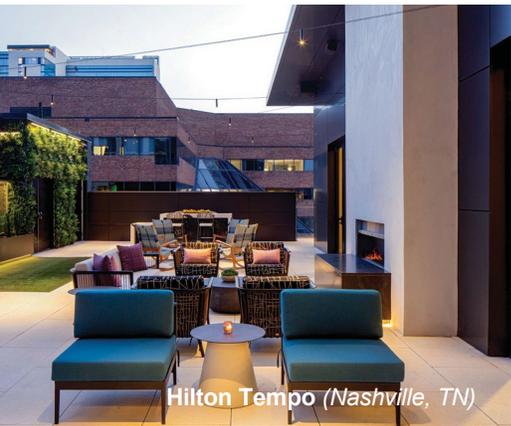




Hilton Tempo (Nashville, TN)



Aloft (Nueva Orleans, LA)



Hilton Tempo (Nashville, TN)



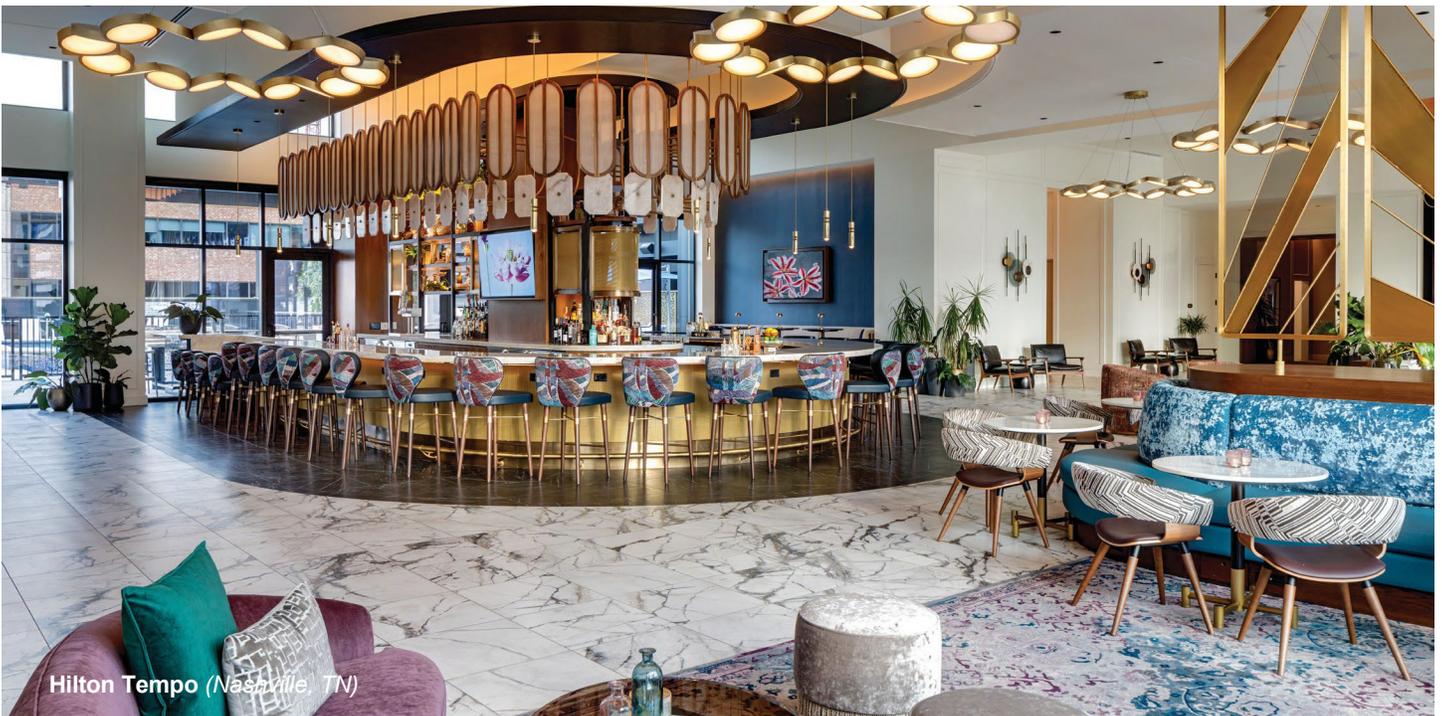
Hilton Garden Inn (Dana Point, CA)



Guía de Beneficios 2025

QUÉ HAY DENTRO

- 3 Beneficios APP
- 4 Admisibilidad
- 5 Acontecimientos Vitales Calificados
- 6 Cómo Inscribirse
- 8 Planes Médicos
- 12 El Fallo Familiar: Explicado
- 13 Programas De Bienestar
- 14 Cuenta De Ahorro Sanitario (HSA)
- 15 Cuenta De Gasto Flexible (FSA)
- 16 Telemedicina
- 17 Recursos De Salud Mental
- 18 Programa De Asistencia Al Empleado
- 19 Dental
- 21 Visión
- 22 Protección De Ingresos
- 27 Legal
- 28 Ahorro
- 29 Ventajas Adicionales
- 30 Glosario De Términos
- 31 Avisos Importantes
- 44 Información De Contacto



Hilton Tempo (Nashville, TN)

Este documento es un resumen de la cobertura que ofrecen los planes de Beneficios de su empresa, basado en la información facilitada por ésta. No incluye todos los términos, coberturas, exclusiones, limitaciones y condiciones que figuran en el documento oficial del plan, las pólizas de seguro aplicables y los contratos (denominados colectivamente "documentos del plan"). Para más información, consulte los documentos del plan. La finalidad de este documento es proporcionarle información general sobre los planes de Beneficios de su empresa. No aborda necesariamente todas las cuestiones específicas que puedan serle aplicables. No debe interpretarse como asesoramiento jurídico ni tiene por objeto proporcionárselo. En la medida en que alguna de las informaciones contenidas en este documento no sea coherente con los documentos del plan, regirán en todos los casos las disposiciones establecidas en dichos documentos. Si desea revisar los documentos del plan o tiene preguntas sobre cuestiones específicas o disposiciones del plan, póngase en contacto con su Departamento de Recursos Humanos/Beneficios.

APLICACIÓN DE BENEFICIOS



APLICACIÓN DE BENEFICIOS

Como asociado, ahora puede acceder a toda la información y recursos de su plan de beneficios "sobre la marcha" desde su dispositivo móvil.

<https://c2mb.aig.com/hri>

o escanea el código QR con tu cámara

En La Aplicación, Puedes:

- Acceso a tarjetas de identificación genéricas
- Encuentre rápidamente la información de contacto del proveedor
- Revisar el diseño del plan de Beneficios
- Y mucho más.

Del Sitio Web A La Pantalla De Inicio Del Dispositivo Móvil

iPad o iPhone

- Escanear el código QR
- Toca el icono con una flecha apuntando hacia la derecha que sale de un recuadro en la parte superior de la ventana de Safari para abrir un menú desplegable.
- Pulse "Añadir a pantalla de inicio". Aparecerá el cuadro de diálogo Añadir a pantalla de inicio, con el icono que se utilizará para este sitio web en la parte izquierda del cuadro de diálogo.
- Introduce el nombre del acceso directo con el teclado en pantalla y pulsa "Añadir". Safari se cerrará automáticamente y accederás al lugar donde se encuentra el icono en la pantalla de inicio de tu iPhone.

Android

- Escanear código QR
- Toca el icono de menú (3 puntos en la esquina superior derecha) y toca Añadir a la pantalla de inicio.
- Podrás introducir un nombre para el acceso directo y Chrome lo añadirá a tu pantalla de inicio.

ELEGIBILIDAD

DERECHO A BENEFICIOS

Asociados

El derecho a los Beneficios viene determinado por su situación de Tiempo Completo en el sistema de RR.HH./Nómina de la empresa.

- Los empleados a tiempo completo que trabajen 30 horas o más a la semana tienen derecho a participar en todos los programas de Beneficios que ofrece la empresa.

Miembros De La Familia

Si es usted un afiliado que reúne los requisitos y elige la cobertura, también puede elegir la siguiente cobertura para los miembros de su familia que reúnan los requisitos:

- Médico
- Dental
- Visión
- Cuenta De Gasto Flexible/Cuidado De Dependientes
- Cuenta De Ahorro Sanitario
- Vida Dependiente Y AD&D
- Accidente
- Enfermedad Crítica
- Indemnización Hospitalaria
- Toda La Vida
- Legal

Para poder inscribir a los miembros de su familia que reúnan los requisitos, debe tener cobertura para usted.

Las Personas A Su Cargo Admisibles Son

- Cónyuge Legal
- Hijos* Menores De 26 Años
- Personas Dependientes Discapacitadas De Cualquier Edad
- Dependientes Legales Admisibles

*Por hijo se entiende su hijo natural, hijastro, hijo adoptado legalmente o hijo al que debe proporcionar un seguro de enfermedad en virtud de una orden de manutención médica cualificada.

Para más información sobre quién puede ser considerado dependiente, póngase en contacto con su Departamento de Recursos Humanos.

INSCRIBIRSE O REALIZAR CAMBIOS

Si durante el año se produce un hecho causante, debe cumplir unos plazos específicos para realizar los cambios. **Si necesita realizar algún cambio a lo largo del año, póngase en contacto con Recursos Humanos.**

ACONTECIMIENTOS VITALES CALIFICADOS

CAMBIOS EN EL ESTADO DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES CALIFICADOS

Puede modificar su elección de Beneficios durante el año del plan si se produce un acontecimiento vitalicio que cumpla los requisitos definidos por el IRS. Los acontecimientos vitales incluyen:

- Matrimonio O Divorcio
- Nacimiento, Defunción O Adopción Legal
- Asociado Ganancia O Pérdida De Cobertura
- Ganancia O Pérdida De Cobertura De Un Familiar

La documentación de todos los acontecimientos vitales que cumplan los requisitos debe **enviarse a Recursos Humanos en un plazo de 30 días a partir del acontecimiento**. La cobertura de los acontecimientos vitales comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha en que se haya presentado el cambio de afiliación y se haya aprobado la documentación, a excepción del nacimiento o la adopción de un hijo, que comenzará en la fecha de este acontecimiento.



CÓMO INSCRIBIRSE



INSCRIPCIÓN ABIERTA
18 OCTUBRE - 1 NOVIEMBRE DE 2024

Libere El Poder De Sus Beneficios

Estamos comprometidos a maximizar el valor de su paquete de beneficios. Este año, introducimos el apoyo de los asesores de beneficios para mejorar su experiencia de inscripción abierta.

Se recomienda encarecidamente a todos los empleados con derecho a Beneficios que se reúnan con un asesor de Beneficios para completar su inscripción.



¿Qué Le Espera?

- Educación personalizada sobre Beneficios
- Resumen de las interesantes mejoras de las Beneficios de 2025
NUEVA oferta de plan médico
¡NUEVA Vida con Cobertura de Cuidados de Larga Duración y Más!
- Preguntas y respuestas de expertos
- Inscripción sin complicaciones y asistencia confidencial Cita telefónica
• programada en 30 minutos



Importante Las elecciones actuales no se trasladarán al próximo año del plan. Esta es su oportunidad de asegurarse de que sus Beneficios se ajustan a sus necesidades y a las de su familia.

CÓMO INSCRIBIRSE, continuación



INSCRIPCIÓN ABIERTA
18 OCTUBRE - 1 NOVIEMBRE DE 2024

Apoyo A La Inscripción - Preguntas Frecuentes

Nos complace ofrecer a nuestros empleados formación personalizada sobre Beneficios y asistencia para la inscripción. Nuestro objetivo es asegurarnos de que dispone de la información y la asistencia que necesita para sacar el máximo partido a su paquete de Beneficios.



¿Quiénes Son Los Consejeros De Beneficios Y Cómo Pueden Ayudarme?

Todos los asesores de Beneficios cuentan con experiencia, formación, licencia y están preparados para ofrecerle la formación y orientación personalizadas que necesita para sentirse seguro de haber seleccionado las Beneficios adecuadas para usted y su familia.



¿Cómo Debo Prepararme Para La Reunión Con El Asesor De Beneficios?

Revise su guía de Beneficios y coméntela con su familia. Traiga toda la información necesaria (por ejemplo, números de la seguridad social de los dependientes, fechas de nacimiento, etc.) para garantizar la correcta actualización de la información demográfica y de los beneficiarios.



¿Cuánto Dura Una Sesión Típica De Inscripción Y De Qué Se Habla?

Las reuniones duran entre 20 y 25 minutos, lo que permite al asesor de Beneficios explicar y revisar las opciones de Beneficios disponibles, responder a sus preguntas específicas y completar el proceso de inscripción.



¿Necesita Reunirse Con Un Asesor De Beneficios Para Completar El Proceso De Afiliación?

Le ANIMAMOS ENCARECIDAMENTE a que aproveche la oportunidad de reunirse con un asesor de Beneficios, ya que es la forma más rápida y sencilla de revisar y confirmar sus elecciones de Beneficios para el año del plan 2025.



¿Cómo Puedo Concertar Una Cita Con Un Consejero De Beneficios?

Programar una cita es muy sencillo: escanee el código QR, introduzca sus datos y seleccione una cita en la fecha y hora que prefiera. Una vez reservada la cita, recibirás un correo electrónico de confirmación y recordatorios por SMS.



