



Help at Home®
Care to Live Your Life.



Guía de
beneficios
para los
cuidadores

2025

CUIDADOS PARA UNA VIDA MÁS PLENA

OCTUBRE DEL 2024

Dedicados a cuidar de usted y de su bienestar

En Help at Home, nos comprometemos a apoyar su bienestar y el de su familia. Es momento de elegir los beneficios que mejor se adapten a sus necesidades, y nos complace ofrecerle opciones diseñadas para proporcionarle seguridad y tranquilidad.

También hemos incluido una serie de herramientas para guiarlo en el proceso de toma de decisiones:

- **Estimadores de costos:** calcule y compare rápidamente sus gastos de bolsillo.
- **Comparación de planes:** identifique el plan que se adapte a sus necesidades.
- **Beneficios destacados:** aproveche los servicios médicos virtuales, la cobertura oftalmológica y para anteojos, y otras opciones valiosas.

Lo animamos a que se tome su tiempo para revisar las opciones disponibles, y para elegir la cobertura que mejor se ajuste a sus prioridades médicas y económicas para el próximo año. Nuestra plataforma de inscripción en línea y esta guía están diseñadas para ayudarlo a sentirse seguro y respaldado a la hora de tomar estas decisiones importantes.

Gracias por ser una parte valiosa de nuestro equipo. Esperamos que estos recursos le den el apoyo que necesita para el año que comienza.

Le deseo lo mejor.

Michelle



MICHELLE BONFILIO
DIRECTORA DE
RECURSOS HUMANOS

Contenido

Cuidamos a nuestros cuidadores

- [1](#) Inscripción abierta: información importante
- [2](#) Cuidamos a nuestros cuidadores
- [3](#) **Quién es elegible para la cobertura médica y de asistencia social**

[4](#) Inscribirse en los beneficios

Beneficios médicos

- [6](#) Planes médicos de Pan-American
- [9](#) Opciones de seguros complementarios
- [10](#) Seguro odontológico
- [11](#) Seguro oftalmológico

Protección financiera

- [12](#) Bienestar financiero
- [13](#) Protección financiera
- [14](#) Seguro por discapacidad a corto plazo

Información importante

- [15](#) Personas como yo: encontrar los beneficios adecuados
- [16](#) No se olvide de estos extras
- [18](#) Costo de la cobertura
- [20](#) Información de contacto
- [21](#) Cómo inscribirse
- [22](#) Avisos anuales

En este resumen de beneficios se incluye una selección de los aspectos más destacados del programa de beneficios para empleados de Help at Home. No es un documento legal y no debe interpretarse como una garantía de beneficios ni de continuidad en el empleo en la empresa. Todos los planes de beneficios se rigen por pólizas maestras, contratos y documentos del plan. Cualquier discrepancia entre la información facilitada a través de este resumen y los términos reales de las pólizas, los contratos y los documentos del plan se rige por los términos de dichas pólizas, contratos y documentos del plan. Help at Home se reserva el derecho a modificar, suspender o cancelar cualquier plan de beneficios, total o parcialmente, en cualquier momento. El administrador del plan está facultado para efectuar estos cambios. Nuestros planes están diseñados para cumplir con la ley y ajustarse a sus cambios, incluso de forma temporal. La participación en un plan de beneficios no es una promesa ni una garantía de empleo futuro. La recepción de los documentos de beneficios no implica que usted sea elegible.





Inscripción abierta: información importante

Del 13 al 27 de noviembre

La inscripción abierta es el momento del año en el que puede elegir las coberturas de beneficios que entran en vigor el 1 de enero. Los beneficios de Help at Home están diseñados para ofrecerle la flexibilidad de elegir la cobertura más adecuada para usted y su familia.

Lo que hay que saber

- **El período de inscripción abierta es del 13 al 27 de noviembre del 2024.**
- Sus elecciones entrarán en vigor el 1 de enero del 2025.
- Si no toma ninguna medida, la mayor parte de sus beneficios actuales se trasladarán al 2025, con las tarifas del año que viene.
- Para inscribirse, todos los miembros del equipo deben iniciar sesión en Aptia365 (anteriormente Mercer Marketplace365) en <https://aptia365.com/helpathome>.
- En caso de tener preguntas, los miembros del equipo pueden comunicarse con un asesor de beneficios de Aptia365 al **855-746-3198** de lunes a viernes de 6 a. m a 8 p. m., hora del centro, y los sábados de 9 a. m a 1 p. m., hora del centro.

Prepararse es muy fácil

1. **Revise sus beneficios actuales.**
¿Sus necesidades han cambiado para el año que viene? Escanee este código QR o visite <https://aptia365.com/helpathome> para consultar su cobertura actual.
2. **Consulte sus opciones para el 2025.**
Tómese un momento para explorar esta guía y comprender los beneficios disponibles para usted y su familia.
3. **Inscríbase.**
Inicie sesión en Aptia365 entre el 13 y el 27 de noviembre. El sistema lo guiará a través de las decisiones que debe tomar. También puede llamar al **855-746-3198** para chatear con un asesor de beneficios en directo.





Cuidamos a nuestros cuidadores

GRATUITO PARA TODOS LOS EMPLEADOS DE HELP AT HOME, INDEPENDIENTEMENTE DE SU ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS O DE LAS HORAS TRABAJADAS.

Help at Home se compromete a ofrecerle beneficios que favorezcan una vida sana y equilibrada, y programas que lo ayuden a centrarse en su bienestar integral.

Presentamos SupportLinc, un servicio gratuito de apoyo a la salud mental

No está solo cuando se trata de afrontar los retos de la vida. A partir del 2025, todos los empleados de Help at Home y sus familiares tienen acceso gratuito y confidencial a nuestro Programa de Asistencia al Empleado (EAP) a través de **SupportLinc**. Este servicio sustituirá a Health Advocate como nuestro EAP en el 2025.

Sus asesores de atención autorizados pueden ayudar con una serie de problemas personales y de salud mental:

- Estrés y ansiedad
- Depresión o duelo
- Problemas de crianza y ayuda para encontrar guarderías
- Derivaciones a cuidados de larga duración
- Coaching de vida y mucho más

Conectarse es fácil

Utilice cualquiera de estas opciones para comunicarse con un asesor de atención autorizado de SupportLinc 24 horas al día, 7 días a la semana:

- Llame al 888-881-5462
- Envíe un mensaje de texto con la palabra "SUPPORT" al 51230
- Descargue la aplicación móvil de SupportLinc para chatear
- Consulte en línea en supportlinc.com

HealthiestYou facilita la atención virtual

HealthiestYou está incluido en cualquier plan de PanaMed o PanaBridge. Consulte la [página 8](#) para obtener información sobre el plan. Puede comunicarse con un médico, recibir tratamiento y obtener recetas desde su teléfono 24 horas al día, 7 días a la semana.

Descargue la aplicación HealthiestYou, regístrese en healthiestyou.com o llame al 855-894-9627 para hablar con un médico.





Quién es elegible para la cobertura médica y de asistencia social

Empleados

Por lo general, los cuidadores son elegibles el primer día del mes después de 30 días de empleo. Cada mes de octubre, después de un año calendario de servicio, se revisarán las horas trabajadas para determinar los beneficios ofrecidos para la inscripción abierta del año siguiente. Las opciones de beneficios mostradas en Aptia365 reflejarán la elegibilidad determinada por la revisión de las horas trabajadas desde octubre del 2023, si corresponde. Utilice este cuadro de referencia rápida para conocer su elegibilidad:

OPCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS	TODOS LOS EMPLEADOS	EMPLEADOS NUEVOS Y EMPLEADOS CON UN PROMEDIO DE 20 HORAS SEMANALES O MÁS
Programa de Asistencia al Empleado (EAP) (BENEFICIO GRATUITO PAGADO POR LA EMPRESA)	✓	✓
Plan 401(k) (cuidadores no sindicalizados)^{1,2}	✓	✓
Programa de descuentos Help at Home Advantage	✓	✓
Planes médicos PanaMed 1 y PanaMed 2		✓
Plan médico de atención preventiva¹ Planes médicos PanaBridge 1 y PanaBridge 2		Disponible para empleados nuevos y empleados con un promedio de 30 horas semanales o más
Odontología		✓
Oftalmología		✓
Seguro por enfermedades críticas		✓
Seguro contra accidentes		✓
Seguro de indemnización hospitalaria		✓
Seguro voluntario de vida, y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)		✓
Seguro por discapacidad		✓

¹ Los empleados sindicalizados de Illinois no son elegibles para el plan médico de atención preventiva ni para el plan 401(k).

² Los empleados sindicalizados de Indiana no son elegibles para el plan 401(k).

A los cuidadores de Preferred y Edison (NY) no se les ofrecen beneficios de salud y bienestar, ni de discapacidad a corto plazo, pero sí tienen acceso al plan 401(k).

Los empleados temporales, los pasantes, los empleados temporales y los empleados contratados están excluidos del derecho a los beneficios.





Dependientes

Los siguientes dependientes tienen derecho a la cobertura de nuestros programas de beneficios:

- Su cónyuge o pareja de hecho.
- Sus hijos biológicos, hijastros, hijos adoptivos o hijos de una pareja de hecho hasta el final del mes en que cumplan 26 años.
- Los hijos mayores de 26 años a cargo que estén totalmente incapacitados y cuya discapacidad haya sido certificada por el administrador del seguro.
- Los hijos de los que sea tutor legal o sobre los que tenga una orden judicial que le otorgue la custodia permanente.

Los dependientes tienen derecho a la cobertura el mismo día que usted. Los dependientes también son elegibles inmediatamente el día en que usted los toma a su cargo, como en el caso de un nacimiento, una adopción o un matrimonio. **Tenga en cuenta que una persona no puede estar cubierta como empleado y dependiente a la vez.** Por ejemplo, si tanto usted como su cónyuge trabajan en Help at Home, no pueden incluirse mutuamente en la cobertura médica.



Inscribirse en los beneficios

Inscribirse como empleado nuevo

Los empleados nuevos que reúnan los requisitos podrán inscribirse en el plazo de una o dos semanas a partir de la fecha de contratación, y la inscripción deberá completarse **en el plazo de 30 días** a partir de la fecha de elegibilidad. Por lo general, los beneficios entran en vigor el primer día del mes después de 30 días de empleo. Algunos beneficios que requieren una declaración de estado de salud o de trabajador activo, como el seguro de discapacidad a corto plazo o el seguro de vida, pueden hacerse efectivos una vez que se hayan verificado dichos elementos. Si no se inscribe en el plazo de 30 días, podrá volver a hacerlo en el siguiente período de inscripción abierta o si se produce un evento de vida calificado, como contraer matrimonio o tener un hijo. Tenga en cuenta que es posible que tenga que aportar una prueba de asegurabilidad (prueba de buena salud) para inscribirse en algunos beneficios después de haber cumplido los requisitos iniciales.

