



2023

Guía de beneficios para el empleado





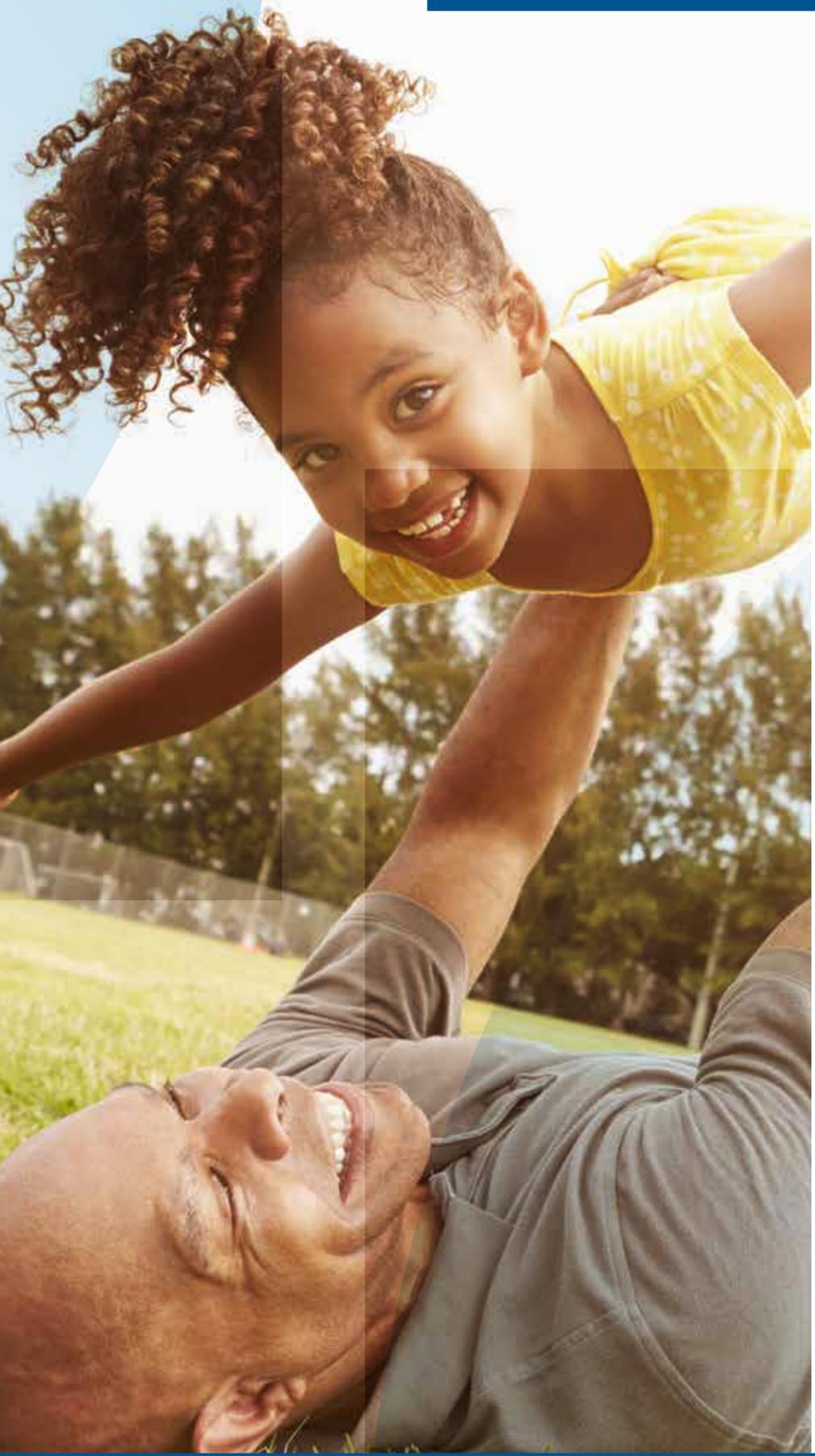
Índice

¡Bienvenido a tus beneficios!	2	Plan odontológico	15
Elegibilidad	3	Plan oftalmológico	16
Costos de los beneficios	4	Protección de los ingresos	17
Cobertura médica	6	Planificación para la jubilación	19
HSA	11	Plan médico complementario	20
HRA	12	Beneficios adicionales	24
FSA's	13	Contactos importantes	25
Telemedicina	14	Avisos obligatorios	26

¡Bienvenido a sus beneficios!

Nos complace ofrecerle una amplia gama de beneficios competitivos que son una parte vital de su compensación total. Tiene la flexibilidad de elegir entre una gama completa de beneficios para mantener su salud y la de su familia, proporcionar protección financiera en caso de circunstancias imprevistas y ayudarlo a crear seguridad a largo plazo para la jubilación. Este documento ha sido diseñado para responder a algunas de las preguntas básicas que puede tener sobre sus beneficios. Tómese el tiempo de revisar este folleto para asegurarse de que entiende los beneficios que están disponibles para usted y su familia, y asegúrese de actuar antes de la fecha límite de inscripción.

Este folleto destaca las principales características de nuestro programa de beneficios para empleados. No incluye todas las normas, detalles, limitaciones y exclusiones del plan. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por documentos legales, incluidos contratos de seguro. En caso de inconsistencia entre este folleto y los documentos legales del plan, la autoridad final recae en los documentos. La compañía se reserva el derecho de cambiar o discontinuar sus planes de beneficios para empleados en cualquier momento.



Elegibilidad

Si usted es un empleado de tiempo completo, entonces es elegible para recibir beneficios. También puede inscribir a sus dependientes elegibles en su cobertura. Los dependientes elegibles pueden ser:



CAMBIO DE BENEFICIOS DESPUÉS DE LA INSCRIPCIÓN

Durante el año, no puede hacer cambios en sus beneficios a menos que tenga un evento de vida habilitante. Si no realiza cambios dentro de los 30 días del Evento de Vida Habilitante, tendrá que esperar hasta el próximo periodo de Inscripción Abierta para hacerlo (a menos que experimente otro Evento de Vida Habilitante).

EVENTO DE VIDA HABILITANTE		DOCUMENTACIÓN NECESARIA
Cambio de estado civil	Matrimonio	Copia del certificado de matrimonio
	Divorcio/Separación legal	Copia de la sentencia de divorcio
	Fallecimiento	Copia del certificado de defunción
Cambio en el número de dependientes	Nacimiento o adopción	Copia del certificado de nacimiento o copia de los papeles de adopción legal
	Hijastro	Copia del certificado de nacimiento y copia del certificado de matrimonio entre el empleado y cónyuge
	Fallecimiento	Copia del certificado de defunción
Cambio de empleo	Cambio en su estado de elegibilidad (es decir, de tiempo completo a tiempo parcial)	Notificación de aumento o reducción de horas que modifica la situación de cobertura
	Cambio en los beneficios del cónyuge o en su situación laboral	Notificación de situación laboral del cónyuge que resulte en una pérdida u obtención de cobertura

* Su pareja de hecho con la que se ha registrado legalmente en una sociedad de hecho en un estado o municipio que prevé dicho registro.

**La prueba del estado de dependiente debe cargarse en iSolved.

Costos de los beneficios

Aquí se muestran sus aportes de nómina para los beneficios médicos, odontológicos y oftalmológicos. Las primas que paga se basan en el plan que seleccione, su categoría salarial y el nivel de cobertura. Su categoría salarial se basa en su salario base anual actual. Aunque sus ingresos básicos anuales aumenten después de inscribirse, su categoría salarial no cambiará hasta la inscripción abierta del año siguiente.

	APORTES DEL EMPLEADO PLAN HRA					
	SALARIO <\$40 000		SALARIO \$40 000 - \$80 000		SALARIO >\$80 000	
	BISEMANAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL
Solo empleado	\$38.68	\$19.34	\$42.09	\$21.04	\$42.09	\$21.04
Empleado + Cónyuge	\$130.49	\$65.24	\$209.91	\$104.96	\$223.95	\$111.98
Empleado + Hijo(s)	\$106.76	\$53.38	\$171.74	\$85.87	\$183.23	\$91.62
Empleado + Familia	\$183.86	\$91.93	\$295.78	\$147.89	\$315.57	\$157.79

	APORTES DEL EMPLEADO PLAN HRA					
	BISEMANAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL
Solo empleado	\$83.39	\$41.69	\$85.62	\$42.81	\$85.62	\$42.81
Empleado + Cónyuge	\$228.87	\$114.44	\$308.30	\$154.15	\$319.75	\$159.88
Empleado + Hijo(s)	\$187.26	\$93.63	\$252.24	\$126.12	\$261.62	\$130.81
Empleado + Familia	\$322.49	\$161.25	\$434.41	\$217.20	\$450.56	\$225.28

	APORTES DEL EMPLEADO PLAN PPO					
	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL
Solo empleado	\$132.76	\$66.38	\$133.68	\$66.84	\$133.68	\$66.84
Empleado + Cónyuge	\$337.43	\$168.71	\$416.85	\$208.43	\$425.45	\$212.73
Empleado + Hijo(s)	\$276.07	\$138.04	\$341.06	\$170.53	\$348.09	\$174.04
Empleado + Familia	\$475.46	\$237.73	\$587.38	\$293.69	\$599.50	\$299.75

PLAN ODONTOLÓGICO	PLAN ALTO		PLAN BAJO		DHMO	
	BISEMANAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL
Solo empleado	\$18.76	\$9.38	\$16.24	\$8.12	\$9.84	\$4.92
Empleado + 1	\$44.81	\$22.40	\$33.14	\$16.57	\$20.07	\$10.03
Empleado + 2 o más	\$65.03	\$32.52	\$51.05	\$25.52	\$30.88	\$15.44

PLAN OFTALMOLÓGICO	VSP	
	QUINCENAL	SEMANAL
Solo empleado	\$3.29	\$1.64
Empleado + 1	\$6.06	\$3.03
Empleado + 2 o más	\$8.60	\$4.30

COSTOS DE LOS BENEFICIOS (CONTINUACIÓN)

EMPLEADO Y CÓNYUGE/PAREJA DE HECHO (TARIFA MENSUAL POR \$1000 DE COBERTURA)			
EDAD	VIDA VOLUNTARIA*	SEGURO VOLUNTARIO DE AD&D	TARIFA COMBINADA
<20-34	\$0.02	\$0.03	\$0.05
35-39	\$0.04	\$0.03	\$0.07
40-44	\$0.09	\$0.03	\$0.12
45-49	\$0.14	\$0.03	\$0.17
50-54	\$0.32	\$0.03	\$0.35
55-59	\$0.51	\$0.03	\$0.54
60-64	\$0.53	\$0.03	\$0.56
65-69	\$0.97	\$0.03	\$1.00
70-74	\$2.62	\$0.03	\$2.65
75 años a más	\$5.52	\$0.03	\$5.55
(TARIFA MENSUAL PARA HIJOS POR CADA \$1000 DE COBERTURA)			
	SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA	SEGURO VOLUNTARIO DE AD&D	TARIFA COMBINADA
Un aporte cubre todos los hijos dependientes	\$0.149	\$0.03	\$0.179

*Cobertura de vida voluntaria disponible solo para el empleado a partir de los 70 años

TASAS DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO**	
EDAD	TASA MENSUAL POR CADA \$10 DE BENEFICIO BRUTO SEMANAL
<20-24	\$0.48
25-29	\$0.49
30-34	\$0.51
35-39	\$0.49
40-44	\$0.53
45-49	\$0.59
50-54	\$0.70
55-59	\$0.87
60-64	\$1.04
65-69	\$1.16
70-74	\$1.51
75 años a más	\$1.97

TASAS DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO	
EDAD	TASA MENSUAL POR CADA \$100 DE NÓMINA CUBIERTA
<20-24	\$0.10
25-29	\$0.19
30-34	\$0.38
35-39	\$0.60
40-44	\$0.91
45-49	\$1.22
50-54	\$1.49
55-59	\$1.68
60-64	\$1.76
65-69	\$1.85
70-74	\$1.94
75 años a más	\$2.04

**La tasa de STD para los estados con beneficios legales es de \$0.08 (por cada \$10).



El seguro médico es esencial para su bienestar, y nuestra cobertura médica le proporciona a usted y a su familia la protección que necesita para los problemas de salud cotidianos o cuando ocurre lo inesperado. ¡Visite www.MyCigna.com para configurar su cuenta y hacer un seguimiento de los deducibles y los gastos de bolsillo, los copagos y los coseguros, etc! MyCigna le ayudará a localizar los costos más bajos de los procedimientos y pruebas.