PLANES MÉDICOS

Nuestros beneficios médicos a través de UnitedHealthcare le ayudan a mantener su bienestar a través de cuidados preventivos, recetas médicas asequibles y acceso a una amplia red de proveedores.

Puede elegir entre tres planes médicos con distintos niveles de cobertura y costes. Esto le da flexibilidad para elegir lo que mejor se adapte a sus necesidades y a las de su familia, así como a su presupuesto.

¿QUÉ PLAN LE CONVIENE?

PPO (Plan de 1.000 \$)

Este plan es un plan de organización de proveedores preferentes que reduce la responsabilidad de su bolsillo cuando necesita atención sanitaria ofreciéndole una franquicia más baja y mayores aportaciones de su nómina.

HDHP (Plan de 2.000 \$)

Este plan es un plan de salud dirigido por el consumidor que le pone a cargo de sus gastos a través de contribuciones más bajas a su nómina, deducibles más altos y una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) libre de impuestos.

El plan HDHP también incluye la cobertura de Accidentes sin coste adicional. Para más información, consulte la página 25.

Consulte el cuadro de la página 9 para obtener información más detallada sobre las opciones de su plan de salud.

Surest

Este plan está diseñado para ayudar a simplificar la asistencia proporcionando información sobre los costes y la cobertura por adelantado. No hay deducible, coseguro ni transferencia de costes.

A través de la aplicación o el sitio web Surest, los afiliados pueden considerar por adelantado el coste de sus opciones asistenciales y elegir entre proveedores y centros asistenciales de calidad y alto valor.



PLANES MÉDICOS

Considere detenidamente el uso que usted y su familia prevén hacer de la asistencia sanitaria al comparar estos planes para determinar cuál se ajusta mejor a sus necesidades. Tenga en cuenta que la opción que elija estará vigente durante todo el año del plan 2025, a menos que se produzca un Evento vital que califique. Tiene acceso a la red UHC Choice Plus.

	PPO (Plan de \$1,000) Dentro de la red	HDHP (Plan de \$2,000) Dentro de la red	Surest Dentro De La Red
--	---	--	-------------------------

BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO UHC

Deducible Anual	\$1,000 Individual \$2,000 Familia	\$2,000 Sólo Asociados \$6,000 Con Personas A Cargo	\$0
Coseguro	80%	80%	\$0
Gasto Anual	\$6,000 Individual \$12,000 Familia	\$6,900 Sólo Asociados \$8,150 Con Personas A Cargo	\$9,000 Individual \$18,000 Familia
Servicios De Atención Preventiva	Cubierto Al 100	Cubierto Al 100	Cubierto Al 100
Telemedicina	Visita Virtual UHC: Sin Copago Todos Los Demás: Igual Que La Visita Al Consultorio	20% Después Del Deducible	\$0 - \$155 De Copago Por Visita Realizada Por Un Proveedor Designado De La Red Virtual
Visita Al Consultorio Del Médico De Atención Primaria	\$25 De Copago	20% Después Del Deducible	\$45 - \$155 De Copago
Visita Al Especialista	\$45 De Copago	20% Después Del Deducible	\$45 - \$155 De Copago
Servicios Hospitalarios - Hospitalización / Asistencia Ambulatoria	20% Después Del Deducible	20% Después Del Deducible	\$400 – \$5,500 De Copago Por Estancia
Atención Urgente	\$50 De Copago	20% Después Del Deducible	\$110 De Copago
Urgencias	20% Después Del Deducible	20% Después Del Deducible	\$1,000 De Copago Por Visita

BENEFICIOS POR RECETA DE UHC

Rx - Venta Al Por Menor (30 Días)			
Nivel 1	\$10 De Copago	\$10 De Copago Después Del Deducible	\$20 De Copago
Nivel 2	\$35 De Copago	\$35 De Copago Después Del Deducible	\$90 De Copago
Nivel 3	Copago De \$70	Copago De \$70 Después Del Deducible	\$150 De Copago

Deducciones Bisemanales	PPO	HDHP*	Más Seguro
Sólo Asociados	\$196.29	\$66.67	\$44.61
Asociado + Cónyuge	\$412.22	\$210.00	\$156.14
Asociado + Hijo(S)	\$363.14	\$185.01	\$137.55
Asociado + Familia	\$569.25	\$290.01	\$215.62

*El plan HDHP incluye cobertura de Accidentes sin coste adicional. Más información en la página 25.

PLANES MÉDICOS

Un Plan De Salud Basado En La Sencillez.



“

Te Dice Lo Que Vas
A Pagar Por
Adelantado. Nadie
Más Lo Hace”.

Freeman B., Miembro de Surest

- Sin Franquicia
- Verás Precios Reales (No Estimaciones)
- Acceso A La Amplia Red Nacional De UnitedHealthcare



Pruébalo ahora

surest.com/plan?accesscode=FILA242417Alt3

La cobertura de seguro es proporcionada por All Savers Insurance Company (para FL, GA, OH, UT y VA), por UnitedHealthcare Insurance Company of IL (para IL), por United Healthcare of Kentucky, Ltd. (para KY) o por UnitedHealthcare Insurance Company (para AL, AR, AZ, CO, DC, DE, GA, IA, ID, IL, IN, KS, KY, LA, MD, MI, CO y VA), (para KY), o por UnitedHealthcare Insurance Company (para AL, AR, AZ, CO, DC, DE, GA, IA, ID, IL, IN, KS, KY, LA, MD, MI, MN, MO, MS, MT, NC, NE, NH, NV, OH, OK, PA, RI, SC, SD, TN, TX, UT, VA, WI, WV y WY). Estas pólizas tienen exclusiones, limitaciones y condiciones en virtud de las cuales la póliza puede continuar en vigor o suspenderse. Para conocer los costes y los detalles completos de la cobertura, p ó n g a s e en contacto con su corredor o con la compañía aseguradora. Servicios administrativos prestados por Bind Benefits, Inc. d/b/a Surest, su filial United HealthCare Services, Inc. o por Bind Benefits, Inc. d/b/a Surest Administrators Services, en CA.
© Bind Benefits, Inc. d/b/a Surest. Todos los derechos reservados. B2C_24-AI-749469_0424

surest[®]

EL FALLO FAMILIAR: EXPLICADO

¿Qué Es El "Fallo Familiar"? ¿Afecta A Mi Familia?

Hasta ahora, si un empleado tenía acceso a planes de salud "asequibles" a través de su empleador, sus dependientes no podían recibir créditos fiscales por primas para utilizarlos en un plan de salud del Mercado de la ACA. Esto significaba que incluso si el plan de salud de grupo ofrecido al miembro de la familia trabajadora sólo era asequible como individuo y no para toda la familia, estos dependientes no eran elegibles para recibir ayuda financiera para los planes de salud individuales.

Un nuevo cambio en esta norma soluciona este supuesto "fallo". Ahora, la norma establece que si el plan de grupo ofrecido por el empleador no se considera asequible para toda la familia, los dependientes del empleado tienen ahora la oportunidad de recibir créditos fiscales para primas con el fin de adquirir planes de salud asequibles en el mercado de la ACA. Este nuevo cambio de la norma afecta principalmente a las familias con bajos ingresos y proporciona ayuda para el pago de primas y deducibles.

El umbral de asequibilidad de 2025: Para que el seguro de enfermedad familiar de una empresa se considere asequible, el seguro de enfermedad para toda la familia no debe costar más del 9,02% de los ingresos familiares.

Puede inscribirse [en Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información sobre sus opciones de cobertura para 2025 y comprobar si cumple los requisitos. ¡Usted y su familia pueden tener créditos esperándole!



PROGRAMAS DE BIENESTAR

UHC Wellness Programs

UHC Rewards	Calm Health	Quit for Life
A wellness program that allows members and covered spouses can earn dollars(\$300 each) for reaching daily goals and completing one-time activities.	Mental health support including personalized recommendations, reaching well-being goals and improving mindfulness.	Multi-pronged approach to smoking cessation including nicotine replacement
Real Appeal	Virtual Care	One Pass Select
An interactive step-by-step program for weight loss , with personal coaching support along the way.	Connect to a provider anytime, anywhere with 24/7 Virtual Visits .	A subscription-based fitness and well-being program that helps support a healthier lifestyle.

For additional information on these programs, visit www.myuhc.com or download the UnitedHealthcare App.

Surest Wellness Programs

Doctor on Demand	Talkspace	Canary Health	Real Appeal
24/7 video access to medical and behavioral health providers.	Connect with licensed mental health professionals via text or video chat.	Better Choices, Better Health® six-week online workshop to help manage chronic conditions .	An interactive step-by-step program for weight loss , with personal coaching support along the way.
MyCancerJourney	Pivot	One Pass Select	
One-on-one patient advocates help guide members through the cancer experience.	Multi-pronged approach to smoking cessation including nicotine replacement.	A subscription-based fitness and well-being program that helps support a healthier lifestyle.	

For additional information on these programs, visit www.surest.com/members or download the Surest App.

CUENTA DE AHORRO SANITARIO (HSA)

¿CÓMO FUNCIONA UNA HSA?

Ahorre dinero libre de impuestos para la asistencia sanitaria. Puede hacer deducciones antes de impuestos de su nómina a su HSA, lo que le permite ahorrar dinero utilizando dólares libres de impuestos para pagar los gastos médicos, de prescripción, dentales y de visión elegibles. La cantidad total que puede aportar a su HSA cada año está limitada por el IRS. Los siguientes límites para 2025 incluyen cualquier contribución de la empresa que reciba de HRI:

- Hasta \$4,300 para la cobertura sólo para asociados
- Hasta \$8,550 si cubre a los dependientes
- Añada \$1,000 a estos límites si tiene 55 años o más.

Recibir Contribuciones De La Empresa

Para 2025, HRI realizará las siguientes aportaciones a su cuenta:

- \$250 para la cobertura sólo para asociados o
- \$500 si cubre a las personas a su cargo

Debe elegir contribuir con al menos 1 \$ por nómina para recibir la contribución de HRI a su cuenta.



Conserve Su Dinero

A diferencia de una FSA, el dinero de su HSA es siempre suyo y puede transferirse de un año a otro. Puede llevarse el saldo no utilizado cuando se jubile o deje HRI.

Utilícela como una cuenta bancaria. Pague los gastos médicos, de prescripción, dentales y oftalmológicos elegibles para usted y su familia pasando su tarjeta de débito HSA, o reembolse los pagos que haya realizado (hasta el saldo disponible en su cuenta). Tenga en cuenta que sólo podrá acceder al dinero que realmente haya en su HSA cuando realice una compra o una retirada. No es necesario que entregue los recibos (pero consérvelos para sus archivos).

Gane intereses e invierta para el futuro. Su cuenta HSA puede convertirse en una cuenta que devengue intereses. Puede obtener más información en [optumbank.com](https://www.optumbank.com) o llamando al 800.791.9361 y haciendo referencia al grupo #904042.

No pague nunca impuestos. Las aportaciones se realizan antes de impuestos, y los reintegros no pagan impuestos cuando se destinan a gastos subvencionables. Cualquier interés o ganancia sobre el saldo de su HSA también se acumula libre de impuestos.

Elegibilidad De La HSA

Para establecer y contribuir a una HSA, usted:

- Debe Estar Inscrito En El Plan De Salud Con Franquicia Elevada De HRI Para Poder Optar A La HSA Con Optum.
- No Puede Estar Cubierto Por Ningún Otro Plan Médico Que No Sea Un HDHP. Esto Incluye La Cobertura Médica De Un Cónyuge Legal A Menos Que Sea Un HDHP
- No Puede Inscribirse En Una FSA Sanitaria Tradicional En 2025
- No Puede Estar Afiliado A Medicare, Incluida La Parte A
- No Puede Declararse Como Dependiente En La Declaración De La Renta De Otra Persona
- No Puede Ser Un Veterano Que Haya Recibido Tratamiento A Través Del Departamento De Asuntos De Veteranos Distinto De La Atención Preventiva En Los Últimos Tres Meses.

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE (FSA)

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES DE UNITEDHEALTHCARE

Las FSA con ventajas fiscales son una forma estupenda de ahorrar dinero. El dinero que usted aporta a estas cuentas sale de su nómina sin pagar impuestos, y usted lo retira libre de impuestos cuando paga gastos elegibles de atención médica y cuidado de dependientes. HRI le ofrece las siguientes FSAs:

FSA De Asistencia Sanitaria

- Pagar los gastos sanitarios subvencionables, como deducibles, copagos y coseguros del plan.
- Contribuir hasta 3.200 \$ en 2025

FSA Para El Cuidado De Personas Dependientes

- Pagar los gastos de cuidado de dependientes que reúnan los requisitos, como la guardería de un niño para que usted y/o su cónyuge legal puedan trabajar, buscar trabajo o asistir a la escuela a tiempo completo.
- Aporte hasta 5.000 \$ en 2025, o 2.500 \$ si está casado y presenta la declaración por separado.

Úselo O Piérdalo

Tenga en cuenta que las FSA son cuentas **de USO O PÉRDIDA**. En el caso de las FSA de asistencia sanitaria, perderá cualquier cantidad superior a 610 \$ que quede en la cuenta al final del año del plan. En el caso de las FSA para el cuidado de dependientes, perderá todo el dinero que quede en la cuenta al final del año del plan.

Cuando se inscriba en una FSA para atención médica o de dependientes, UnitedHealthcare le enviará una tarjeta de débito que podrá utilizar para pagar los gastos elegibles. Dependiendo de la transacción, es posible que tenga que presentar recibos u otra documentación a UnitedHealthcare.