Inscribirse o realizar cambios como empleado actual

Los empleados actuales que reúnan los requisitos necesarios pueden revisar y cambiar su cobertura cada año durante el período de inscripción abierta o después de un evento de vida calificado. **Para el año del plan 2025, la inscripción abierta es del 13 de noviembre al 27 de noviembre del 2024.** Las elecciones realizadas durante la inscripción abierta entrarán en vigor el 1 de enero del año siguiente. Si sigue siendo empleado con derecho a beneficios y no realiza ninguna elección durante la inscripción abierta, sus elecciones actuales continuarán con las tarifas del año siguiente.

Recuerde lo siguiente: Puede inscribirse solo en los planes que necesite. Si decide que no necesita la cobertura médica de Help at Home, puede inscribirse en otros beneficios, como el odontológico u oftalmológico.



Consulte la **página 22** de esta guía para obtener instrucciones paso a paso sobre cómo inscribirse.





Eventos de vida calificados

Los empleados pueden sufrir eventos de vida o laborales que afecten sus beneficios. Es posible que tenga derecho a realizar algunos cambios en el plan si se producen estos eventos de vida calificados (QLE). Los eventos incluyen lo siguiente:

- Nacimiento o adopción legal de un niño.
- Matrimonio o nueva pareja de hecho.
- Divorcio o separación legal.
- Fallecimiento del cónyuge/pareja de hecho/hijo.
- Pérdida u obtención de cobertura de otros beneficios.
- Modificación del horario habitual de trabajo.
- Licencias.

Debe tomar medidas en un plazo de 30 días a partir del QLE, y cualquier cambio debe ser coherente con el QLE. Por ejemplo, si se casa, puede añadir a su cónyuge (y a los hijos dependientes que reúnan los requisitos) a su plan médico o cancelar su cobertura médica para afiliarse al seguro médico de su cónyuge.

Si usted o sus dependientes adquieren o pierden la condición de beneficiarios de un **Programa de seguro médico infantil (CHIP)** estatal o de Medicaid, cualquier cambio en su cobertura médica de Help at Home deberá realizarse en un plazo de **60 días** a partir de la adquisición o pérdida de la cobertura, o de la determinación de la elegibilidad. Para realizar un cambio, visite nuestro administrador de beneficios, Aptia365.

Modificaciones adicionales durante el año del plan

Los empleados pueden hacer cambios en los beneficios elegidos **después de impuestos** en cualquier momento durante el año (excepto para la cobertura por discapacidad); para ello, deben iniciar sesión en Aptia365 y seleccionar “*Enroll in or Change Your After-Tax Benefits*” (Inscribirse en beneficios después de impuestos o modificarlos). Cualquier otro cambio de elección durante el año requiere un evento de vida calificado (QLE), como se indica anteriormente.

REDUCCIÓN DE HORAS O LICENCIAS



A lo largo del año, puede experimentar una reducción de horas por diversos motivos. En algunos casos, puede ganar menos o, incluso, nada. Si lo desea, puede renunciar a la cobertura. En las situaciones en las que experimente una reducción de horas de trabajo, podrá permanecer en las coberturas que reúnan los requisitos si las sigue pagando (médica, odontológica y oftalmológica), y pasará a la facturación directa/ COBRA (como empleado activo) si no tiene deducciones en la nómina.

La transición a un plan de pago alternativo le permite continuar con su cobertura pagándole directamente al administrador de beneficios de Help at Home. **Importante:** Si no efectúa los pagos, perderá la cobertura de Help at Home.

Finalización de la cobertura

La cobertura de los beneficios finalizará en la primera de las siguientes fechas:

- El final del mes en el que finaliza su servicio o deja de cumplir los requisitos de elegibilidad, salvo si hay una discapacidad, en cuyo caso finaliza cuando el trabajador deja de trabajar.
- El final del mes por el que haya pagado la contribución obligatoria.
- La fecha de incorporación al servicio militar activo.
- La fecha de su fallecimiento.
- La cobertura de su cónyuge y de otros dependientes finaliza cuando finaliza su cobertura o cuando dejan de reunir los requisitos.
- Usted, su cónyuge y los hijos dependientes pueden ser elegibles para continuar percibiendo beneficios a través de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA), la conversión del seguro de vida, etc. Encontrará más información en el sitio web de nuestro administrador de beneficios.





Planes médicos de Pan-American

Help at Home ofrece planes médicos de Pan-American que pagan cantidades fijas por determinados tipos de atención médica. **Los siguientes planes no son seguros médicos tradicionales.** Compare estos planes con las opciones disponibles de Medicaid o los intercambios federales o estatales, y elija el que se ajuste a sus necesidades.

Los planes médicos disponibles para los cuidadores incluyen los siguientes:

- **Plan de atención preventiva**
- **Plan PanaMed 1**
- **Plan PanaMed 2**
- **Plan PanaBridge 1** (combina los planes de atención preventiva y PanaMed 1, con un descuento en cada uno de ellos)
- **Plan PanaBridge 2** (combina los planes de atención preventiva y PanaMed 2, con un descuento en cada uno de ellos)

En este cuadro se ofrece un resumen de lo que cubre cada plan. En las siguientes páginas encontrará información más detallada de cada plan. Tenga en cuenta que estos planes pueden tener límites en cuanto a lo que cubren y podrían no cubrir una gran parte de los gastos médicos.

TIPO DE ATENCIÓN	Plan de atención preventiva	Plan PanaMed 1	Plan PanaMed 2	Plan PanaBridge 1	Plan PanaBridge 2
Exámenes de bienestar Exámenes preventivos Vacunas de rutina Medicamentos preventivos autorizados	✓			✓	✓
Algunas hospitalizaciones		✓	✓		✓
Algunos análisis, radiografías, resonancias magnéticas, escaneos		✓	✓	✓	✓
Algunas cirugías ambulatorias			✓		✓
Algunos medicamentos recetados		✓	✓	✓	✓
Cobertura por accidentes, muerte y desmembramiento		✓	✓	✓	✓
Costo por nómina	Más bajo Más alto				

Cómo funcionan estos planes

1. Usted recibe atención dentro de la red y le proporciona la información de su plan de PanaMed al proveedor.
2. El proveedor presenta una reclamación a PanaMed.
3. PanaMed le paga al proveedor el monto del reembolso al que usted tiene derecho, en función de su plan.
4. Si su plan no cubre el costo total de la atención, usted deberá abonar la diferencia.





Plan de atención preventiva

El plan de atención preventiva proporciona una cobertura del 100 % para todas las pruebas y los procedimientos de atención preventiva dentro de la red exigidos por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Esto incluye exámenes preventivos, pruebas de COVID-19, algunas vacunas, asesoramiento y mucho más. Encontrará una lista completa de los servicios cubiertos para todos los [adultos](#), las [mujeres](#) y los [niños](#) en [Healthcare.gov](#).

El plan de atención preventiva NO proporciona ninguna cobertura para servicios de atención preventiva fuera de la red, ni para el tratamiento tras accidentes, por enfermedades o por afecciones crónicas. Si se inscribe en el plan de atención preventiva, es posible que no sea elegible para un crédito fiscal federal a través de un intercambio federal o estatal mientras esté inscrito en el plan.

Planes PanaMed 1 y 2

Estos planes pagan una cantidad fija para ayudar a cubrir el costo de servicios médicos comunes, como las visitas al médico. Cada plan prevé también una cantidad fija para los medicamentos de venta con receta. No hay copagos, deducibles ni coseguros con los planes. Para encontrar un proveedor de la red, visite [www.providerlocator.com/palichf](#) o llame al 888-561-5759.

PRINCIPALES BENEFICIOS MÉDICOS	LO QUE PAGA EL PLAN PANAMED 1	LO QUE PAGA EL PLAN PANAMED 2
Visitas al consultorio del médico	\$80 por día, 6 días por año calendario	\$100 por día, 6 días por año calendario
Análisis de laboratorio de diagnóstico ambulatorios	\$25 por día, 3 días por año calendario	\$25 por día, 3 días por año calendario
Radiología diagnóstica ambulatoria	\$70 por día, 2 días por año calendario	\$70 por día, 2 días por año calendario
Tomografía computada, resonancia magnética y estudios avanzados ambulatorios	\$300 por día, 2 días por año calendario	\$300 por día, 2 días por año calendario
Cirugía hospitalaria	Sin cobertura	\$500 por día, 1 día por año calendario
Anestesia hospitalaria	Sin cobertura	\$125 por día, 1 día por año calendario
Cirugía ambulatoria	Sin cobertura	\$250 por día, 1 día por año calendario
Anestesia hospitalaria	Sin cobertura	\$62.50 por día, 1 día por año calendario
Indemnización hospitalaria*	\$100 por día,** máximo anual global sujeto a 180 días	\$600 por día,** máximo anual global sujeto a 180 días
Hospitalización	Sin cobertura	\$1,000 el primer día de hospitalización
Beneficio para medicamentos de venta con receta†	\$10 al día para medicamentos genéricos, máximo de 2 días al mes, 24 días por año calendario Descuento para medicamentos de marca	\$10 al día para medicamentos genéricos, máximo de 2 días al mes, 24 días por año calendario \$50 al día para medicamentos de marca, máximo de 2 días al mes, 24 días por año calendario
Red	First Health Network	First Health Network

* Se aplican otros sublímites de hospitalización.

** Total para cualquier hospitalización.

† Si el cargo de la farmacia es inferior al beneficio diario, recibirá un cheque por la diferencia por correo.

HealthiestYou facilita la atención virtual

HealthiestYou está incluido en cualquier plan de PanaMed o PanaBridge. Puede usar su teléfono 24 horas al día, 7 días a la semana para lo siguiente:

- Conectarse con un médico
- Comparar precios
- ¡Y mucho más!
- Recibir tratamiento
- Obtener recetas

Descargue la aplicación HealthiestYou, regístrese en [healthiestyou.com](#) o llame al 855-894-9627 para hablar con un médico.





Planes PanaMed 1 y 2 (cont.)