Plan médico

Excelligence ofrece tres (3) planes para su comodidad. Todos los planes son a través de Cigna, pero cada plan funcionará de una manera un poco diferente.

- **Plan HDHP con HSA:** Este plan tiene la prima semanal más baja/quincenal con un deducible que debe ser alcanzado antes de que la cobertura del plan comience. También puede optar por una HSA para ayudar a cubrir los deducibles.
- **Plan PPO con HRA:** Este plan tiene los mismos deducibles que el plan HDHP, sin embargo, Excelligence le dará \$1000 solo para el empleado o \$2000 para la cobertura familiar para ayudarle a alcanzar ese deducible. Las primas semanales/quincenales también son más altas que las del Plan HDHP. Puede elegir una FSA para que también le ayude a cubrir sus deducibles y gastos de bolsillo.
- **Plan PPO:** Este plan tiene un deducible más bajo para Individual y Familiar; sin embargo, la prima semanal/quincenal es más alta que los otros dos planes. Puede elegir una FSA para que también le ayude a cubrir sus deducibles y gastos de bolsillo.

PARTES DE SU PLAN MÉDICO

- **Atención preventiva:** siempre está cubierta al 100% cuando se recurre a proveedores de la red e incluye cosas como exámenes físicos, vacunas contra la gripe y pruebas de detección.
- **Montos del deducible anual:** el importe que paga cada año por los gastos elegibles dentro y fuera de la red antes de que el plan comience a pagar.
- **Máximo de gastos de bolsillo anuales:** lo máximo que pagará cada año por los servicios elegibles dentro y fuera de la red, incluidos los medicamentos. Una vez alcanzado el máximo de gastos de bolsillo, el plan se hace cargo del costo total de la atención médica cubierta durante el resto del año.
- **Copagos:** un copago es un monto fijo que se paga por un servicio de atención médica. Los copagos no cuentan para el deducible, pero sí para el máximo anual de gastos de bolsillo.
- **Coseguro:** una vez que haya alcanzado su deducible, usted y el plan comparten el costo de la atención, llamado coseguro.



COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS

Puede consultar a cualquier proveedor médico que elija, pero los proveedores dentro de la red ofrecen el nivel más alto de beneficios y los gastos de bolsillo más bajos. Los proveedores de la red cobran a los afiliados tarifas reducidas y contratadas en lugar de sus tarifas habituales. Los proveedores que no pertenecen a la red del plan fijan sus propias tarifas, por lo que usted puede ser responsable de la diferencia si los honorarios de un proveedor están por encima de los límites razonables y habituales (R&C).

	PLAN HDHP CON HSA	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
	USTED PAGA	
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO		
Individual	\$3000	\$5800
Familia	\$6000	\$11 800
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO POR AÑO CALENDARIO (INCLUYE DEDUCIBLE)		
Individual	\$5000	\$15 000
Familiar	\$10 000	\$30 000
COSEGUROS/COPAGOS		
Atención preventiva	\$0	50%*
Médico de atención primaria	20%*	50%*
Especialista	20%*	50%*
Centro de atención de urgencia	20%*	50%*
Sala de emergencias	20%*	

* Después del deducible

	APORTES DEL EMPLEADO SALARIO <\$40 000		APORTES DEL EMPLEADO SALARIO <\$40 000-\$80 000		APORTES DEL EMPLEADO SALARIO >\$80 000	
	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL
Solo empleado	\$38.68	\$19.34	\$42.09	\$21.04	\$42.09	\$21.04
Empleado + Cónyuge	\$130.49	\$65.24	\$209.91	\$104.96	\$223.95	\$111.98
Empleado + Hijo(s)	\$106.76	\$53.38	\$171.74	\$85.87	\$183.23	\$91.62
Empleado + Familia	\$183.86	\$91.93	\$295.78	\$147.89	\$315.57	\$157.79

NOTA: Los empleados deben alcanzar el deducible antes de que el plan pague, a excepción de la atención preventiva



	PLAN PPO CON HRA	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
USTED PAGA		
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO		
Individual	\$3000	\$9000
Familia	\$6000	\$18 000
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO POR AÑO CALENDARIO (INCLUYE DEDUCIBLE)		
Individual	\$5000	\$15 000
Familiar	\$10 000	\$30 000
COSEGUROS/COPAGOS		
Atención preventiva	\$0	50%*
Médico de atención primaria	\$30 de copago	50%*
Especialista	\$40 de copago	50%*
Atención de urgencia	\$30 de copago	50%*
Sala de emergencias	30%*	

* Después del deducible

	APORTES DEL EMPLEADO SALARIO <\$40 000		APORTES DEL EMPLEADO SALARIO \$40 000-\$80 000		APORTES DEL EMPLEADO SALARIO >\$80 000	
	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL
Solo empleado	\$83.39	\$41.69	\$85.62	\$42.81	\$85.62	\$42.81
Empleado + Cónyuge	\$228.87	\$114.44	\$308.30	\$154.15	\$319.75	\$159.88
Empleado + Hijo(s)	\$187.26	\$93.63	\$252.24	\$126.12	\$261.62	\$130.81
Empleado + Familia	\$322.49	\$161.25	\$434.41	\$217.20	\$450.56	\$225.28



	PLAN PPO TRADICIONAL	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
	USTED PAGA	
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO		
Individual	\$1000	\$3000
Familiar	\$3000	\$9000
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO POR AÑO CALENDARIO (INCLUYE DEDUCIBLE)		
Individual	\$5000	\$15 000
Familiar	\$10 000	\$30 000
COSEGUROS/COPAGOS		
Atención preventiva	\$0	50%*
Médico de atención primaria	\$35 de copago	50%*
Especialista	\$35 de copago	50%*
Atención de urgencia	\$35 de copago	50%*
Sala de emergencias	\$150 de copago (se exime en caso de admisión), luego 30%*	

* Después del deducible

	APORTES DEL EMPLEADO SALARIO <\$40 000		APORTES DEL EMPLEADO SALARIO \$40 000-\$80 000		APORTES DEL EMPLEADO SALARIO >\$80 000	
	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL
Solo empleado	\$132.76	\$66.38	\$133.68	\$66.84	\$133.68	\$66.84
Empleado + Cónyuge	\$337.43	\$168.71	\$416.85	\$208.43	\$425.45	\$212.73
Empleado + Hijo(s)	\$276.07	\$138.04	\$341.06	\$170.53	\$348.09	\$174.04
Empleado + Familia	\$475.46	\$237.73	\$587.38	\$293.69	\$599.50	\$299.75



COMPARACIÓN DE PLANES DE FARMACIA

Cuando se inscriba en la cobertura médica, también recibirá los beneficios para medicamentos. Aquí puede ver lo básico, pero asegúrese de consultar el formulario para ver la lista completa de los medicamentos que cubre el plan. Recuerde que siempre puede preguntar a su médico por alternativas más económicas. Los medicamentos genéricos suelen ser más baratos que los de marca, así que téngalo en cuenta a la hora de comprar.

	PLAN PPO CON HRA		PLAN HDHP CON HSA		PLAN PPO TRADICIONAL	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
USTED PAGA						
MEDICAMENTOS CON RECETA (SUMINISTRO PARA HASTA 30 DÍAS)						
Genérico	\$20	No se cubre	\$20*	No se cubre	\$20	No se cubre
Marca preferida	\$45		\$45*		\$45	
Marca no preferida	\$75		\$75*		\$75	
Medicamentos especializados	30% hasta \$250		30% hasta \$250		30% hasta \$250	
MEDICAMENTOS CON RECETA DE PEDIDO POR CORREO (SUMINISTRO PARA HASTA 90 DÍAS)						
Genérico	\$45	No se cubre	\$45*	No se cubre	\$45	No se cubre
Marca preferida	\$135		\$135*		\$135	
Marca no preferida	\$225		\$225*		\$225	

* Después del deducible

AHORRE EN MEDICAMENTOS CON RECETA

PIDA MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Los medicamentos genéricos y de marca tienen los mismos principios activos, lo que significa que tienen la misma eficacia para tratar su enfermedad. La principal diferencia es el costo para usted.

Los medicamentos de marca suelen ser más caros debido al largo proceso de desarrollo de los mismos. Los fabricantes cobran más para recuperar los costos. Cuando una patente caduca, otros fabricantes pueden producir el medicamento, y la competencia hace bajar el precio.

ENTREGA A DOMICILIO

Disfrute de la comodidad y el ahorro de la entrega a domicilio de los medicamentos que toma regularmente a través de nuestro programa de medicamentos de pedido por correo. El suministro mayor para 90 días se envía directamente a su hogar, lo que le permite ahorrar tiempo y dinero.

NOTA: Debe alcanzar el deducible del plan HDHP antes de que los beneficios entren en vigencia.



HSA

Una cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA) es una cuenta de ahorro personal que puede utilizar para pagar los gastos médicos admitidos de bolsillo antes de impuestos, ahora o en el futuro. Cuando esté inscrito en la HSA, recibirá una tarjeta de débito que lo ayudará a manejar sus reembolsos de HSA. Su HSA también puede utilizarse para sus gastos y los de su cónyuge y dependientes, incluso si no están cubiertos por el plan médico HDHP.

CÓMO FUNCIONA UNA CUENTA DE AHORRO PARA GASTOS MÉDICOS



ELEGIBILIDAD

Debe estar inscrito en el Plan de Salud de Deducible Alto.

APORTACIONES

Usted aporta antes de impuestos y puede cambiar el monto que aporta de cada cheque de paga por hasta el máximo del IRS de \$3850 si se inscribe solo usted, o \$7750 si se inscribe en la cobertura familiar. Si tiene 55 años o más, puede efectuar un aporte de nivelación adicional.



GASTOS ELEGIBLES

Puede utilizar los fondos de su HSA para cubrir los gastos médicos, odontológicos, oftalmológicos y de medicamentos con receta en los que incurran usted y los miembros de su familia elegibles.

USO DE SU CUENTA

Utilice la tarjeta de débito vinculada a su HSA para cubrir los gastos elegibles, o pague los gastos de su propio bolsillo y ahorre el dinero de su HSA para futuros gastos de atención médica.



SU HSA ES SIEMPRE SUYA, PASE LO QUE PASE.

Una de las mejores características de una HSA es que el dinero que queda en su cuenta al final del año se transfiere para que pueda utilizarlo al año siguiente o en algún momento en el futuro. Y si deja la compañía o se jubila, su HSA se va con usted para que pueda seguir pagando o ahorrando para futuros gastos de atención médica elegibles.





PARA SU PROTECCIÓN

El máximo de bolsillo brinda protección financiera en caso de una lesión o enfermedad grave. El máximo de su bolsillo incluye sus pagos por gastos cubiertos dentro o fuera de la red, según corresponda, y se retira de su fondo. Sin embargo, el máximo de gastos de bolsillo no incluye los recargos (como una tarifa por cancelación tardía o un turno con el médico). Una vez que alcance el máximo de gastos de bolsillo, el plan cubrirá todos los gastos hasta el 100% durante el resto del año.

HRA

Una cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA) es una cuenta que usted puede usar para pagar gastos médicos de su bolsillo con dólares antes de impuestos, cuando esté inscrito en el plan de salud de HRA. Puede usar el dinero de la HRA para pagar los gastos médicos elegibles para usted y las personas a su cargo cubiertas. Las HRA también son un medio para que un individuo o una familia paguen sus gastos médicos sin los fondos gravados de antemano por el gobierno. El empleado no puede aportar a la HRA. Por favor, tenga en cuenta que: Los fondos disponibles para reembolso se limitan al saldo que tiene en su HRA.

CÓMO USAR LA HRA



La compañía aporta a su cuenta.

\$1000 para empleados individuales | \$2000 para una familia



Sus gastos son pagados por su HRA.

Su HRA paga sus montos elegibles de coseguro y deducible.



Usted realiza todos los copagos aplicables en el consultorio del médico.

Estos pagos computan para su deducible.



Usted paga su deducible.

Una vez que haya usado todos los fondos de su HRA, usted paga el resto del deducible de su bolsillo.



Después de eso, usted solo paga el coseguro.

Una vez que haya cumplido con su deducible, usted comparte el costo de los gastos. Esto se llama coseguro.