¿Qué Es Un Gasto Subvencionable?

- FSA de atención médica: Planifique deducibles, copagos, coseguros y otros gastos de atención médica. Para obtener más información, consulte la Publicación 502 del IRS en [irs.gov](https://www.irs.gov) o llame a United Health Care FSA al **800.318.5311**.
- FSA para cuidado de dependientes: Guarderías, niñeras, cuidado en el hogar de ancianos dependientes y gastos relacionados. Para obtener más información, consulte la Publicación 503 del IRS en [irs.gov](https://www.irs.gov) o llame a UnitedHealthcare FSA al **800.318.5311**

WEX, INC. BENEFICIOS PARA VIAJEROS (Tránsito y aparcamiento)

Otra forma estupenda de ahorrar dinero a través de gastos libres de impuestos es el programa de Beneficios por desplazamiento de HRI. Estas cuentas le permiten pagar determinados gastos de transporte y aparcamiento en el lugar de trabajo libres de impuestos mediante deducciones en la nómina.

Cuenta de transporte público - La cuenta de transporte público le permite apartar fondos antes de impuestos para pagar los gastos de transporte público elegibles en el lugar de trabajo. Entre ellos se incluyen el precio de los billetes, bonos y pases para viajar en metro, tren o autobús urbano o los gastos de transporte en un vehículo de autopista de cercanías (como una furgoneta compartida), si lo necesita para desplazarse entre su domicilio y el trabajo.

Cuenta de estacionamiento - La cuenta de estacionamiento le permite apartar fondos libres de impuestos para pagar los gastos de estacionamiento en el lugar de trabajo, los gastos de estacionamiento en el lugar de trabajo o cerca del mismo y los gastos de estacionamiento en los lugares en los que toma un medio de transporte para ir al trabajo. Por ejemplo, en una estación de tren o en una parada de transporte compartido. Por favor, tenga en cuenta que el aparcamiento en o cerca de una propiedad utilizada para fines residenciales no es elegible.

El IRS establece cada año límites para la prestación mensual máxima. El límite actual del IRS para 2025 es de 315 \$ al mes para gastos de aparcamiento y 315 \$ al mes para gastos de tránsito.

Para inscribirse en el programa, inicie sesión en el portal de ADP y seleccione los gastos de desplazamiento de Aparcamiento, Tránsito o ambos. Una vez configurada su cuenta, puede elegir sus Beneficios mensuales y configurarlas para que se renueven automáticamente si así lo desea. Tenga en cuenta que debe elegir sus Beneficios antes del día 10 del mes anterior al mes de Beneficios.

¿Preguntas? Llame a WEX, Inc. al 833.225.5939. El número gratuito va directo al servicio de atención al cliente.

Utilizar Sus Ventajas Para Desplazarse Es Fácil

Una vez inscrito, recibirá de WEX información de registro para el portal LEAP para obtener más información sobre cómo presentar reembolsos de aparcamiento.

TELEHEALTH

ATENCIÓN DESDE CUALQUIER LUGAR

Para aquellos inscritos en uno de los planes médicos de HRI, las Visitas Virtuales proporcionan acceso a la atención a través de sus beneficios de salud en cualquier lugar y en cualquier momento. Ya sea que use myuhc.com o la aplicación de UnitedHealthcare, las visitas virtuales le permiten chatear por video con un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin necesidad de configurar cuentas o aplicaciones adicionales. Pero, si prefiere simplemente hablar con un médico, puede hacer una Visita Virtual por teléfono.



**Médicos
licenciados y
colegiados en EE.UU.**



**Acceso
ininterrumpido a
médicos por teléfono,
vídeo, web o
aplicación desde casa**



**+450 expertos cubren
más de 450 especialidades
médicas**

CONFIGURAR SU CUENTA

PPO / HDHP

**myuhc.com y la
aplicación de
UnitedHealthcare**

Más seguro

**surest.com/members y
Surest App**

¿Ha Descargado La Aplicación UHC?

UnitedHealthcare lanzó una conveniente aplicación que es más fácil de usar y pone su plan al alcance de su mano. Puede hacer de todo, desde administrar su plan hasta obtener atención conveniente. Simplemente descargue la aplicación para:

- Encuentre Proveedores Cercanos En Su Red
- Estimación De Costes
- Ver Y Compartir Su Tarjeta Sanitaria
- Consulte Los Detalles De Su Reclamación Y Vea El Progreso Hacia Su Deducible
- Consulte Los SalDOS De Su Cuenta FSA



RECURSOS DE SALUD MENTAL

ES IMPORTANTE CUIDAR TU SALUD MENTAL

La salud mental es esencial para llevar una vida sana y equilibrada. Uno de cada cinco estadounidenses tiene problemas de salud mental. Nuestra salud mental abarca nuestro bienestar psicológico, emocional y social, lo que significa que influye en cómo nos sentimos, pensamos y nos comportamos cada día. Nuestra salud mental también contribuye a nuestro proceso de toma de decisiones, a cómo afrontamos el estrés y a cómo nos relacionamos con los demás en nuestras vidas.

¿Por Qué Es Importante La Salud Emocional?

La salud emocional y mental son partes vitales de su vida e influyen en sus pensamientos, comportamientos y emociones. Estar emocionalmente sano puede favorecer la productividad y la eficacia en actividades como el trabajo, la escuela o el cuidado de otras personas. Desempeña un papel importante en la salud de sus relaciones y le permite adaptarse a los cambios en su vida y hacer frente a la diversidad.

¿Cómo Puede Mejorar Su Salud Emocional Día A Día?

Hay medidas que puede tomar para mejorar su salud mental cada día. Pequeñas cosas como hacer ejercicio, comer de forma equilibrada y saludable, abrirte a otras personas en tu vida, tomarte un descanso cuando lo necesites, recordar las cosas por las que estás agradecido y dormir bien pueden ser útiles para mejorar tu salud emocional.

¿Cuándo Es Un Buen Momento Para Pedir Ayuda?

Los problemas relacionados con la salud mental pueden afectar a distintas personas de maneras diferentes. Si empiezas a notar cambios en tu felicidad general y en tus relaciones, siempre hay formas de conseguir el apoyo que necesitas.

SALUD CONDUCTUAL DE UHC

Las visitas virtuales de salud conductual proporcionan un acceso rápido y sencillo a profesionales de la salud conductual desde su dispositivo móvil, tableta u ordenador.

El Valor De Las Visitas Virtuales De Salud Mental:

- Conéctese Con Un Proveedor Desde La Comodidad De Su Casa
- Cómodos Horarios Que Se Adaptan A Agendas Apretadas

Utilice Una Visita Virtual De Salud Mental Para Necesidades Como:

- Depresión
- Ansiedad
- TDA/TDAH
- Adicción
- Trastornos Mentales Y Asesoramiento

Programar Una Visita De Salud Conductual:

- Visite myuhc.com
 - Encuentre un médico: Haga clic en Buscar un médico > Directorio de salud mental > Personas > Tipo de proveedor > Proveedores de salud mental
 - Esto es para los planes PPO y HDHP

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

Obtenga ayuda con problemas de la vida laboral, referencias para servicios clínicos, legales y financieros, y mucho más. HRI cuenta con dos Programas de Asistencia al Empleado (EAP) disponibles durante todo el año para ayudarte con tus necesidades diarias, sin coste alguno para ti.

Todos los asociados a tiempo completo tienen acceso al EAP Complete de Sun Life y todos los asociados inscritos en el plan médico tienen acceso al EAP Care24 de UHC.

SERVICIOS OFRECIDOS A TRAVÉS DE SUN LIFE EAP COMPLETE

PAE: Cinco visitas presenciales con clínicos experimentados (por incidencia), sin cargo alguno por sesión para el asociado.

Recursos Jurídicos: Acceso telefónico ilimitado a los profesionales jurídicos de ComPsych y una consulta inicial gratuita con un abogado local, además de descuentos en servicios adicionales.

Recursos Financieros: Una visita presencial, de hasta 1 hora, con un planificador financiero. Acceso telefónico ilimitado a profesionales financieros para obtener información sobre finanzas personales y temas relacionados.

Recursos Para La Vida Laboral Y Personal: Información y referencias sobre cuidado de niños, ancianos, adopción, traslado y otros asuntos de conveniencia personal.

Evaluaciones De Riesgos Sanitarios: Acceso en línea a una encuesta de evaluación de riesgos para la salud y a diversas herramientas e información sobre gestión sanitaria.

Preparación De Testamentos En Línea: Acceso a EstateGuidance® que ofrece la facilidad y sencillez de la preparación de testamentos online. Los empleados pueden rellenar un testamento y descargarlo a su ordenador. Los testamentos en línea son gratuitos. También hay disponibles testamentos vitales y disposiciones finales por un coste adicional.

Guidanceresources® En Línea: Acceso a amplios contenidos para ayudar con preocupaciones personales o familiares, y acceso a útiles herramientas de planificación, programas de descuento y mucho más.

¿Necesita ayuda?

Póngase en contacto con Sun Life EAP Complete

- Llame al: **877.595.5284**
TDD: **800.697.0353**
- En línea: www.guidanceresources.com
- App: **GuidanceResources® Now**
- Web ID: **EAPComplete**

Póngase en contacto con UHC Care24 EAP

- **888.887.4114**
- liveandworkwell.com



DENTAL

Los planes dentales PPO están diseñados para ayudarle a mantener una sonrisa sana mediante cuidados dentales preventivos regulares y para solucionar cualquier problema en cuanto se produzca. Dado que la atención preventiva es tan importante, los planes cubren estos servicios en su totalidad, sin franquicia ni copago. Los planes le permiten acudir a cualquier proveedor, pero recibirá el mayor nivel de Beneficios cuando utilice proveedores de la red a través de Sun Life (red PPO).

Plan Dental	Plan Básico	Plan Mejorado
Deducible Anual (Para Servicios Básicos Y Principales)	\$50 Individual \$150 Familia	\$50 Individual \$150 Familia
Máximo Anual	\$1,000 Por Persona	\$1,500 Por Persona
Máximos De Ortodoncia De Por Vida	No Cubierto	\$1,500 Individual Por Hijo Menor De 26 Años
Servicios De Diagnóstico Y Prevención Exámenes Rutinarios, Radiografías, Mantenedores De Espacio	100% Cubierto	100% Cubierto
Servicios Básicos De Restauración Empastes De Amalgama (Plata), Empastes De Composite (Blanco), Extracciones Simples	80% Cubierto	80% Cubierto
Endodoncia, Periodoncia, Cirugía Oral	50% Cubierto	80% Cubierto
Principales Servicios De Restauración Coronas, Inlays Y Onlays, Prótesis Y Puentes	50% Cubierto	50% Cubierto
Ortodoncia Adultos Y Niños	No Cubierto	50% Cubierto

No se aplican periodos de carencia para ningún servicio. Los Beneficios indicadas corresponden a los proveedores de la red y se basan en las tarifas negociadas. La cobertura fuera de la red se basa en los gastos razonables y habituales.

Deducciones Bisemanales	Plan Básico	Plan Mejorado
Sólo Asociados	\$3.00	\$5.11
Asociado + Cónyuge	\$5.81	\$9.93
Asociado + Hijo(S)	\$5.83	\$9.96
Asociado + Familia	\$10.49	\$17.90



DENTAL

SERVICIOS DE ORTODONCIA CUBIERTOS

¿Está Cubierto El Tratamiento De Ortodoncia En Curso?

Sí, si está siguiendo un tratamiento de ortodoncia activo, pida a su ortodoncista que presente una solicitud de tratamiento de ortodoncia a Sun Life, incluyendo la siguiente información:

- Todos los gastos y tasas (incluido el pago inicial o los plazos abonados por su anterior plan dental)
- Fecha de anillamiento y duración del tratamiento activo
- Breve descripción de la dentición, el aparato (incluido el tipo) y el tratamiento

Sun Life tendrá en cuenta la fecha de inicio del tratamiento y el importe ya abonado para el mismo.



SOLICITAR UN PRESUPUESTO DE PRETRATAMIENTO

Aunque conozca bien sus Beneficios dentales, es posible que necesite ayuda para aclarar el coste de un tratamiento. Por eso Sun Life ofrece presupuestos gratuitos previos al tratamiento, una forma sencilla de predecir el coste que tendrá que pagar de su bolsillo por un procedimiento.

Podría beneficiarse de un presupuesto previo al tratamiento si:

- Planificar trabajos dentales que podrían superar los 300 dólares, como una corona, la extracción de una muela del juicio, un puente, prótesis dentales o cirugía periodontal.
- Se pregunta si su seguro cubre un procedimiento
- Le preocupa que un procedimiento pueda superar el máximo anual de su plan
- Tiene un presupuesto limitado y necesita planificar sus pagos
- La estimación previa al tratamiento incluye:
 - Un resumen de los servicios cubiertos, limitados o excluidos por su plan dental
 - Una explicación de cómo su coseguro, deducibles y máximos pueden afectar a su parte del coste

Proceso Paso A Paso De Estimación Previa Al Tratamiento

1. Solicita a su dentista un presupuesto previo al tratamiento
2. Su dentista nos envía una propuesta de plan de tratamiento y radiografías, si es necesario
3. Sun Life revisa el plan de tratamiento en función de sus Beneficios para determinar los servicios cubiertos y los costes estimados
4. Le enviamos a usted y a su dentista una copia de su presupuesto previo al tratamiento. El tiempo que se tarda en recibir el presupuesto previo al tratamiento depende del dentista y del plan de tratamiento.
5. Usted y su dentista discutirán las preguntas que tenga sobre el tratamiento y decidirán si seguir adelante con el plan de tratamiento.