Descuentos y reembolsos de farmacia

Además del beneficio diario de suma fija para medicamentos de venta con receta, puede usar su tarjeta de descuento para medicamentos de venta con receta de PanaMed para obtener ahorros adicionales. A través de la red de farmacias RxEDO, tiene acceso a más de 68,000 farmacias minoristas participantes en todo el país, incluidas las principales cadenas, y más de 20,000 farmacias independientes. Si su farmacia tiene alguna duda, dígalas que llamen al Servicio de Ayuda Farmacéutica de RxEDO al 800-522-7487.

Atención: beneficiarios de Medicare

Si usted (o sus dependientes) tiene Medicare o va a ser elegible para Medicare en los próximos 12 meses, la ley federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de medicamentos de venta con receta. Si desea obtener más información, consulte la cobertura válida de medicamentos de venta con receta y el aviso de Medicare en los avisos legales al final de este folleto.

Tarifas del plan médico

	Solo empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + hijos	Familia
PLAN MÉDICO	Por semana	Por semana	Por semana	Por semana
Plan de atención preventiva	\$8.33	\$9.95	\$12.91	\$14.53
Plan PanaMed 1	\$10.63	\$20.87	\$16.19	\$27.09
Plan PanaMed 2	\$20.10	\$41.22	\$32.26	\$54.92
Plan PanaBridge 1 (plan de atención preventiva + PanaMed 1)	\$17.59	\$29.45	\$27.72	\$40.24
Plan PanaBridge 2 (plan de atención preventiva + PanaMed 2)	\$27.06	\$49.80	\$43.80	\$68.07

El plan de atención preventiva está diseñado para proporcionar una cobertura esencial mínima conforme a las normas del impuesto federal sobre la renta. Las personas que no se inscriban en este plan pueden ser elegibles para un crédito fiscal federal que reduzca su prima mensual o para una reducción de determinados costos compartidos si se inscriben en un plan de seguro médico a través del intercambio federal o estatal. Es posible que las personas que se inscriban en este plan no sean elegibles para un crédito fiscal federal a través de un intercambio federal o estatal mientras estén inscritas en el plan. Si reside en Massachusetts, este plan de salud no cumple las normas de cobertura mínima acreditable y no satisfará el mandato individual de Massachusetts de que usted tenga un seguro de salud.

Estos planes no son seguros de salud integrales, y no están pensados ni recomendados para sustituir a los seguros de salud integrales en los que participa actualmente. Estos planes proporcionan un beneficio de indemnización fija y pueden incluir beneficios no asegurados, como descuentos en medicamentos de venta con receta. El certificado de cobertura está disponible en el momento de la inscripción. Estos planes no reemplazan la cobertura esencial mínima según la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA) y no cumplen con los requisitos para ser considerados cobertura esencial mínima según la ACA.

Nota: Si inscribe a una pareja de hecho, una parte de su cuota se abonará después de impuestos.

Aproveche al máximo su cobertura de PanaMed



Estas son algunas de las principales maneras en las que puede aprovechar al máximo su cobertura médica para poder ahorrar dinero durante todo el año:

- **Quédese en la red.** Su plan incluye acceso a First Health Network, una de las mayores redes del país. Para buscar médicos y hospitales de la red, visite providerlocator.com/palicfh o llame al 888-561-5759.
- **Obtenga atención preventiva.** Con el plan de atención preventiva, las revisiones anuales, determinadas vacunas y otros servicios comunes están cubiertos al 100 % siempre que acuda a un proveedor de la red.
- **Sepa dónde ir.** Saber cuándo visitar a su médico de cabecera o cuándo ir a un centro de urgencias en lugar de la sala de emergencias puede ahorrarle tiempo y dinero.





Opciones de seguros complementarios

Los empleados que reúnan los requisitos pueden elegir el seguro por enfermedades críticas, contra accidentes o de indemnización hospitalaria a través de MetLife. Consulte el cuadro de la [página 5](#) de esta guía para conocer los requisitos de elegibilidad. Estos planes proporcionan pagos en efectivo para ayudar a compensar el costo de un evento médico cubierto. Estos planes se pagan además de los beneficios del seguro médico existente. Los beneficios y las afecciones cubiertas varían según el estado. Encontrará más información en el sitio web de inscripción a los beneficios.

Enfermedades críticas

El seguro por enfermedades críticas puede ayudarlo con los costos de tratamiento y puede complementar su plan médico ayudando a pagar los gastos de bolsillo.

- Le paga un beneficio en efectivo de suma fija directamente a usted si le diagnostican una enfermedad crítica cubierta.
- Puede calificar para la cobertura sin tener que responder a ninguna pregunta sobre su salud.
- Algunos ejemplos de enfermedades cubiertas son el cáncer, el infarto de miocardio, el derrame cerebral, el trasplante de órganos principales y la insuficiencia renal terminal.

Seguro contra accidentes

El seguro contra accidentes puede ayudarlo a recuperarse más rápido, ya que proporciona beneficios en efectivo si sufre un accidente cubierto fuera del trabajo.

- Incluye visitas a sala de emergencias, hospitalizaciones, consultas al médico y fisioterapia.
- Hay beneficios adicionales disponibles para determinadas lesiones, como luxaciones, fracturas, quemaduras y laceraciones.
- Le paga los beneficios directamente a usted para cada evento cubierto.

Indemnización hospitalaria

Una hospitalización puede causar graves contratiempos económicos debido a los gastos médicos o a la pérdida de ingresos. El seguro de indemnización hospitalaria proporciona beneficios para ayudar a pagar las facturas hospitalarias y de otro tipo relacionadas con una enfermedad o lesión cubierta.

- Los beneficios se conceden para el ingreso hospitalario y la hospitalización diaria.
- Usted cobra un beneficio de suma fija cada día que esté hospitalizado. Se pueden aplicar límites.
- No hay coseguros, copagos, períodos de espera ni deducibles.



IMPORTANTE: El seguro de indemnización hospitalaria es una póliza de indemnización fija, NO un seguro de salud. Se proporciona más información en Aptia365 durante el proceso de inscripción.

Visite Aptia365 o llame al 855-746-3198 para obtener más información sobre estos planes. Consulte la [página 20](#) para conocer las tasas del plan.





Seguro odontológico

Las revisiones dentales periódicas y una buena higiene bucal son una parte importante de su salud y bienestar. Help at Home ofrece dos opciones de planes odontológicos a través de Delta Dental: el plan básico y el plan mejorado.

Resumen del plan odontológico

Los siguientes beneficios están incluidos en las opciones de su plan. Salvo que se indique lo contrario, los beneficios son por persona asegurada y después del deducible.



	PLAN BÁSICO (DENTRO DE LA RED Y FUERA DE LA RED)	PLAN MEJORADO (DENTRO DE LA RED Y FUERA DE LA RED)
Deducible por año calendario (miembro/familia)	Usted paga \$50/\$150	Usted paga \$50/\$150
Máximo por año calendario* (por miembro cubierto)	\$1,500	\$2,500
Máximo de ortodoncia de por vida (por miembro cubierto)	N/A	\$1,500
Prevención y diagnóstico	Cubierto al 100 %	Cubierto al 100 %
Servicios de restauración (obtención de caries y tratamiento de la gingivitis)	Usted paga el 20 %	Usted paga el 20 %
Endodoncia	Usted paga el 20 %	Usted paga el 20 %
Servicios de cirugía bucal (extracción de dientes)	Erupción dental: usted paga el 20 % Diente impactado, tejido blando: usted paga el 20 % Diente impactado, parcialmente óseo/totalmente óseo: usted paga el 50 %	Erupción dental: usted paga el 20 % Diente impactado, tejido blando: usted paga el 20 % Diente impactado, parcialmente óseo/totalmente óseo: usted paga el 50 %
Servicios de coronas e incrustaciones inlays/onlays	Usted paga el 50 %	Usted paga el 50 %
Servicios de prostodoncia	Usted paga el 50 %	Usted paga el 50 %
Servicios de ortodoncia	Sin cobertura	Usted paga el 50 %

Tarifas del plan odontológico

NIVEL DE COBERTURA	Por semana	Por semana
Solo empleado	\$4.58	\$5.86
Empleado + cónyuge o pareja de hecho	\$9.15	\$11.72
Empleado + hijos	\$10.18	\$15.81
Familia	\$14.91	\$19.07

* Los gastos de atención preventiva no se aplican a los máximos por año calendario.

Nota: Si inscribe a una pareja de hecho, una parte de su cuota se abonará después de impuestos.

Para obtener una lista completa de la cobertura del plan, visite el sitio web del administrador del plan y consulte el resumen de beneficios en "View Documents" (Ver documentos).





Seguro oftalmológico

Las revisiones oculares periódicas pueden ayudarlo a mantener los ojos sanos y a detectar posibles problemas a tiempo. La cobertura incluye un examen oftalmológico completo. Tiene flexibilidad para acudir a cualquier proveedor de atención oftalmológica. Sin embargo, ahorrará si acude a un proveedor de la red.

Visite www.vsp.com o llame al 800-877-7195 para encontrar proveedores de la red cerca de usted y para obtener información adicional. Tenga en cuenta que NO recibirá una tarjeta de identificación oftalmológica.



Resumen del plan oftalmológico

Los siguientes beneficios están incluidos en las opciones de su plan. Salvo que se indique lo contrario, los beneficios son por persona asegurada.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen <i>(una vez por año calendario)</i>	Cubierto al 100 % después de \$10 de copago	Cubierto hasta \$45
Armazones <i>(una vez por año calendario)</i>	Cubiertos al 100 % después de \$25 de copago, hasta \$150 de asignación, 20 % de descuento después de la asignación	Cubiertos hasta \$50
Anteojos <i>(una vez por año calendario)</i>	Cubiertos al 100 % después de \$25 de copago	
Visión única	↓	Hasta \$30
Bifocales		Hasta \$50
Trifocales		Hasta \$60
Lenticulares		Hasta \$75
Lentes de contacto <i>(en lugar de anteojos)</i> <i>(una vez por año calendario)</i>		
Electivos	Hasta \$150	Hasta \$100
Médicamente necesarios	Cubiertos al 100 % después de \$25 de copago	Cubiertos hasta \$210

Tarifas del plan oftalmológico

NIVEL DE COBERTURA	Por semana
Solo empleado	\$1.10
Empleado + cónyuge o pareja de hecho	\$2.19
Empleado + hijos	\$2.34
Familia	\$3.75

Nota: Si inscribe a una pareja de hecho, una parte de su cuota se abonará después de impuestos.





