos más fuera del área metropolitana. No incluye Mayo Clinic Health System.

Para buscar en la Red High Value en:

<https://www.bluecrossmnonline.com/find-a-doctor/landing?productName=High%20Value%20Network&productId=1060&displayProductName=High%20Value%20Network>

Atención virtual: Doctor on Demand (Video Chat)

Consulte a un médico en minutos. Las visitas por video en vivo incluyen evaluación, diagnóstico y recetas cuando sea necesario. Se requieren capacidades de video y el servicio está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Visitas para tratar afecciones como resfriados, gripe y alergias.

Visite <https://doctorondemand.com/bluecrossmn> para comenzar.

Plan médico

Agregados de valor de Blue Cross Blue Shield Of MN



Omada

Un programa en línea que puede ayudarle a perder peso, sentirse bien y reducir el riesgo de padecer diabetes de tipo 2 y enfermedades cardíacas gracias a la orientación personalizada de un entrenador de salud profesional y a herramientas interactivas. Omada combina ciencia y apoyo para ayudarle a desarrollar hábitos saludables que perduren. Obtendrá apoyo personal y herramientas interactivas para aumentar y mantener su motivación:

- Orientación personalizada de un asesor de salud profesional
- Un kit de bienvenida con una balanza inteligente inalámbrica y otras herramientas para seguir su progreso
- Grupo de iguales en línea para motivarse con personas que lo entienden
- Lecciones semanales interactivas sobre nutrición, forma física, sueño y estrés
- Comodidad sobre la marcha con una aplicación móvil
- Y más

Este programa es gratuito para usted y los miembros adultos de su familia si reúne los requisitos.

Visite omadahealth.com/bcbismn1

Blue Care Advisor

Blue Care Advisor ofrece una plataforma sólida, completa e integrada para nuestros miembros. Los miembros tendrán acceso a una única plataforma para todos sus beneficios y necesidades de bienestar, incluido el seguimiento de la actividad y los incentivos (Programa Get Active), la evaluación de la salud y una experiencia personalizada que dirigirá a los miembros a sus siguientes mejores acciones para ayudarles a lograr resultados óptimos de salud. Gane hasta \$240 al canjear puntos por completar la evaluación de salud y realizar un seguimiento de sus pasos diarios.

Regístrese en bluecrossmn.com/bcs o descargue la aplicación Blue Care Advisor.

Aprenda a vivir

Los problemas de salud mental son más frecuentes que el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardíacas y, sin embargo, tres de cada cuatro personas no reciben la ayuda que necesitan. Ahora hay una forma fácil de conseguirlo, en la intimidad de su propia casa. Para empezar, visite learntolive.com/partners y utilice el código Blue4.

Cuenta de reembolso de salud (HRA)



¿Qué es una HRA?

Una HRA es un acuerdo patrocinado por la empresa que reembolsa a los empleados, libres de impuestos, sus gastos médicos elegibles. A diferencia de una cuenta de ahorros para la salud (HSA), los empleados no necesitan participar en un plan de salud con deducible alto (HDHP) para poder optar a una HRA. Sin embargo, es habitual que las HRA se combinen con un HDHP para maximizar el ahorro en primas y aumentar la concienciación de los empleados sobre el gasto médico.

Las HRA se financian completamente con contribuciones del empleador. A diferencia de las HSA o las cuentas de gastos flexibles en salud (FSA), los empleados no pueden hacer aportaciones a una HRA. La mayoría de los empleadores con HRA crean cuentas nocionales, o sin fondos, para cada empleado participante y reembolsan los gastos médicos elegibles hasta el saldo de la HRA de cada empleado.



¿Quién es el administrador?

Su HRA es administrada por Health Equity.

(877) 924-3967
www.healthequity.com



¿Necesita tomar medidas?

Los empleadores pueden vincular las aportaciones a la HRA con algún tipo de comportamiento del empleado, como la participación en un programa de bienestar.

Si está inscrito en nuestro plan de salud BlueCross BlueShield, Enterprise-CP le ofrece un acuerdo de reembolso sanitario (HRA) a través de Health Equity. Cuando incurra en reclamaciones elegibles, su HRA puede ayudarle a pagarlas.

Notas:

--Los fondos de HRA no utilizados no se transfieren de un año a otro.

HRA

Detalles y descripción general

Una vez que haya pagado las reclamaciones por el importe que se indica a continuación, su HRA empezará a pagar:

1. Su proveedor de servicios de salud presenta sus reclamaciones a BCBS y ellos las presentarán a HealthEquity en su nombre, usted no necesita presentar documentación para que se procesen sus reclamaciones.
2. HealthEquity le emite el reembolso directamente a usted.
3. Usted paga a sus proveedores de servicios de salud.

Consulte la documentación de su HRA para obtener más información.

SI SE INSCRIBIÓ EN LA HSA DE \$5,000–25%

Cobertura individual

1

Usted paga los primeros \$0–\$3,000 de su deducible

2

Enterprise-CP le reembolsará los gastos de \$3,001–\$5,000

3

Una vez alcanzado el máximo de gastos de bolsillo de \$7,500, BCBS paga el 100% de los gastos elegibles

Cobertura familiar

1

Usted paga los primeros \$0–\$6,000 de su deducible

2

Enterprise-CP le reembolsará los gastos de \$6,001–\$10,000

3

Una vez alcanzado el máximo de gastos de bolsillo de \$15,000, BCBS paga el 100% de los gastos elegibles

Cuenta de ahorros para la salud (HSA)



¿Qué es una HSA?

Una cuenta de ahorros para la salud (health savings account, HSA) es una cuenta de atención médica y una cuenta de ahorros todo en uno. El propósito principal de esta cuenta es compensar el costo de un plan de salud con deducible alto (high deductible health plan, HDHP) calificado y proporcionar ahorros para sus gastos de atención médica elegibles de bolsillo, que usted y sus dependientes fiscales puedan tener ahora, en el futuro y durante su jubilación.

Una HSA es una cuenta “portátil”. Usted es dueño de su HSA. Está incluido en su paquete de beneficios para empleados, pero después de configurar su cuenta, es suya, incluso si cambia de trabajo o se jubila.



¿Quién es el administrador?

Su HSA es administrada por Bremer Bank.

Bremer Bank
(800) 908-2265
www.bremer.com



¿Necesita tomar medidas?

Solo ciertos planes de salud son elegibles para HSA. Dependiendo del plan de salud que seleccione, puede o no ser elegible para una HSA.

También podrá contribuir con ganancias antes de impuestos a su HSA.

HSA

Descripción general y detalles

Las HSA benefician a todos los que son elegibles para tener esta cuenta: individuos solteros, familias y futuros jubilados. Usted ahorra dinero en impuestos de tres maneras:



Depósitos libres de impuestos

El dinero que contribuya a su HSA no está sujeto a impuestos (hasta el límite anual del IRS)



Ganancias libres de impuestos

Su interés y cualquier ganancia de inversión crecen libres de impuestos



Retiros libres de impuestos

El dinero utilizado para gastos de atención médica elegibles no está sujeto a impuestos, ni ahora ni en el futuro.

Información de contribución del empleador

	Base	Finalización exitosa del programa de bienestar	No fumador
Empleado	\$50	\$15	\$15
Empleado + Cónyuge	\$75	\$15	\$15
Empleado + Hijo(s)	\$75	\$15	\$15
Familia	\$100	\$15	\$15



Límites de contribución de HSA 2023

Cobertura individual: \$3,850

Cobertura familiar: \$7,750

Complemento para mayores de 55 años: \$1,000

Al separar dólares antes de los impuestos en su HSA, paga menos impuestos y aumenta su salario neto por sus ahorros fiscales. Usted ahorra en gastos elegibles que está pagando de su bolsillo. La cantidad que ahorre depende de su nivel impositivo. Por ejemplo, si está en la categoría impositiva del 30 por ciento, puede ahorrar \$30 en cada \$100 gastados en gastos elegibles de atención médica.