FSA

Las cuentas de gastos flexibles (FSA) le permiten pagar los gastos elegibles utilizando dólares libres de impuestos. Importante: Hay una regla de "úselo o piérdalo" impuesta por el IRS. Si no gasta todo el dinero de su FSA para atención médica, de propósito limitado o para atención de dependientes antes del 31 de marzo del año siguiente para los gastos incurridos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre, el dinero no utilizado se perderá según la normativa del IRS para los aportes antes de impuestos.

FSA PARA ATENCIÓN MÉDICA

Aporte hasta \$3050 al año, antes de impuestos, para pagar copagos, gastos de recetas, exámenes y pruebas de laboratorio, lentes de contacto y anteojos.

FSA de propósito limitado*

Las personas inscritas en el HDHP pueden aportar hasta \$3050 al año, antes de impuestos, para pagar los gastos oftalmológicos y odontológicos elegibles.

FSA PARA ATENCIÓN DE DEPENDIENTES

Aporte hasta \$5000 al año (\$2500 si está casado y presenta una declaración de renta por separado), antes de impuestos, para pagar los gastos de guardería relacionados con el cuidado de personas mayores o niños dependientes que sean necesarios para que usted o su cónyuge puedan trabajar o asistir a la escuela a tiempo completo. No puede utilizar su FSA de atención médica para pagar los gastos de atención de dependientes.



ÚSELOS O LOS PERDERÁ

Si no gasta todo el dinero de esta FSA antes del **31 de marzo**, los dólares no utilizados se perderán según la normativa del IRS para los aportes antes de impuestos.

*Máximo actual del IRS, sujeto a cambios

Cuando necesita atención — en cualquier momento, de día o de noche — o cuando su médico de atención primaria no está disponible, la telemedicina puede ser una opción conveniente. Con telemedicina, no necesita manejar hasta el consultorio del médico o sentarse en la sala de espera cuando está enfermo — puede consultar a su médico desde la comodidad de su propia cama o sillón.



Telemedicina

INSCRÍBASE HOY ASÍ ESTÁ LISTO CUANDO NECESITE ATENCIÓN

- Evite gérmenes en la sala de emergencias, clínica de atención de urgencia o consultorio médico.
- Consulte a un médico certificado, licenciado y con formación en telesalud en su horario con visitas virtuales a pedido las 24 horas, todos los días, incluidas las noches, los fines de semana y los días festivos.
- Reciba tratamiento para más de 80 afecciones comunes, incluyendo resfríos, gripe, alergias y más.
- Obtenga una receta o un surtido de corto plazo de cualquier receta enviada a una farmacia cercana en menos tiempo que su visita normal al médico.
- Evite los copagos y deducibles costosos de la sala de emergencias y clínica de atención de urgencia.

USAR TELEMEDICINA ES TAN SIMPLE COMO CONTAR HASTA TRES

<p>PASO 1</p> <p>INSCRÍBASE AHORA</p> <p>Configurar su cuenta segura toma solo unos minutos.</p> <p>Visite MDLIVEforCigna.com y haga clic en Inicio de sesión/Registrarse > Comience o llame al 888-726-3171</p>	<p>PASO 2</p> <p>SOLICITE UNA VISITA</p> <p>Puede recibir una visita médica de inmediato o programar una cita, todo ello por teléfono, computadora o la aplicación.</p>	<p>PASO 3</p> <p>SIÉNTASE MEJOR</p> <p>Obtenga tratamiento de un médico que pueda recetar medicamentos si es necesario.</p>
---	---	---



Cuidar su salud bucal no es un lujo, es una necesidad para una salud óptima a largo plazo.

Al centrarse en la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento, el seguro odontológico puede reducir en gran medida sus costos cuando se trata de procedimientos de restauración y de emergencia. Los servicios preventivos están cubiertos sin costo alguno para usted e incluyen exámenes y limpiezas de rutina. Solo pagará un pequeño deducible y un coseguro por servicios básicos y mayores.

Plan odontológico

Cuando visite a un dentista de la red, maximizará sus ahorros. Estos dentistas han acordado tarifas reducidas, lo que significa que no se le cobrará más de la parte de la factura que le corresponde.

	PLAN ODONTOLÓGICO PPO ALTO		PLAN ODONTOLÓGICO PPO BAJO		PLAN ODONTOLÓGICO HMO**
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	SOLO DENTRO DE LA RED
MÁXIMO DEL PLAN POR AÑO CALENDARIO					
Por persona	\$1500 por persona (servicios básicos y principales combinados)		\$1500 por persona (servicios básicos y principales combinados)		\$0
USTED PAGA					
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO					
Individual	\$50		\$50		\$0
Familia	\$150		\$150		\$0
ATENCIÓN PREVENTIVA					
Exámenes, limpiezas, radiografías	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0-\$50 de copago
SERVICIOS BÁSICOS					
Empastes, extracciones, endodoncias	10%	20%	20%	20%	\$0-\$95 de copago
PROCEDIMIENTOS MAYORES					
Dentaduras, coronas y puentes	40%	50%	50%	50%	\$0-\$720 de copago
ORTODONCIA					
Adultos	50%*		No se cubre		Se cubre
Niños	50%*				

*Para los servicios fuera de la red, los afiliados pagan el coseguro aplicable más cualquier cantidad que exceda el cargo usual, acostumbrado y razonable.

**DHMO no está disponible en AK, MT, ND, NH, SD, VT, WY.

(Para obtener una lista completa de los beneficios cubiertos, consulte los documentos de su plan).

APORTES DEL EMPLEADO	PLAN ODONTOLÓGICO PPO ALTO		PLAN ODONTOLÓGICO PPO BAJO		PLAN ODONTOLÓGICO HMO	
	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL	QUINCENAL	SEMANAL
Solo empleado	\$18.76	\$9.38	\$16.24	\$8.12	\$9.84	\$4.92
Empleado + 1	\$44.81	\$22.40	\$33.14	\$16.57	\$20.07	\$10.03
Empleado + 2 o más	\$65.03	\$32.52	\$51.05	\$25.52	\$30.88	\$15.44



Plan oftalmológico

Puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles, o puede renunciar a la cobertura oftalmológica. No es necesario estar inscrito en la cobertura médica para elegir la cobertura oftalmológica o cubrir a los mismos dependientes en la cobertura médica y oftalmológica.

En el cuadro que figura a continuación se resumen las principales características del plan de oftalmológico. Consulte los documentos oficiales del plan para obtener información adicional sobre la cobertura y las exclusiones.



Unos ojos sanos y una visión clara son una parte importante de su salud general y de su calidad de vida.

PLAN OFTALMOLÓGICO DE VSP	
DENTRO DE LA RED	
USTED PAGA	
Examen	\$10 de copago
Monofocales	\$0
Lentes bifocales	\$95-\$105
Trifocales	\$150-\$175
Monturas	\$140 de asignación para una amplia selección de monturas
	\$160 de asignación para marcas de monturas destacadas
	20% de ahorro en el monto en exceso de su asignación
	\$75 de asignación de monturas para Walmart/Costco
Lentes de contacto electivos	Hasta \$60 de copago
FRECUENCIA DEL BENEFICIO	
Exámenes	Cada 12 meses
Lentes	Cada 12 meses
Monturas	Cada 24 meses
Lentes de contacto	Cada 12 meses

	APORTES DEL EMPLEADO	
	QUINCENAL	SEMANAL
Solo empleado	\$3.29	\$1.64
Empleado + 1	\$6.06	\$3.03
Empleado + 2 o más	\$8.60	\$4.30

Protección de los ingresos

SEGURO BÁSICO DE VIDA Y AD&D

El seguro de vida paga una suma global a su(s) beneficiario(s) para ayudar a cubrir los gastos en caso de su muerte. El seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) paga un beneficio si usted fallece o sufre determinadas lesiones graves como consecuencia de un accidente cubierto. En el caso de una lesión accidental cubierta (por ejemplo, pérdida de la vista, pérdida de un miembro), el beneficio que recibe es un porcentaje del total de su cobertura AD&D basado en la gravedad de la lesión accidental.

SEGURO BÁSICO DE VIDA Y AD&D - PARA USTED

NIVEL DE COBERTURA	MONTO DE COBERTURA	PRUEBA DE ASEGURABILIDAD/PRUEBA DE BUENA SALUD
Seguro básico de vida y AD&D	\$25 000	Ninguno

INGRESO IMPUTADO

De acuerdo con las leyes fiscales actuales, el ingreso imputado es el valor de su seguro básico de vida que excede los \$50 000 y está sujeto a los impuestos federales sobre la renta, al seguro social y a los impuestos estatales sobre la renta, si corresponde. Este monto de ingreso imputado se incluirá en su cheque de pago y figurará en su declaración W-2.

EMISIÓN GARANTIZADA Y CONSTANCIA DE ASEGURABILIDAD

Los empleados y cónyuges que eligen el seguro voluntario de vida y AD&D cuando son elegibles por primera vez pueden elegir hasta el monto de la Emisión Garantizada (GI) sin necesidad de presentar una Constancia de Asegurabilidad (EOI). Si el monto solicitado es superior al de la GI, tendrá que proporcionar la EOI antes de que el monto superior a la GI se haga efectiva.

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA Y AD&D

Los seguros voluntarios de vida y AD&D para usted y sus dependientes pueden ayudar a proteger a su familia en momentos difíciles.

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA Y AD&D - PARA USTED Y SUS DEPENDIENTES

NIVEL DE COBERTURA	MONTO DE COBERTURA	PRUEBA DE ASEGURABILIDAD/PRUEBA DE BUENA SALUD
Solo empleado	Incrementos de \$10 000, sin exceder 5 veces su salario base o \$500 000.	Se requiere si se elige una cobertura igual o superior a \$150 000.
Cónyuge	Incrementos de \$5000 hasta \$250 000, sin superar los 50% de cobertura para empleados.	Ninguno
Hijo(s)	Incrementos de \$2000 a un máximo de \$10 000.	Ninguno
	\$500 para niños desde el nacimiento hasta los 6 meses.	

EMPLEADO Y CÓNYUGE/TARIFA COMBINADA DE PAREJA DE HECHO

EDAD	TARIFAS MENSUALES POR \$1000	EDAD	TARIFAS MENSUALES POR \$1000
< 20-34	\$0.05	60-64	\$0.56
35-39	\$0.07	65-69	\$1.00
40-44	\$0.12	70-74	\$2.65
45-49	\$0.17	75 años a más	\$5.55
50-54	\$0.35	Tarifa para hijos	\$0.179
55-59	\$0.54		



DISCAPACIDAD VOLUNTARIA

El seguro por discapacidad puede mantenerle económicamente estable en caso de que sufra una discapacidad admitida y no pueda trabajar. Puede ayudar a proporcionar una sensación de seguridad, sabiendo que si ocurre lo inesperado, seguirá recibiendo un ingreso mensual. Una discapacidad calificada es una enfermedad o lesión que hacen que usted no pueda realizar ningún otro trabajo para el cual esté o pueda estar calificado por educación, capacitación o experiencia.





Planificación para la jubilación

Una de las mejores maneras de garantizar una jubilación segura es empezar a ahorrar lo antes posible. Nuestro plan de ahorro 401(k) le permite ahorrar para la jubilación con un esquema antes de impuestos. Puede comenzar a aportar al plan en cualquier momento una vez que es elegible y puede empezar a hacer aportes a su cuenta mediante cómodas deducciones de su cheque de paga. Excelligence igualará el 100% de su aportación hasta el primer 3%, y el 50% del 2% siguiente de su aportación.

AUMENTE SUS AHORROS PARA LA JUBILACIÓN CON UN 401(K)

RESERVE LOS APORTES DE SUS GANANCIAS ELEGIBLES

Financiado con
**ANTES DE
IMPUESTOS**
dólares

El
ANUAL
Aporte

Equiparación
de la Compañía

no puede exceder el límite del
IRS de
\$22 500



Si tiene **50 años o más**, puede hacer un aporte adicional de **\$7500**

Llame a Fidelity hoy mismo al (800) 835-5097 para comenzar o ingrese a www.nb.fidelity.com.



Planes Médicos Complementarios

Tal y como suena, los planes médicos complementarios pueden ayudarle a pagar los gastos en los que pueda incurrir tras una lesión accidental, enfermedad u hospitalización. Estos planes son 100% voluntarios.

SEGURO CONTRA ACCIDENTES

El seguro contra accidentes paga una suma global si se lesiona a causa de un accidente. Le permite reclamar beneficios, aunque las lesiones sufridas no le impidan trabajar. El seguro contra accidentes también puede complementar el seguro de enfermedad si un accidente le ocasiona gastos médicos que su seguro de enfermedad no cubre.