Bienestar financiero

Consiga ahorros exclusivos con Help at Home Advantage

Help at Home se ha asociado con el principal proveedor de programas de descuento para empresas, Working Advantage, para ofrecer descuentos exclusivos en productos, servicios y experiencias.

Puede ahorrar a lo grande en electrodomésticos, electrónica, ropa, tarjetas de regalo, entradas de cine, hoteles, coches de alquiler, eventos en directo y mucho más. No es necesario que se inscriba a través del administrador de beneficios de Help at Home y la inscripción es gratuita: solo tiene que visitar helpathome.savings.workingadvantage.com para inscribirse u obtener más información.

Plan 401(k)

Help at Home se compromete a ayudarlo a planificar su futuro ofreciéndole un plan 401(k) a través de Fidelity Investments. Sus contribuciones para la jubilación se deducirán de cada nómina, por lo que es una forma cómoda de ahorrar y alcanzar sus objetivos financieros.

Puede ahorrar a través de las deducciones Roth 401(k) después de impuestos o la deducción tradicional 401(k) antes de impuestos.

- Las contribuciones Roth después de impuestos y sus ganancias se pueden retirar libres de impuestos cuando se jubila.
- Las deducciones antes de impuestos de los planes 401(k) tradicionales y sus rendimientos están sujetos a impuestos en la jubilación.
- Los empleados no sindicalizados mayores de 21 años pueden participar en el plan de ahorro 401(k).

Puede empezar o dejar de participar, así como aumentar o disminuir el importe de sus contribuciones, en cualquier momento llamando a Fidelity al 800-835-5097 o visitando su sitio web www.401k.com.

Beneficiarios

Complete su designación de beneficiarios en el sitio de Fidelity en www.401k.com. Fidelity admite la designación de beneficiarios en línea.

Ahorre con dinero antes de impuestos

Las contribuciones a los planes 401(k) se realizan antes de impuestos, lo que puede ayudarlo a ahorrar dinero para la jubilación. Las preguntas sobre el plan y la inversión deben hacerse a Fidelity al 800-835-5097 o puede visitar [401K.com](https://www.401k.com) para obtener más información.





Protección financiera

Help at Home ofrece muchas opciones para proteger a su familia y sus finanzas de una serie de escenarios.

Seguro de vida temporal y de AD&D pagado por el empleado

Los cuidadores que reúnan los requisitos pueden optar por inscribirse en un seguro de vida temporal, y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) pagado por el empleado a través de MetLife. Visite el sitio web del administrador de beneficios de Help at Home, Aptia365, para obtener información sobre las opciones de cobertura y las deducciones de la nómina para las coberturas que se indican a continuación.



Seguro de vida temporal y de AD&D voluntario pagado por el empleado

Los empleados nuevos son elegibles para la cobertura de emisión garantizada durante el período de inscripción inicial. Si no se inscribe durante el período de inscripción, no se le aplicará el monto de emisión garantizada y tendrá que presentar un certificado de asegurabilidad para inscribirse.

PLAN	DETALLES	MONTO DE EMISIÓN GARANTIZADA
Seguro de vida temporal del empleado	Elección en incrementos de \$25,000, hasta \$500,000	\$150,000
Seguro por AD&D del empleado*	Elección en incrementos de \$25,000, hasta \$500,000	\$500,000
Seguro de vida temporal del cónyuge/pareja de hecho	Elección en incrementos de \$5,000, hasta \$250,000, sin superar el 50 % de la cobertura del empleado	\$25,000
Seguro de vida temporal para los hijos**	Elección en incrementos de \$2,500, hasta \$10,000 para niños de 14 días o más que no estén confinados en el hogar o en el hospital La cobertura finaliza a los 26 años.**	\$10,000

Todos los beneficios enumerados anteriormente requieren la condición de trabajador activo para hacerse efectivos.

Para conocer los montos de la cobertura voluntaria por AD&D para el empleado más la familia, consulte los resúmenes del plan disponibles en la página web del administrador de beneficios de Help at Home en "View Documents" (Ver documentos).

* Puede elegir la cobertura opcional por AD&D para usted, o para usted y su familia. Si se elige la cobertura familiar por AD&D, la cobertura de dependientes es una parte de la cobertura del empleado y todos sus dependientes elegibles están cubiertos bajo una tarifa.

** Todos los hijos mayores de 10 días que reúnan los requisitos necesarios están cubiertos por la póliza del seguro de vida temporal para los hijos; no es necesario contratar una cobertura independiente para cada niño.

Prueba de asegurabilidad

Si se requiere una prueba de asegurabilidad (EOI), MetLife se pondrá en contacto con usted por correo electrónico o correo postal con los documentos requeridos para la EOI. Los importes superiores a la emisión garantizada no se harán efectivos hasta que MetLife haya aprobado su EOI y usted esté trabajando activamente. Una vez verificada y aprobada, la cobertura superior que haya elegido entrará en vigor y sus contribuciones por nómina se ajustarán en consecuencia.





Seguro por discapacidad a corto plazo

Si tiene que faltar al trabajo debido a un parto, una lesión o una enfermedad, el programa de discapacidad temporal de Help at Home a través de MetLife lo ayuda a garantizar que siga recibiendo **al menos** una parte de sus ingresos durante un máximo de 26 semanas hasta que pueda volver a trabajar. La cobertura por discapacidad puede ayudar a pagar necesidades básicas como la vivienda (hipoteca o alquiler), los servicios públicos, los alimentos, el transporte, el cuidado de los hijos, etc. Tenga en cuenta que los beneficios comienzan tras un período de espera obligatorio de 14 días.

Importante: Si no se inscribe durante el período de inscripción para empleados nuevos, tendrá que completar la prueba de asegurabilidad para inscribirse.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO*	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2
Monto máximo del beneficio	\$200 por semana	\$400 por semana
Inicio del beneficio	15.º día de discapacidad	15.º día de discapacidad
Período máximo del beneficio	26 semanas	26 semanas

NIVEL DE COBERTURA	Por semana	Por semana
Solo empleado	\$4.13	\$8.26

* Se requiere una prueba de asegurabilidad si no se inscribe cuando reúne los requisitos por primera vez.





Personas como yo: encontrar los beneficios adecuados

Help at Home le ofrece la flexibilidad de elegir la cobertura que se ajuste a sus necesidades y a su presupuesto. Tendrá acceso a beneficios competitivos y a apoyo durante todo el año. Así se ve el viaje personal de dos empleados comunes que aprovechan al máximo sus beneficios.



ESTE ES ALEJANDRO

Alejandro y su esposa se preparan para el 2025, cuando nacerá su segundo hijo. Su hijo mayor también se está preparando para empezar el colegio, por lo que estar al día con las revisiones médicas y las vacunas es imprescindible.

Para el 2025, Alejandro se inscribió en estos planes y seguros:

- El **plan de atención preventiva**, ya que trabaja más de 30 horas semanales. Cubre todas las pruebas preventivas y vacunas de la red para toda la familia, así como los suministros necesarios para su esposa embarazada. Cuando nazca el bebé, Alejandro lo incluirá en la cobertura.
- El **plan odontológico mejorado** para una mayor cobertura familiar, incluidos los servicios de ortodoncia para su esposa.
- El **seguro de indemnización hospitalaria** a través de MetLife, ya que sabe que el plan pagará cuando su esposa deba hospitalizarse para el nacimiento del bebé.
- El **plan 401(k) de Help at Home** para que él y su esposa puedan ahorrar para la jubilación.

En el 2025, también aprovechará lo siguiente:

- El **EAP para recibir ayuda gratuita para encontrar una guardería** cuando él y su esposa vuelvan a trabajar.
- **Help at Home Advantage** para descuentos en ropa de bebé y muebles para la habitación del recién nacido.
- **Tiempo libre remunerado (PTO)** y licencias laborales protegidas (FMLA) para ausentarse del trabajo cuando nazca el bebé.

ESTA ES LORETTA



Loretta tiene unos 50 años y está soltera. Para el 2025, sus prioridades son mantener su salud y reducir los costos. A lo largo del año toma algunos medicamentos con receta para tratar problemas de salud. Y en el 2025, sabe que necesitará una cirugía de rutina en el pie que le impedirá trabajar durante unas semanas.

Para el 2025, Loretta se inscribió en estos planes y seguros:

- El plan **PanaBridge 2**, ya que ofrece beneficios tanto de medicamentos de venta con receta como quirúrgicos.
- El **plan odontológico básico** para acceder a atención dental preventiva asequible.
- Cobertura **oftalmológica** para mantener sus ojos sanos y sus anteojos graduados al día.
- Cobertura por **discapacidad temporal a corto plazo (STD) opcional**, ya que sabe que puede ayudarla a pagar necesidades básicas como el alquiler, los servicios públicos y los alimentos mientras no pueda trabajar.
- El **plan 401(k) de Help at Home** para ahorrar para la jubilación.

En el 2025, también aprovechará lo siguiente:

- El **EAP para recibir ayuda gratuita** con el dolor o la pérdida si un familiar fallece inesperadamente.
- El **EAP para recibir ayuda gratuita** para encontrar cuidados para su madre anciana.
- **HealthiestYou para conectarse con un médico** cuando tenga preguntas o dudas sobre su salud a lo largo del año.





No se olvide de estos extras

Los beneficios de Help at Home incluyen muchas ventajas. Si está inscrito en uno de los planes que se indican a continuación, estos recursos no tienen ningún costo adicional.

Planes médicos de Pan-American

- La atención virtual de HealthiestYou está incluida en cualquier plan de PanaMed o PanaBridge.
- Comuníquese con un médico, reciba tratamiento y obtenga recetas* 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Ahorros en medicamentos con recetas.
- Contenidos de gestión de la salud para guiarlo hacia una mejor salud y felicidad.
- Visite www.mypalic.com/videohy para obtener información sobre cómo HealthiestYou puede ayudarlo.
- Descargue la aplicación HealthiestYou, regístrese en healthiestyou.com o llame al 855-894-9627.

Asesoría para miembros

En todos los planes de Pan-American, se ofrece el servicio de un asesor de los miembros, un representante interno que trabaja para reducir los gastos médicos y las situaciones estresantes relacionadas con la facturación. Los asesores pueden ayudar con lo siguiente:

- Facturas médicas y gastos de medicamentos recetados
- Análisis de laboratorio y radiografías
- Tomografías computadas/resonancias magnéticas
- Programación de intervenciones quirúrgicas
- Suministros para personas con diabetes
- Reclamaciones complicadas y problemas de facturación
- Llame al 1-800-999-5382 de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m., hora central, para obtener más información.