Los fondos de HSA se transfieren de año en año y se acumulan en su cuenta. No existe una regla de "úselo o piérdalo" con las HSA, y usted decide cómo y cuándo usar sus fondos de HSA, que pueden usarse para gastos elegibles que tenga ahora, en el futuro o durante la jubilación. Además, cuando tiene un cierto saldo en su HSA, hay oportunidades de inversión disponibles.

Cuenta de gastos flexible (FSA)



¿Qué es una FSA?

Una cuenta de gastos flexibles (flexible spending account, FSA) es una cuenta que reembolsa al empleado por gastos calificados de atención médica o cuidado de dependientes. Permite a un empleado financiar gastos calificados con dinero antes de los impuestos deducidos de los cheques de pago del empleado. El empleado puede recibir un reembolso en efectivo hasta el valor total de la cuenta por gastos cubiertos incurridos durante el año del plan de beneficios y cualquier período de gracia aplicable.



¿Quién es el administrador?

Su FSA es administrada por Health Equity.

(877) 924-3967
www.healthequity.com



¿Necesita tomar medidas?

Si desea participar en cualquier tipo de FSA, deberá hacer una elección de inscripción cada año.

FSA

Descripción general y detalles

Recuerde que las FSA son cuentas en las que lo que no se usa se pierde. A diferencia de las HSA, el dinero en la FSA al final del año no se transferirá al próximo año. Por lo tanto, es importante no sobrefinanciar su FSA.

Gastos elegibles para la FSA médica

- Gastos médicos: copagos, coseguros y deducibles
- Gastos dentales: exámenes, limpiezas, radiografías y aparatos ortopédicos
- Gastos de visión: exámenes, lentes de contacto y suministros, anteojos y cirugía ocular con láser
- Servicios profesionales: fisioterapia, quiropráctico y acupuntura
- Medicamentos recetados e insulina
- Artículos de atención médica de venta libre: vendajes, kits de prueba de embarazo, monitores de presión arterial, etc.

Gastos elegibles de FSA limitada (para los inscritos en el plan HSA \$5000-25%)

- Gastos dentales: exámenes, limpiezas, radiografías y aparatos ortopédicos
- Gastos de visión: exámenes, lentes de contacto y suministros, anteojos y cirugía ocular con láser



FSA médica y limitada

Máximo de elección: \$3,050

Nota: Si está inscrito en el plan HSA \$5000-25%, puede utilizar el dinero de su FSA solo para gastos dentales y de la vista.



Uso del dinero de su plan

El plan de gastos flexibles se extiende del 1 de junio de 2023 al 31 de mayo de 2023. Los fondos no reclamados antes del 31 de julio de 2024 se perderán según las reglas del IRS.

First Stop Health



¿Qué es First Stop Health?

First Stop Health es telemedicina y asesoramiento virtual disponible para usted a través de teléfono o vídeo las 24 horas del día, 7 días a la semana, sin costo alguno.

Aunque no esté inscrito en el plan médico Enterprise-CP, este servicio es gratuito para usted y su familia.



¿Quién es el administrador?

Sus beneficios de telemedicina y asesoramiento virtual son administrados por First Stop Health:

First Stop Health
www.fshealth.com

Descargue la aplicación desde App Store o Google Play.



¿Necesita tomar medidas?

Todos los empleados se inscriben automáticamente en esta cobertura, no es necesario realizar ninguna acción.

First Stop Health

Resumen



Salud general

Reciba tratamiento en cuestión de minutos para enfermedades menores, lesiones y recetas

- Tos y dolor de garganta
- Infecciones (sinusitis, otitis, infecciones urinarias, etc.)
- Erupción cutánea
- Dolor muscular/articular
- Resurtido de medicamentos

Descargue First Stop Health desde App Store o Google Play.

Asesoramiento virtual

- Ansiedad
- Depresión
- Matrimonio/relaciones
- Uso indebido de sustancias
- Problemas en el lugar de trabajo



Las visitas son GRATUITAS. ¡Sin deducible, sin copagos!

Las recetas, si son necesarias, tienen un costo adicional a través de su seguro.

Todos los empleados fijos a tiempo completo que trabajen 40 horas semanales y las personas a su cargo que vivan en el mismo domicilio son elegibles para utilizar este beneficio.

Seguro dental



¿Qué es el seguro dental?

El seguro dental está diseñado para pagar una parte de los costos asociados con la atención dental. Al igual que el seguro médico, puede haber copagos, deducibles y coseguros para cierto tipo de servicios. Sin embargo, los servicios preventivos casi siempre están cubiertos al 100%.



¿Quién es el proveedor?

Su seguro dental es proporcionado por Delta Dental of MN.

Delta Dental of MN
(800) 448-3815
www.deltadentalmn.org



¿Necesita tomar medidas?

Deberá hacer una elección de inscripción cada año para participar en el plan dental.

Seguro dental

Resumen de cobertura

Los siguientes planes son sus opciones de seguro dental para el próximo año.

Dentro de la red	Soluciones–Dual Option Plus Ortho		
	Opción de plan I	Opción de plan II	Opción de plan II
	PPO	Premier	Premier
Deducible del año calendario (individual / familiar)	\$0	\$25/\$75	\$25/\$75
Máximo del año calendario (por persona)	\$2,000	\$2,000	\$1,000
Atención preventiva: <i>exámenes, limpiezas, radiografías, mantenedores de espacio y selladores</i>	100%	80%	100%
Servicios básicos: <i>tratamiento paliativo, mantenedores periodontales, empastes, extracciones simples, endodoncia y selladores</i>	80%–90% de cobertura	Ded.; luego 50%–80% de cobertura	Ded.; 80% de cobertura
Servicios principales: <i>Incrustaciones, recubrimientos, coronas, reparaciones de coronas, puentes, prótesis e implantes</i>	50% de cobertura	Ded.; luego 50% de cobertura	Ded.; luego 50% de cobertura
Cobertura de ortodoncia infantil: <i>Cobertura de ortodoncia de 8 a 19 años</i>	50% de cobertura Máximo de por vida: \$1000	50% de cobertura Máximo de por vida: \$1000	50% de cobertura Máximo de por vida: \$1000
Contribución del empleado por mes			
Esta es su contribución, pagada antes de impuestos a través de deducciones de nómina.			
Empleado	\$0.00		
Empleado + Cónyuge	\$34.08		
Empleado + Hijo(s)	\$34.80		
Empleado + familia	\$77.64		

Plan dental

Redes Delta Dental of MN



PPO

Para obtener el máximo nivel de beneficios, utilice un proveedor de la red Delta Dental PPO.

Para buscar en la red PPO: <https://www.deltadentalmn.org> luego haga clic en buscar un dentista y busque en la red Delta Dental PPO por ciudad y estado.

Premier

Para obtener el máximo nivel de beneficios, utilice un proveedor de la red Delta Dental Premier.

Para buscar en la red Premier: <https://www.deltadentalmn.org> luego haga clic en buscar un dentista y busque en la red Delta Dental Premier.

Opción de plan I - PPO

Si su dentista participa en el plan PPO, recibirá la prestación más completa si elige la Opción de plan I - PPO. Recibirá la primera columna de beneficios.

