



GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

1 de abril de 2020 - 31 de marzo de 2021



N E A P O L I T A N
P I Z Z E R I A

CREADO POR:
AssuredPartners MCM

¿QUÉ HAY ADENTRO?

Resumen de Costos

Información Importante de Contacto

Resumen de Beneficios

Glosario de Términos de Salud

Requisitos de Elegibilidad

Información Importante y Avisos Anuales Obligatorios



Esta guía está diseñada para ayudarlo a comprender su programa de beneficios a fin de que pueda tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Esta guía proporciona una descripción general de los beneficios en los cuales usted es elegible para participar. Por favor revise esta información cuidadosamente.

NOTICIA IMPORTANTE

Para obtener detalles completos, incluidos los términos, exclusiones y limitaciones del plan, consulte los folletos de su aseguradora. En caso de ambigüedad o inconsistencia entre esta guía y el folleto de la aseguradora, las disposiciones de los documentos del seguro sustituirán a la información que figura en la guía.

¿CUÁNTO CUESTA?

A continuación se detalla el costo mensual para inscribirse en nuestros planes de beneficios. Estas tarifas son válidas desde 1 de abril de 2020 hasta 31 de marzo de 2021.

Servicios Médicos	Core HMO Plan	Access PPO Plan
Empleado	\$171.94	\$215.12
Para el empleado y su cónyuge/PD*	\$725.55	\$838.26
Empleado e hijo(s)	\$481.42	\$563.48
Para el empleado y su familia	\$1,035.01	\$1,186.58

Servicios Dentales Voluntarios

Empleado	\$30.31
Para el empleado y su cónyuge/PD*	\$59.24
Empleado e hijo(s)	\$78.27
Para el empleado y su familia	\$112.95

Servicios Oftalmológicos Voluntarios

Empleado	\$5.31
Para el empleado y su cónyuge/PD*	\$11.19
Empleado e hijo(s)	\$11.96
Para el empleado y su familia	\$19.16

*PD = Pareja Doméstica



Las primas se deducen automáticamente antes de impuestos a menos que usted indique lo contrario a RR. HH.. No puede realizar cambios en sus elecciones a mediados de año cuando las primas se deducen antes de impuestos, a menos que experimente un evento que permita el cambio de elección. En ese caso, generalmente tiene 30 días desde el momento del evento para realizar un cambio.

Si da cobertura a una pareja doméstica (o a los dependientes de la pareja doméstica), las deducciones se realizarán después de impuestos, a menos que su pareja doméstica califique como dependiente según la Sección 152 del Código de Rentas Internas. Además, a menos que su pareja doméstica reúna los requisitos según la Sección 152 del IRC, nuestra contribución a las primas de su pareja doméstica se incluirá en sus ingresos imponibles.



ASISTENCIA DE SEGURO

El Centro de Servicio para Empleados APMCM



**EMPLOYEE
SERVICE
CENTER**

Un servicio Gratuito y Confidencial

Los defensores de beneficios son personas especialmente capacitadas que pueden brindar asistencia sobre preguntas sobre beneficios y problemas de reclamos para usted y sus familiares cubiertos.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE LOS BENEFICIOS

- ¿Cuáles son mis beneficios?
- ¿Cómo se cubrirá un servicio específico?
- Este servicio, ¿requiere autorización previa?
- ¿Cómo encuentro un proveedor dentro de la red?

EJEMPLOS DE PREGUNTAS SOBRE RECLAMACIONES

- ¿Por qué mi seguro no pagó nada?
- ¿Por qué mi seguro pagó solo una parte de la factura?
- ¿Cómo presento una reclamación?
- ¿Cómo presento una apelación por un servicio denegado?