* Recetas exigidas según la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA).

Repatriación mundial

Este servicio, incluido en cualquiera de los planes de PanaMed o PanaBridge, le proporcionará tranquilidad cuando la necesite. El beneficio incluye lo siguiente:

- Gastos de preparación, embalsamamiento o incineración
- Traslado de féretros o contenedores
- Traslado de los restos al lugar de residencia o de entierro
- Para activar la llamada de asistencia, llame al 1-888-558-2703/1-312-356-5963 (llamada gratuita en EE. UU.; cobro revertido fuera de EE. UU.)

Delta Dental of Illinois

- Ahorros exclusivos en decenas de productos de salud bucodental.
- Acceso a atención dental virtual 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Programa de descuentos en salud auditiva con ahorros de más del 60 % en audífonos de venta al público.
- Ahorros del 20 % al 35 % en procedimientos LASIK.
- Visite www.deltadentalil.com/resources/smile-perks para obtener más información

RECUERDE:

Help at Home también les proporciona a todos los empleados y a sus familias acceso **gratuito** a SupportLinc para lo siguiente:

- Asistencia de salud mental
- Problemas de crianza
- Ayuda para encontrar guarderías
- Derivaciones a cuidados de larga duración
- Coaching de vida
- Y más

Llame al 888-881-5462 o visite supportlinc.com para empezar.



MetLife

Incluido con el seguro por enfermedades críticas y el seguro de indemnización hospitalaria:

- Reciba \$50 al año por exámenes preventivos aprobados, como un examen físico anual.
- Usted y cada dependiente cubierto pueden obtener este crédito.

Ventajas de MetLife incluidas en el seguro de vida:

- Ofrece apoyo, planificación y protección adicionales cuando más lo necesita, incluyendo lo siguiente:
 - Preparación del testamento para garantizar que sus deseos se comuniquen con claridad.
 - Servicios de resolución patrimonial para garantizar que su patrimonio se ponga en orden con confianza.
 - Descuentos y servicios de planificación funerarios.

Obtenga más información en www.metlife.com/mybenefits.



VSP Vision Care

- Asignación de \$150 para anteojos de sol o en anteojos con filtro de luz azul no personalizados ni recetados, en lugar de anteojos o lentes de contacto recetados.
- Ahorre hasta un 15 % en corrección visual con láser en los centros contratados.
- Hasta un 20 % de descuento en cualquier gasto de bolsillo en anteojos después de la asignación para armazones.
- Los beneficios de VSP incluyen eyeconic.com, compras en línea con una enorme selección de lentes de contacto y armazones de diseñadores con la herramienta de prueba virtual.

VSP Simple Values: les da a usted y a su familia acceso a descuentos y ahorros diarios.

- **Medicamentos de venta con receta:** ahorre hasta un 85 % en farmacias CVS, COSTCO Wholesale, Walmart, Target, Walgreens, y otros.
- **Visitas al médico:** ahorre hasta un 25 % y acceda a su médico 24 horas al día, 7 días a la semana, por teléfono o video.
- **Odontología:** ahorre hasta un 50 %.
- **Análisis de laboratorio, resonancia magnética y estudios de diagnóstico por imágenes:** ahorre hasta un 60 %.
- **Audífonos:** ahorre hasta un 60 %.
- **Servicios para personas con diabetes:** ahorre hasta un 75 %.
- **Cuidado de mascotas:** acceso a expertos veterinarios 24 horas al día, 7 días a la semana.

Entretenimiento familiar: ahorre hasta un 40 % en espectáculos en directo, entradas de cine y pases para parques temáticos.

- Viajes y hoteles: ahorre hasta un 60 %.
- Conozca los ahorros disponibles para usted. Visite vsp.com/simplevalues





Costo de la cobertura

Tarifas del plan médico de cobertura preventiva:

[consulte la página 9](#)

Tarifas del plan de indemnización hospitalaria y de atención médica limitadas de PanaMed:

[consulte la página 10](#)

Tarifas del plan odontológico:

[consulte la página 12](#)

Tarifas del plan oftalmológico:

[consulte la página 13](#)

Tarifas del seguro por discapacidad a corto plazo:

[consulte la página 16](#)

Tarifas del seguro de vida y por AD&D opcional

EDAD CUMPLIDA	TARIFAS DEL SEGURO DE VIDA OPCIONAL PARA EMPLEADOS	TARIFAS DEL SEGURO DE VIDA OPCIONAL PARA CÓNYUGES
	Tarifa por \$1,000 de cobertura	Tarifa por \$1,000 de cobertura
<25 años	0.050	0.050
25-29 años	0.060	0.060
30-34 años	0.080	0.080
35-39 años	0.090	0.090
40-44 años	0.100	0.100
45-49 años	0.170	0.170
50-54 años	0.260	0.260
55-59 años	0.510	0.510
60-64 años	0.910	0.910
65-69 años	1.470	1.470
70-74 años	2.160	2.160
75-79 años	3.940	3.940
Más de 80 años	6.020	6.020

	Tarifa por \$1,000 de cobertura
SEGURO DE VIDA PARA HIJOS DEPENDIENTES	0.150
AD&D VOLUNTARIO	
Solo empleado	0.020
Empleado + familia	0.030





Costo de la cobertura (cont.)

Tarifas del seguro contra accidentes	PLAN BAJO	PLAN ALTO
NIVEL DE COBERTURA	Por mes	Por mes
Solo empleado	\$3.00	\$5.54
Empleado + cónyuge o pareja de hecho	\$6.00	\$11.09
Empleado + hijos	\$7.07	\$13.07
Familia	\$8.60	\$15.91

Tarifas del seguro por enfermedades críticas: Prima por \$1,000 de cobertura

EDAD CUMPLIDA	SOLO EMPLEADO	EMPLEADO + CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO	EMPLEADO + HIJOS	FAMILIA
<25 años	\$0.44	\$0.71	\$0.67	\$0.94
25-29 años	\$0.49	\$0.79	\$0.73	\$1.02
30-34 años	\$0.58	\$0.92	\$0.82	\$1.15
35-39 años	\$0.70	\$1.09	\$0.93	\$1.32
40-44 años	\$0.91	\$1.39	\$1.14	\$1.63
45-49 años	\$1.20	\$1.84	\$1.43	\$2.08
50-54 años	\$1.60	\$2.52	\$1.84	\$2.75
55-59 años	\$2.11	\$3.39	\$2.34	\$3.63
60-64 años	\$2.83	\$4.62	\$3.07	\$4.85
65-69 años	\$3.83	\$6.32	\$4.06	\$6.55
70-74 años	\$5.19	\$8.47	\$5.42	\$8.71
Más de 75 años	\$7.37	\$11.76	\$7.61	\$11.99

Tarifas del seguro de indemnización hospitalaria

NIVEL DE COBERTURA	Por mes
Solo empleado	\$16.31
Empleado + cónyuge o pareja de hecho	\$29.06
Empleado + hijos	\$24.36
Familia	\$37.11





Información de contacto

Consulte las instrucciones de inscripción adjuntas y los datos de contacto del administrador de beneficios de Help at Home si tiene preguntas o para inscribirse.

El **Centro de conocimientos de Help at Home** es un excelente punto de partida si no sabe por dónde empezar ni qué está buscando. El Centro de conocimientos se actualiza seguido con preguntas frecuentes, información de contacto y desgloses de contenido por estados.

Puede utilizar esta tabla si necesita comunicarse directamente con un proveedor de beneficios después de haberse inscrito y de que la cobertura sea efectiva. **Comuníquese con nuestro administrador de beneficios, Aptia365, para obtener información general sobre los beneficios.**

BENEFICIO	ADMINISTRADOR	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
Programa de Asistencia al Empleado	SupportLinc	888-881-5462	supportlinc.com
Plan 401(k) Plan n.º 82770	Fidelity	800-835-5097	401K.com
Planes de indemnización limitada Atención preventiva, médica y médica y hospitalaria Póliza n.º SE719	Pan-American	800-999-5382	mypalic.com
Cobertura en virtud de la ley COBRA	Departamento de continuación de beneficios de Aptia365	866-268-0142	https://yourflexbenefits.aptia365.com/
Medicamentos de venta con receta	RxEDO	888-879-7336	rxedo.com
Seguro médico complementario (contra accidentes, por enfermedades críticas, de indemnización hospitalaria) Póliza n.º 229474	MetLife	800-438-6388	MyBenefits.MetLife.com
Odontología	Delta Dental of Illinois	800-323-1743	deltadentalil.com
Oftalmología	VSP	800-877-7195	VSP.com
De vida temporal/AD&D	MetLife	800-638-6420 Para preguntar sobre reclamaciones existentes, marque 2; declaración de salud: marque 1	MyBenefits.MetLife.com
Discapacidad* Póliza n.º 229584	MetLife	Reclamaciones: 833-622-0139	MyBenefits.MetLife.com
Help at Home Advantage	Working Advantage	N/A	helppathome.savings.workingadvantage.com

Nota: Puede tener derecho a otros beneficios previstos por la ley del estado en el que trabaja.

* Comuníquese con Broadspire, el administrador de licencias de Help at Home, cuando solicite una licencia que incluya una discapacidad; para ello, llame al 888-644-8643 o visite <https://leavetech.my.site.com/connect>.

Si necesita más ayuda después de comunicarse con nuestros proveedores asociados, comuníquese con nosotros en benefits@helppathome.com.





Cómo inscribirse

Ayuda cuando la necesite, en el idioma que la necesite

Puede obtener ayuda personalizada de asesores de beneficios autorizados para comprender mejor sus opciones. Este servicio gratuito cuenta con representantes multilingües y servicios de TTY. Si no tiene acceso a una computadora o prefiere inscribirse con un asesor de beneficios, llame al 855-746-3198 de lunes a viernes de 6 a. m. a 8 p. m., hora central, y los sábados de 9 a. m a 1 p. m., hora central.

Para inscribirse en los beneficios médicos y de asistencia social de Help at Home, solo tiene que acceder a nuestro sistema de inscripción de la administración de beneficios de Help at Home, **Aptia365**, desde su computadora, tableta o dispositivo móvil. El sistema lo guiará a través del proceso de inscripción con herramientas y recursos como cuadros comparativos, videos educativos, documentos de referencia y mucho más.