Opción de plan I – Premier

Si prevé que sus gastos odontológicos superarán los \$1000, le conviene elegir la Opción del plan I cuando acuda a un dentista de primera categoría. Esta opción del plan pagará el 80% de sus servicios preventivos, por lo que usted pagará el 20%, pero su máximo es de \$2000. Esta es la segunda columna de beneficios.

Opción de plan II – Premier

Si su dentista pertenece a la red Premier y no prevé utilizar más del máximo de \$2000, recibirá el mayor porcentaje de cobertura si elige la Opción del plan II. Esta opción del plan funciona bien si su dentista está en la red Premier y usted está buscando servicios preventivos y tal vez un empaste o extracción. Esta es la tercera columna de beneficios.

Seguro de la vista



¿Qué es el seguro de la vista?

El seguro de la vista está diseñado para proporcionar atención preventiva de rutina, como exámenes oculares, lentes y otros servicios de la vista a un precio reducido.



¿Quién es el proveedor?

Su seguro de la vista es proporcionado por EyeMed.

EyeMed
(866) 939-3633
www.eyemed.com

Insight

Para obtener el máximo nivel de beneficios, utilice un proveedor de la red Insight.

Para buscar un proveedor de red: <https://www.eyemed.com>, haga clic en buscar un oftalmólogo y seleccione la red Insight.



¿Necesita tomar medidas?

Deberá hacer una elección de inscripción cada año para participar en el plan de la vista.

Seguro de la vista

Resumen de cobertura

Los siguientes planes son sus opciones de seguro de la vista para el próximo año.

	Exámenes + materiales EyeMed
Dentro de la red	Insight
Exámenes de visión (una vez cada 12 meses)	Copago de \$10
Lentes (una vez cada 12 meses)	
Individual	Copago de \$25
Bifocal	Copago de \$25
Trifocal	Copago de \$25
Lenticular	Copago de \$25
Marcos (una vez cada 12 meses)	Asignación de \$130
Lentes de contacto electivas (en lugar de lentes y marcos)	
Convencional	Asignación de \$130
Desechable	Asignación de \$130
Lentes de contacto médicamente necesarios (una vez cada 12 meses)	Cubierto en su totalidad
Contribución del empleado por mes	
Esta es su contribución, pagada antes de impuestos a través de deducciones de nómina.	
Empleado	\$7.05
Empleado + Uno	\$13.40
Empleado + Hijo(s)	\$14.10
Familia	\$20.73

Seguro de vida y AD&D



¿Qué es el seguro de vida?

El seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento (accidental death and dismemberment, AD&D) está diseñado para pagar un beneficio específico en caso de muerte de la persona cubierta.



¿Quién es la compañía de seguros?

Su seguro de vida básico es administrado por Mutual of Omaha.

Mutual of Omaha
(800) 628-8600
www.mutualofomaha.com

Su seguro de vida voluntario es administrado por Mutual of Omaha.

Mutual of Omaha
(800) 628-8600
www.mutualofomaha.com



¿Necesita tomar medidas?

Su cobertura básica de seguro de vida es pagada por su empleador. No se necesita ninguna acción de inscripción que no sea cumplir con los requisitos de elegibilidad de su empleador.

Nota: La renovación anual de beneficios es un buen momento para actualizar su beneficiario de seguro de vida.

El empleado paga en su totalidad su cobertura de seguro de vida voluntaria. Deberá hacer una elección de inscripción para usted y sus dependientes.

Nota: La renovación anual de beneficios es un buen momento para revisar el monto de su elección de beneficios y actualizar su beneficiario.

Seguro de vida y AD&D

Resumen de cobertura



Enterprise-CP paga el 100% de las primas de su seguro de vida básico y AD&D.

Características del plan pagado por el empleador	Beneficio
Monto del beneficio del seguro de vida y AD&D del empleado	1 salario anual hasta \$50,000
Privilegio de conversión	Disponible
Reducciones de edad	Se reduce al 65% a los 65 años y al 50% a los 70.

Características del plan pagado por el empleado	Beneficio
Monto del beneficio del seguro de vida y AD&D del empleado	Incrementos de \$10,000 al menor de 5 veces el salario anual o \$500,000
Beneficio de vida y AD&D para el cónyuge dependiente	Emisión garantizada: \$100,000 Incrementos de \$5,000 a \$250,000; sin exceder el 100% de la elección del empleado
Beneficio de vida y AD&D para hijo(s) dependiente(s)	Emisión garantizada: \$25,000 Nacidos vivos hasta los 26 años: \$10,000
Reducciones de edad	65 años: 65% del original; 70 años: 50% del original

Beneficios acelerados, opción de conversión, exención de prima	Todo incluido
--	---------------

i **Importe de emisión garantizado**

Inscripción abierta única y verdadera

Solo este año, todos los empleados pueden inscribirse en la cobertura, hasta el importe de emisión garantizada, sin preguntas de salud

Empleados: hasta \$100,000
Cónyuges: hasta \$25,000
Niños: hasta \$10,000

Incapacidad a corto y largo plazo (STD y LTD)



¿Qué es el seguro de discapacidad a corto plazo?

El seguro de discapacidad a corto plazo proporciona una parte de sus ingresos si está discapacitado debido a una enfermedad o lesión durante un breve periodo de tiempo.



¿Qué es el seguro de discapacidad a largo plazo?

La discapacidad a largo plazo proporciona una parte de sus ingresos si no puede trabajar debido a una discapacidad calificada durante un periodo prolongado.



¿Quién es la compañía de seguros?

Su seguro de discapacidad a corto plazo y a largo plazo es administrado por Mutual of Omaha.

Mutual of Omaha
(800) 628-8600
www.mutualofomaha.com



¿Necesita tomar medidas?

Su seguro de discapacidad a corto plazo es pagado por el empleado. Deberá efectuar una elección de afiliación si desea participar en el seguro voluntario de discapacidad a corto plazo.

Su seguro de discapacidad a largo plazo es pagado por Enterprise-CP. No es necesario realizar ninguna acción, ya que se lo inscribirá automáticamente si cumple con la definición de elegibilidad que se encuentra al principio de este folleto.

Discapacidad a corto plazo voluntario

Resumen de cobertura



El siguiente es su beneficio por discapacidad a corto plazo para el próximo año. Este plan lo paga usted al 100%. Puede ver su costo por nómina al inscribirse en Ease.

Características del plan	
Monto del beneficio del empleado	Hasta el 60% de los ingresos previos a la discapacidad
Monto máximo del beneficio	\$1,250 por semana
Período de eliminación (accidente)	0 días
Período de eliminación (enfermedad)	7 días
Duración del beneficio	13 semanas
Afección preexistente	3/6

Discapacidad a largo plazo

El siguiente es su beneficio por discapacidad a largo plazo para el próximo año. Este beneficio lo paga Enterprise-CP al 100%.

Características del plan	
Monto del beneficio del empleado	Hasta el 60% de los ingresos previos a la discapacidad
Monto máximo del beneficio	\$5,000 por mes
Período de eliminación	90 días
Duración del beneficio	Edad normal de jubilación del seguro social



Programa de asistencia al empleado

La vida puede ser impredecible y no siempre es fácil. Por eso es importante saber que hay ayuda disponible cuando la necesita. En eso consiste el Programa de Asistencia al Empleado (Employee Assistance Program, EAP). EAP ofrece ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sobre diversos temas, como: depresión y ansiedad, relaciones, abuso de sustancias, consejos para padres y abuelos. **Este servicio es gratuito para todos los empleados elegibles.**

Para programar una cita, llame al: (800) 316-2796

Avisos Legales

Asistencia con las primas en virtud de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP).