VISIÓN

El seguro de visión ayuda a pagar el coste de los exámenes visuales periódicos y las lentes y monturas necesarias. El plan de visión cubre un examen ocular anual, lentes o lentes de contacto cada 12 meses y monturas cada 24 meses. El plan le permite acudir a cualquier proveedor, pero recibirá el mayor nivel de Beneficios cuando utilice proveedores de la red a través de Sun Life (red VSP).



¿Tiene Preguntas Sobre El Plan De Visión? Póngase En Contacto Con Sun Life

■ 800.877.7195

Plan De Visión	Costes Dentro De La Red
Examen	Cubierto En Su Totalidad Tras Un Copago De \$10
LENTEs	
Monofocal, Bifocal, Trifocal	Cubierto En Su Totalidad Tras Un Copago De \$10
MARCOS	
Equivalente De Marco De Venta Al Por Menor	Hasta \$130 De Subsidio Más Un 20% De Descuento En El Resto
CONTACTOS	
Adaptación De Lentes De Contacto*.	Hasta \$60 De Copago
Medicamento Necesario	Cubierto En Su Totalidad Tras Un Copago De \$10
Optativa	Subsidio De Hasta \$130

*La Cuota De Adaptación Y Evaluación Ascende A 60 \$ Y Se Abona Cada Año.

Deducciones Bisemanales	Plan Básico
Sólo Asociados	\$3.63
Asociado + Cónyuge	\$7.28
Asociado + Hijo(S)	\$7.79
Asociado + Familia	\$12.43



PROTECCIÓN DE INGRESOS

VIDA BÁSICA Y AD&D

HRI proporciona a todos los asociados activos a tiempo completo un seguro de vida básico y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) sin coste alguno, que garantiza que sus seres queridos, como el cónyuge legal u otros supervivientes designados, estarán económicamente seguros tras su fallecimiento.

Si tiene menos de 65 años en la fecha de entrada en vigor de su seguro, los importes de su Seguro de Vida Básico y de su Seguro Básico de AD&D a partir de los 65 años se determinarán aplicando el porcentaje correspondiente de la siguiente tabla al importe de su seguro en vigor el día anterior a su 65 cumpleaños.

Cobertura básica de vida y AD&D		
Importe de la cobertura	Prestación máxima	Reducción de edad
1x salario base anual	\$75,000	Mayores de 70 años: 50%.

La legislación fiscal federal exige que la Compañía declare el coste del seguro de vida pagado por la compañía que supere los 50.000 \$ como ingresos imputados. Los Beneficios de AD&D se pagan además de cualquier seguro de vida si usted fallece en un accidente o queda gravemente herido o incapacitado físicamente. Es posible que tenga que rellenar un cuestionario médico de prueba de asegurabilidad (EOI) para determinar si usted o su cónyuge son asegurables para las cuantías del seguro de vida voluntario. Si es necesario, se le facilitará uno.

VIDA VOLUNTARIA Y AD&D

Además de lo que proporciona la Compañía, puede adquirir un seguro de vida voluntario y un seguro AD&D. Debe contratar el seguro de vida voluntario para usted para poder contratar el seguro de vida y AD&D para su cónyuge y/o hijo(s) legal(es).

Si es un afiliado tardío, deberá presentar una declaración de buena salud denominada prueba de asegurabilidad. No hay límite de edad. Las nuevas contrataciones pueden solicitar el importe máximo garantizado sin tener que cumplimentar una EOI.

Cobertura de vida y AD&D voluntaria	
Asociado	5 veces el salario en incrementos de 10.000 \$ hasta 500.000 \$. IG*: importe inferior al actual o 130.000 \$.
Cónyuge legal	Incrementos de 5.000 \$ hasta 250.000 \$ IG*: la menor de las cantidades actuales o 25.000 \$.
Niños	0 meses - 6 meses: \$1,000 6 meses - 26 años si no está casado: \$10,000 SM*: \$ 10,000

*Importe de emisión garantizado

Vida voluntario y AD&D		
Edad	Asociado	Cónyuge
< 25	\$0.031	\$0.037
25-29	\$0.036	\$0.039
30-34	\$0.047	\$0.049
35-39	\$0.050	\$0.067
40-44	\$0.066	\$0.097
45-49	\$0.100	\$0.147
50-54	\$0.118	\$0.215
55-59	\$0.213	\$0.314
60-64	\$0.386	\$0.433
65-69	\$0.603	\$0.612
70+	\$0.977	\$1.152
Base tarifaria: Por \$1,000 de volumen		



Tarifas para niños	
Hijo(s) Tasa de vida*	\$0.081
Tarifa AD&D hijo(s)*	\$0.024

*Tarifas bisemanales por \$1,000 de Cobertura

PROTECCIÓN DE INGRESOS

SEGURO DE VIDA ENTERA



Las pólizas de seguro de Vida Permanente o Vida Entera están diseñadas para cubrirle durante toda su vida, a diferencia de otras pólizas de vida que sólo se suscriben por un determinado periodo de tiempo. Las pólizas de Vida Permanente también acumulan valor en efectivo que puede utilizarse para préstamos, al rescatar la póliza, o como seguro de pago reducido en caso de impago de la prima. También puede contratar pólizas para su cónyuge o sus hijos, pero usted debe estar cubierto para poder asegurarlos. Una vez que tenga cobertura, no se permitirá ninguna cobertura adicional.

Emisión Garantizada		
Asegurado Propuesto	Edades	Importes De Beneficios Definidas
Empleado	15-75	Opción 1: \$10,000 Opción 2: \$25,000 Opción 3: \$50,000 Opción 4: \$75,000 Opción 5: \$100,000 Cobertura Total Máxima De \$100,000.
Emisión Garantizada		
Asegurado Propuesto	Edades	Importes De Beneficios Definidas
Cónyuge	18-70	Opción 1: \$5,000 Opción 2: \$10,000 Cobertura Total Máxima De \$10,000
Emisión Garantizada		
Jubilación Infantil	Edades	Importes De Beneficios Definidas
Niño	Nacidos Vivos Hasta Los 26 Años	\$20,000

Las Características Adicionales Pueden Ayudar A Proporcionarle Aún Más Protección:

- **Prestación Por Muerte Acelerada En Caso De Enfermedad Terminal:**
Anticipa hasta el 100% del importe de la prestación por fallecimiento (sin superar los 150.000 \$) si el asegurado padece una enfermedad terminal con una esperanza de vida de 12 meses o menos. Esta Cláusula Adicional se aplica únicamente a la Cobertura de Empleado y Cónyuge.
- **Cláusula Adicional De Indemnización Por Fallecimiento Acelerado Por Cuidados De Larga Duración Con Cláusula Adicional De Restablecimiento De Beneficios:**
Anticipa la prestación por defunción a partir del final del periodo de eliminación en pagos mensuales de indemnización para ayudar a pagar los servicios Calificados de cuidados a largo plazo necesarios debido a la incapacidad del asegurado para realizar al menos dos Actividades de la Vida Diaria (AVD), o a un deterioro cognitivo grave. La prestación por fallecimiento se restablecerá de forma continua a medida que se abonen los Beneficios en virtud de esta cláusula adicional. Esta cláusula adicional sólo se aplica a la cobertura de empleado y cónyuge.
- **Portabilidad:**
Permite a un empleado asegurado y a las personas a su cargo elegir una cobertura portátil, con tarifas de grupo, si la cobertura finaliza en virtud de la póliza de grupo del empresario por cualquier motivo.
- **Privilegio De Conversión Del Seguro De Vida:**
Cuando finaliza la cobertura colectiva de un asegurado, éste puede convertir su cobertura en una póliza de vida entera individual con tarifas basadas en su edad en el momento de la conversión sin aportar pruebas de asegurabilidad.

PROTECCIÓN DE INGRESOS

ENFERMEDAD CRÍTICA

Cuando sobreviene una enfermedad grave, el seguro de enfermedad crítica puede proporcionarle apoyo financiero para ayudarlo a superar un momento difícil. El programa de enfermedades críticas de Sun Life paga hasta \$40,000 en caso de que le diagnostiquen una de estas enfermedades. Protege contra el impacto financiero de ciertas enfermedades, como un ataque al corazón, un derrame cerebral o un cáncer.

Recibe una prestación a tanto alzado para cubrir los gastos de bolsillo de los tratamientos que no cubre su plan médico. También puede utilizar el dinero para ocuparse de sus gastos cotidianos, como servicios domésticos, servicios especiales de transporte y guardería. Los Beneficios se le abonan directamente a usted, salvo que se asignen a otra persona.

Siempre que usted o las personas a su cargo cumplan los requisitos de la póliza y el certificado, están cubiertas las siguientes afecciones médicas:

- Cáncer Invasivo Y No Invasivo
- Infarto De Miocardio
- Ictus
- Cirugía De Bypass Aortocoronario
- Fallo Orgánico Grave
- Insuficiencia Renal Terminal
- Esclerosis Lateral Amiotrófica Avanzada
- Enfermedad De Alzheimer Avanzada
- Ciertas Afecciones Infantiles
- Y Muchos Más.

Descubra Las Ventajas Del Chequeo Médico

Obtenga Una Prestación Anual En Metálico De 50 \$ Por Año Natural

además del importe total de la prestación cuando acuda a su médico para someterse a exámenes médicos o tomar medidas preventivas.

Los exámenes médicos son una parte importante de la gestión de su salud. Por este motivo, su seguro de Enfermedad Crítica de Sun Life le ofrece una prestación adicional para revisiones y pruebas médicas cubiertas. Ahora, todas las personas inscritas (usted, su cónyuge legal y los hijos a su cargo) pueden obtener una prestación adicional sólo por cuidar de su salud.

Algunos ejemplos de pruebas de detección y prevención cubiertas son análisis de sangre específicos, pruebas de detección del cáncer, pruebas de esfuerzo cardiaco, vacunaciones, exámenes deportivos escolares y otros (pueden variar según el estado). Para obtener una lista completa de lo que está cubierto, consulte una copia de su certificado.



Critical Illness

Issue Age	Associate Bi-Weekly Rates (per \$1,000)	Spouse Bi-Weekly Rates (per \$1,000)	Child Bi-Weekly Rates (per \$1,000)
<25	\$0.258	\$0.258	\$0.129
25-29	\$0.277	\$0.277	\$0.129
30-34	\$0.328	\$0.328	\$0.129
35-39	\$0.448	\$0.448	\$0.129
40-44	\$0.623	\$0.623	\$0.129
45-49	\$0.868	\$0.868	\$0.129
50-54	\$1.228	\$1.228	\$0.129
55-59	\$1.615	\$1.615	\$0.129
60-64	\$1.929	\$1.929	\$0.129
65-69	\$2.534	\$2.534	\$0.129
70-74	\$3.374	\$3.374	\$0.129
75+	\$4.611	\$4.611	\$0.129

PROTECCIÓN DE INGRESOS

SEGURO DE ACCIDENTES

No siempre se pueden evitar los accidentes, pero sí protegerse de los gastos relacionados con ellos, que pueden sobrecargar su presupuesto. El seguro de accidentes complementa su plan médico principal y los programas de incapacidad, proporcionando Beneficios en metálico en caso de lesiones accidentales.

Puede utilizar este dinero para ayudar a pagar gastos médicos no cubiertos, como la franquicia o el coseguro, o para gastos corrientes de manutención, como la hipoteca o el alquiler. Los Beneficios se le abonan directamente a usted -a menos que se asignen a otra persona- y también se pagan además de otras coberturas que pueda tener, como la médica o un plan de AD&D.

El Seguro de Accidentes paga una prestación por una amplia gama de sucesos, servicios médicos y tratamientos. El plan prevé el pago de una suma a tanto alzado para muchos eventos cubiertos, como:

- Fracturas
- Dislocaciones
- Cortes O Laceraciones
- Coma Y Más

Recibirá un pago a tanto alzado cuando se someta a estos servicios/tratamientos médicos cubiertos relacionados con un accidente cubierto:

- Ambulancia
- Atención De Urgencia
- Cirugía
- Visitas De Seguimiento Al Médico
- Transporte
- Beneficios Para Pruebas Médicas (Incluye Radiografías, Resonancias Magnéticas Y Tomografías Computarizadas)
- Fisioterapia

Este Plan Ofrece Protección Únicamente Para Los Eventos Cubiertos Que Se Produzcan Fuera Del Trabajo.



SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Una visita al hospital puede ser estresante, y las facturas también. Incluso con un plan médico principal, es posible que tenga que pagar copagos, franquicias y otros gastos de su bolsillo. Un plan de indemnización hospitalaria le proporciona pagos complementarios directamente a usted -a menos que se asignen a otra persona- que puede utilizar para cubrir los gastos que su plan médico no cubre en caso de hospitalización. Sun Life le ofrece un plan de indemnización hospitalaria bajo o alto a elegir.

	Tarifas Quincenales	
	Plan Bajo	Plan Alto
PLAN DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA		
Sólo Asociados	\$5.15	\$10.20
Asociado + Cónyuge	\$10.30	\$20.39
Asociado + Hijo(S)	\$8.57	\$16.97
Asociado + Familia	\$13.72	\$27.16

PLAN DE ACCIDENTES

Disponible sin coste alguno para los inscritos en el plan de salud HDHP.