1. Todos los empleados se inscribirán a través de **Aptia365** en <https://aptia365.com/helpathome>
2. Inicie sesión con su cuenta actual O cree una cuenta nueva. Para ello, seleccione “New Users – Get Started” (Usuarios nuevos: primeros pasos).
3. Si tiene algún problema para registrar su cuenta o completar la inscripción, llame a un asesor de beneficios de Aptia365 al **855-746-3198** para obtener ayuda. Hay representantes multilingües y servicios de TTY disponibles.



Enfoque la cámara de su iPhone o Android sobre el código QR para acceder a Aptia365.

The screenshot shows the Aptia365 login interface. On the left, under 'Returning Users', there are fields for 'Email (Username)' and 'Password', a 'Login' button, and a link for 'Forgot Username or Password?'. On the right, under 'New Users', there is a 'Get Started' button and links for 'Helpful hints for accessing your account' and 'Learn about Multifactor Authentication'.

The screenshot shows the Aptia365 dashboard for a user named Candice. It includes a welcome message, the title 'Benefits at your fingertips', and a section for 'Your actions and tasks' with two items: 'Would you like to update your beneficiaries?' and 'Any major changes in your life?'. A large heart graphic made of green and blue lines is on the right, and a 'CHAT' button is in the bottom right corner.

La seguridad de su información es fundamental, por eso utilizamos autenticación multifactor (MFA).

- La MFA combina su nombre de usuario y contraseña con un código numérico temporal que se le envía como factor de seguridad adicional para confirmar su identidad y mantener segura su información.
- Como parte del proceso de inscripción, deberá facilitar las últimas cuatro cifras de su número del seguro social (SSN), su apellido, fecha de nacimiento y código postal.
- Una vez verificada la información anterior, se le pedirá que elija el correo electrónico o el número de teléfono que proporcionó a Help at Home. Se enviará un código de verificación al dispositivo seleccionado. Luego, deberá introducir el código para completar el proceso de registro.
- Se le pedirá que complete el proceso de verificación de código de MFA cada vez que inicie sesión.

Para inscribirse o realizar cambios en su plan 401(k) de Help at Home, llame a Fidelity o acceda a la página web de [Fidelity NetBenefits](#) para elegir sus contribuciones e inversiones, así como para designar a sus beneficiarios. También puede llamar a Fidelity al 800-835-5095 de lunes a viernes entre las 8:30 a. m. y las 8:30 p. m., hora del este.

RECORDATORIO: La inscripción abierta es un buen momento para revisar sus beneficiarios, tanto en el sitio web de Fidelity como en el de Aptia365, para ver si desea actualizarlos.



Avisos sobre los beneficios federales

1/1/2025

HAH Holdings, LLC

Dirección postal	33 South State St., 5th Floor Chicago, Illinois 60603
Nombre/título de contacto	Departamento de Beneficios
Correo electrónico de contacto:	benefits@helppathome.com
Teléfono de contacto:	312-762-9999

Los avisos importantes incluyen, entre otros, la cobertura acreditable de Medicare, el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP), la privacidad en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), la indemnización hospitalaria y el Aviso de intercambios (Aviso del Mercado). Si tiene alguna pregunta o desea obtener una copia impresa, comuníquese con el contacto indicado anteriormente.

Si usted (o sus dependientes) tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le ofrece más opciones para la cobertura de medicamentos recetados. Consulte las páginas 2 y 3 para obtener más información.

Si se inscribe en un plan de indemnización hospitalaria, tenga en cuenta que no es un seguro médico y revise la página 14 para obtener más información.

Puede encontrar otros documentos del plan, que incluyen el Resumen de las descripciones del plan (SPD), el Resumen de beneficios y cobertura (SBC) y los resúmenes de los beneficios, en <https://aptia365.com/helppathome>.



Aviso importante de Pan-American sobre su cobertura de medicamentos recetados y la cobertura no acreditable de Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura de medicamentos recetados actual con Help at Home y sobre sus opciones con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare o no. Puede encontrar información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones con respecto a la cobertura de medicamentos recetados al final de este aviso.

Existen tres aspectos importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- 1) La cobertura de medicamentos recetados de Medicare pasó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o se inscribe en un plan Medicare Advantage (como uno de Organización para el Mantenimiento de la Salud [HMO] o de Organización de Proveedores Preferidos [PPO]) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan, al menos, un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer mayor cobertura por una prima mensual más alta.
- 2) Help at Home ha determinado que, en promedio para todos los participantes del plan, NO se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece Pan-American Life Insurance pague el equivalente a lo que paga la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Por lo tanto, su cobertura se considera cobertura no acreditable. Esto es importante porque es muy probable que obtenga más ayuda con los costos de los medicamentos si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare que si solo tiene cobertura de medicamentos recetados de [nombre del plan no acreditable]. También es importante porque quiere decir que usted podría pagar una prima más alta (una multa) si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare cuando es elegible por primera vez.
- 3) Puede mantener la cobertura actual de Pan-American. Sin embargo, debido a que la cobertura es no acreditable, tiene que tomar decisiones con respecto a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare que pueden afectar cuánto paga por esa cobertura, dependiendo de si se inscribe en un plan de medicamentos y cuándo lo hace. Cuando tome su decisión, debe comparar la cobertura actual, lo que incluye qué medicamentos están cubiertos, con la cobertura y el costo de los planes que ofrecen la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Lea atentamente este aviso donde se explican sus opciones.

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

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

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

Debido a que la cobertura de Pan-American no es acreditable, es posible que pague una multa para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare en función de cuánto tiempo no haya tenido una cobertura de medicamentos recetados acreditable. A partir de finales del último mes en el que fue elegible por primera vez para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, pero no lo hizo, si pasa 63 días consecutivos o más sin una cobertura de medicamentos recetados que sea acreditable, es posible que la prima mensual aumente, al menos, un 1 % de la prima base para beneficiarios de Medicare por mes, por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, la prima puede ser de manera constante, al menos, 19 % más alta que la prima base para beneficiarios de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (multa) siempre que tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo octubre para inscribirse.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, esto no afectará su cobertura actual.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura actual, asegúrese de que usted y sus dependientes puedan regresar a esta cobertura en la próxima oportunidad de inscripción anual o evento de la vida que califique.

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

Comuníquese con la persona que se indica a continuación para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura de Help at Home cambia. Además, puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones de cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

Puede encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". Todos los años, obtendrá una copia del manual de Medicare por correo. También es posible que se comuniquen directamente con usted de los planes de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (consulte el interior de la contratapa de su copia del manual "Medicare y usted" para obtener el número de teléfono) para recibir ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, se encuentra disponible Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre la Ayuda Adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

Fecha de entrada en vigor: 1/1/2025

Nombre del empleador: Help at Home

Nombre/título de contacto: Departamento de Beneficios

Dirección: 33 South State St., 5th Floor
Chicago, Illinois 60603

Teléfono: 312-762-9999

Correo electrónico: benefits@helppathome.com



Opciones de cobertura del Mercado de Seguros Médicos y su cobertura de salud

Formulario aprobado
Núm. de la OMB 1210-0149
(vence el 12/31/2026)

Parte A: información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud mediante su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso le brinda información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud que se ofrece mediante su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que cubra sus necesidades y se adapte a su presupuesto. El Mercado ofrece una "compra única" para encontrar y comparar las opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas del seguro médico en el Mercado?

Usted puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece cobertura que no se considera económica para usted y no cumple con determinados estándares de valor mínimo (se analizan a continuación). Los ahorros para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. Es posible que también sea elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para los ahorros en las primas a través del Mercado?

Sí. Si recibe una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con determinados estándares de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o para el pago adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado, y le recomendamos inscribirse en un plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal y los pagos adelantados del crédito que reducen la prima mensual, o una reducción en determinados costos compartidos, si su empleador no le ofrece ninguna cobertura o no le ofrece una cobertura que se considera asequible para usted o que cumple con los estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través del empleo es superior al 9.12 % de sus ingresos anuales del hogar o si la cobertura a través del empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, es posible que sea elegible para un crédito fiscal y el pago adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los familiares del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del empleado para el plan de menor costo que cubriría a todos los familiares no supera el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.^{1, 2}

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en vez de aceptar la cobertura de salud que se ofrece a través de su empleo, es posible que pierda el acceso a lo que el empleador contribuye para la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución del empleado para la cobertura basada en el empleo, está generalmente excluida de los ingresos a los fines de impuestos federales y estatales sobre la renta. Los pagos para la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Asimismo, tenga en cuenta que, si la cobertura de salud que se ofrece a través del empleo no cumple con la asequibilidad o los estándares de valor mínimo, pero la acepta de todas maneras, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al decidir si desea comprar un plan de salud a través del Mercado.

¹ Índice anual; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

² Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple el "estándar de valor mínimo" si la parte del costo total de beneficios permitido que está cubierta por el plan no es inferior al 60 % de estos costos. A los fines de elegibilidad para el crédito fiscal de las primas, para cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan de salud también debe ofrecer una cobertura considerable de los servicios para pacientes hospitalizados y de los servicios médicos.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el período anual de inscripción abierta del Mercado. Si bien la inscripción abierta varía según el estado, generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa hasta, al menos, el 15 de diciembre. Fuera del período anual de inscripción abierta, puede inscribirse en el seguro médico si califica para un período de inscripción especial. Por lo general, usted califica para un período de inscripción especial si ha tenido determinados eventos de vida calificados, como casarse, tener un hijo, adoptar un hijo o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Según su tipo de período de inscripción especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificado para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un período de inscripción especial del Mercado para las personas y sus familias que hayan perdido la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o de CHIP desde el 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública de la COVID-19 en todo el país, las agencias estatales de Medicaid y de CHIP no han finalizado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid y de CHIP que se haya inscrito desde el 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. Mientras las agencias de Medicaid y de CHIP reanudan las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o de CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ofrece un período temporal de inscripción especial del Mercado para permitirle a estas personas que se inscriban en una cobertura del Mercado. Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados en los que HealthCare.gov presta servicios, que presentaron una solicitud nueva o actualizaron una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y que certifican la fecha de finalización de la cobertura de Medicaid o de CHIP dentro del mismo período son elegibles para un período de inscripción especial de 60 días. Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o de CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado en un plazo de 60 días después de que haya perdido la cobertura de Medicaid o de CHIP. Además, si usted o sus familiares se inscriben en la cobertura de Medicaid o de CHIP, es importante que se aseguren de que su información de contacto esté actualizada para garantizar que reciban cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al Centro de Atención al Cliente del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Existen alternativas a la cobertura del seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura en un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un período de inscripción especial para inscribirse en ese plan de salud en determinadas circunstancias, lo que incluye si usted o sus dependientes estuvieron inscritos en la cobertura de Medicaid o de CHIP y la perdieron. Por lo general, tiene 60 días después de la pérdida de cobertura de Medicaid o de 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 de CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, usted puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme el plazo con su empleador o el plan de salud basado en el empleo.