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es posible que pueda comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar la solicitud. Si usted es elegible, puede preguntarle al 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 asistencia con primas en virtud de Medicaid o CHIP, y también son elegibles en virtud del plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-

EBSA (3272).

Si usted vive en uno de los siguientes estados, es posible que reúna los requisitos para obtener asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2022. Usted debe comunicarse con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA-Medicaid Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447
ALASKA-Medicaid Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguro Médico de AK: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx
ARKANSAS-Medicaid Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
CALIFORNIA-Medicaid Programa de Pago de Primas de Seguro Médico: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322/Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO-Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Olan de Salud Infantil Plus (CHP+) Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de Atención para Miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ State Relay 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/ Retransmisión estatal 711 Programa de Compra de Seguros Médicos (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Servicio al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442
FLORIDA-Medicaid Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

Avisos Legales

GEORGIA-Medicaid

Sltio web de HIPP: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp> Teléfono: 678-564-1162, presione 1
Sitio web de GA CHIPRA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>
Teléfono: (678) 564-1162, presione 2

INDIANA-Medicaid

Sitio web del Plan Healthy Indiana para Adultos de Bajos Ingresos 19-64
: <http://www.in.gov/fssa/hip/> Teléfono: 1-877-438-4479
Todos los demás sitios web de Medicaid: <https://www.in.gov/medicaid/> Teléfono 1-800-457-4584

IOWA-Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid: <https://dhs.iowa.gov/ime/members> Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366
Sltio web de Hawki: <http://dhs.iowa.gov/Hawki> Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
Sitio web de HIPP: <https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp> Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562

KANSAS-Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/> Teléfono: 1-800-792-4884

KENTUCKY-Medicaid

Sltio web del Programa de Pago de Primas de Seguro Médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP):
<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx> Teléfono: 1-855-459-6328
Correo electrónico: KIHIP.PROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: <https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx> Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Kentucky Medicaid: <https://chfs.ky.gov>

LOUISIANA-Medicaid

Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp
Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE-Medicaid

Sitio web de inscripción: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms> Teléfono: 1-800-442-6003/TTY:
Retransmisión de Maine 711
Página web de Prima de Seguro Médico Privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms> Teléfono: - 800-977-6740/TTY:
Retransmisión de Maine 711

MASSACHUSETTS-Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa> Teléfono: 1-800-862-4840

MINNESOTA-Medicaid

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp>
Teléfono: 1-800-657-3739

MISSOURI-Medicaid

Sitio web: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm> Teléfono: 573-751-2005

MONTANA-Medicaid

Sitio web: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP> Teléfono: 1-800-694-3084

Avisos Legales

NEBRASKA-Medicaid

Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov> Teléfono: 1-855-632-7633
Lincoln: 402-473-7000
Omaha: 402-595-1178

NEVADA-Medicaid

Sitio web de Medicaid: <http://dhcfp.nv.gov> Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NEW HAMPSHIRE-Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm> Teléfono: 603-271-5218
Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218

NEW JERSEY-Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/> Teléfono de Medicaid: 609-631-2392
Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html> Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710

NEW YORK-Medicaid

Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831

NORTH CAROLINA-Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/> Teléfono: 919-855-4100

NORTH DAKOTA-Medicaid

Sitio web: <http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/> Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA-Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org> Teléfono: 1-888-365-3742

OREGON-Medicaid

Sitio web: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
<http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html> Teléfono: 1-800-699-9075

PENNSYLVANIA-Medicaid

Sitio web: <https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx> Teléfono: 1-800-692-7462

RHODE ISLAND-Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>
Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Línea directa de RIte Share)

SOUTH CAROLINA-Medicaid

Sitio web: <https://www.scdhhs.gov> Teléfono: 1-888-549-0820

SOUTH DAKOTA-Medicaid

Sitio web: <http://dss.sd.gov> Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS-Medicaid

Sitio web: <http://gethipptexas.com/> Teléfono: 1-800-440-0493

Avisos Legales

UTAH-Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <https://medicaid.utah.gov/> Sitio web de CHIP: <http://health.utah.gov/chip>
Teléfono: 1-877-543-7669

VERMONT-Medicaid

Sitio web: <http://www.greenmountaincare.org/> Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA-Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.coverva.org/en/famis-select> <https://www.coverva.org/en/hipp>
Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON-Medicaid

Sitio web: <https://www.hca.wa.gov/> Teléfono: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA-Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/> <http://mywvhipp.com/>
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700
Número de teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN-Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm> Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING-Medicaid

Sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/> Teléfono: 1-800-251-1269

Avisos Legales

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2022, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE. UU.
Administración de Seguridad de Beneficios
de los Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de
EE. UU.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61565

Según lo dispuesto en la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona tendrá la obligación de responder a una recolección de datos que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El Departamento indica que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recolección de información a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de la PRA y exhiba un número de control vigente emitido por la OMB y el público no tendrá la obligación de responder a una recolección de datos que no exhiba un número de control vigente emitido por la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (United States Code, U.S.C.). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recolección de información, si dicha recolección no tiene un número de control actualmente vigente de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (U.S.C.).

Se estima que la carga de presentación de informes pública necesaria para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se recomienda a los interesados que envíen sus comentarios con respecto a la carga estimada o a cualquier otro aspecto de esta recolección de información, como sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N - 5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (vence el 1/31/2023)

Avisos Legales

Aviso general de derechos de cobertura de continuación conforme a la ley COBRA (Para uso por parte de planes de salud grupales de empleador único)

**** Derechos de cobertura de continuación conforme a la ley COBRA ** Introducción**

Usted recibe este aviso porque recientemente obtuvo una cobertura en virtud de un plan de salud grupal (el Plan). Ese aviso legal tiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura a través de COBRA, cuándo se haría disponible para usted y su familia y lo que necesita hacer para proteger su derecho a obtenerla. Cuando es elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a la continuación de cobertura de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal finalizaría de otra manera. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y en virtud de la ley federal, debe revisar la Descripción del Plan Resumida o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles para usted cuando pierde la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, es posible que sea elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros de salud. Al inscribirse en una cobertura a través del mercado, es posible que califique para un costo menor en sus primas mensuales y menos costos de bolsillo. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual es elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan no acepta inscripciones tardías.

Avisos Legales

Aviso general de derechos de cobertura de continuación conforme a la ley COBRA

(Para uso por parte de planes de salud grupales de empleador único)

**** Derechos de cobertura de continuación conforme a la ley COBRA ****

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando finalizaría de otro modo por un evento de vida. Esto también se llama "evento calificador". Los eventos calificantes específicos se detallan más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos de pendientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura en virtud del Plan se pierde por el evento calificado. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación de COBRA deben pagar la cobertura de continuación de COBRA.

Si es empleado, se convertirá en beneficiario si pierde su cobertura en virtud del Plan por los siguientes eventos calificados:

- Sus horas de trabajo se reducen, o
- Su trabajo finaliza por otro motivo que no sea su falta grave.

Si es empleado, se convertirá en beneficiario si pierde su cobertura en virtud del Plan por los siguientes eventos calificados:

- Sus horas de trabajo se reducen, o
- Su trabajo finaliza por otro motivo que no sea su falta grave.

Si es cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan por los siguientes eventos calificados:

- Su cónyuge muere;
- Las horas de trabajo de su cónyuge se reducen;
- El trabajo de su cónyuge finaliza por otro motivo que no sea su falta grave;
- Su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medica (en virtud de la parte A, la parte B, o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes serán beneficiarios calificados si se pierde la cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Fallece el padre-empleado;
- Se reducen las horas de empleo del padre-empleado;
- Termina el empleo del padre-empleado por cualquier razón que no sea por su falta grave;
- El padre-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura en virtud del Plan como "hijo dependiente".