El seguro de accidentes cubre lesiones admitidas, como fractura de una extremidad, pérdida de una extremidad, quemaduras, laceraciones o parálisis. En caso de muerte accidental, el seguro contra accidentes paga el dinero a su beneficiario designado. Mientras que las compañías de seguros médicos pagan a su proveedor o centro, el seguro contra accidentes le paga a usted directamente.

GASTOS ELEGIBLES



Visitas a la sala de emergencias



Estancias en el hospital



Fracturas y dislocaciones



Exámenes médicos – incluyendo exámenes diagnósticos importantes.



Terapia física



Transporte y alojamiento: si usted está lejos de casa cuando ocurre el accidente

¿CÓMO FUNCIONA EL SEGURO CONTRA ACCIDENTES?

Las pólizas de seguro contra accidentes pueden proporcionarle un pago de suma global directamente a usted que le ayudará a pagar una amplia gama de situaciones, incluyendo atención inicial, cirugía, transporte y alojamiento y atención de seguimiento. Así es como funciona:

- Se paga un monto fijo en función de las lesiones que sufra y del tratamiento que reciba.
- Los beneficios se le abonan directamente a usted (a menos que especifique lo contrario) y puede utilizarlas como considere oportuno.
- La cobertura está disponible para usted, su cónyuge y los hijos dependientes que cumplan los requisitos.
- No es necesario responder a preguntas médicas ni someterse a un examen físico para obtener la cobertura básica.
- El seguro contra accidentes cubre las lesiones que se producen en el trabajo o fuera de el, a diferencia de la indemnización por accidente de trabajo, que solo cubre las lesiones en el trabajo.
- Los pagos de los beneficios no se ven reducidos por cualquier otro seguro que pueda tener con otras compañías.

PRIMAS MENSUALES	
Solo empleado	\$16.00
Empleado + Cónyuge	\$27.68
Empleado + Hijo(s)	\$33.64
Familia	\$42.68

SEGURO POR ENFERMEDAD GRAVE

Aunque el seguro médico es vital, no lo cubre todo. Si usted padece una enfermedad seria, como cáncer, derrame cerebral o un ataque cardíaco, el seguro médico mayor no le proporcionará la cobertura que necesita. El seguro de enfermedad grave aliviará la tensión financiera y le ayudará a centrarse en su recuperación.

¿CÓMO SE PAGA UN RECLAMO DE ENFERMEDAD GRAVE?

Tras contratar un seguro de enfermedad grave, si sufre una de las enfermedades graves cubiertas por su póliza, se le pagará una cantidad única. El pago irá directamente a usted en lugar de a un prestador médico. El pago que reciba puede ser utilizado para muchas cosas, incluyendo:

- Gastos de cuidado de niños
- Gastos médicos
- Gastos de viaje para usted y su familia
- Pérdida de salario por ausencia en el trabajo
- Gastos de manutención

Nota: Para inscribirse en este plan, usted debe estar inscrito en un plan médico (cualquier plan médico importante, no necesariamente un plan médico de Excelligence). Si se inscribe en el plan de enfermedad grave, tendrá que presentar el EOI. Si no lo realiza, su inscripción será cancelada.

Los planes de seguro de enfermedades accidentales y graves no están patrocinados por Excelligence Corporation y no pretenden estar sujetos a ERISA. Esto significa que la compañía no respalda este programa de beneficios; se le ofrece simplemente como consecuencia de su empleo en Excelligence Learning Corporation. Si elige participar en este beneficio, su relación contratada será directamente con el portador del beneficio, no con Excelligence Learning Corporation.

APORTES DEL EMPLEADO

COSTO QUINCENAL - \$20 000 MONTO DE LA COBERTURA					
NO TABACO			FUMADOR		
EDAD	SOLO EMPLEADO/EMPLEADO + HIJO(S)	EMPLEADO + CÓNYUGE/FAMILIA	EDAD	SOLO EMPLEADO/EMPLEADO + HIJO(S)	EMPLEADO + CÓNYUGE/FAMILIA
18-29	\$3.46	\$5.50	18-29	\$4.34	\$6.84
30-39	\$7.26	\$11.28	30-39	\$10.20	\$15.68
40-49	\$14.06	\$21.58	40-49	\$22.30	\$33.94
50-59	\$24.68	\$37.66	50-59	\$39.78	\$60.32
60-64	\$33.42	\$50.86	60-64	\$54.18	\$82.00
Mayor de 65 años	\$51.88	\$78.74	Más de 65	\$84.12	\$127.10

MUESTRA DE LAS AFECCIONES CUBIERTAS



Ataque al corazón



Esclerosis múltiple



Derrame cerebral



Enfermedad de Alzheimer



Enfermedad de Parkinson



Falla orgánica importante





SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

El seguro de indemnización hospitalaria es un plan diseñado para pagar los costos de una admisión hospitalaria que quizás no estén cubiertos por otro seguro. El plan cubre a los empleados que son admitidos en un hospital o ICU por una lesión o enfermedad cubierta. Aun cuando su seguro médico cubre la mayoría de su hospitalización, igualmente podrá recibir pagos de su plan de seguro de indemnización hospitalaria para cubrir gastos extra mientras se recupera.

¿CÓMO FUNCIONA EL SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA?

Usted paga primas mensuales por su plan de seguro de indemnización hospitalaria. Si es admitido en el hospital por una lesión o enfermedad, su plan de seguro de indemnización hospitalaria le realiza pagos en efectivo. Y como los pagos van directamente a usted, puede usar estos fondos de emergencia para pagar costos no cubiertos por su seguro de salud, los deducibles, copagos y coseguros del seguro de salud, gastos de cuidado de niños mientras está en el hospital o gastos cotidianos mientras se recupera.

PRIMAS MENSUALES	
Solo empleado	\$30.42
Empleado + Cónyuge	\$83.59
Empleado + Hijo(s)	\$52.65
Familia	\$89.96

MUESTRA DE LAS AFECCIONES CUBIERTAS

-  **Admisión hospitalaria**
-  **Confinamiento hospitalario**
-  **Cuidados intensivos hospitalarios**
-  **Cuidado quirúrgico**
-  **Diagnóstico médico e imágenes**
-  **Transporte y alojamiento**

PLAN LEGAL

El plan legal ofrece representación legal para usted, su cónyuge y sus dependientes a un precio que no afectará su presupuesto. Usted puede recibir asesoramiento legal y servicios legales totalmente cubiertos para una gran variedad de temas legales personales de un abogado del plan que participe en la red. Los servicios prestados a través del plan incluyen:

- Comparecencias en tribunales
- Revisión y preparación de documentos
- Defensa en cobros de deudas
- Redacción de testamentos
- Derecho de familia
- Asuntos inmobiliarios

Cuando usted recurre a un abogado del plan para recibir servicios cubiertos, no hay ningún periodo de espera, ni límites de uso, deducibles o copagos. El plan se ofrece a una tarifa grupal mensual baja, que usted puede pagar mediante deducciones salariales automáticas.

ESCENARIOS MÉDICOS COMPLEMENTARIOS

SEGURO CONTRA ACCIDENTES

POR EJEMPLO	
El accidente	De camino al trabajo, John tuvo un accidente de auto.
Gastos de ambulancia, urgencias y hospitalización	Fue transportado por una ambulancia terrestre a la sala de emergencias y fue hospitalizado.
Estancia en el hospital y fisioterapia	Tenía una cadera dislocada y pasó cinco días en el hospital. Se sometió a varias sesiones de fisioterapia antes de volver al trabajo.
Su plan médico pagado	El plan médico de John dice que él tiene que pagar un deducible antes de que el plan pague, más un coseguro.
John también tiene un seguro contra accidentes	Presentó su reclamación por accidente y recibió \$5850 de su póliza contra accidentes. Lo usó para su deducible, copago y para complementar sus ingresos por sus días de trabajo perdidos.

SEGURO CONTRA ACCIDENTES DE JOHN PAGADO

Ambulancia terrestre	\$300
Atención en sala de emergencias	\$150
Radiografía	\$50
Resonancia magnética	\$150
Estadía en el hospital - Admisión	\$1000
Estancia en el hospital - Diaria (5)	\$1000
Cadera dislocada	\$3000
Instrumental médico	\$100
Terapia física (4)	\$100
BENEFICIOS TOTALES PAGADOS	\$5850

SEGURO POR ENFERMEDAD GRAVE

POR EJEMPLO		
		
Tom sufre un derrame cerebral relativamente pequeño.	Está hospitalizado durante cinco días.	Comienza la rehabilitación para volver a estar como estaba físicamente antes del derrame cerebral.
TOTAL DE BENEFICIOS A TANTO ALZADO PAGADAS		\$10 000

INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

POR EJEMPLO		
		
En abril, Sarah inesperadamente necesitó una cirugía de espalda.	Sarah fue admitida en el hospital para ser operada.	Presentó su reclamación y recibió una suma global de \$1000 de la compañía de seguros.
BENEFICIOS TOTALES PAGADOS		\$1000



Beneficios adicionales

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE VIDA

Como los problemas personales pueden afectar a todos los aspectos de tu vida, te proporcionamos automáticamente a ti y a tu familia el Programa de Asistencia Vital (LAP) a través de New York Life sin costo alguno para usted. Llame al LAP 24/7 para obtener asistencia confidencial ilimitada cuando esté afrontando cualquier problema personal. Usted y su familia tienen acceso a tres consultas gratuitas con un clínico matriculado, por incidente, por persona, por año calendario. Los servicios incluyen:

- Servicios legales: Consultas sobre asuntos relacionados con el derecho civil, del consumidor, personal y de familia, asuntos financieros, derecho comercial, bienes raíces, planificación de herencia y más
- Servicios Financieros: Presupuestos, crédito y orientación financiera, planificación de la jubilación y asistencia en cuestiones fiscales
- Asistencia con cuidado de niños y personas mayores: Evaluación de las necesidades junto con derivaciones a proveedores de cuidado de niños y personas mayores
- Servicios de recuperación por robos de identidad: Información sobre prevención del robo de identidad, un kit de respuesta de emergencia en caso de robo de identidad y ayuda en caso de ser víctima
- Servicios de vida cotidiana: Derivaciones para ayudar con la planificación de eventos, servicios de transporte, servicios para mascotas y más

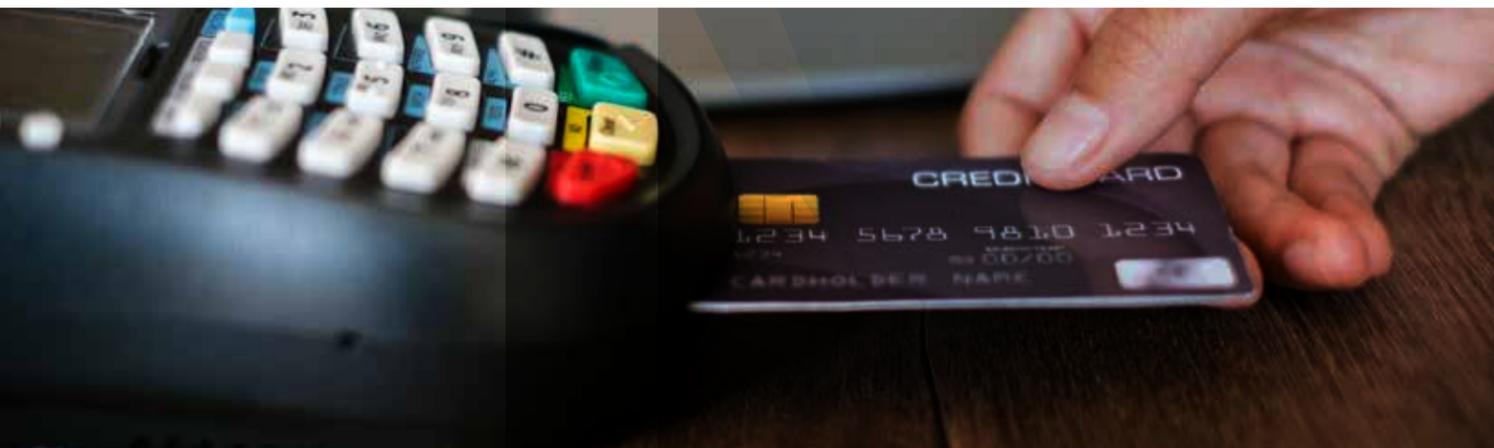
La asistencia confidencial está disponible en cualquier momento llamando al 800-538-3543 o entrando en www.nylgbs-lap.com