Sólo Asociados	\$2.76
Asociado + Cónyuge	\$5.15
Asociado + Hijo(S)	\$5.73
Asociado + Familia	\$8.12

¡IMPORTANTE!

Cobertura De Accidentes Gratuita Para Los Inscritos En El Plan De Salud HDHP.

Si está inscrito en el Plan Médico HDHP, se le inscribirá automáticamente en el mismo nivel de cobertura del Plan de Accidentes sin coste alguno para usted.

Si está inscrito en el plan médico PPO o en ningún plan médico y desea inscribirse en la cobertura de Accidentes, consulte las instrucciones de las páginas 6-7 de esta guía.

Nota: Para los asociados que están inscritos en el Plan Médico HDHP y por lo tanto reciben el plan de Accidentes pagado por el empleador: Debido a que se trata de un incentivo pagado por el empleador, cualquier reclamación del plan de Accidentes que supere los \$600 podría potencialmente desencadenar un evento fiscal en el que podría tributar por la prestación que se le pague.

PROTECCIÓN DE INGRESOS

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

La pérdida de ingresos por enfermedad o invalidez puede causar graves dificultades económicas a su familia. Los programas de seguro de invalidez de HRI, ofrecidos a través de Sun Life, colaboran para sustituir una parte de tus ingresos cuando no puedas trabajar.

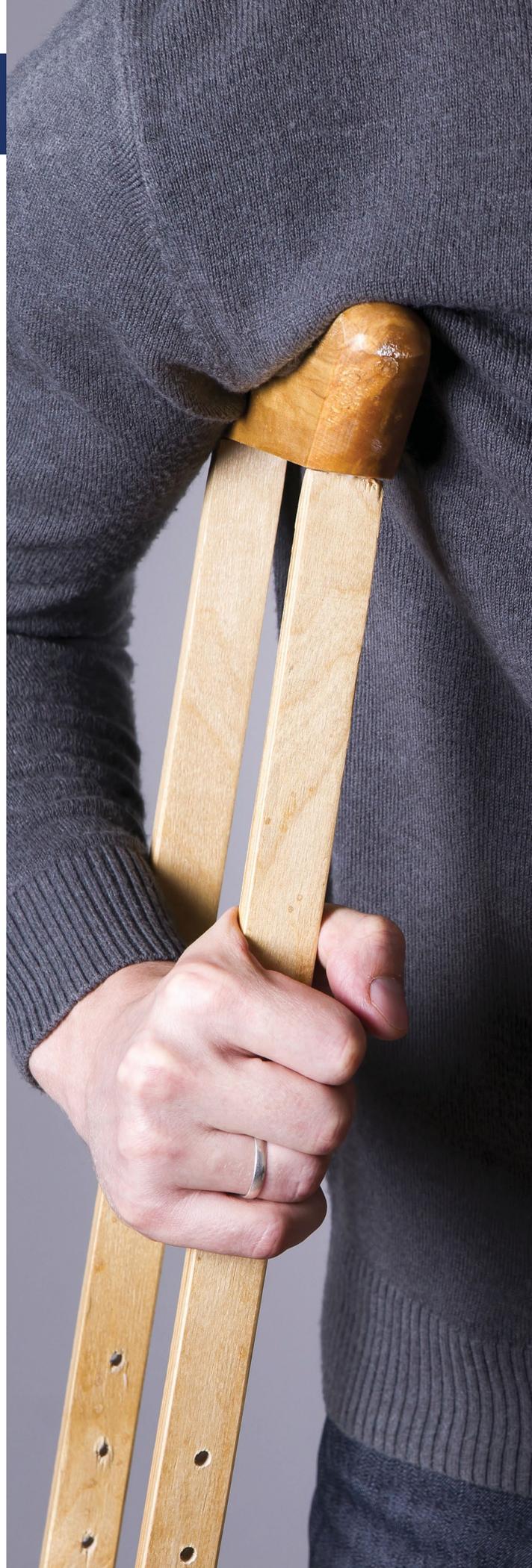
Las Beneficios por incapacidad que recibe le permiten seguir pagando sus facturas y hacer frente a sus obligaciones económicas durante estos momentos difíciles. Puede optar a las Beneficios por incapacidad tras un periodo de espera de un año.

Incapacidad A Corto Plazo	
Comienza La Prestación	8 Días
Duración De La Prestación	Hasta 12 Semanas
Importe De La Prestación	60% Del Salario Semanal
Prestación Máxima	\$1,000 Por Semana

INVALIDEZ DE LARGA DURACIÓN

Como parte de su cobertura básica, HRI le proporciona Beneficios por incapacidad a largo plazo (LTD) a través de Sun Life. La incapacidad a largo plazo protege una parte de sus ingresos si queda incapacitado debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo durante más de 90 días. Los Beneficios comienzan el día siguiente a la finalización del periodo de eliminación. Pueden aplicarse determinadas exclusiones, así como limitaciones por enfermedades preexistentes.

Invalidez de larga duración	
Comienza la prestación	Después de 90 días de incapacidad
Duración de la prestación	Hasta que deje de ser considerado discapacitado o alcance la edad normal de jubilación, lo que ocurra primero
Importe de la prestación	60% del salario base mensual
Prestación máxima	\$15,000 al mes



LEGAL

Hay muchos momentos en la vida en los que puede necesitar los servicios de un abogado cualificado: compra de una vivienda, documentos de planificación patrimonial y preparación de testamentos, asuntos financieros, derecho de familia o cuestiones de adopción. Sin embargo, muchas personas que necesitan ayuda legal no la buscan, en parte porque temen el coste y no saben cómo encontrar al abogado adecuado.

¿Necesita Ayuda Jurídica?

MetLife Legal Plans ha rediseñado su sitio web legalplans.com para facilitarle la búsqueda de abogados y la obtención de la ayuda legal que necesita. El nuevo y moderno diseño de nuestro sitio web le facilita el acceso a la información sobre coberturas y a nuestra red de abogados, además de proporcionarle nuevas herramientas para gestionar asuntos legales rápidamente en línea.

Algunas de las nuevas características de la experiencia web mejorada incluyen:

- Inicio de sesión simplificado: acceda a los Beneficios del plan legal mediante una dirección de correo electrónico y una contraseña, eliminando la necesidad de recordar un número de afiliación o facilitar información de la seguridad social.
- Autoservicio en línea: desde la compra de su primera vivienda hasta la impugnación de una multa de tráfico, acceda con unos pocos clics a la ayuda jurídica que necesita de nuestra red de más de \$18,000 abogados.
- Planificación digital del patrimonio - Obtenga orientación paso a paso para crear testamentos, directivas sanitarias anticipadas, poderes, fideicomisos y escrituras en línea en tan sólo 15 minutos.
- Diseño optimizado para móviles: acceso completo a toda la experiencia en línea desde cualquier dispositivo móvil con conexión a Internet sin necesidad de descargar una aplicación móvil.

Nota sobre el inicio de sesión: Deberá crear una cuenta para acceder a sus Beneficios y utilizar la planificación patrimonial digital en línea. Puede crear la cuenta utilizando la dirección de correo electrónico que prefiera.

Póngase en contacto con MetLife Legal Plans

- 800.821.6400 | legalplans.com

Plan Jurídico	Tarifas Quincenales
Asociado Y Familia	\$8.31



The Barnett (Nueva Orleans, LA)

AHORROS

PLANES DE AHORRO 401(K)

No importa en qué punto de la planificación de su futuro financiero se encuentre, Fidelity NetBenefits es un buen punto de partida. Es su único recurso en línea, diseñado para que pueda configurar, supervisar y gestionar su cuenta de jubilación de forma rápida y sencilla.

- Ir a [401k.com](https://www.401k.com)
- Haga clic en el enlace Registrarse como nuevo usuario
- Siga las instrucciones para configurar su nombre de usuario y contraseña
 - HRI Properties Grupo #: 33297

¿Ha Establecido Ya Sus Datos De Acceso Con Fidelity?

- ¿Ha utilizado NetBenefits en una empresa anterior?
- ¿Tienes una cuenta de corretaje con Fidelity (o una cuenta IRA, fondos de inversión o un plan de ahorro universitario)?

Si es así, puede utilizar la misma información de inicio de sesión (nombre de usuario y contraseña) de esas cuentas para acceder a NetBenefits. Si ha olvidado sus datos de acceso, haga clic en el enlace ¿Ha olvidado sus datos de acceso?

Admisibilidad

Se le afiliará automáticamente al 3% después de 6 meses de empleo.

Sus Contribuciones

HRI se ha acogido a la Ley de Protección de Pensiones para inscribirle automáticamente en el plan 401(k) cuando cumpla los requisitos. Tiene derecho a rechazar la inscripción automática o a modificar el importe de su elección, incluido el derecho a dejar de participar. Puede modificar su porcentaje o renunciar en cualquier momento. El plan también incluye un incremento anual automático del 1% hasta el 6%, a menos que decida no participar.

Contribución Al Plan

Una vez que cumpla los requisitos, podrá ahorrar para la jubilación en este plan. Usted decide qué parte de su salario quiere aportar directamente de su nómina, hasta un máximo \$20,500 en 2025, con aportaciones antes de impuestos.

Si tiene 50 años o más en este año natural y aporta el máximo permitido a su cuenta, puede aportar hasta \$6,500 adicionales al Plan en 2025.

Para apoyar tus esfuerzos de ahorro para la jubilación, HRI iguala dólar por dólar el primer 1% de la aportación del asociado y sigue igualando a 50 céntimos por cada 1% adicional de ganancias, hasta el 6% del salario base con una aportación de la empresa máxima del 3,5%. La aportación de la empresa se adquiere tras dos años de servicio en HRI.

Modificar O Suspender Las Cotizaciones

Puede modificar el importe de sus aportaciones en cualquier momento accediendo a la página web de Fidelity NetBenefits at [401k.com](https://www.401k.com). Todos los cambios entrarán en vigor tan pronto como sea administrativamente factible y permanecerán vigentes hasta que usted los modifique o los rescinda. Podrá interrumpir sus aportaciones en cualquier momento. Una vez que interrumpa sus aportaciones, podrá comenzar de nuevo en cualquier momento.

Prórrogas

Si tiene un saldo de cuenta de un plan de jubilación de una empresa anterior o de una cuenta IRA, puede transferir la parte adquirida de esa cuenta a este plan.

Los asociados pueden reinvertir fondos al ser contratados, no sólo al cumplir los requisitos para acogerse al Plan. Póngase en contacto con su anterior empresa y con el profesional financiero de su plan para iniciar el proceso.

¿Tiene preguntas sobre su plan 401(k)? Póngase en contacto con Fidelity llamando al 800.835.5097

VENTAJAS ADICIONALES

SEGURO DE AUTOMÓVIL Y HOGAR

Farmers Auto & Home es un programa voluntario de beneficios de grupo que proporciona a los asociados acceso a cobertura de seguro para una variedad de necesidades de seguro personal a tarifas especiales de grupo. A través del programa, puede solicitar asegurar su automóvil, hogar, otras propiedades y a usted mismo contra la responsabilidad personal.

El programa ofrece una serie de ventajas:

- Deducciones Cómodas En La Nómina Para Pagar Las Primas
- Descuentos Para Grupos Por Ser Asociado Del Hri
- Descuento Por Años De Servicio

Puede solicitar un seguro en cualquier momento llamando a Farmers Auto & Home. No necesita esperar a que su póliza actual expire para llamar y solicitar cotizaciones gratuitas.

Llame al **800.438.6381** para solicitar un presupuesto gratuito y sin compromiso y obtener más información sobre el programa.

SEGURO PARA ANIMALES DE COMPAÑÍA

Cuando una querida mascota enferma o sufre un accidente y necesita la experiencia de un veterinario, lo último en lo que quiere pensar es "¿cuánto va a costar?". HRI elimina esa preocupación ofreciéndole un programa de seguros flexible y asequible para ayudar a proporcionar a su mascota la mejor cobertura posible. Para obtener más información e inscribir a su(s) mascota(s), visite petinsurance.com/hriproperties o llame al **877.PETS.VPI** y mencione que es asociado de HRI.