Avisos Legales

Aviso general de derechos de cobertura de continuación conforme a la ley COBRA (Para uso por parte de planes de salud grupales de empleador único)

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura de COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados únicamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que se ha producido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan de los siguientes eventos calificados:

- El cese de empleo o la reducción de horas de empleo;
- Fallecimiento del empleado; o
- El empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento calificado. Debe proporcionar este aviso a su empleador.

¿Cómo se proporciona la continuación de cobertura de COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba el aviso de que ha ocurrido un evento calificado, se ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres pueden elegir la continuación de cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de cobertura de COBRA es una continuación de cobertura temporal que dura por lo general 18 meses debido al cese de empleo o a la reducción de horas de trabajo. Ciertos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir a un beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que este periodo de 18 meses de continuación de cobertura de COBRA puede ser prorrogado:

Extensión por discapacidad del periodo de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si el seguro social determina que usted o alguien de su familia que esté cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le avisa al respecto al Administrador del Plan en el plazo correspondiente, usted y toda su familia pueden recibir una extensión adicional de hasta 11 meses de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. Esta discapacidad tiene que haberse iniciado un tiempo antes del día 60 de cobertura de continuación de COBRA y deber durar al menos hasta el final del período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA.

Avisos Legales

Aviso general de derechos de cobertura de continuación conforme a la ley COBRA (Para uso por parte de planes de salud grupales de empleador único)

Extensión por un segundo evento calificado del periodo de 18 meses de la cobertura de continuación

Si su familia sufre otro evento específico durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA por un máximo de 36 meses si se le avisa al Plan como corresponde del segundo evento calificado. Esta extensión está disponible si el empleado o ex empleado fallece, obtiene el derecho a beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como un hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento específico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento específico.

¿Hay otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?

Sí. En vez de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguro de salud, Medicare, CHIP (Children's Health Insurance Program) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan del cónyuge) a través de lo que se llama "período especial de inscripción". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede leer más sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la cobertura de continuación de COBRA después de que finalice la cobertura de mi Plan de salud grupal?

En general, si no se inscribe en la Parte A o Parte B de Medicare cuando se vuelve elegible por primera vez porque aún está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o Parte B de Medicare, comenzando en cualquier de las fechas a continuación que ocurra primero.

- El mes posterior a la finalización del empleo ; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del Plan de salud grupal basada en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la cobertura de continuación de COBRA, es posible que tenga que pagar una multa de inscripción tardía en la Parte B y puede que tenga una brecha en la cobertura si decide optar después por la Parte B. Si elige la cobertura de continuación de COBRA y posteriormente se inscribe en Medicare Parte A o B antes de que finalice la cobertura de continuación de COBRA, el Plan puede finalizar su cobertura de continuación. Sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede descontinuar debido al derecho de Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la cobertura de continuación de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador principal) y la cobertura de continuación de COBRA pagará segunda. Es posible que algunos planes paguen como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para más información. <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Avisos Legales

Aviso general de derechos de cobertura de continuación conforme a la ley COBRA (Para uso por parte de planes de salud grupales de empleador único)

Si tiene preguntas

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de Ingreso de Jubilación para el Empleado (ERISA), incluso COBRA, la Ley de Atención Asequible y Protección al Paciente y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, contacte a su oficina regional o de distrito de EBSA (Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio de web de EBSA). Para más información sobre el mercado, visite www.HealthCare.gov.

Informe a su Plan si cambia de dirección

Para proteger los derechos de su familia, hágale saber al Administrador del Plan acerca de los cambios de domicilio de los miembros de la familia. También debería preservar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que le envíe el Administrador del Plan.

Avisos Legales

Aviso de la Ley de 1988 sobre los Derechos del Cáncer y la Salud de la Mujer

EL 21 de octubre de 1998, el Congreso aprobó la Ley de 1988 sobre los Derechos del Cáncer y la Salud de la Mujer. Como se especifica en la ley, si usted o un miembro cubierto de su familia ha tenido o va a tener una mastectomía, es posible que tenga derechos a ciertos beneficios en virtud de la Ley de 1988 sobre los Derechos del Cáncer y la Salud de la Mujer (WCHRA), Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proveerá de manera determinada por la consulta con el médico que esté a cargo y con el/la paciente, para:

Todas las etapas de reconstrucción mamaria en las que se realizó las mastectomía; Cirugía y reconstrucción de la

otra mama para generar una apariencia simétrica; y

Prótesis y tratamientos de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluso limpedemas.

La cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente. Los deducibles y los coseguros establecidos para otros beneficios en virtud de su plan también aplican a estos beneficios de cirugía reconstructiva.

Derechos en virtud de USERRA

Si usted o su cónyuge o dependiente se ausentan del trabajo por servicios uniformados, puede tener derecho a seguir participando en el Plan en virtud de la Ley de Derechos de Contratación y Recontratación de los Servicios Uniformados (Uniform Services Reemployment and Rights Act, USERRA). USERRA tiene el objetivo de reducir la dificultad que puede ocurrir si necesita ausentarse de su empleo civil para servir en los servicios uniformados de los Estados Unidos. USERRA busca asegurarse de que aquellos que sirve a su país puedan mantener su empleo y beneficios civiles y puedan buscar un reemplazo sin discriminación por su servicio.

En virtud de USERRA, los empleados que se ausentan por un servicio uniformado (y su cónyuge cubierto y dependientes cubiertos) son elegibles para una cobertura de continuación por el periodo de servicio (más el tiempo permitido en virtud de USERRA para solicitar un reemplazo) o hasta un máximo de veinticuatro (24) meses, el tiempo que sea menor. Si su servicio es por menos de treinta y un (31) días, el plan solo puede cobrarle su parte de la prima mensual de atención médica. Si su servicio es por más de treinta y un (31) días, su empleador puede cobrarle la prima total más un 2% (por un total de 102% de la prima). Puede tener derechos en virtud de COBRA y USERRA y tiene derecho a una cobertura de continuación que le proporcione el beneficio más favorable.

Una persona que sirve en las fuerzas armadas será considerada de licencia y tendrá derecho a todos los derechos y beneficios que no estén determinados por la antigüedad que generalmente se proporcionan a empleados en situación similar con permiso para ausentarse u otros tipos de licencia.

El periodo de cobertura de continuación en virtud de USERRA se contará para cualquier periodo de cobertura de continuación que esté disponible de manera simultánea en virtud de COBRA.

Avisos Legales

Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008

En virtud de la Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008, las condiciones (por ejemplo, copagos y deducibles) y las limitaciones de tratamiento para la salud mental y los trastornos por abuso de sustancias generalmente no deben ser más restrictivas que aquellas que se aplican a los procedimientos médicos y quirúrgicos. Revise los documentos de su plan para obtener información adicional sobre cobertura de salud mental.

Michelle's Law

Determinados dependientes cubiertos pueden ser elegibles para extender la cobertura de su plan por un periodo de tiempo limitado cuando esa cobertura finalizaría debido a la pérdida de la condición de estudiante.

En virtud de la Ley Michelle, el Plan no puede finalizar la cobertura para un hijo dependiente cuya inscripción en un plan requiera la condición de estudiante en una institución educativa posterior a la escuela secundaria, si la condición de estudiante se pierde debido a una licencia necesaria desde el punto de vista médico. En esta situación, el Plan continuará la cobertura de dependiente hasta lo que suceda primero de lo siguiente:

La fecha que sea un año después del primer día de la licencia necesaria desde el punto de vista médico. La fecha en la que la cobertura del dependiente finalizaría en virtud de las condiciones del Plan.