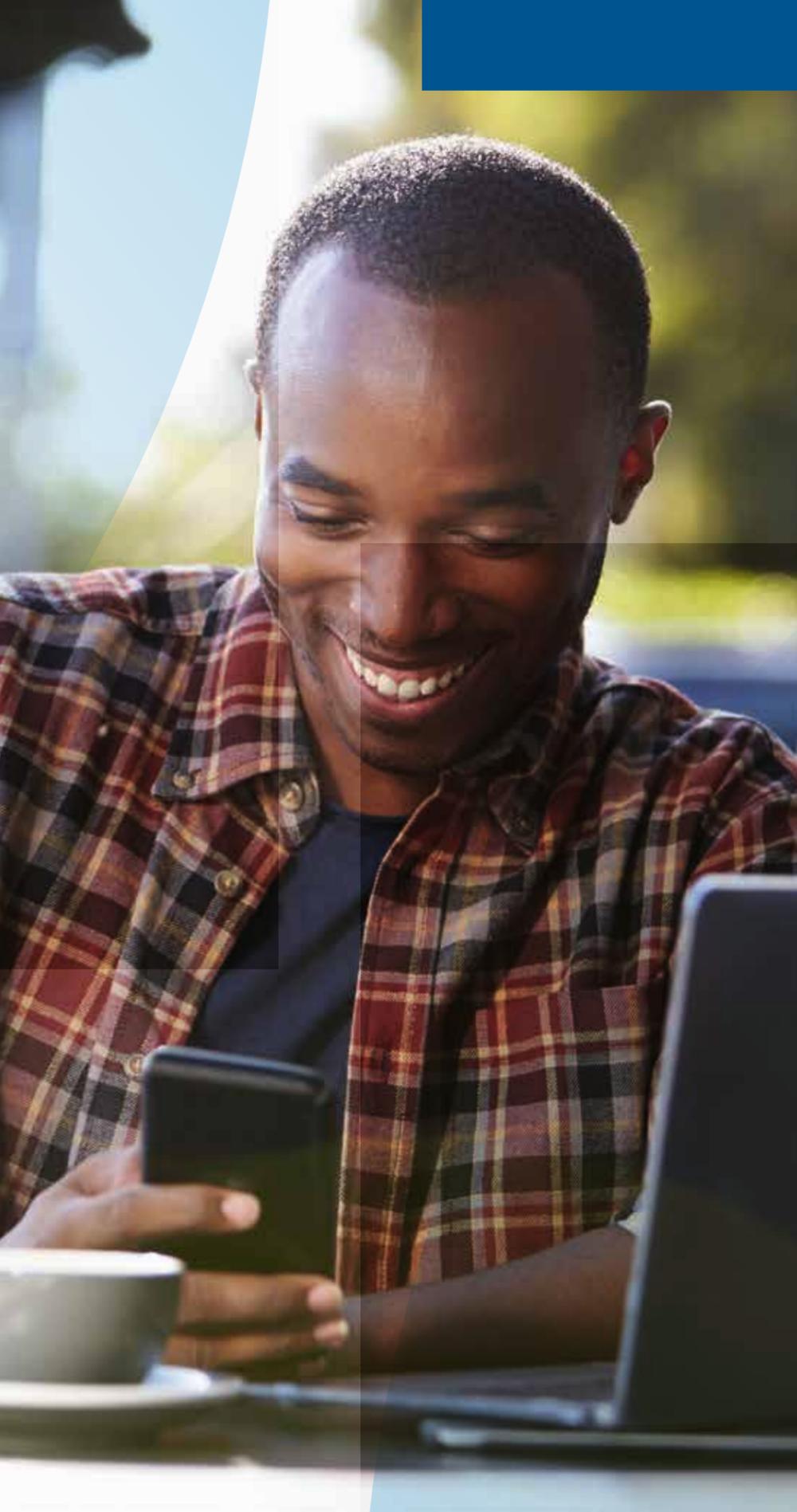


SEGURO PARA MASCOTAS

¡No nos olvidemos de nuestros amigos peludos! Veterinary Pet Insurance (VPI) ayuda a compensar el costo del cuidado de su mascota con una amplia gama de tratamientos médicos cubiertos. El VPI cubre desde la atención preventiva hasta los accidentes y enfermedades, así como los costos de las radiografías, las visitas al consultorio, los medicamentos, las cirugías y las estancias en el hospital. Puede elegir su propio veterinario o recurrir a un veterinario autorizado dentro de la red. El costo de la cobertura depende de la edad de su mascota, de su especie y del nivel de cobertura que elija.

Para obtener más información, un presupuesto o para inscribirse, visite Nationwide Pet Insurance www.petsnationwide.com o llame al 877-738-7874.





Contactos Importantes

COBERTURA	CONTACTO	TELÉFONO	SITIO WEB
Plan médico y de farmacia	Cigna	800-244-6224	www.myCigna.com
Seguro por enfermedad grave	Allstate	800-521-3535	www.allstatebenefits.com
Seguro contra accidentes	Allstate	800-521-3535	www.allstatebenefits.com
Seguro de hospitalización	Allstate	800-521-3535	www.allstatebenefits.com
Cuenta de reembolso de gastos médicos	Cigna	800-244-6224	www.myCigna.com
Cuenta de ahorros para gastos médicos	Cigna	800-244-6224	www.myCigna.com
Telemedicina	MDLIVE	888-726-3171	MDLIVEforCigna.com
Plan odontológico	Cigna	800-244-6224	www.myCigna.com
Plan oftalmológico	VSP	800-877-7195	www.vsp.com
Cuenta de gastos flexibles	PayPro	800-427-4549	www.PAGroup.US
Seguro de vida y AD&D	New York Life	800-557-7975	www.newyorklife.com
Discapacidad	New York Life	800-557-7975	www.newyorklife.com
Plan de jubilación 401(k)	Fidelity	800-835-5097	www.netbenefits.com o www.401k.com
Programa de asistencia de vida (LAP)	New York Life	800-538-3543	www.nylgbs-lap.com
Plan de asistencia legal	MetLife	800-821-6400	www.legalplans.com
Seguro para mascotas	Nationwide	877-738-7874	www.PetsNationwide.com
Recursos Humanos - Beneficios	Excelligence	913-303-8430	www.excelligenceresourcecenter.com
Línea de ayuda sobre beneficios	Willis Towers Watson	833-744-1218	excelligence@willistowerswatson.com

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos con receta. Consulte la página 28 para ver más detalles.

Avisos obligatorios



AVISOS SOBRE LA LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER

Si se ha sometido o se tiene que someter a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, se brindará cobertura de una manera que se determina a través de la consulta con el médico a cargo y el paciente para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- La cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica.
- prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se ofrecerán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en el marco de este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros (individuales):

- HDHP con HSA: 20% después de un deducible de \$3000 dentro de la red o 50% después de un deducible de \$5800 fuera de la red
- Plan PPO con HRA: 30% después de un deducible de \$3000 dentro de la red o 50% después de \$9000 fuera de la red
- PPO tradicional: 30% después de un deducible de \$1000 dentro de la red y 50% después de un deducible de \$3000 fuera de la red.

Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame a su administrador del plan al 913-303-8430

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS

Los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios de una estadía hospitalaria de cualquier duración relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal en general no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dar de alta a la madre o a su hijo antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y las aseguradoras no pueden, bajo la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o la aseguradora para indicar una estancia hospitalaria no superior a las 48 horas (o 96 horas).

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO INFANTIL (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para recibir cobertura médica de su empleador, su estado podría tener un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudarlo a pagar la cobertura, usando 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 para el pago de primas pero es posible que pueda contratar cobertura de seguro individual a través de Health Insurance Marketplace. Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en un Estado que se menciona a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia para el pago de primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o llame al 1-877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitar. Si usted califica, pregunte a su estado si dispone de algún programa que pudiera ayudarlo a pagar las primas para un plan patrocinado por el empleador

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir la asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP, y también son elegibles en el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan si usted todavía no lo estuviera. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial" y usted debe solicitar cobertura dentro de los 60 días después de haberse determinado su elegibilidad para recibir asistencia para el pago de primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, usted podría ser elegible para recibir asistencia para el pago de las primas del plan médico de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre elegibilidad -

ALABAMA-MEDICAID	CALIFORNIA-MEDICAID
Sitio web: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447	Sitio web: Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP) http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
ALASKA-MEDICAID	COLORADO-HEALTH FIRST COLORADO (PROGRAMA MEDICAID DE COLORADO) Y CHILD HEALTH PLAN PLUS (CHP+)
Programa de Pago de Primas del Seguro Médico de AK Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Eligibilidad: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Retransmisión estatal 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-healthplan-plus CHP+ Servicio de atención al cliente 1-800-359-1991/ Retransmisión del estado 711 Programa de compra de seguros de salud (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program HIBI Servicios de atención al cliente: 1-855-692-6442
ARKANSAS-MEDICAID	FLORIDA-MEDICAID
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: https://www.flmedicaidplrecovery.com/flmedicaidplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA-MEDICAID	MAINE-MEDICAID
Sitio web de HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, presione 1 GA CHIPRA Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, Presione 2	Sitio web de inscripción: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Retransmisión de Maine 711 Sitio web del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Retransmisión de Maine 711
INDIANA-MEDICAID	MASSACHUSETTS-MEDICAID Y CHIP
Sitio web de Healthy Indiana Plan para adultos de 19 a 64 años con bajos ingresos: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás, Sitio web de Medicaid: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono 1-800-457-4584	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840
IOWA-MEDICAID Y CHIP (HAWKI)	MINNESOTA-MEDICAID
Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Hawki Sitio web: http://dhs.iowa.gov/Hawki Hawki Teléfono: 1-800-257-8563 HIPP Sitio web: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp HIPP Teléfono: 1-888-346-9562	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
KANSAS-MEDICAID	MISSOURI-MEDICAID
Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884	Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005

KENTUCKY-MEDICAID	MONTANA-MEDICAID
<p>Sitio web del Programa de Pago de Primas del Seguro Médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</p> <p>Teléfono: 1-855-459-6328</p> <p>Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov</p> <p>Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</p> <p>Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Kentucky Medicaid: https://chfs.ky.gov</p>	<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/ HIPP</p> <p>Teléfono: 1-800-694-3084</p>
LOUISIANA-MEDICAID	NEBRASKA-MEDICAID
<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp</p> <p>Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</p> <p>Teléfono: 1-855-632-7633</p> <p>Lincoln: 402-473-7000</p> <p>Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA-MEDICAID	CAROLINA DEL SUR-MEDICAID
<p>Sitio web de Medicaid: http://dhcftp.nv.gov</p> <p>Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov</p> <p>Teléfono: 1-888-549-0820</p>
NUEVO HAMPSHIRE-MEDICAID	DAKOTA DEL SUR-MEDICAID
<p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm</p> <p>Teléfono: 603-271-5218</p> <p>Número de teléfono gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext 5218</p>	<p>Sitio web: http://dss.sd.gov</p> <p>Teléfono: 1-888-828-0059</p>
NUEVA JERSEY-MEDICAID Y CHIP	TEXAS-MEDICAID
<p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</p> <p>Teléfono de Medicaid: 609-631-2392</p> <p>Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html</p> <p>Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>	<p>Sitio web: http://gethipptexas.com/</p> <p>Teléfono: 1-800-440-0493</p>

NUEVA YORK-MEDICAID	UTAH-MEDICAID Y CHIP
<p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</p> <p>Teléfono: 1-800-541-2831</p>	<p>Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/</p> <p>Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip</p> <p>Teléfono: 1-877-543-7669</p>
CAROLINA DEL NORTE-MEDICAID	VERMONT-MEDICAID
<p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/</p> <p>Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/</p> <p>Teléfono: 1-800-250-8427</p>
DAKOTA DEL NORTE-MEDICAID	VIRGINIA-MEDICAID Y CHIP
<p>Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/</p> <p>Teléfono: 1-844-854-4825</p>	<p>Sitio web: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp</p> <p>Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924</p> <p>Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924</p>
OKLAHOMA-MEDICAID Y CHIP	WASHINGTON-MEDICAID
<p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org</p> <p>Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>Sitio web: https://www.hca.wa.gov/</p> <p>Teléfono: 1-800-562-3022</p>
OREGÓN-MEDICAID	WEST VIRGINIA-MEDICAID Y CHIP
<p>Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html</p> <p>Teléfono: 1-800-699-9075</p>	<p>Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/http://mywvhipp.com/Medicaid</p> <p>Teléfono: 304-558-1700</p> <p>Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
PENSILVANIA-MEDICAID	WISCONSIN-MEDICAID Y CHIP
<p>Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx</p> <p>Teléfono: 1-800-692-7462</p>	<p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</p> <p>Teléfono: 1-800-362-3002</p>

RHODE ISLAND-MEDICAID Y CHIP	WYOMING-MEDICAID
<p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/</p> <p>Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa de Rlte Share)</p>	<p>Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</p> <p>Teléfono: 1-800-251-1269</p>

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de enero de 2022, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

Servicios del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	ESTADOS UNIDOS. Departamento de Salud y Servicios Humanos
Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid www.cms.hhs.gov
www.dol.gov/agencies/ebsa	1-877-267-2323, opción de menú 4, extensión 61565
1-866-444-EBSA (3272)	

DECLARACIÓN DE LA LEY PARA LA REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (Paperwork Reduction Act, PRA), ninguna persona está obligada a responder ante una reunión de información a menos que dicha reunión cuente con un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El Departamento indica que un organismo Federal no puede realizar ni patrocinar una reunión de información a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de la PRA, y cuente con un número de control actualmente válido de la OMB, y el público no está obligado a responder ante una reunión de información a menos que cuente con un número de control válido de la OMB. Consulte 44 U.S.C. 3507. Además, y sin perjuicio de otras disposiciones legales, ninguna persona podrá ser sancionada por no cumplir con un pedido de información si el pedido de información no exhibe un número de control OMB válido. Consulte 44 U.S.C. 3512.