De manera alternativa, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o de CHIP en cualquier momento si completa la solicitud a través del Mercado o la presenta directamente en su agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más información.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, revise el resumen de la descripción del plan o comuníquese con el Departamento de Beneficios al 312-762-9999 o escriba a benefits@helpathome.com.

*El Mercado puede ayudarlo a evaluar las opciones de cobertura, lo que incluye la elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y el costo. Visite **HealthCare.gov** para obtener más información, lo que incluye una solicitud en línea para la cobertura del seguro médico y la información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.*

PARTE B: información sobre la cobertura de salud que ofrece su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud que ofrece su empleador. Si decide completar una solicitud para la cobertura en el Mercado, se le pedirá que brinde esta información. Esta información está enumerada de manera tal que coincida con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador HAH Holdings, LLC		4. Número de identificación del empleador (EIN) 61-1766004	
5. Dirección del empleador 33 South State St, 5 th Floor		6. Número de teléfono del empleador 312-762-9999	
7. Ciudad Chicago	8. Estado IL	9. Código postal 60603	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos por la cobertura de salud en este trabajo? Administrador del plan			
11. Número de teléfono (si es diferente del anterior)		12. Dirección de correo electrónico benefits@helppathome.com	

A continuación, se brinda información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- Como empleador, ofrecemos un plan de salud para las siguientes personas:
 - ☒ Algunos empleados. Los empleados elegibles son del Centro de Servicio de Campo (FSC), de la Administración de Campo y profesionales médicos con licencia de campo (p. ej., enfermeros).
- Con respecto a los dependientes:
 - ☒ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son cónyuges legales, parejas de hecho, hijos dependientes de hasta 26 años y dependientes con discapacidad.
 - ☐ No ofrecemos cobertura.
- ☒ Si se verifica, la cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y se busca que el costo de esta cobertura sea económico para usted, en función del salario de los empleados.

****** Incluso si el empleador busca que esta cobertura sea económica, es posible que usted continúe siendo elegible para un descuento en las primas a través del Mercado. El Mercado utilizará sus ingresos del hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en las primas. Si, por ejemplo, su salario varía entre una semana y la otra (quizás es un empleado por horas o trabaja por comisiones), si lo contrataron recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, es posible que siga calificando para un descuento en las primas.

Si decide comprar la cobertura en el Mercado, **HealthCare.gov** lo guiará durante el proceso. A continuación, encontrará la información del empleador que ingresará cuando visite **HealthCare.gov** para saber si puede obtener un crédito fiscal y reducir sus primas mensuales.

Política de privacidad de la HIPAA

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica, y cómo usted puede acceder a esta información. **Revíselo detenidamente.**

Fecha de entrada en vigor: 1/1/2025

Responsable de privacidad:	Departamento de Beneficios
Correo electrónico:	benefits@helppathome.com
Teléfono:	312-762-9999

Sus derechos

Tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones.
- Corregir sus registros de salud y de reclamaciones.
- Solicitar la comunicación confidencial.
- Pedirnos que se limite la información que divulgamos.
- Obtener una lista de aquellas personas con las que hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a una persona para que lo represente.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus decisiones

Puede tomar algunas decisiones con respecto a la forma en que utilizamos y divulgamos información, ya que realizamos lo siguiente:

- Respondemos preguntas de sus familiares y amigos con respecto a la cobertura.
- Brindamos ayuda en caso de catástrofes.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

Nuestros usos y divulgaciones

Es posible que utilicemos y divulguemos su información cuando realizamos lo siguiente:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe.
- Operamos nuestra organización.
- Pagamos sus servicios de salud.
- Administramos su plan de salud.
- Ayudamos con los asuntos de salud pública y de seguridad.
- Realizamos investigaciones.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajamos con un médico forense o un director de funeraria.
- Nos ocupamos de la indemnización por accidentes laborales, del cumplimiento de la ley y de otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, tiene determinados derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia de los registros de salud y de reclamaciones

- Puede pedir ver u obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones, y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y de reclamaciones, por lo general, en un plazo de 30 días después de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable y basada en los costos.

Pídanos corregir los registros de salud y de reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos los registros de salud y de reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que rechacemos su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito dentro de un plazo de 60 días.

Solicite comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo, al teléfono del hogar o de la oficina) o que enviemos un correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos aceptarla si usted nos indica que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pídanos que se limite lo que utilizamos o divulgamos

- Puede pedirnos que no utilicemos o divulguemos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y podemos rechazarla si esto pudiera afectar su atención.

Obtenga una lista de aquellas personas con las que hemos compartido su información

- Puede pedir una lista (recuento) de las veces en las que hemos compartido su información de salud en los seis años anteriores a la fecha de la solicitud, que incluya con quién compartimos la información y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos pidió que hiciéramos). Proporcionaremos un recuento por año sin cargo, pero cobraremos una tarifa razonable y basada en los costos si solicita otra en un plazo de 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibirlo de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

Elija a una persona para que lo represente

- Si usted le ha dado a una persona el poder notarial médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones con respecto a su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda representarlo antes de que tomemos cualquier medida.

Presente una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que violamos sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros con la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; llamando al 1-877-696-6775; o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Sus decisiones

Para cierta información de salud, puede informarnos sus decisiones con respecto a lo que podemos divulgar.

Hable con nosotros si tiene una preferencia clara sobre cómo divulgamos su información en las situaciones que se describen a continuación. Infórmenos lo que desea que hagamos y seguiremos sus indicaciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de indicarnos lo siguiente:

- Que compartamos la información con su familia, amigos cercanos y otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Que compartamos la información en una situación de ayuda en caso de catástrofes.
- *Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, porque está inconsciente, es posible que procedamos y compartamos su información si consideramos que es lo mejor para usted. También es posible que divulguemos su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente contra la salud o la seguridad.*
- En estos casos, *nunca* compartiremos su información, a menos que nos otorgue un permiso por escrito:
- Para fines comerciales.
- Para la venta de su información.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo utilizamos o divulgamos normalmente su información de salud?

Por lo general, utilizamos o divulgamos su información de salud de las siguientes maneras.

Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

- Podemos utilizar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo tratan.
- *Por ejemplo, un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar otros servicios.*

Operamos nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar la información para operar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No tenemos autorización para utilizar la información genética para decidir si le brindaremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.
- *Por ejemplo, utilizamos su información de salud para mejorar los servicios que le brindamos.*

Pagamos sus servicios de salud

- Podemos utilizar y divulgar la información de salud cuando pagamos sus servicios de salud.
- *Por ejemplo, compartimos su información con el plan dental para coordinar el pago de los procedimientos dentales.*

Administramos su plan

- Es posible que divulguemos su información de salud al patrocinador de su plan para la administración de este.
- *Por ejemplo, su compañía nos contrata para brindar un plan de salud y nosotros le proporcionamos a la compañía algunas estadísticas para explicar las primas que cobramos.*
- ¿De qué otra manera podemos utilizar o divulgar su información de salud?
- Tenemos autorización o se nos solicita divulgar su información de otras maneras; por lo general, de una manera que contribuye al bien público, como la salud pública y las investigaciones. Debemos cumplir con muchas condiciones exigidas por ley antes de que podamos compartir la información con estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consenters/index.html.

Ayudamos con los asuntos de salud pública y de seguridad

- Podemos divulgar su información de salud en ciertas situaciones, como las siguientes:
- Para prevenir enfermedades
- Para ayudar con las retiradas de productos
- Para informar reacciones adversas a medicamentos

- Para denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Para prevenir o reducir una amenaza grave contra la salud o la seguridad de una persona

Realizamos investigaciones

- Podemos utilizar o divulgar la información para realizar investigaciones médicas.

Cumplimos con la ley

- Divulgaremos información sobre usted si las leyes federales o estatales lo requieren, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si este desea saber si cumplimos con la ley federal de privacidad.

Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajamos con un médico forense o un director de funeraria

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

Nos ocupamos de la indemnización por accidentes laborales, del cumplimiento de la ley y de otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o divulgar su información de salud en los siguientes casos:
- Para las reclamaciones de indemnizaciones por accidentes laborales.
- Para el cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado del cumplimiento de la ley.
- Con agencias que supervisan la salud para las actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones especiales del Gobierno, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Respondemos a demandas y acciones legales

- Podemos divulgar su información de salud como respuesta a una orden judicial o administrativa, o como respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Por ley, tenemos la obligación de mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso, y le proporcionaremos una copia.
- No utilizaremos ni divulgaremos su información de otra manera que no se haya descrito aquí, a menos que nos informe por escrito que podemos hacerlo. Si nos autoriza, luego puede cambiar su opinión en

cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

- Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

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

Ayuda con las primas de Medicaid y de CHIP

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP, y usted es elegible para la cobertura de salud del empleador, es posible que en su estado haya un programa de ayuda con las primas que pueda ayudar a pagar la cobertura con los fondos de los programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no será elegible para estos programas de ayuda con las primas, pero es posible que pueda comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o en CHIP, y usted vive en un estado que se indica a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o de CHIP para saber si está disponible la ayuda con las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o en CHIP, y considera que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o de CHIP, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para saber cómo presentar una solicitud. Si califica, consulte con el estado si hay un programa que lo ayudaría a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para la ayuda con las primas de Medicaid o de CHIP, así como en el plan del empleador, su empleador debe permitirle la inscripción en el plan del empleador si todavía no se ha inscrito. Esto se denomina oportunidad de “inscripción especial” y **debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días después de que haya determinado que es elegible para la ayuda con las primas**. Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción en el plan del empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo a través de www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, es posible que sea elegible para la ayuda para pagar las primas del plan de salud del empleador. La siguiente lista de estados está en vigor desde el 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA: Medicaid	ALASKA: Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Programa de Pago de las Primas de Seguros Médicos de Alaska (AK) Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS: Medicaid	CALIFORNIA: Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web del Programa de Pago de las Primas de Seguros Médicos (HIPP): http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO: Health First Colorado (programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA: Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/retransmisión estatal: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio de Atención al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ retransmisión estatal: 711 Programa de Adquisición de Seguros Médicos (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio de Atención al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA: Medicaid	INDIANA: Medicaid
Sitio web del HIPP de Georgia (GA): https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 y presione 1 Sitio web de la Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIPRA) de GA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162 y presione 2	Programa de Pago de las Primas de Seguros Médicos Todos los otros seguros de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de Servicios para Miembros: 1-800-457-4584