Un dependiente en esta situación será elegible para la continuación de cobertura del Plan en virtud de la Ley Michelle si le brinda al Plan una certificación por escrito del médico tratante del dependiente que indique que:

El dependiente está sufriendo una enfermedad o lesión grave.

La ausencia (u otro cambio de inscripción) es necesaria desde el punto de vista médico.

Una licencia necesaria desde el punto de vista médico significa una ausencia de una institución educativa posterior a la escuela secundaria, o cualquier otro cambio en la inscripción del dependiente en la institución, que:

Comience mientras el dependiente está sufriendo una enfermedad o lesión grave.

Hace que el dependiente pierda la condición de estudiante a los fines de la cobertura en virtud de las condiciones del Plan.

Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

En general, los planes de salud grupales no pueden restringir la duración de una hospitalización en relación con el nacimiento para la madre o el bebé a menos de cuarenta y ocho (48) horas posteriores al parto vaginal, o a menos de noventa y seis (96) horas después de un parto por cesárea. Los planes de salud grupales no pueden exigir al médico tratante que obtenga permiso del plan para mantener a la madre y al bebé por más de cuarenta y ocho (48) horas posteriores a un parto vaginal o noventa y seis (96) horas después de un parto por cesárea. El médico tratante puede consultar con la madre y decidir dar de alta a la madre y al bebé antes de las cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal o noventa y seis (96) horas después de un parto por cesárea.

Avisos Legales

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA (1 de 5)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, “HIPAA”) impone varios requisitos a los planes de salud de empleador con respecto a cómo determinada información médica que permite la identificación individual, conocida como información médica protegida o PHI, puede utilizarse o divulgarse. Este Aviso describe cómo el plan y cualquier tercero que ayude en la administración del plan, pueden usar y divulgar su información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. La “información médica protegida” es información que los Planes mantienen y transmiten, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o afección física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

Utilizaremos la PHI lo mínimo necesario para lograr el objetivo previsto de uso, divulgación o solicitud. Los Avisos de Prácticas de Privacidad de nuestros aseguradores aplicarán, excepto por la información médica limitada que podamos recibir y mantener de usted cuando nos pida ayudarle en el procesamiento de un reclamo o en una disputa de determinación de beneficios, información relacionada con su inscripción o con la cancelación de la inscripción en el plan y determinada información médica resumida.

Su médico personal o proveedor de atención médica puede tener diferentes políticas o avisos con respecto al uso y divulgación de su información médica.

Por ley, estamos obligados a cumplir los términos de este aviso para:

- Asegurarnos de que la información médica que lo identifica se mantenga de manera privada.
- Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted.
- Seguir los términos de este Aviso que está en vigencia actualmente.

Es importante destacar que estas reglas aplican a los Planes, no a las empresas como un empleador.

1. Cómo podemos usar y divulgar su información médica. HIPAA generalmente permite el uso y la divulgación de su información médica sin su permiso a los fines de operaciones de tratamiento de atención médica, actividades de pago y de atención médica. Estos usos y divulgaciones se describen más a fondo a continuación. Tenga en cuenta que este Aviso no enumera cada uso o divulgación; en cambio, da ejemplos de los usos y divulgaciones más comunes.
 - Tratamiento: Cuando y según corresponda, la información médica se puede usar o divulgar para facilitar el tratamiento o los servicios médicos por parte de los proveedores.
 - Pago: Cuando y según corresponda, la información médica se puede usar y divulgar para determinar su elegibilidad para los beneficios de los Planes, para facilitar el pago para el tratamiento y los servicios que recibe de los proveedores de atención médica, para determinar la responsabilidad de beneficios y la cobertura en virtud del plan o para coordinar su cobertura.
 - Health Care Operations: When and as appropriate, medical information may be used and disclosed for the plan's operations, as needed. Su información genética no se usará ni se divulgará con fines de suscripción.
 - El plan siempre intentará garantizar que la información médica usada o divulgada se limite a un “Conjunto de registros designado” y al estándar “Mínimo necesario”, lo que incluye un “conjunto de datos limitado”, según se define en la ley para estos fines.

Avisos Legales

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA (2 de 5)

OTROS USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDAS

- Divulgación a otras personas involucradas en su atención: la información médica se puede divulgar a un familiar, un amigo o a cualquier otra persona que usted identifique, siempre que la información sea directamente relevante para la participación de esa persona en su atención médica o en el pago de esa atención.
- Divulgación al Patrocinador del Plan de Salud: La información se puede divulgar a otro plan de salud con el fin de facilitar pagos de reclamos en virtud de ese plan. Además, la información médica se puede divulgar al personal únicamente con fines de administrar los beneficios en virtud del plan.
- Indemnización por accidentes laborales: Podemos divulgar información médica sobre usted para programas de indemnización por accidentes laborales o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Para cumplir con los requisitos federales y estatales: se divulgará la información médica cuando la ley federal, estatal o local lo exija.
- Para prevenir una amenaza grave a la salud o a la seguridad: Se puede divulgar la información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y la seguridad del público u otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación, solo sería a una persona que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
- Militares y veteranos: Si es miembro de las fuerzas armadas, la información médica se puede divulgar según lo exijan las autoridades del mando militar.
- Socios comerciales: Se puede divulgar la información médica los socios comerciales. Tenemos contratos con entidades (definidas como “socios comerciales” en virtud de HIPAA) para ayudarnos a administrar sus beneficios. Celebraremos contratos con estas entidades y les exigiremos que solo usen y divulguen su información médica según lo que tenemos permitido en virtud de HIPAA.
- Otros usos: Si es donante de órganos, podemos divulgar su información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos o los trasplantes de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donaciones de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejido. Podemos divulgar su información médica a un médico forense. Si usted es un recluso en una institución correccional o está bajo custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información a la institución correccional o al oficial de la ley.

Los usos y divulgaciones que no sean las que se describen en este aviso generalmente requerirán su autorización por escrito. Se necesita su autorización por escrito para: la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; los usos y divulgaciones de PHI con fines de marketing; y las divulgaciones que son una venta de PHI. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, pero no puede revocar su autorización si los Planes ya han tomado decisiones en función de esta.

Las leyes de privacidad de un estado en particular u otras leyes federales pueden imponer un estándar de privacidad más riguroso. Si se aplican estas leyes más rigurosas y no son reemplazadas por reglas federales de prioridad en virtud de la Ley de Garantía del Ingreso por Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA), el plan cumplirá con la ley más rigurosa.

2. Sus derechos con respecto a su información médica. Tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:
Derecho a inspeccionar y a obtener una copia: Tiene derecho a inspeccionar y a obtener una copia de su información médica que se puede usar para tomar decisiones sobre sus beneficios en virtud de los Planes. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiar, enviar por correo u otros suministros asociados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y obtener una copia en circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, podemos solicitar que se revise esa denegación. Si los Planes no mantienen información médica, pero saben dónde se mantiene, será informado acerca del lugar para dirigir su solicitud.