El tiempo que insume al público responder a este pedido de información se estima en un promedio de aproximadamente siete minutos por persona. Se aconseja a los interesados que envíen comentarios sobre esta estimación de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de este pedido de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, Departamento de Trabajo de EE.UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación; Atención: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o por correo electrónico ebsa.opr@dol.gov y haga referencia al Número de Control OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (expira el 31/01/2023)

PARTE D DE MEDICARE - COBERTURA ACREDITABLE

Aviso importante de Excelligence Learning Corporation acerca de su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Por favor, lea este aviso con mucha atención y guárdelo en un lugar seguro. Este aviso contiene información acerca de su cobertura actual de medicamentos con receta de Excelligence Learning Corporation y sobre sus opciones según la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea adherir o no a un plan de medicamentos de Medicare. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

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

- La cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare se puso a disposición de todas las personas que tienen Medicare en 2006. Usted puede obtener esta cobertura si se adhiere a un plan de medicamentos con receta de Medicare o a un Plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
- Excelligence Learning Corporation ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos con receta que ofrece Excelligence Learning Corporation Health & Welfare Plan para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (recargo) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medical.

¿CUÁNDO SE PUEDE ADHERIR A UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

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

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos con receta, sin mediar culpa de su parte, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para adherirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿QUÉ SUCEDE CON SU COBERTURA ACTUAL SI DECIDE ADHERIRSE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Excelligence Learning Corporation no se verá afectada. Puede conservar esta cobertura si elige la Parte D y este plan se coordinará con la cobertura de la Parte D.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancela su cobertura actual de Excelligence Learning Corporation, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará una prima más alta (recargo) para adherirse a un plan de medicamentos de Medicare?

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

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar por lo menos en 1% de la prima básica del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podría llegar a ser al menos un 19% más alta que la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima superior (un recargo) mientras tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. También, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para ingresar.

Para obtener Más Información sobre este Aviso o sobre su Actual Cobertura de Medicamentos con Receta....

Para más información, llame al Departamento de Recursos Humanos al 913-303-8430. NOTA: Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo periodo en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Excelligence Learning Corporation cambia. También podrá solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

Para más información, llame al Departamento de Recursos Humanos al 913-303-8430. NOTA: Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo periodo en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Excelligence Learning Corporation cambia. También podrá solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS OPCIONES CON LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE...

En el manual "Medicare y Usted" ("Medicare & You") encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Todos los años Medicare le enviará por correo una copia del manual. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

- Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:
- Visite www.medicare.gov
- Para obtener ayuda personalizada, llame a su Programa Estatal para Asistencia en Seguro de Salud (en el interior de la contratapa de su manual "Medicare & You" (Medicare y usted) encontrará su número de teléfono)

Llame al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si usted tiene recursos e ingresos limitados, hay disponible asistencia adicional para pagar un plan de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

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

Fecha: 01/01/2023

Nombre de la entidad/Remitente: Excellence Learning Corporation

Contacto-Cargo/Oficina: Departamento de Recursos Humanos

Dirección: 20 Ryan Ranch Road, Monterey, CA 93940

Número de teléfono: 913-303-8430

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE HIPAA

Si decide no inscribirse o no inscribir a sus dependientes (incluido su cónyuge) porque tiene otro seguro médico u otra cobertura de plan de médico grupal, usted podría inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes perdieran su elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de hacer los aportes correspondientes a la otra cobertura suya o de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes (o posteriores a la fecha en que el empleador deje de hacer aportes a la otra cobertura).

- Además, si tiene un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, podrá inscribirse usted e inscribir a sus dependientes. No obstante, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.
- También podrían existir derechos de inscripción especial en las siguientes circunstancias:
- Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o de un Programa de Seguro Médico Infantil (Children's Health Insurance Program, (CHIP)) estatal y usted solicita la inscripción dentro de los 60 días siguientes a la finalización de esa cobertura; o

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir un subsidio estatal de asistencia para primas a través de Medicaid o un CHIP estatal con respecto a la cobertura de este plan y solicita la inscripción dentro de los 60 días o cualquier periodo más largo que se aplique bajo el plan después de la determinación de elegibilidad para dicha asistencia.

Nota: El plazo de 60 días para solicitar la inscripción solo se aplica en estas dos últimas circunstancias enumeradas relativas a Medicaid y al CHIP estatal. Como se ha descrito anteriormente, se aplica un periodo de 30 días a la mayoría de las inscripciones especiales.

Para solicitar la inscripción especial o para obtener más información, comuníquese con: Departamento de Recursos Humanos, número de teléfono: 913-303-8430

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN DE SALUD DEL PLAN DE BIENESTAR DE EXCELLIGENCE LEARNING CORPORATION

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÁ USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PODRÁ ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA ESTE AVISO DETENIDAMENTE.

La fecha de vigencia de este Aviso de prácticas de privacidad para la información de salud del plan médico y bienestar de Excelligence Learning Corporation (el "Aviso") es 01/01/2023.

El Plan de Médico y de Bienestar de Excelligence Learning Corporation (el "Plan") proporciona beneficios de salud a los empleados elegibles de Excelligence Learning Corporation (la "Compañía") y a sus dependientes elegibles, como se describe en la(s) descripción(es) resumida(s) del plan. El Plan crea, recibe, usa, mantiene y divulga información médica de los empleados que participan y de sus dependientes mientras proporcionan estos beneficios de salud.

Para facilitar la referencia, en el resto de este Aviso, las palabras "usted", "su" y "sus" se refieren a cualquier individuo respecto de quien el Plan recibe, crea o conserva Información de salud protegida, incluidos empleados, jubilado (si corresponde) y beneficiarios admitidos de COBRA, si acaso, y sus respectivos dependientes.

Por ley, el Plan está obligado a tomar medidas razonables para proteger su Información de salud protegida del uso o la revelación inapropiados.

Su "Información Médica Protegida" (PHI) es información sobre el estado pasado, presente, o futuro de su salud física o mental, la prestación de atención médica que usted recibe, o el pago pasado, presente, o futuro de su atención médica, pero solo si la información lo identifica o hay fundamentos razonables para considerar que la información podría ser usada para identificarle. La Información de salud protegida incluye información de una persona que vive o que falleció (durante un periodo de cincuenta años después de la muerte).

Por ley, el Plan tiene la obligación de enviarle un aviso sobre sus obligaciones y prácticas de privacidad en lo que se refiere a su PHI, y lo hace mediante el presente Aviso. Este Aviso describe las diferentes maneras en que el Plan utiliza y divulga la PHI. Dado que no es posible en este Aviso describir en detalle todos los usos y revelaciones específicos de PHI que puede efectuar el Plan, este Aviso describe todas las categorías de usos y revelaciones de PHI que tiene permitidos el Plan, además de ejemplos de la mayoría de las categorías.

El Plan tiene la obligación de cumplir con lo dispuesto en este Aviso hasta que sea reemplazado. El Plan podrá cambiar en cualquier momento sus prácticas de privacidad; si uno de dichos cambios exige un cambio en los términos de este Aviso, el Plan revisará y redistribuirá este Aviso conforme al proceso de distribución del Plan. Por lo tanto, el Plan puede cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. El Plan tiene derecho de hacer regir cualquiera de esos cambios para toda la PHI que cree, reciba o mantenga, aún si el Plan hubiera recibido o creado esa PHI antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.

El Plan distribuye este Aviso y distribuirá todas sus revisiones únicamente a los empleados participantes, jubilados (de corresponder) y beneficiarios admitidos de COBRA, si acaso. Si usted tiene cobertura del Plan en calidad de dependiente de un empleado, jubilado (de corresponder) o beneficiario admitido de COBRA, podrá obtener una copia del Aviso solicitándola al contacto indicado al final del presente Aviso.

Tenga en cuenta que este Aviso aplica únicamente a su PHI que mantenga el Plan. No afecta las prácticas de privacidad de su médico ni de otros prestadores médicos con respecto a su PHI que mantengan ellos.

RECEPCIÓN DE SU PHI POR LA COMPAÑÍA Y ASOCIADOS DE NEGOCIOS

El plan puede divulgar su PHI a, y permitir el uso y la divulgación de su PHI por, la Compañía y los Asociados Comerciales, y cualquiera de sus subcontratistas sin obtener su autorización.

Patrocinador del plan: La compañía es el patrocinador y el administrador del plan. El Plan le puede revelar a la Compañía, en forma resumida, el historial de reclamos y otra información para que la Compañía pueda solicitar ofertas de primas para beneficios de salud, o modificar o finalizar el Plan. En esta información resumida, se omiten su nombre, su número de seguro social y otros datos de identificación. El Plan también puede divulgar a la Compañía información acerca de su participación e inscripción en el Plan y recibir información similar de la Compañía. Si la Compañía acuerda por escrito que protegerá la información del uso o divulgación inapropiados, el Plan también podrá divulgar a la Compañía un conjunto limitado de datos que incluya su PHI, pero omitirá incluir determinados identificadores directos, como se indica más adelante en este Aviso.

El Plan puede divulgar su PHI a la Compañía para las funciones de administración del plan realizadas por la Compañía en nombre del Plan, si la Compañía certifica al Plan que protegerá su PHI contra el uso y la divulgación inapropiados.

Ejemplo: La Compañía revisa y decide apelaciones de rechazos de reclamos bajo el Plan. El Administrador de Reclamos proporciona la PHI con respecto a un reclamo apelado a la Compañía para ayuda al Plan a ofrecer beneficios de salud. El Plan para tomar la decisión sobre la apelación.

Asociados de negocios: El Plan y la Compañía contratan terceros, como un administrador externo (el "Administrador de reclamos") para ayudar al Plan a ofrecer beneficios de salud. Estos terceros se denominan los "Asociados Comerciales" del Plan. El Plan puede divulgar su PHI a Asociados Comerciales, como el Administrador de Reclamos, que sean contratados por el Plan o la Compañía para prestar asistencia o llevar a cabo los términos del Plan. Asimismo, estos Asociados Comerciales pueden recibir PHI de terceros o crear PHI sobre usted mientras llevan a cabo los términos del Plan. El Plan y la Compañía deben exigir que todos los Asociados de Negocios se comprometan por escrito a proteger su PHI del uso o divulgación inapropiados, y a exigir lo mismo de sus subcontratistas y agentes.

A los fines de este Aviso, todas las acciones de la Compañía y los Asociados comerciales que se toman en nombre del Plan se consideran acciones del Plan. Por ejemplo, se considera que la información médica mantenida en los archivos del Administrador de Reclamos es mantenida por el Plan. Por lo tanto, cuando este Aviso haga referencia a las distintas acciones que toma el Plan con relación a la información de salud, estas acciones pueden tomarse por la Compañía o un Asociado comercial en nombre del Plan.