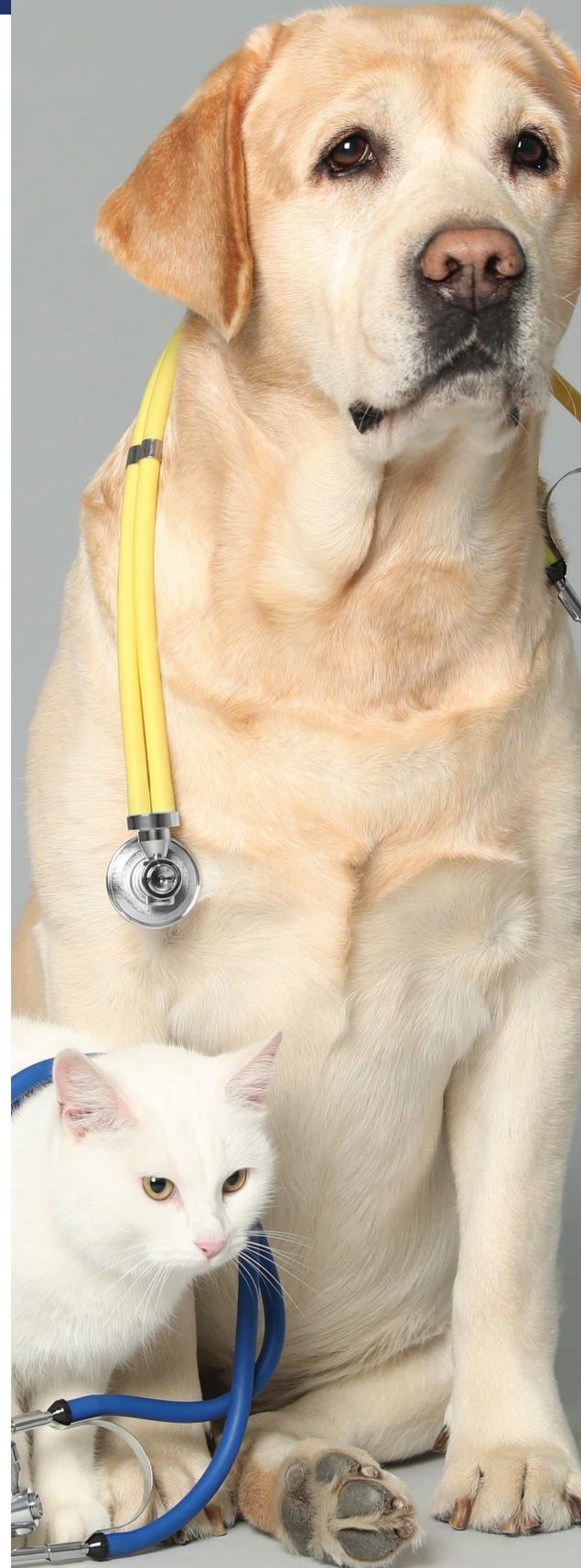
MERCADO GALLAGHER

Gallagher Marketplace ofrece beneficios no tradicionales a todos los asociados de HRI, como seguro de hogar y automóvil, seguro para inquilinos, garantías extendidas para vehículos, así como cobertura para embarcaciones, vehículos todo terreno y vehículos recreativos. Debido a que su empleador se asocia con Gallagher, usted tiene acceso a los mejores beneficios disponibles.

- Ya Sean Trabajadores A Tiempo Completo, A Tiempo Parcial O Contratados, Todos Los Empleados Pueden Acogerse A Esta Solución Dinámica.
- Consulte Varios Presupuestos De Las Principales Compañías, Con Planes De Pago Flexibles Y Agentes Autorizados Que Le Guiarán.
- Acceda A Las Mejores Beneficios Con La Posibilidad De Ahorrar Dinero En Beneficios Que Pueda Necesitar Y Desear.

Cómo Funciona

1. Visite ajg.com/GallagherMarketplace, consulte las ventajas disponibles y seleccione un producto para ver más detalles.
2. Introduzca los datos preliminares y reciba un presupuesto sin compromiso.
3. Póngase en contacto con un agente que responderá a sus preguntas y le ayudará con el proceso de solicitud.



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Coseguro: Su parte del coste de un servicio sanitario cubierto, calculada como un porcentaje (por ejemplo, el 20%) del importe permitido para el servicio, normalmente después de que haya alcanzado su deducible. Por ejemplo, si el importe permitido por su plan para una visita al consultorio médico es de 100 \$ y usted ha pagado su deducible (pero aún no ha alcanzado el máximo de gastos de su bolsillo), el pago de su coseguro del 20% sería de 20 \$. El patrocinador de su plan o su empleador pagaría el resto del importe permitido.

Copago: La cantidad fija, determinada por su plan de seguro, que usted paga por los servicios sanitarios recibidos.

Deducible: La cantidad que debe pagar por los servicios sanitarios antes de que su seguro médico o el patrocinador del plan (empresa) empiece a pagar su parte.

Explicación De Beneficios (EOB): Una declaración enviada por su compañía de seguros que explica qué procedimientos y servicios se proporcionaron, cuánto costaron, qué parte de la reclamación fue pagada por el plan y qué parte es su responsabilidad, además de cómo puede apelar la decisión de la aseguradora. Estas declaraciones también se publican en el sitio web de la aseguradora para que usted pueda consultarlas.

Dentro De La Red: Los proveedores de la red son médicos, hospitales y otros proveedores que tienen un contrato con su compañía de seguros para prestar servicios sanitarios a precios reducidos.

Fuera De La Red: Los proveedores fuera de la red son médicos, hospitales y otros proveedores que no tienen contrato con su compañía de seguros. Si elige un médico fuera de la red, los servicios no se le prestarán con descuento.

Coste Máximo De Bolsillo: Lo máximo que paga durante un periodo de póliza antes de que su seguro médico o plan empiece a pagar el 100% del importe permitido. Este límite no incluye las cuotas mensuales, los gastos que superen el importe razonable y habitual, ni la asistencia sanitaria que no cubra su plan. Consulte a su compañía de seguro médico para confirmar qué pagos se aplican al máximo de desembolso directo.

Proveedor De Atención Primaria: Un médico, incluido un doctor en medicina (M.D.), doctor en medicina osteopática (D.O.), enfermero practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico que proporciona, coordina o le ayuda a acceder a una serie de servicios sanitarios (según lo permitido por la ley estatal y las condiciones del plan).

Especialista: Un médico especialista se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar determinados tipos de síntomas y afecciones. Un especialista no médico es un proveedor que tiene una formación especial en un área específica de la atención sanitaria.

Atención Preventiva: Atención sanitaria rutinaria, que incluye revisiones, chequeos y asesoramiento al paciente para prevenir o descubrir enfermedades, dolencias u otros problemas de salud.

Medicamentos De Venta Libre: Medicamentos que suelen estar disponibles sin receta.

Medicamentos Con Receta: Medicamentos recetados por un médico. El coste de estos medicamentos viene determinado por el nivel asignado: Medicamentos genéricos, preferidos, no preferidos o especiales.

Medicamentos Genéricos (Nivel 1): Medicamentos con receta aprobados por la FDA no asociados a una marca comercial.

Medicamentos De Marca Preferidos (nivel 2): Medicamentos con receta de marca aprobados por la FDA.

Medicamentos De Marca No Preferidos (nivel 3): Medicamentos de marca aprobados por la FDA.

Autorización Previa: Exigencia de su plan de salud de que algunos medicamentos tienen requisitos de cobertura adicionales que requieren la aprobación del plan de salud antes de que usted reciba el medicamento.

Prestación Razonable Y Habitual (R&C): También conocido como gasto subvencionable o lo Usual y Acostumbrado (U&C). La cantidad que su compañía de seguros pagará por un servicio médico en una región geográfica en función de lo que los proveedores de la zona suelen cobrar por el mismo servicio médico o uno similar.

Resumen De Beneficios Y Cobertura (SBC): Obligado por la reforma sanitaria, su aseguradora o patrocinador del plan le proporcionará un resumen claro y fácil de seguir de sus beneficios y cobertura del plan.

AVISOS IMPORTANTES

AVISO IMPORTANTE SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con HRI Properties y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y su coste, con la cobertura y los costes de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su zona. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare empezó a estar disponible en 2006 para todos los beneficiarios de Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados o en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen, como mínimo, un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más elevada.
2. HRI Properties ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan médico es, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Dado que su cobertura actual es una Cobertura Acreditable, puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo Puede Inscribirse En Un Plan De Medicamentos De Medicare?

Puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados cuando reúna los requisitos para Medicare por primera vez y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

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

¿Qué Ocurre Con Su Cobertura Actual Si Decide Inscribirse En Un Plan Medicare De Medicamentos Recetados?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de HRI Properties no se verá afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por el Plan, éste pagará primero los Beneficios de medicamentos recetados y Medicare determinará sus pagos en segundo lugar. Para obtener más información sobre qué programa paga primero y qué programa paga después, consulte el resumen de la descripción del plan o póngase en contacto con Medicare en el número de teléfono o la dirección de Internet que figuran en este documento.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura actual de la compañía, tenga en cuenta que usted y las personas a su cargo no podrán recuperar esta cobertura hasta que se abra el plazo de inscripción o si tiene un evento de inscripción especial...

¿Cuándo Pagará Una Prima Más Alta (Penalización) Por Inscribirse En Un Plan Medicare De Medicamentos Recetados?

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

Si pasa 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima básica de beneficiario de Medicare al mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19% superior a la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el mes de octubre siguiente para afiliarse.

AVISOS IMPORTANTES

Para Más Información Sobre Este Aviso O Su Cobertura Actual De Medicamentos Recetados:

Para más información, póngase en contacto con la persona indicada a continuación. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si cambia esta cobertura a través de HRI Properties. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para Más Información Sobre Sus Opciones De Cobertura De Los Medicamentos Recetados De Medicare:

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y Usted". Medicare le enviará una copia del manual por correo cada año. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se pongan directamente en contacto con usted.

Para Más Información Sobre La Cobertura De Medicare Para Medicamentos Recetados:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el número de teléfono en la contraportada interior del manual "Medicare y Usted") para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 800.MEDICARE (800.633.4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, dispone de una ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página web de la Seguridad Social www.socialsecurity.gov, o llámeles al 800.772.1213 (TTY 800.325.0778).

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

Fecha: 1 de enero de 2025

Nombre de la Entidad/Emisor: HRI Properties

Contacto: Recursos Humanos

AVISOS IMPORTANTES

DIVULGACIÓN DE LA PROTECCIÓN DEL PACIENTE

No necesita autorización previa de la Compañía ni de ninguna otra persona (incluido un médico de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional sanitario de nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. No obstante, es posible que el profesional sanitario deba cumplir determinados procedimientos, como obtener autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales sanitarios participantes especializados en obstetricia o ginecología, visite UHC en uhc.com.

LEY DE DERECHOS DE LA MUJER EN MATERIA DE SALUD Y CÁNCER

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a determinadas Beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciban Beneficios relacionadas con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico que le atiende y la paciente, para:

- Todas Las Fases De Reconstrucción De La Mama En La Que Se Realizó La Mastectomía;
- Cirugía Y Reconstrucción De La Otra Mama Para Producir Una Apariencia Simétrica; Prótesis; Y
- Tratamiento De Las Complicaciones Físicas De La Mastectomía, Incluido El Linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Consulte la descripción resumida del plan para obtener información detallada sobre la franquicia, el porcentaje de Beneficios y los requisitos de copago del plan. Si desea más información sobre los Beneficios de la WHCRA, póngase en contacto con RR.HH.

LEY DE PROTECCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y DE LA MADRE

Para las estancias hospitalarias por maternidad, de acuerdo con la legislación federal, el Plan no restringe los Beneficios, para cualquier estancia hospitalaria relacionada con el parto de la madre o del recién nacido, a menos de 48 horas tras un parto vaginal o menos de 96 horas tras un parto por cesárea.

Sin embargo, la legislación federal no impide, en general, que el proveedor de asistencia sanitaria que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas/ según corresponda). El Plan no puede exigir a un proveedor que prescriba una estancia inferior a 48 horas (o 96 horas tras un parto por cesárea). Si desea más información sobre la Ley de Protección del Recién Nacido y la Madre, póngase en contacto con RRHH.

AVISOS IMPORTANTES

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL HIPAA

Notificación De Derechos Especiales De Inscripción Para La Cobertura Del Plan Médico

Como sabe, si ha rechazado la inscripción en el plan de salud de la empresa para usted o las personas a su cargo (incluido su cónyuge) debido a la existencia de otra cobertura de seguro médico, usted o las personas a su cargo podrán inscribirse en algunas coberturas de este plan sin esperar al siguiente periodo de inscripción abierta, siempre que solicite la inscripción en los 31 días siguientes a la finalización de su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse usted mismo y a sus dependientes con derecho a cobertura, siempre que solicite la inscripción en los 31 días siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

La Compañía también permitirá una oportunidad de inscripción especial si usted o sus dependientes elegibles:

- Perder la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque ya no cumple los requisitos, o
- Cumplir los requisitos para acogerse al programa estatal de asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP.

Para estas oportunidades de afiliación, dispondrá de 60 días -en lugar de 31- a partir de la fecha del cambio de derecho a Medicaid/CHIP para solicitar la afiliación al plan de salud colectivo de la empresa. Tenga en cuenta que esta nueva prórroga de 60 días no se aplica a las oportunidades de afiliación que no se deban al cambio de derecho a Medicaid/CHIP.

Nota: Si su dependiente adquiere derecho a una inscripción especial, puede añadirlo a su cobertura actual o cambiarse a otro plan médico. Cualquier otro dependiente cubierto actualmente también puede cambiar al nuevo plan en el que se inscriba.

COBRA AVISO GENERAL

Modelo de notificación general de los derechos de continuidad de la cobertura COBRA (para uso de los planes de salud de grupo de un único empleador)

** Derechos de cobertura continuada en virtud de COBRA**

Introducción

Recibe este aviso porque recientemente ha obtenido la cobertura de un plan de salud colectivo (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una prórroga temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la continuación de la cobertura COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y lo que debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando cumpla los requisitos para acogerse a COBRA, es posible que también pueda optar a otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura COBRA.

El derecho a la continuación de la cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura COBRA puede estar a su disposición y a la de otros miembros de su familia cuando, de lo contrario, finalizaría la cobertura sanitaria colectiva. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, consulte el Resumen de la Descripción del Plan o póngase en contacto con el administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones cuando pierda la cobertura sanitaria colectiva. Por ejemplo, puede optar a adquirir un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Si se inscribe en un seguro a través del Mercado de Seguros Médicos, puede optar a una reducción de las primas mensuales y de los gastos de bolsillo. Además, puede optar a un periodo de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud colectivo para el que reúna los requisitos (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan no suele aceptar inscripciones tardías.