Avisos Legales

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA (3 de 5)

- Su derecho a modificar: Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que modifiquemos la información. También debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud. Podemos denegar su solicitud de modificación si no se realiza por escrito o no incluye un motivo que respalde la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos cualquier parte de la siguiente información:
 - Información que no es parte de la información médica que es mantenida por o para el plan.
 - Información que no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la modificación.
 - Información que no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar.
 - Información que es precisa y completa.
- Su derecho a un registro de divulgaciones: Usted tiene derecho a solicitar un “registro de divulgaciones” (esto es, una lista de determinadas divulgaciones que el plan ha realizado de su información médica). Generalmente, puede recibir un registro de divulgaciones si la divulgación se exige por ley, se realiza en relación con actividades de salud pública o en situaciones similares a las enumeradas arriba como “Otros usos y divulgaciones permitidas”. No tiene derecho a un registro de divulgaciones cuando dicha divulgación se realizó:
 - Para operaciones de tratamiento, pago o atención médica.
 - A usted sobre su propia información médica.
 - De manera incidental a otras divulgaciones permitidas.
 - Cuando se proporcionó una autorización.
 - A familiares o amigos involucrados en su atención (cuando se permite la divulgación sin autorización).
 - Con fines de seguridad o inteligencia nacional o a instituciones correccionales o a oficiales de la ley en determinadas circunstancias.
 - Como parte de un conjunto limitado de datos en los que la información divulgada excluye la información que permite la identificación.

Para solicitar esta lista o registro de divulgaciones, debe enviar su solicitud, que deberá indicar un periodo de tiempo que no supere los seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar la forma en que quiere la lista (por ejemplo, impresa o en formato electrónico). La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses será sin cargo. Para obtener listas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionarle la lista. Sin perjuicio de lo anterior, puede solicitar un registro de divulgaciones de cualquier “registro médico electrónico” (esto es, un registro electrónico de información relacionada con la salud sobre usted que es creado, recopilado, gestionado y consultado por médicos y personal de atención médica autorizados). Sin embargo, para hacerlo, debe enviar su solicitud e indicar un plazo, que no debe ser mayor a tres años previos a la fecha en que se solicita el registro.

Avisos Legales

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA (4 de 5)

- Su derecho a solicitar restricciones: Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o el pago de su atención, como un familiar o amigo. Si los Planes aceptan una solicitud, una restricción se puede eliminar posteriormente mediante su solicitud por escrito, mediante un acuerdo entre usted y los Planos (lo que incluye oralmente) o unilateralmente por los Planos por información médica creada o recibida después de que los Planos le hayan notificado que han eliminado las restricciones y por tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito y deben indicarnos la siguiente información:
 - Qué información desea limitar.
 - Si quiere limitar nuestro uso, divulgación o ambos.
 - A quién quiere que se apliquen los límites (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge).
 - Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a asuntos médico de una determinada manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, puede pedirnos que solo lo contactemos en el trabajo o por correo.
3. Aviso de incumplimiento. En virtud de los cambios de HIPAA exigidos por la Ley de Tecnologías de Información Médica para Salud Clínica y Económica de 2009 y sus reglamentaciones de implementación (en conjunto, “Ley HITECH”) en virtud de la Ley de Reinversión y Recuperación de Estados Unidos de 2009 (“ARRA”), este Aviso también refleja los requisitos federales de aviso de incumplimiento impuestos a los Planes en el caso de que su información médica protegida “insegura” (según se define en virtud de la Ley HITECH) sea adquirida por una parte no autorizada.
- El plan le notificará después del descubrimiento de cualquier “incumplimiento” de su información médica protegida insegura según se define en la Ley HITECH (el “Aviso de incumplimiento”). Su Aviso de incumplimiento será por escrito y se proporcionará mediante correo de primera clase, o alternativamente, por correo electrónico si anteriormente aceptó recibir dichos avisos de manera electrónica. Si el incumplimiento implica:
 - Diez o más personas de las cuales tenemos información de contacto insuficiente o desactualizada, entonces proporcionaremos un Aviso de incumplimiento individual alternativo ya sea publicando el aviso en el sitio web de beneficios en la intranet de la empresa o proporcionando el aviso en medios impresos o audiovisuales importantes donde probablemente residan las personas afectadas.
 - Menos de diez personas de las cuales tenemos información de contacto insuficiente o desactualizada, entonces proporcionaremos un Aviso de incumplimiento alternativo mediante un formato alternativo.

Avisos Legales

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA (5 de 5)

Su Aviso de incumplimiento se proporcionará sin demora indebida y en ningún caso excederá los 60 días posteriores al descubrimiento de un incumplimiento e incluirá, en la medida de lo posible:

- Una descripción del incumplimiento.
- Una descripción de los tipos de información involucrada en el incumplimiento.
- Los pasos que debe seguir para protegerse de un daño potencial.
- Una breve descripción de lo que estamos haciendo para investigar el incumplimiento, mitigar el daño y prevenir futuros incumplimientos.
- Información de contacto relevante.

Además, para cualquier Aviso de incumplimiento alternativo proporcionado mediante una publicación web o un medio audiovisual importante, el Aviso de incumplimiento incluirá un número gratuito para que usted se contacte con nosotros para determinar si su información médica protegida estuvo involucrada en el incumplimiento.

4. Cambios a este aviso. Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Si lo hacemos, los nuevos términos y políticas entrarán en vigencia para toda la información médica que ya tenemos sobre usted así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Le enviaremos una copia del aviso revisado.
5. Quejas. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el plan o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Todas las quejas deben enviarse por escrito. No será sancionado por presentar una queja.

6. Otros usos de la información médica. Cualquier otro uso y divulgación de información médica que no esté contemplado en este aviso o en las leyes aplicables se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si nos da su permiso para usar o divulgar información médica sobre su persona, podrá revocarlo por escrito en cualquier momento. Si revoca el permiso, ya no podremos utilizar o divulgar información médica sobre su persona por los motivos expresados en su autorización por escrito. Usted comprende que es imposible retractarnos de la información que ya hubiese sido divulgada con su autorización y que estamos obligados a conservar registros relacionados con sus determinaciones de beneficios e inscripción.

Avisos Legales

Aviso inicial de derechos especiales de inscripción de HIPAA

Este aviso tiene el objetivo de informarle sobre su derecho, en virtud de una ley federal denominada Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA), para inscribirse en un Plan en otro momento que no sean los periodos de inscripción abierta anual del Plan, al ocurrir eventos específicos (por ejemplo, si tiene un bebé). Estos periodos de inscripción se conocen como oportunidades de “inscripción especial”. Generalmente, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días o según lo detallado en los documentos del plan.

- Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para otra cobertura en la que estaban inscritos, se puede inscribir en este plan.
- Si usted tiene un nuevo dependiente como consecuencia de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, puede inscribirse usted mismo y a sus dependientes en el Plan.
- Si usted, su cónyuge o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia en virtud de Medicaid o un programa estatal de seguros de salud para niños, o pierde la cobertura en virtud de dicho programa, se le puede permitir inscribirse usted mismo y sus dependientes en el Plan.

Beneficios del plan durante la licencia FMLA

Si toma una licencia que no sea una licencia familiar o médica en virtud de la Ley de Licencia por Razones Médicas y Familiares de 1993 (Family and Medical Leave Act, FMLA), la forma en que participa en el Plan dependerá de si continúa o no recibiendo un cheque de su empleador mientras está de licencia. Si su empleador no le paga mientras está de licencia, su participación en el Plan se tratará de la misma manera que si hubiese finalizado su empleo, a menos que pague los beneficios, después de impuestos mientras está de licencia. Cuando regrese al trabajo, sus beneficios previos comenzarán nuevamente.

Si se toma una licencia que es familiar o médica en virtud de la FMLA, debe contactar a su empleador para analizar su participación continua en el Plan durante la licencia. En general, si se toma una licencia familiar o médica sin goce de sueldo en virtud de la FMLA, puede seguir participando en el Plan, pero es posible que se le exija que continúe con sus aportes.

Comuníquese con la empresa ni bien sepa que se tomará una licencia médica o familiar.