CÓMO EL PLAN PUEDE USAR O DIVULGAR SU PHI

El Plan podrá usar y divulgar su PHI para los fines siguientes sin obtener su autorización. Y salvo contadas excepciones, le enviaremos toda la correspondencia a usted, el empleado. Esto incluye correspondencia relacionada con su cónyuge y otros familiares cubiertos por el Plan. Si una persona cubierta por el Plan ha solicitado Restricciones o Comunicaciones Confidenciales, y si el Plan ha aceptado esta solicitud, el Plan enviará la correspondencia conforme a la solicitud de Restricciones o Comunicaciones Confidenciales.

Su tratamiento de atención médica: El Plan podrá divulgar su PHI para actividades de tratamiento (según la definición de las normas federales de aplicación) de un prestador médico.

Ejemplo: si un médico solicitó información al Plan sobre reclamos previos conforme al Plan para asistir en su tratamiento, el Plan puede divulgar su PHI para este fin.

Ejemplo: El Plan podría divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para que el farmacéutico la utilice como referencia para determinar si una nueva receta puede ser perjudicial para usted.

Realización u obtención de pagos de atención médica o cobertura: El Plan podrá usar o divulgar su PHI para actividades de pago (según la definición de las normas federales correspondientes), lo que incluye la realización de pagos o el cobro de pagos de terceros, como proveedores médicos y otros planes médicos.

Ejemplo: El Plan recibirá facturas de los médicos por la atención médica proporcionada a usted que contendrá su PHI. El Plan usará esta PHI y creará PHI sobre usted en el curso de determinar si pagar y de pagar beneficios con relación a esta factura.

Ejemplo: el Plan puede considerar y hablar sobre sus antecedentes médicos con un proveedor de atención médica para determinar si un tratamiento específico para el que se reclaman o reclamarán beneficios del Plan es médicamente necesario, según se define en el Plan.

El uso o divulgación de su PHI por parte del Plan para fines de pago podrá incluir usos y divulgaciones para los siguientes fines adicionales, entre otros.

- Obtener pagos necesarios para la cobertura bajo el Plan
- Determinar o cumplir con su obligación de proporcionar cobertura y/o beneficios bajo el Plan, incluido determinaciones de elegibilidad y resolución de reclamos
- Obtener o proporcionar reintegros para la prestación de atención médica (incluido la coordinación de beneficios, subrogación y determinación de los montos de participación en costos
- Gestionar reclamos, actividades de cobranzas, obtener pagos bajo una póliza de seguro con tope de pérdida, y procesamiento de datos de atención médica relacionados
- Revisar los servicios de salud para determinar la necesidad clínica, cobertura bajo el Plan, la pertinencia de la atención o la justificación de los cargos
- Realizar revisiones de utilización, incluidas certificación y autorización previas a los servicios, revisión simultánea y retrospectiva de los servicios

El Plan también puede divulgar su PHI para asistir a otros planes de salud (incluyendo otros planes de salud patrocinados por la Compañía), proveedores de atención médica y centros de intercambio de información de atención médica con sus actividades de pago, incluyendo actividades como las mencionadas anteriormente con respecto al Plan.

Operaciones de atención médica: El Plan podrá usar o divulgar su PHI para operaciones de atención médica (según definición de las normas federales de aplicación) que incluyen diversas actividades facilitadoras.

Ejemplo: Si los reclamos que usted presenta al Plan indican que tiene diabetes u otra condición crónica, el Plan puede usar y divulgar su PHI para referirlo a un programa de control de enfermedades.

Ejemplo: Si los reclamos que usted presenta al Plan indican que la cobertura de limitación de pérdidas que la Compañía ha comprado en relación con el Plan puede ser activada, el Plan puede usar o divulgar su PHI para informar a la aseguradora de tope de pérdida del posible reclamo y para hacer cualquier reclamo que en última instancia se aplique.

El uso o divulgación de su PHI que el Plan haga a fin de realizar operaciones de atención médica podrá incluir usos y divulgaciones para los siguientes fines.

- Actividades de control de calidad y mejora
- Gestión de enfermedades, gestión de casos y coordinación de atención
- Actividades destinadas a mejorar la salud o reducir los gastos de atención médica
- Contacto con prestadores de salud y pacientes para informarles sobre alternativas de tratamiento
- Actividades de acreditación, certificación, licencia y credencial
- Programas de detección de fraude y abuso y de cumplimiento

El Plan también podrá usar o revelar su PHI a fin de asistir a otros planes de salud (incluido otros planes patrocinados por la Compañía), proveedores de atención médica y centrales de proceso de datos de salud con sus actividades de operaciones de atención médica que son como las mencionadas anteriormente, pero únicamente si tanto el Plan y el receptor de la información revelada mantienen una relación con usted y la PHI es parte de esa relación.

- El uso o divulgación de su PHI que el Plan haga a fin de realizar operaciones de atención médica puede incluir usos y divulgaciones para los siguientes fines adicionales, entre otros.
- Suscripción (con la excepción de la información genética de la PHI), calificación de primas y realización de funciones afines a la creación, renovación o reemplazo de seguros relacionados al Plan
- Planificación y desarrollo, como análisis de gestión de costos
- Realización y organización de revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría
- Gestión de negocios y administración general, incluyendo la implementación y el cumplimiento de las leyes aplicables, y la creación de información médica no identificada o un conjunto limitado de datos

El plan también puede utilizar o revelar su PHI con el fin de ayudar a otros planes de salud para los que la compañía es el patrocinador del plan, y cualquier asegurador y/o HMO con respecto a esos planes, con sus actividades de operaciones de atención médica similares a las dos categorías mencionadas anteriormente.

Conjunto de datos limitado: El Plan puede divulgar un conjunto limitado de datos a un destinatario que acuerde por escrito que lo protegerá del uso o la divulgación inapropiada. Un conjunto de datos limitados es la información médica sobre usted y/u otras personas que omite su nombre y número del seguro social y algunos otros datos de identificación.

Requisito legal: El Plan podrá usar o divulgar su PHI en la medida en que tenga la obligación de hacerlo por ley. Esto puede incluir revelar su PHI en cumplimiento de una orden judicial o citación. Además, el Plan debe permitir que el Departamento de Salud y Servicios Humanos para auditar los registros del Plan.

Salud o seguridad: Cuando sea congruente con la legislación vigente y las normas de conducta ética, el Plan podrá divulgar su PHI si considera, de buena fe, que dicha divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza inminente a su salud o la salud y seguridad de terceros. El Plan puede compartir información médica sobre usted para determinadas situaciones, como las siguientes:

- Evitar una enfermedad
- Ayudar con la retirada de productos
- Informar reacciones adversas a los medicamentos.
- Informar sobre sospechas de abuso, negligencia

Cumplimiento de la ley: El Plan podrá divulgar su PHI a un oficial de la ley si el Plan cree de buena fe que su PHI constituye evidencia de conducta criminal que ocurrió en las instalaciones del Plan. El Plan también podrá divulgar su PHI para fines limitados relacionados con el cumplimiento de la ley.

Demandas y disputas: Además de las divulgaciones requeridas por la ley en respuesta a órdenes judiciales, el plan puede revelar su PHI en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, pero solo si se han hecho ciertos esfuerzos para notificarle a usted la citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal o para obtener una orden que proteja la información a ser divulgada.

Compensación para trabajadores: El Plan podrá usar y divulgar su PHI cuando esté autorizado y en la medida que sea necesario para cumplir con leyes relacionadas con programas de indemnización por accidentes de trabajo u otros similares.

Situación de emergencia: El Plan podrá divulgar su PHI a un familiar, amigo u otra persona para que lo ayuden con su atención médica o el pago de su atención médica, si se encontrara usted en una situación de emergencia médica y no pudiera prestar su consentimiento para que el Plan lo haga.

Representantes personales: El Plan divulgará su PHI a sus representantes personales designados por usted o por la legislación vigente (por ejemplo, un padre que actúa en nombre de un hijo menor o un tutor designado para un adulto incapacitado) en la misma medida en que le divulgaría esa información a usted. El Plan puede elegir no divulgar información a un representante personal si cree razonablemente que: 1) usted puede haber sido o es víctima de abuso doméstico por su representante personal; o 2) reconocer a esa persona como su representante personal puede causarle a usted un daño; o 3) tratar a esa persona como su representante personal va en contra de sus intereses.

Salud pública: En la medida en que otras leyes aplicables no prohíban tales divulgaciones, el Plan puede divulgar su PHI a los fines de ciertas actividades de salud pública, incluyendo, por ejemplo, la presentación de información relacionada con la calidad, seguridad o efectividad de un producto regulado por la FDA a una persona sujeta a la jurisdicción de la FDA.

Actividades de supervisión de salud: El Plan podrá divulgar su PHI a una agencia de supervisión de salud pública para actividades autorizadas, incluyendo auditorías, investigaciones civiles, administrativas o criminales; inspecciones; licencias o acciones disciplinarias.

Médico forense, examinador médico o director de funeraria: El Plan podrá divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico a los fines de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de una muerte u otras tareas autorizadas por ley. Además, el Plan podrá divulgar su PHI al director de una funeraria, de acuerdo con la ley aplicable, según sea necesario para que dicha persona lleve a cabo sus tareas.

Donación de órganos. El Plan podrá usar o divulgar su PHI para ayudar a las entidades que participan en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.

Funciones gubernamentales especificadas: En circunstancias específicas, las regulaciones federales pueden requerir que el Plan use o divulgue su PHI para facilitar funciones gubernamentales específicas relacionadas con los militares y los veteranos, actividades de seguridad nacional e inteligencia, servicios de protección para el presidente y otros, e instituciones correccionales y reclusos.

Investigación: El Plan podrá divulgar su PHI a investigadores cuando sus identificadores individuales hayan sido removidos o cuando una junta de revisión institucional o junta de privacidad haya revisado la propuesta de investigación y establecido un proceso para asegurar la privacidad de la información solicitada y apruebe la investigación.

Divulgaciones a usted: Cuando sea usted quien solicita su PHI, el Plan tiene la obligación de divulgarle su historia clínica, registros de facturación y cualquier otro registro que se utilice para tomar decisiones respecto a sus beneficios de atención médica. El Plan también debe, cuando usted lo solicite, proporcionarle un recuento de las divulgaciones de su PHI si esas divulgaciones hubiesen sido por motivos ajenos a Operaciones de Tratamiento, Pago o Atención Médica (y si usted no hubiera autorizado la divulgación).

Autorización para Usar o Divulgar su PHI

Salvo por lo indicado anteriormente, el Plan no usará ni revelará su PHI a menos que primero reciba su autorización por escrito. Si autoriza al Plan a usar o divulgar su PHI, podrá revocar la autorización por escrito en cualquier momento, enviando un aviso de su revocación a la persona de contacto mencionada al final de este Aviso. En la medida en que el Plan haya tomado acción en función de su autorización (celebrado en un acuerdo para proporcionar su PHI a un tercero, por ejemplo), no puede revocar su autorización.

Asimismo, nos comprometemos a no: (1) proporcionaremos información confidencial a otra compañía para fines de mercadotecnia (a menos que sea para determinadas operaciones de atención médica limitadas); (2) vender su información confidencial (excepto bajo restricciones legales estrictas) (vender significa recibir una remuneración directa o indirecta); (3) proporcionar su información confidencial a un posible empleador con quien está buscando empleo sin su autorización firmada. (4) usar o divulgar notas de psicoterapia a menos que la ley lo exija.

Asimismo, si una ley estatal o alguna otra ley exigiesen la divulgación de los registros de vacunación a una escuela, la autorización escrita ya no es necesaria. No obstante, una entidad cubierta todavía debe obtener y documentar un acuerdo, que puede ser verbal o telefónico.

EL PLAN PODRÁ COMUNICARSE CON USTED

El Plan puede contactarlo por distintos motivos, por lo general en relación con reclamos y pagos, y comúnmente por correo postal.

Tenga en cuenta que el Plan puede comunicarse con usted acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI

Comunicación confidencial por medios alternativos: Comunicación confidencial por medios alternativos: Si cree que la divulgación de su PHI podría suponer un riesgo para usted, el Plan dará lugar a una solicitud razonable de comunicarse con usted por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, puede solicitar que el Plan se comunique con usted exclusivamente a una determinada dirección. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar su solicitud por escrito ante la persona de contacto designada al final de este Aviso. No es necesario que especifique el motivo por el cual cree que la revelación de su PHI puede suponer un riesgo para usted, pero sí debe indicar que cree esto. También debe indicar cómo o dónde desea ser contactado. El Plan le notificará si acepta su solicitud de comunicación confidencial. No debe suponer que el plan ha aceptado su solicitud hasta que el plan confirme por escrito su conformidad con dicha solicitud.