IOWA: Medicaid y CHIP (Hawki) Sítio web de Medicaid: Iowa Medicaid Servicios de Salud y Humanos Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sítio web de Hawki: Hawki - Programa de Niños Saludables y Sanos en Iowa Servicios de Salud y Humanos Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sítio web de HIPPP: Pago de las Primas de Seguros Médicos (HIPPP) Servicios de Salud y Humanos (iowa.gov) Teléfono de HIPPP: 1-888-346-9562	KANSAS: Medicaid Sítio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY: Medicaid Sítio web del Programa de Pago de las Primas de Seguros Médicos Integrados de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihhipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sítio web de CHIP de Kentucky (KCHIP): https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sítio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	LUISIANA: Medicaid Sítio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE: Medicaid Sítio web para la inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: retransmisión de Maine al 711 Sítio web de las primas de seguros médicos privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: retransmisión de Maine al 711	MASSACHUSETTS: Medicaid y CHIP Sítio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA: Medicaid Sítio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	MISURI: Medicaid Sítio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA: Medicaid Sítio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov	NEBRASKA: Medicaid Sítio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA: Medicaid Sítio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	NUEVO HAMPSHIRE: Medicaid Sítio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Línea gratuita para el programa de HIPPP: 1-800-852-3345, int. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY: Medicaid y CHIP Sítio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de ayuda con las primas de CHIP: 609-631-2392 Sítio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	NUEVA YORK: Medicaid Sítio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE: Medicaid Sítio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	DAKOTA DEL NORTE: Medicaid Sítio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA: Medicaid y CHIP Sítio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	OREGÓN: Medicaid Sítio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA: Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa de Rlte Share)
CAROLINA DEL SUR: Medicaid	DAKOTA DEL SUR: Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS: Medicaid	UTAH: Medicaid y CHIP
Sitio web: Programa de Pago de las Primas de Seguros Médicos (HIPP) Servicios de Salud y Humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de la Asociación Premium de Seguros Médicos de Utah (UPP): https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web para la expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/
VERMONT: Medicaid	VIRGINIA: Medicaid y CHIP
Sitio web: Programa de Pago de las Primas de Seguros Médicos (HIPP) Program Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON: Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL: Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN: Medicaid y CHIP	WYOMING: Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si algún otro estado agregó un programa de ayuda con las primas desde el 31 de julio de 2024 o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con alguna de las siguientes opciones:

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
 Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
 1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
 1-877-267-2323, opción 4 del menú, int. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA), ninguna persona tiene la obligación de responder a una solicitud de recopilación de información, a menos que esta exhiba un número de control vigente de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento tiene en cuenta que una agencia federal no puede llevar a cabo una recopilación de información ni patrocinarla, a menos que lo haya aprobado la OMB en virtud de la PRA y se exhiba un número de control vigente de la OMB, y que el público no tiene la obligación de responder a una solicitud de recopilación de información, a menos que se exhiba un número de control vigente de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de los Estados Unidos. Además, a pesar de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona debe estar sujeta a multas por no cumplir con la recopilación de información si esta no exhibe un número de control vigente de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de los Estados Unidos.

Se estima que la carga de los informes públicos de esta recopilación de información toma aproximadamente, en promedio, siete minutos por respuesta. Se recomienda a las partes interesadas que envíen sus opiniones con respecto a la carga estimada o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, lo que incluye sugerencias para reducir la carga, a la Oficina de Políticas e Investigaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos. Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. O pueden enviar un correo electrónico a ebssa.opr@dol.gov y mencionar el número de control de la OMB 1210-0137.

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

Derechos de inscripción especial en virtud de la HIPAA

Se le proporciona este aviso para ayudarlo a comprender su derecho a solicitar cobertura de salud grupal. Debe leer este aviso incluso si planea renunciar a la cobertura de salud en este momento.

Pérdida de otra cobertura

Si rechaza la cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro médico o cobertura del plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse usted y a sus dependientes en este plan si pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después de que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Matrimonio, nacimiento o adopción

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación para la adopción, es posible que pueda inscribirse usted y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, el nacimiento o la colocación para la adopción.

Medicaid o CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o de CHIP, o pasan a ser elegibles para un subsidio de ayuda con las primas de Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse usted y a sus dependientes. Debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días posteriores a la pérdida de cobertura de Medicaid o de CHIP, o a la determinación de elegibilidad para un subsidio de ayuda con las primas.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el administrador del plan (consulte la portada para ver la información de contacto).

Ley de Derechos de la Mujer sobre la Salud y el Cáncer

Si se sometió o va a someterse a una mastectomía, es posible que tenga derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos de la Mujer sobre la Salud y el Cáncer de 1998 (WHCRA). La Ley de Derechos de la Mujer sobre la Salud y el Cáncer requiere a los planes de salud grupales, las compañías de seguros y las HMO que brinden determinados beneficios a las pacientes de mastectomías que optan por la reconstrucción del seno. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, se les proporcionará cobertura de una forma determinada y con previa consulta con el médico tratante y el paciente para los siguientes casos: todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía; cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr un aspecto simétrico; prótesis; y tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema. Los beneficios de reconstrucción del seno están sujetos a deducibles y límites en los copagos que concuerdan con aquellos establecidos para otros beneficios del plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios en virtud de la WHCRA, comuníquese con el administrador del plan (consulte la portada para ver la información de contacto).

Aviso de indemnización hospitalaria

IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO un seguro médico.

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle un monto en dólares limitado si se enferma o lo

hospitalizan. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que recibe no se basa en la magnitud de la factura médica.
- Puede haber un límite en el monto que paga esta póliza cada año.
- Esta póliza no sustituye el seguro médico integral.
- Debido a que esta póliza no es un seguro médico, no tiene la obligación de incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican a los seguros médicos.

¿Busca un seguro médico integral?

- **Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)** o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar las opciones de cobertura de salud.
- Para saber si puede tener un seguro médico a través de su trabajo o del trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.

¿Tiene alguna pregunta sobre esta póliza?

- Si tiene alguna pregunta o queja sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros del Estado. Encuentre el número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (naic.org) en la sección "Insurance Departments" (Departamentos de Seguros).
- Si tiene esta póliza a través de su trabajo o del trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.

Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA)

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 protege a los empleados contra la discriminación por la información genética. A menos que se permita lo contrario, su empleador no puede solicitar ni exigir ninguna información genética de usted o de sus familiares.

La ley GINA prohíbe a los empleadores y otras instituciones cubiertas por el Título II de dicha

disposición solicitar o exigir información genética de una persona o un familiar de la persona, excepto en los casos en que lo permite específicamente esta ley.

Para cumplir con esta ley, le pedimos que no brinde ninguna información genética cuando responda a esta solicitud de información médica. Según lo definido por la ley GINA, la "información genética" incluye los antecedentes médicos familiares de una persona, los resultados de pruebas genéticas, el hecho de que un miembro solicitó o recibió servicios genéticos, y la información genética de un feto que gesta un miembro o de un embrión que gesta legalmente un miembro que recibe servicios de reproducción asistida.

Ley de Protección de la Salud de las Madres y los Recién Nacidos

Por lo general, en virtud de la ley federal, los planes de salud grupales y las aseguradoras no pueden restringir los beneficios para la duración de cualquier estancia hospitalaria relacionada con el parto de una madre o con el niño recién nacido a menos de 48 horas después del parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, normalmente, la ley federal no prohíbe al proveedor tratante de la madre o del recién nacido dar el alta a la madre del recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según corresponda), después de consultarlo con ella. En cualquier caso, en virtud de la ley federal, los planes y las aseguradoras no pueden requerir que un proveedor

obtenga la autorización del plan o de la aseguradora para indicar la duración de una estadía inferior a 48 horas (o 96 horas si corresponde).

Ley de Paridad de la Salud Mental y por Adicciones

Por lo general, la Ley de Paridad de la Salud Mental y por Adicciones de 2008 exige a los planes de salud grupales y las aseguradoras que garanticen que los requisitos financieros (como los copagos y los deducibles) y las limitaciones en el tratamiento (como los límites en las visitas anuales) que se aplican a los beneficios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o las limitaciones predominantes que se aplican de manera considerable a todos los beneficios médicos/quirúrgicos. Para obtener más información sobre los criterios para las determinaciones de necesidad médica que se toman en virtud del plan del empleador con respecto a los beneficios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias, comuníquese con el administrador del plan (consulte la portada para ver la información de contacto).

Ley Michelle

Cuando un hijo dependiente pierde el estado de estudiante para fines de cobertura del plan de salud grupal como resultado de una licencia necesaria por razones médicas de un instituto de educación superior, el plan de salud grupal seguirá brindando cobertura durante la licencia por un año o hasta que finalice de otra

manera la cobertura del plan de salud grupal, lo que ocurra primero.

Si desea obtener más información, comuníquese con el administrador del plan (consulte la portada para ver la información de contacto).

Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA)

La ley USERRA establece los requisitos para la continuación de la cobertura de salud y el reempleo en relación con la licencia militar de un empleado. Estos requisitos se aplican a la cobertura médica y dental para usted y sus dependientes. No se aplican a cualquier cobertura de vida, por discapacidad a corto o largo plazo, o por desmembramiento y muerte accidental que pueda tener. La explicación completa de USERRA y sus derechos queda fuera del alcance de este documento. Si desea obtener más información, consulte el Resumen de las descripciones del plan (SPD) para conocer los detalles de la cobertura de cualquiera de nuestros seguros grupales o visite este sitio: <http://www.dol.gov/vets/programs/userra/main.htm>.

Un recurso alternativo es VETS. Puede comunicarse al 1-866-4-USA-DOL o visitar este sitio: <http://www.dol.gov/vets> Puede encontrar un asesor interactivo en línea de USERRA en <http://www.dol.gov/elaws/userra.htm>