Órdenes médicas calificadas para apoyo a la niñez (QMCSO)

Se puede obtener una descripción de los procedimientos que rigen las órdenes médicas calificadas para apoyo a la niñez (qualified medical child support orders, QMCSO), sin costo, del administrador del plan.

Planes de bienestar

Su plan de salud tiene por objetivo ayudarlo a alcanzar su mejor estado de salud. Hay recompensas por participar en un programa de bienestar disponibles para todos los empleados. Si considera que no podrá cumplir un estándar para obtener una recompensa en virtud de este programa de bienestar, puede calificar para una oportunidad para ganar la misma recompensa de diferentes formas. Póngase en contacto con su empleador y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted en función de su estado de salud.

Avisos Legales

Ley contra la Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA)

La Ley contra la Discriminación por Información Genética (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) de 2008 prohíbe a los empleadores cubiertos en virtud de la ley solicitar o requerir información genética de una persona o familiar de la persona, excepto según lo específicamente permitido por la ley. Los requisitos de no discriminación de empleo de GINA, prohíben a la compañía discriminar en contra de un empleado o postulante en relación a una contratación, despido, compensación, término, condiciones o privilegios de empleo sobre la base de información genética con respecto al empleado o al postulante. Como consecuencia, la empresa no dejará de, ni se negará a contratar o despedir a ningún empleado o postulante por su información genética. La empresa no limitará, segregará ni clasificará a los empleados o postulantes de ninguna manera que los prive o tienda a privarlos de oportunidades de empleo o que afecte negativamente su condición como empleados con motivo de la información genética relacionada con los empleados o postulantes. La empresa no discriminará ni tomará represalias contra las personas que se opongan a las prácticas ilegales en virtud de GINA, o que imputen un crimen, testifiquen, ayuden o participen en una investigación, proceso o audiencia relacionada con los requisitos de no discriminación en el empleo. No obstante, la compañía no estaría violando la ley GINA si limita o restringe las tareas de un empleado sobre la base de la información genética porque le fue requerido por una ley o una reglamentación que indique el monitoreo genético.

"Información genética", según lo define GINA, incluye la historia médica familiar del individuo, los resultados de testeos genéticos del individuo o de un miembro de su familia, el hecho de que un individuo o un miembro de su familia busque o reciba servicios genéticos, y la información genética de un feto en el vientre del individuo o de un miembro de su familia o de un embrión legalmente mantenido por un individuo o un miembro de su familia que recibe servicios de reproducción asistida.

Además, el plan generalmente no:

- Solicitará ni requerirá a las personas ni a sus familiares que se sometan a pruebas genéticas.
- Usará la información genética para determinar la elegibilidad para la cobertura ni impondrá exclusiones de afecciones preexistentes.
- Recopilará información genética con fines de suscripción o con respecto a ninguna persona antes de la inscripción o cobertura.
- No ajustará la prima grupal ni los montos de aportes sobre la base de la información genética.

Aviso con respecto a la designación de proveedores de atención primaria

El plan puede permitir o incluso requerir la designación de un proveedor de atención primaria. Tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a sus familiares. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con su empleador. Para los niños, puede designar a un pediatra como el proveedor de atención primaria.

Aviso con respecto a la cobertura para atención obstétrica o ginecológica

No necesita autorización previa del plan o de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica en nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, se le puede exigir al profesional de atención médica que cumpla con determinados procedimientos, que incluyen obtener una autorización previa para determinados servicios, siguiendo un plan de tratamiento aprobado previamente o procedimientos para hacer derivaciones. Comuníquese con el plan para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia y ginecología.

Avisos Legales

Sus derechos y protecciones contra facturas inesperadas por atención médica (1 de 2)

Cuando recibe atención de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, está protegido contra la facturación o facturación de saldo inesperada.

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

Cuando se atiende con un médico u otro proveedor de atención médica, puede adeudar determinados gastos de bolsillo, como un copago, un coseguro y/o un deducible. Puede tener otros costos o tener que pagar toda la factura si consulta un proveedor o visita un centro de salud que no está en la red de su plan médico.

"Fuera de la red" describe los proveedores y los centros que no han firmado contrato con su plan médico. Se puede permitir que los proveedores fuera de la red le facturen por la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total que se le cobra por un servicio. Esto se denomina "facturación de saldo".

Este monto probablemente sea más que los costos dentro de la red por el mismo servicio y no cuentan para su límite de gastos de bolsillo anual.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo no esperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién se ocupa de su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita a un centro dentro de la red pero de manera inesperada recibe tratamiento de un centro o proveedor fuera de la red.

Usted está protegido contra la facturación de saldo por:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y obtiene servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo más que puede facturar el centro o proveedor es el monto de costo compartido con la red de su plan (como un copago o coseguro). No se le puede mandar una factura de saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pudiera obtener después recuperar una condición estable a menos que usted dé consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones de que no se le facture el saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

Determinados 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, es posible que determinados proveedores no estén dentro de la red. En estos casos, lo más que pueden facturarle estos proveedores es el monto del costo compartido con la red de su plan. Esto aplica a la medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, médico de atención hospitalaria o servicios intensivistas. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no pueden** pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, a menos que usted preste su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Avisos Legales

Sus derechos y protecciones contra facturas inesperadas por atención médica (2 de 2)

La ley de Minnesota prohíbe la facturación de saldo

Se prohíbe que un proveedor de la red le facture cualquier monto superior al monto permitido por el cual la compañía de seguros de salud tiene contrato con el proveedor como pago total por el servicio de atención médica. Se permite que un proveedor de la red le facture el copago, deducible o coseguro aprobado. Se permite que un proveedor de la red le facture por servicios que no están cubiertos por su plan de salud siempre que usted acepte por escrito y por anticipado pagar el servicio no cubierto antes de que se preste.

NUNCA se le requerirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldo. También se le requiere que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o un centro dentro de la red de su plan.

Cuando la facturación de saldo no está permitida, usted tiene también las siguientes protecciones.

Solo es responsable de pagar su parte de los costos (como los copagos, coseguros y deducibles, que pagaría si el proveedor o centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará a los proveedores y centros fuera de la red directamente.

Su plan de salud generalmente debe hacer lo siguiente:

- Cubrir los servicios de emergencia sin requerir que obtenga aprobación por los servicios por adelantado (autorización previa).
- Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
- Basar lo que le adeuda al proveedor o centro (costos compartidos) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
- Contabilizar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red en su deducible o límite de gastos de bolsillo.

Si cree que le han facturado incorrectamente, puede contactar el No Surprise Help Desk (NSHD) llamando al 1-800-985-3059 o la Minnesota Attorney General's Office en: 445 Minnesota St., Ste.1400, St. Paul, MN 55101; (800) 657-3787.

Visite cms.gov/nosurprises para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley federal.

Visite <https://www.ag.state.mn.us/consumer/publications/MedicalBillingPointers.asp> para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley estatal de Minnesota, o para obtener información sobre quejas relacionadas con la atención médica, visite <https://www.health.state.mn.us/facilities/insurance/clearinghouse/complaints.html>.

Avisos Legales

Otros avisos que requieren personalización específica del plan:

Aviso de cobertura acreditable: Los patrocinadores del plan deben proporcionar un aviso anual a los participantes elegibles de Medicare sobre si su cobertura de medicamentos con receta es, por lo menos, tan buena como la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

<https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/CreditableCoverage/index?redirect=/CreditableCoverage/>

Aviso a los empleados sobre opciones de cobertura: Aviso obligatorio para los empleados sobre el mercado de seguros médicos/intercambio estatal.

<https://www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/affordable-care-act/for-employers-and-advisers/coverage-options-notice>