Solicitud de restricción sobre ciertos usos y divulgaciones: Puede solicitar al Plan que restrinja los usos y divulgaciones de su PHI. Este pedido restringirá o limitará la PHI que se divulgue con fines de Operaciones de Tratamiento, Pago o Atención Médica, y esta restricción podrá limitar la información que el Plan divulga a una persona que está involucrada en su atención o en el pago de su atención. El Plan no está obligado a acceder a una solicitud de restricción, pero si lo hace, el Plan estará obligado por su aceptación, salvo que la información sea necesaria en una situación de emergencia. Sin embargo, algunas restricciones no se permiten ni siquiera con el acuerdo del Plan. Para solicitar una restricción, hágalo por escrito a la persona de contacto mencionada al final de este Aviso. En la solicitud, por favor especifique: (1) la información que desea restringir; (2) si desea limitar el uso por parte del Plan de esa información, su divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites (por ejemplo, un médico en particular). El Plan le notificará si acepta su solicitud de restricción sobre cómo usar o divulgar su PHI. No debe asumir que el Plan ha aceptado su solicitud hasta que el Plan confirme su acuerdo con esa solicitud por escrito. Usted puede pedir restricciones al uso y revelación de su información confidencial a fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica que se explican en este Aviso.

A pesar de esta política, el plan cumplirá con cualquier solicitud de restricción si (1) salvo que la ley exija lo contrario, la divulgación es para el plan de salud con el fin de llevar a cabo el pago o las operaciones de atención de la salud (y no es para llevar a cabo el tratamiento); y (2) la PHI se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención de la salud para el que el proveedor de atención médica ha sido pagado de su bolsillo en su totalidad.

Derecho a ser notificado de una violación: Usted tiene derecho a ser notificado en caso de que el plan (o un asociado comercial) descubra una violación de la información de salud protegida no segura.

Registros médicos electrónicos: También, puede solicitar y recibir un recuento de las divulgaciones de registros médicos electrónicos realizadas para operaciones de tratamiento, pago u atención médica durante los tres años anteriores para divulgaciones realizadas a partir del (1) 1 de enero de 2014 para registros médicos electrónicos adquiridos antes del 1 de enero de 2009; o (2) 1 de enero de 2011 para registros médicos electrónicos adquiridos a partir del 1 de enero de 2009.

La primera lista que solicite en un periodo de 12 meses será gratuita. Se le podría cobrar por suministrar listas adicionales dentro de un periodo de 12 meses.

Copia impresa de este aviso: Usted tiene el derecho de solicitar y recibir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, aunque lo haya recibido anteriormente o haya acordado recibirlo por vía electrónica. Para obtener una copia impresa, por favor llame o escriba a la persona de contacto nombrada al final de este Aviso.

Derecho a acceder a su PHI: Usted tiene derecho a acceder a su PHI en la inscripción, el pago, la adjudicación de reclamos y los registros de gestión de casos del Plan, o en otros registros usados por el Plan para tomar decisiones sobre usted, para inspeccionarlos y obtener una copia impresa de ellos. Su solicitud de acceso a esta PHI debe hacerse por escrito a la persona de contacto mencionada al final de este Aviso. El Plan puede denegar su solicitud de acceso, por ejemplo, si solicita información compilada antes de un proceso legal. Si se deniega el acceso, recibirá un aviso por escrito de la denegación, una descripción de cómo puede ejercer sus derechos de revisión, y una descripción de cómo puede presentar una queja ante el Plan o el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Si solicita una copia de su PHI, el Plan podrá cobrar una tarifa razonable por la copia y, si corresponde, el franqueo relacionado con su solicitud. Sin embargo, si usted o un tercero solicita una copia de su PHI, las limitaciones de tarifas establecidas en las reglas se aplicarán solo a su solicitud individual de acceso a sus propios registros, pero estas limitaciones de tarifas no se aplicarán a la solicitud de una persona para transmitir registros a un tercero.

Derecho a Enmendar: Usted tiene el derecho de solicitar enmiendas a su PHI en los registros del Plan si cree que está incompleta o es inexacta. La solicitud de modificación de la PHI que se encuentra en los registros del Plan debe hacerse por escrito a la persona de contacto mencionada al final de este Aviso. El Plan puede denegar la solicitud si no se especifica un motivo de la modificación. La solicitud también puede ser denegada si, por ejemplo, su PHI en los registros del Plan no fue creada por el Plan, si la PHI que usted está solicitando enmendar no es parte de los registros del Plan, o si el Plan determina que los registros que contienen su información médica son exactos y completos. Si el Plan rechaza su solicitud de modificación a su PHI, le notificará su decisión por escrito, con el motivo del rechazo, información sobre cómo puede incluir información sobre su modificación solicitada en los registros del Plan y una descripción de cómo puede presentar una queja ante el Plan o el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

Recuento: Usted tiene derecho a recibir un recuento de ciertas divulgaciones de su información médica. La mayoría de las divulgaciones de su PHI realizadas por el Plan no están sujetas a este requisito de recuento porque las divulgaciones de rutina (por ejemplo, relacionadas con el pago de sus reclamos) se suelen excluir de este requisito. Además, las divulgaciones autorizadas por usted, o que se hayan realizado más de seis años antes de la fecha de su solicitud, no están sujetas a este requisito. Para solicitar un recuento de revelaciones de su PHI, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto mencionada al final de este Aviso. En su solicitud, debe indicar un periodo de tiempo que no puede incluir fechas más de seis años antes de la fecha de su solicitud. También debe indicar en qué formato desea recibir el recuento (por ejemplo, impreso o electrónico). La primera lista que solicite en un periodo de 12 meses será gratuita. Si solicita más de un recuento dentro de un periodo de 12 meses, el Plan cobrará una tarifa razonable basada en los costos por cada recuento posterior.

Representantes personales: Usted puede ejercer sus derechos a través de un representante personal. Su representante personal deberá producir evidencia de sus facultades para actuar en su nombre antes de que se le permita acceder a su PHI o se le autorice a actuar en su nombre. El Plan se reserva el derecho de denegar el acceso de un representante personal a su PHI en la medida en que lo permita la legislación aplicable.

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, usted tiene derecho a presentar una queja ante el Plan y ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Cualquier queja ante el Plan debe hacerse por escrito a la persona de contacto mencionada al final de este Aviso. El Plan lo alienta a expresar cualquier inquietud que tenga con respecto a la privacidad de su información. No se tomarán represalias en su contra de ninguna manera por presentar una queja.

Información de contacto El Plan ha designado al Departamento de Recursos Humanos como su persona de contacto para todos los asuntos relacionados con las prácticas de privacidad del Plan y sus derechos de privacidad. Puede ponerse en contacto con esta persona en: 20 Ryan Ranch Road, Monterey, CA 93940, 913-303-8430.

DERECHOS DE COBERTURA DE CONTINUACIÓN BAJO COBRA

INTRODUCCIÓN

Usted recibe este aviso porque recientemente se ha adherido a la cobertura de un plan médico grupal (el Plan). El presente aviso incluye información importante acerca de su derecho a la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión provisoria de la cobertura en virtud del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y lo que necesita hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando usted es elegible para COBRA, también podría ser elegible para otras opciones de cobertura que podrían costar menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA se creó a partir de una ley federal, la Ley de Reconciliación Presupuestaria Global Consolidada (COBRA, Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) de 1985. La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros familiares cuando finalice de cualquier otra forma la cobertura de salud grupal. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la legislación federal, debe revisar la Descripción Resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que disponga de otras opciones al perder cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede resultar elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de seguros de salud. Al inscribirse en cobertura a través de Marketplace, podrá calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, usted podría calificar para un periodo de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan de cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan que de otro modo finalizaría debido a un evento de vida. A esto también se lo denomina "evento habilitante". Más adelante en el presente aviso se enumeran los eventos habilitantes específicos. Después de un evento habilitante, se debe ofrecer la cobertura de continuación de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes pasan a ser beneficiarios admitidos si se hubiera perdido la cobertura del Plan debido a un evento habilitante. En el Plan, los beneficiarios admitidos que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por la cobertura de continuación de COBRA, a menos que Excelligence Learning Corporation comunique lo contrario.

Si usted es empleado, será un beneficiario admitido si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- Se reducen sus horas de trabajo, o bien
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte.

Si usted es el cónyuge de un empleado, pasará a ser un beneficiario admitido si usted pierde su cobertura del Plan debido a cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- Si fallece su cónyuge;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte.
- A su cónyuge le corresponden derechos a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas); o
- Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios admitidos cuando pierdan la cobertura del Plan debido a cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- El empleado-progenitor fallece;
- Se reducen las horas de trabajo del empleado que es padre-madre de ese dependiente;
- El empleo del empleado progenitor termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte.
- El empleado que es padre-madre de ese dependiente pasa a tener 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 del Plan como "hijo dependiente".

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

El Plan ofrecerá cobertura de continuación de COBRA a beneficiarios admitidos solamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de algún evento habilitante. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos habilitantes:

- La desvinculación laboral o reducción del horario de trabajo;
- La muerte del empleado;
- La circunstancia en la cual el empleado pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para los otros eventos habilitantes (divorcio o separación legal del empleado y cónyuge y pérdida de elegibilidad del hijo dependiente para recibir cobertura como hijo dependiente), usted debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores al evento habilitante. Deberá proporcionar este aviso a: El Departamento de Recursos Humanos, 913-303-8430.

¿CÓMO SE BRINDA LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Una vez que el Administrador del plan reciba el aviso sobre la ocurrencia de un evento habilitante, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario admitido tendrá un derecho independiente a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos podrán elegir cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres podrán elegir cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que, por lo general, se prolonga durante 18 meses a causa de la desvinculación laboral o reducción del horario de trabajo. Determinados eventos calificados o un segundo evento calificado durante el periodo de cobertura inicial puede permitir a un beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay maneras de ampliar este periodo de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA:

EXTENSIÓN DEL PERIODO DE 18 MESES POR DISCAPACIDAD DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o alguno de los miembros de su familia cubiertos por el Plan está discapacitado, y usted lo notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por hasta un máximo de 29 meses.

La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar por lo menos hasta el final del periodo de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

Ampliación del periodo de 18 meses de la cobertura de continuación, por segundo evento habilitante

Si usted o su familia experimenta otro evento habilitante durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia podrán obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por hasta un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan acerca del segundo evento habilitante. Esta extensión podrá estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA si el empleado o el ex empleado falleciera; le correspondieran derechos a beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas); se divorciara o se separara legalmente; o si el hijo dependiente dejara de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente.

Esta ampliación solo está disponible si el segundo evento habilitante hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si no hubiera ocurrido el primer evento habilitante. **¿HAY OTRAS OPCIONES DE COBERTURA ADEMÁS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?**

Sí. En lugar 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 Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud de grupo (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "periodo de inscripción especial". Algunas de estas opciones podrían ser menos costosas que la cobertura de continuación de COBRA. Para obtener más información sobre muchas de estas opciones, visite www.healthcare.gov.

¿PUEDO INSCRIBIRME EN MEDICARE EN LUGAR DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA DESPUÉS DE QUE TERMINE LA COBERTURA DE MI PLAN DE SALUD GRUPAL?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando cumple los requisitos por primera vez porque todavía está empleado, después del periodo de inscripción inicial de Medicare, tiene un periodo de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza el día anterior al:

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan médico grupal basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y en su lugar elige la cobertura de continuación de COBRA, es posible que tenga que pagar un recargo por inscripción tardía en la Parte B y que tenga una interrupción en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la cobertura de continuación de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la cobertura de continuación de COBRA, el Plan puede cancelar su cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no podrá interrumpirse a causa del derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura COBRA.

Si está inscrito tanto en la cobertura de continuación de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la cobertura de continuación de COBRA pagará segundo. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscripto en Medicare.

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

SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos a cobertura de continuación de COBRA deben dirigirse al contacto o los contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Protección de Jubilaciones del Sector Privado (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible de la Salud y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina de Distrito o Regional de Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados (EBSA) del Departamento del Trabajo de EE.UU. en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de la EBSA están disponibles a través del sitio web de la EBSA). Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

MANTENGA INFORMADO A SU PLAN RESPECTO DE SUS CAMBIOS DE DIRECCIÓN

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan cualquier cambio de domicilio que tengan sus familiares. Usted también debe conservar una copia, para su registro, de los avisos que envíe al Administrador del Plan.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

Departamento de Recursos Humanos
20 Ryan Ranch Road, Monterey, CA 93940
913-303-8430