AVISOS IMPORTANTES

¿Qué Es La Continuación De La Cobertura COBRA?

La continuación de la cobertura COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando, de lo contrario, ésta finalizaría debido a un acontecimiento vital. Esto también se denomina "acontecimiento que reúne los requisitos". Más adelante en este aviso se enumeran los acontecimientos que cumplen los requisitos. Tras un suceso calificador, la continuación de la cobertura COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios Calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento cualificador. En virtud del Plan, los beneficiarios Calificados que elijan la continuación de la cobertura de COBRA deben pagar por la continuación de la cobertura de COBRA.

Si es un trabajador por cuenta ajena, se convertirá en beneficiario cualificado si pierde la cobertura del Plan a causa de los siguientes supuestos Calificados:

- Se Reducen Sus Horas De Trabajo, O
- Su Empleo Finaliza Por Cualquier Motivo Que No Sea Una Falta Grave.

Si Es Cónyuge De Un Trabajador Por Cuenta Ajena, Se Convertirá En Beneficiario Cualificado Si Pierde La Cobertura Del Plan A Causa De Los Sigüientes Supuestos Calificados:

- Muere Su Cónyuge;
- Se Reducen Las Horas De Trabajo De Su Cónyuge;
- El Empleo De Su Cónyuge Finaliza Por Cualquier Motivo Que No Sea Su Falta Grave;
- Su Cónyuge Adquiere Derecho A Beneficios De Medicare (Parte A, Parte B O Ambas).
- Se Divorcia O Separa Legalmente De Su Cónyuge.

Sus Hijos Dependientes Se Convertirán En Beneficiarios Calificados Si Pierden La Cobertura Del Plan A Causa De Los Sigüientes Supuestos Calificados:

- Fallece El Progenitor-Empleado;
- Se Reducen Las Horas De Trabajo Del Progenitor-Empleado;
- El Empleo Del Padre-Empleado Finaliza Por Cualquier Motivo Que No Sea Su Falta Grave;
- El Progenitor-Empleado Adquiere El Derecho A Los Beneficios De Medicare (Parte A, Parte B O Ambas);
- Los Padres Se Divorcian O Se Separan Legalmente.
- El Hijo Deja De Tener Derecho A La Cobertura Del Plan Como "Hijo A Cargo".

Si el Plan proporciona cobertura de asistencia sanitaria a los Empleados jubilados, se aplica lo siguiente: la presentación de un procedimiento de quiebra en virtud del título 11 del Código de los Estados Unidos puede constituir un evento cualificado. Si se presenta un procedimiento de quiebra con respecto a su empresa, y dicha quiebra provoca la pérdida de cobertura de cualquier Empleado jubilado cubierto por el Plan, el Empleado jubilado se convertirá en beneficiario cualificado con respecto a la quiebra.

El cónyuge, el cónyuge supérstite y los hijos a cargo del Empleado jubilado también se convertirán en beneficiarios Calificados si la quiebra provoca la pérdida de su cobertura en virtud del Plan.

AVISOS IMPORTANTES

¿Cuándo Está Disponible La Continuación De La Cobertura COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a los beneficiarios que cumplan los requisitos sólo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que se ha producido un evento que da derecho a la cobertura. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos calificativos:

- El Fin De La Relación Laboral O La Reducción De Las Horas De Trabajo;
- Fallecimiento Del Trabajador;
- El Trabajador Adquiere El Derecho A Las Beneficios De Medicare (Parte A, Parte B O Ambas).

Para todos los demás acontecimientos que cumplan los requisitos (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o pérdida de derecho a la cobertura de un hijo dependiente como hijo dependiente), debe notificarlo al administrador del plan en un plazo de 60 días a partir de que se produzca el acontecimiento que cumpla los requisitos. Póngase en contacto con su empresa y/o con el administrador de COBRA para conocer los procedimientos de esta notificación, incluida una descripción de la información o documentación requerida.

¿Cómo Se Proporciona La Continuación De La Cobertura COBRA?

Una vez que el administrador del plan reciba la notificación de que se ha producido un hecho habilitante, se ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a cada uno de los beneficiarios Calificados. Cada beneficiario cualificado tendrá un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación temporal de la cobertura que suele durar 18 meses debido a la finalización del empleo o a la reducción de las horas de trabajo. Determinados acontecimientos que cumplen los requisitos, o un segundo acontecimiento que cumpla los requisitos durante el periodo inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

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

Prórroga Por Incapacidad Del Periodo De 18 Meses De Continuación De La Cobertura COBRA

Si la Seguridad Social determina que usted o algún miembro de su familia cubierto por el Plan está incapacitado y usted lo notifica al administrador del Plan a su debido tiempo, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, hasta un máximo de 29 meses. La incapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura COBRA y debe durar al menos hasta el final del periodo de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA. Póngase en contacto con la empresa y/o el administrador de COBRA para conocer los procedimientos de esta notificación, incluida una descripción de cualquier información o documentación requerida.

Segundo Hecho Causante Prórroga Del Periodo De 18 Meses De Continuación De La Cobertura

Si su familia experimenta otro hecho causante durante los 18 meses de continuación de la cobertura conforme a COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura conforme a COBRA, hasta un máximo de 36 meses, si se notifica debidamente al Plan el segundo hecho causante. Esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que obtengan la continuación de la cobertura COBRA si el empleado o antiguo empleado fallece; adquiere derecho a los Beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de reunir los requisitos del Plan como hijo dependiente. Esta prórroga sólo está disponible si el segundo hecho causante hubiera provocado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan de no haberse producido el primer hecho causante.

¿Existen Otras Opciones De Cobertura Además De La Continuación De Cobertura COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura 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 pueden costar menos que la continuación de la cobertura COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

AVISOS IMPORTANTES

¿Puedo Inscribirme En Medicare En Lugar De La Continuación De La Cobertura COBRA Una Vez Finalizada La Cobertura De Mi Plan De Salud Colectivo?

En general, si usted no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, usted tiene un período de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, a partir de la primera de las siguientes fechas

- El Mes Siguiente A La Finalización De La Relación Laboral
- El Mes Siguiente A La Finalización De La Cobertura Del Plan De Salud Colectivo Basado En El Empleo Actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige en su lugar la continuación de la cobertura COBRA, es posible que tenga que pagar una penalización 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 continuación de la cobertura COBRA y posteriormente se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura COBRA, el Plan puede finalizar su continuación de la cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura COBRA no podrá interrumpirse por tener derecho a Medicare, aunque se inscriba en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de la cobertura COBRA como en Medicare, Medicare pagará generalmente en primer lugar (pagador principal) y la continuación de la cobertura COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, aunque usted no esté inscrito en Medicare.

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

Si Tiene Preguntas

Las preguntas relativas a su Plan o a sus derechos de continuación de la cobertura COBRA deben dirigirse al contacto o contactos indicados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud colectivos, póngase en contacto con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE.UU. más cercana a su zona o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de la EBSA están disponibles en el sitio web de la EBSA). Para más información sobre el Mercado, visite www.healthcare.gov.

Mantenga Informado A Su Plan De Los Cambios De Dirección

Para proteger los derechos de su familia, comuníquese al administrador del plan cualquier cambio de domicilio de los miembros de su familia. Asimismo, debe conservar una copia, para su archivo, de todas las notificaciones que envíe al administrador del plan.

Información De Contacto Del Plan

Póngase en contacto con su empresa para obtener el nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte responsable de administrar la continuación de su cobertura COBRA.

¹ <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>

AVISOS IMPORTANTES

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS EN EL MARCO DE MEDICAID Y DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO INFANTIL (CHIP)

Si usted o sus hijos tienen derecho a Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia prima que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia de primas, pero es posible que puedan comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o las personas a su cargo ya están inscritas en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados que se indican a continuación, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si dispone de ayuda para el pago de las primas.

Si usted o sus dependientes **no** están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría reunir los requisitos para alguno de estos programas, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su Estado o marque **877.KIDS.NOW** o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitarlo. Si reúne los requisitos, pregunte a su Estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por la empresa.

Si usted o las personas a su cargo tienen derecho a la ayuda para el pago de las primas de Medicaid o CHIP, así como al plan de su empresa, ésta debe permitirle inscribirse en el plan de su empresa si aún no lo está. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se determine que reúne los requisitos para la ayuda con las primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empresa, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **866.444.EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede optar a una ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empresa. La siguiente lista de estados está actualizada a 31 de julio de 2024. Póngase en contacto con su estado para obtener más información sobre los requisitos.

ALABAMA - Medicaid http://myalhipp.com 855.692.5447	GEORGIA - Medicaid GA HIPP Página web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp 678.564.1162, Pulse 1 GA CHIPRA Página web: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra 678.564.1162, Press 2
ALASKA - Medicaid Programa de Pago de Primas del Seguro Médico de AK http://myakhipp.com/ 866.251.4861 CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	INDIANA - Medicaid Programa de Pago de Primas del Seguro Médico Administración de Servicios Familiares y Sociales http://www.in.gov/fssa/dfr/ 800.403.0864 Todos los demás Medicaid https://www.in.gov/medicaid/ 800.457.4584
ARKANSAS - Medicaid http://myarhipp.com 855.MyARHIPP (855.692.7447)	IOWA - Medicaid y CHIP (Hawki) Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid 800.338.8366 Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki 800.257.8563 HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/ hipp 888.346.9562
CALIFORNIA - Medicaid Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP) http://dhcs.ca.gov/hipp 916.445.8322 Fax: 916.440.5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov	KANSAS - Medicaid https://www.kancare.ks.gov/ 800.792.4884 Teléfono HIPP: 800.967.4660
COLORADO - Medicaid y CHIP Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) https://www.healthfirstcolorado.com Centro de contacto para afiliados: 800.221.3943 State Relay 711 Child Health Plan Plus (CHP+) https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Servicio de atención al cliente: 800.359.1991 State Relay 711 Programa de Compra de Seguros Sanitarios (HIBI) https://www.mycohibi.com/ Servicio de atención al cliente de HIBI: 855.692.6442	KENTUCKY - Medicaid Programa Integrado de Pago de Primas del Seguro Médico de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihhipp.aspx 855.459.6328 KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP: https://kynect.ky.gov/ 877.524.4718 Medicaid: https://chfs.ky.gov/agencies/dms
FLORIDA - Medicaid www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html 877.357.3268	

AVISOS IMPORTANTES

LOUISIANA - Medicaid

www.medicaid.la.gov o www.lidh.la.gov/la hipp 888.342.6207
(línea directa de Medicaid) u 855.618.5488 (LaHIPP)

MAINE - Medicaid

Inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
800.442.6003 | TTY: Maine relay 711
Prima del seguro de enfermedad privado:
<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/solicitudes-formularios>
800.977.6740 | TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS - Medicaid y CHIP

<https://www.mass.gov/masshealth/pa>
800.862.4840 | TTY: 711 | Correo electrónico:
masspreassistance@accenture.com

MINNESOTA - Medicaid

<https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>
800.657.3672

MISSOURI - Medicaid

<http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>
573.751.2005

MONTANA - Medicaid

<http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
800.694.3084 | Correo electrónico:
HHSHIPPPProgram@mt.gov

NEBRASKA - Medicaid

<http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
Teléfono: 855.632.7633 | Lincoln: 402.473.7000 | Omaha: 402.595.1178

NEVADA - Medicaid

<http://dhcnp.nv.gov>
800.992.0900

NEW HAMPSHIRE - Medicaid

<https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/>
programa-premio-seguro-de-salud
603.271.5218 | Número gratuito del programa HIPP: 800.852.3345, ext.
15218 | Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVA JERSEY - Medicaid y CHIP

Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid>
800.356.1561
CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
800.701.0710 (TTY: 711) | Asistencia Premium: 609.631.2392

NUEVA YORK - Medicaid

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ 800.541.2831

CAROLINA DEL NORTE - Medicaid

<https://dma.ncdhhs.gov>
919.855.4100

DAKOTA DEL NORTE - Medicaid

<https://www.hhs.nd.gov/healthcare>
844.854.4825

OKLAHOMA - Medicaid y CHIP

<http://www.insureoklahoma.org>
888.365.3742

OREGON - Medicaid y CHIP

<http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
800.699.9075

PENNSYLVANIA - Medicaid y CHIP

<https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>
800.692.7462
Página web de CHIP:
<https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx> Teléfono de CHIP:
800.986.KIDS (5437)

RHODE ISLAND - Medicaid y CHIP

<http://www.eohhs.ri.gov>
855.697.4347 o 401.462.0311 (Línea directa Rlte Share)

CAROLINA DEL SUR - Medicaid

<http://www.scdhhs.gov>
888.549.0820

DAKOTA DEL SUR - Medicaid

<http://dss.sd.gov>
888.828.0059

TEXAS - Medicaid

<https://www.hhs.texas.gov/services/finacial/>
programa-hipp-de-pago-de-primas-seguro-de-salud
800.440.0493

UTAH - Medicaid y CHIP

Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP)
<https://medicaid.utah.gov/upp/> | Correo electrónico: upp@utah.gov |
888.222.2542 Ampliación para adultos:
<https://medicaid.utah.gov/expansion/>
Programa Utah Medicaid Buyout: <https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>
CHIP: <https://chip.utah.gov/>

VERMONT - Medicaid

<https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program>
800.250.8427

VIRGINIA - Medicaid y CHIP

<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>
<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>
Medicaid y Chip: 800.432.5924

WASHINGTON - Medicaid

<https://www.hca.wa.gov/>
800.562.3022

VIRGINIA OCCIDENTAL - Medicaid y CHIP

<https://dhr.wv.gov/bms/> o <http://mywvhipp.com/>
Medicaid: 304.558.1700
Llamada gratuita CHIP: 855.MyWVHIPP (855.699.8447)

WISCONSIN - Medicaid y CHIP

<https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>
800.362.3002

WYOMING - Medicaid

<https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>
800.251.1269

Para ver si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, póngase en contacto con cualquiera de los dos:

Departamento de Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios
para Empleados www.dol.gov/agencies/ebsa
866.444.EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
877.267.2323, Menú Opción 4, Ext. 61565

AVISOS IMPORTANTES

AVISO DE MERCADO

Opciones De Cobertura Del Mercado De Seguros Médicos Y Su Cobertura

Médica PARTE A: Información General

Aunque se le ofrezca cobertura sanitaria a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Sanitarios ("Mercado"). Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura médica ofrecida a través de su empleo.

¿Qué Es El Mercado De Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su zona geográfica.

¿Puedo Ahorrar Dinero En Las Primas De Mi Seguro Médico En El Mercado?

Puede optar a ahorrar dinero y reducir la prima mensual y otros gastos de su bolsillo, pero sólo si su empresa no le ofrece cobertura, u ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple determinadas normas de valor mínimo (que se explican más adelante). El ahorro al que puede optar depende de sus ingresos familiares. También puede optar a un crédito fiscal que reduzca sus costes.

¿Afecta La Cobertura Sanitaria Del Empleador A La Posibilidad De Ahorrar En Las Primas A Través Del Mercado?

Sí, si su empresa le ofrece una cobertura sanitaria que se considera asequible para usted y cumple determinados requisitos mínimos, no podrá optar a un crédito fiscal, ni al pago por adelantado del crédito fiscal, por su cobertura en el Mercado y puede inscribirse en el plan de salud que le ofrece su empresa. No obstante, si su empresa no le ofrece ningún tipo de cobertura o no le ofrece una cobertura que se considere asequible para usted o que cumpla las normas mínimas de valor, puede optar a una desgravación fiscal o al pago por adelantado de la desgravación que reduzca su prima mensual, o a una reducción de determinados gastos compartidos. Si su parte del coste de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es superior al 9,12%¹ de sus ingresos familiares anuales, o si la cobertura a través de su empleo no cumple la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible, puede optar a un crédito fiscal, y al pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura sanitaria basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el coste de las primas del empleado para el plan de menor coste que cubriría a todos los miembros de la familia no supera el 9,12% de los ingresos familiares del empleado.^{1 2}

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura sanitaria ofrecida a través de su empleo, es posible que pierda el acceso a lo que el empleador aporte a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador -así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo- suele excluirse de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura sanitaria ofrecida a través de su empleo no cumple las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero usted acepta esa cobertura de todos modos, no podrá optar a un crédito fiscal. Debe tener en cuenta todos estos factores a la hora de decidir si adquiere un plan de salud a través del Mercado.

¹ Indexado anualmente; véase <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

² Un plan de salud patrocinado por la empresa u otro plan basado en el empleo cumple la "norma de valor mínimo" si la parte de los costes totales de los Beneficios permitidas cubiertas por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costes. A efectos del derecho a la bonificación fiscal por primas, para cumplir la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos.

AVISOS IMPORTANTES

¿Cuándo Puedo Inscribirme En Un Seguro Médico A Través Del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Periodo de Inscripción Abierta anual del Mercado. La inscripción abierta varía según el estado, pero suele comenzar el 1 de noviembre y prolongarse al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Periodo de Afiliación Abierta anual, puede contratar un seguro médico si cumple los requisitos para acogerse a un Periodo de Afiliación Especial. En general, puede acogerse a un Periodo de Afiliación Especial si se han producido determinados acontecimientos vitales, como casarse, tener un hijo, adoptar un niño o perder el derecho a otra cobertura sanitaria. Dependiendo del tipo de Periodo de Inscripción Especial que le corresponda, puede tener 60 días antes o 60 días después del acontecimiento vital para inscribirse en un plan del Mercado.

También hay un Período de Inscripción Especial en el Mercado para las personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública nacional COVID-19, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que se haya inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. **está ofreciendo un período de inscripción especial temporal en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que vivan en estados atendidos [por HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) y presenten una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente en [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y atestigüen una fecha de finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período de tiempo, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Esto significa que si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, podrá inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que perdió la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al Centro de atención telefónica del mercado al **800.318.2596**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **855.889.4325**.

¿Qué Hay De Las Alternativas A La Cobertura Sanitaria Del Mercado?

Si usted o su familia tienen derecho a la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden tener derecho a un Periodo de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en determinadas circunstancias, incluyendo si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura.

Por lo general, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento rellenando una solicitud a través del Mercado o solicitándolo directamente a través de su agencia estatal de Medicaid.

Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para más detalles.

¿Cómo Puedo Obtener Más Información?

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su coste. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para la cobertura de seguro de salud y la información de contacto de un Mercado de Seguros de Salud en su área.

AVISOS IMPORTANTES

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. LE ROGAMOS QUE LO LEA DETENIDAMENTE.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Sanitarios de 1996 ("HIPAA") es un programa federal que exige que todos los historiales médicos y demás información sanitaria identificable individualmente que utilicemos o divulguemos de cualquier forma, ya sea electrónica, en papel u oral, se mantengan debidamente confidenciales. Esta ley le otorga nuevos e importantes derechos para comprender y controlar cómo se utiliza su información sanitaria. La HIPAA establece sanciones para las entidades cubiertas que hagan un uso indebido de la información sanitaria personal.

Como exige la ley HIPAA, hemos preparado esta explicación sobre cómo estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica y cómo podemos utilizar y divulgar su información médica. Podemos utilizar y divulgar su historial médico únicamente para cada uno de los siguientes fines: tratamiento, pago y operaciones de asistencia sanitaria.

- Por tratamiento se entiende la prestación, coordinación o gestión de asistencia sanitaria y servicios relacionados por parte de uno o varios proveedores de asistencia sanitaria. Un ejemplo de ello sería la gestión de casos.
- Por pago se entienden actividades como la obtención del reembolso de servicios, la confirmación de la cobertura, las actividades de facturación o cobro y la revisión de la utilización. Un ejemplo sería la adjudicación de una reclamación y el reembolso a un proveedor por una visita al consultorio.
- Las operaciones sanitarias incluyen los aspectos empresariales de la gestión de nuestro plan de salud, como la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad, funciones de auditoría, análisis de gestión de costes y atención al cliente.

También podemos crear y distribuir información sanitaria desidentificada eliminando todas las referencias a información identificable individualmente.

Podemos ponernos en contacto con usted para facilitarle información sobre alternativas de tratamiento u otras Beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Cualquier otro uso o divulgación se hará únicamente con su autorización por escrito. Puede revocar dicha autorización por escrito y estamos obligados a respetar y cumplir dicha solicitud por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas basándonos en su autorización. Usted tiene los siguientes derechos con respecto a sus datos sanitarios protegidos, que puede ejercer presentando una solicitud por escrito al responsable de la protección de datos:

- El derecho a solicitar restricciones sobre determinados usos y divulgaciones de información sanitaria protegida, incluidas las relacionadas con divulgaciones a familiares, otros parientes, amigos personales cercanos o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada, a menos que la solicitud se haga para restringir la divulgación a la aseguradora con el fin de realizar operaciones de pago o de asistencia sanitaria (y no con el fin de llevar a cabo un tratamiento), y la información sanitaria protegida se refiera únicamente a un artículo o servicio sanitario que usted haya pagado íntegramente de su bolsillo. Si aceptamos una restricción, deberemos respetarla a menos que usted acepte por escrito eliminarla.
- El derecho a solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en lugares alternativos.
- Derecho a inspeccionar y copiar sus datos sanitarios protegidos.
- Derecho a modificar sus datos sanitarios protegidos.
- Derecho a recibir una relación de las divulgaciones no rutinarias de información sanitaria protegida.

Tenemos la obligación de proporcionarle y usted tiene derecho a obtener de nosotros una copia en papel de este aviso al menos cada tres años.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida y a proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida.

AVISOS IMPORTANTES

Este aviso es efectivo a partir del 20 de mayo de 2011 y estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente en vigor. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y de hacer que las nuevas disposiciones del aviso sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Publicaremos y usted podrá solicitar en esta oficina una copia escrita de un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado.

Si considera que se ha vulnerado su derecho a la intimidad, tiene la posibilidad de recurrir. Tiene derecho a presentar una queja formal por escrito ante nosotros, en la dirección que figura más abajo, o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, sobre las infracciones de las disposiciones de este aviso o de las políticas y procedimientos de nuestra oficina. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Póngase En Contacto Con Nosotros Para Obtener Más Información:

Leslie Morales
Vicepresidente Senior de RRHH y Relaciones con los
Asociados HRI Properties
504.566.0204 o
leslie.morales@hrihospitality.com

¿Preguntas sobre Medicare?

Llame a Health Advocate.

Defensor de la Salud
866.965.8622

Para Más Información Sobre La HIPAA O Para Presentar Una Queja:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Oficina de
Derechos Civiles 200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
202.619.0257
Teléfono gratuito: **877.696.6775**
healthadvocate.com/miembros

INFORMACIÓN DE CONTACTO



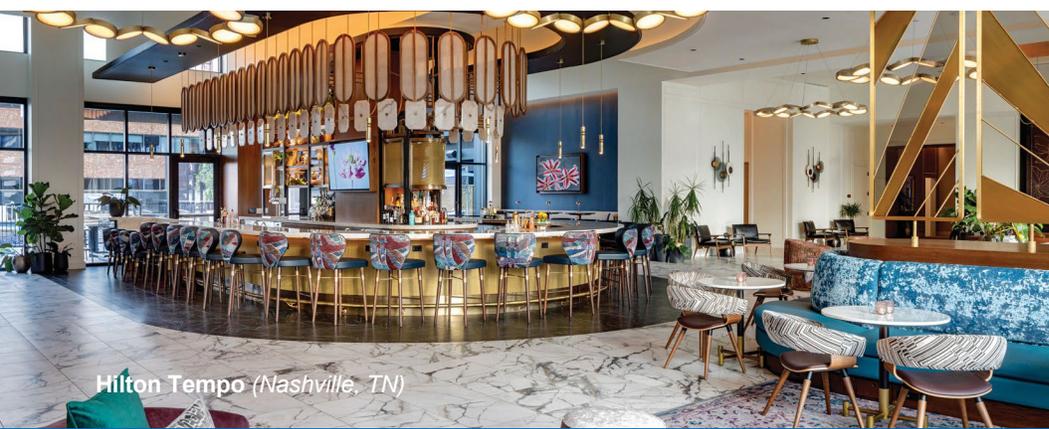
Beneficio	Administrador	Poliza / Grupo #	Teléfono	Página Web / Correo Electrónico
Medicina Y Medicamentos	UnitedHealthcare (Red Choice Plus)	Póliza #904042	866.633.2446	myuhc.com
	Más seguro		866.683.6440	surest.com/miembros
Dental	Sun Life (Red PPO)	Grupo nº 21 460	800.521.2651	www.sunlife.com/account
Visión	Sun Life (Red VSP)	Póliza nº 955852	800.877.7195	www.vsp.com
Vida / AD&D	Sun Life	Póliza nº 955853	800.247.6875	www.sunlife.com/account
Toda La Vida	UNUM			www.unum.com
Discapacidad	Sun Life	Póliza nº 955853	STD 855.629.881 1 LTD 800.247.687 5	www.sunlife.com/account
Cuenta De Gasto Flexible	UnitedHealthcare Medical & Dependent Care		866.314.0335	myuhc.com
Ventajas Para Los Viajeros	WEX	Grupo #47386	833.225.5939	www.wexinc.com
Cuenta De Ahorro Sanitario	Optum	Grupo #904042	800.791.9361	optumbank.com
Enfermedad Crítica / Accidente / Indemnización Hospitalaria	Sun Life	Póliza nº 955852	800.247.6875	www.sunlife.com/account
Eap Completo	Sun Life		877.595.5284	www.guidanceresources.com
Pae Care24	UnitedHealthcare		888.887.4114	liveandworkwell.com
401(K)	Fidelidad	Grupo #33297	800.835.5097	401k.com
Legal	MetLaw/Hyatt Legal		800.438.6388	legalplans.com
Seguro De Animales De Compañía	En todo el país		877.PETS.VPI	petinsurance.com/ hriproperties
Hogar Y Automóvil	Seguros Farmers		800.438.6381	
Simply Engaged / Rally	UnitedHealthcare			myuhc.com
Mercado	Gallagher			ajg.com/GallagherMarketplace



The Barnett (Nueva Orleans, LA)



The Barnett (Nueva Orleans, LA)



Hilton Tempo (Nashville, TN)



Maison Metier (Nueva Orleans, LA)

Este resumen de Beneficios ha sido elaborado por



Gallagher

Insurance | Risk Management | Consulting