(206) 343-4175 OR (888) 343-3330
TTY/TDD: (206) 748-9578 OR (855) 877-4726
Email: mcm.esc@assuredpartners.com

Monday-Friday
7:30 AM to 5:00 PM PST
Language Interpretation Services Available

Carrier Contacts

Kaiser Permanente	Medical/RX Core HMO Group #: 2079800 Access PPO Group #: 8519300	888.901.4636 Nurseline: 800.297.6877	Network: Access PPO Network: Core HMO www.kp.org/wa
Principal	Voluntary Dental/Voluntary Vision/Life/AD&D Group #: 1108713	800.986.3343	Network: Dental PPO www.principal.com
Principal via VSP	Vision	800.877.7195	Network: VSP Choice www.vsp.com
Benefit Website	Benefit Information	Username: tuttabella Password: benefits	www.tuttabellabenefits.com

Visite los sitios web detallados anteriormente para obtener más información sobre los recursos de la aseguradora. La mayoría de las aseguradoras cuentan con aplicaciones móviles, capacidades de búsqueda de red de proveedores, herramientas de estimación de costos de proveedores y mucho más.

Beneficios Médicos y de Medicamentos Recetados

Características del Plan Core HMO

Kaiser Permanente

	Dentro de la red* Core HMO
Deducible por Año Calendario	\$1,500 individual \$3,000 familiar
Máximo pago por el asegurado por Año Calendario	\$6,000 individual \$12,000 familiar
Coseguro	30%
Cuidado Preventivo	Cubierto en su totalidad, no se aplica deducible
Visitas al Consultorio Médico (No preventivo)	Copago de \$20 sin deducible
Visita al Consultorio de un Especialista	Copago de \$40 sin deducible
Manipulaciones espinales (20 visitas por año calendario)	Copago de \$20 sin deducible
Acupuntura (12 visitas por año calendario)	Copago de \$20 sin deducible
Laboratorio y radiología	Coseguro de 30% después deducible
Atención hospitalaria para pacientes internados	Coseguro de 30% después deducible
Sala de emergencias	Copago de \$50 Coseguro de 30% después deducible
Medicamentos con receta de venta al por menor	\$10 / \$35 / \$70
Medicamentos recetados de pedido por correo	\$20 / \$70 / \$140

*Los proveedores fuera de la red no están disponibles.

- **Red Kaiser Permanente:** Los consultorios médicos de Kaiser ofrecen atención primaria, servicios de farmacia, rayos X, laboratorio y varias especialidades. Servicios, todo bajo un mismo techo. Los miembros también pueden visitar CareClinic de Kaiser Permanente en Bartell Drugs para necesidades médicas menores.
- **Otros proveedores comunitarios dentro de la red:** Además, Kaiser contrata a una gran red de proveedores comunitarios para garantizar la cobertura se realiza en ubicaciones donde no tienen consultorios médicos de Kaiser o para servicios o procedimientos que no se ofrecen en instalaciones de Kaiser Permanente.
- **Atención hospitalaria:** Kaiser se asocia con hospitales comunitarios y regionales en ubicaciones en toda el área de servicio del estado de Washington.
- **Atención de emergencia en un hospital fuera de la red:** Si necesita atención de emergencia y es admitido en un hospital fuera de la red, usted o un miembro de su familia deben notificar a Kaiser dentro de las 48 horas posteriores al inicio de la atención, o tan pronto como sea razonablemente posible. Llame a la línea de notificación que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de Kaiser Permanente para asegurarse de que su reclamo sea aceptado. Guarde los recibos y otros documentos de la atención fuera de la red. Deberá enviarlos con cualquier reclamo de reembolso.

Beneficios Médicos y de Medicamentos Recetados

Características del Plan Access PPO

Kaiser Permanente

	Dentro de la red: Access PPO Kaiser Permanente, First Choice, First Health (fuera del área de servicio)
Deducible por Año Calendario	\$1,500 individual \$3,000 familiar
Máximo pago por el asegurado por Año Calendario	\$6,000 individual \$12,000 familiar
Coseguro	30%
Cuidado Preventivo	Cubierto en su totalidad, no se aplica deducible
Visitas al Consultorio Médico (No preventivo)	Copago de \$30 sin deducible
Visita al Consultorio de un Especialista	Copago de \$60 sin deducible
Manipulaciones espinales (20 visitas por año calendario)	Copago de \$30 sin deducible
Acupuntura (12 visitas por año calendario)	Copago de \$30 sin deducible
Laboratorio y radiología	Coseguro de 30% después deducible
Atención hospitalaria para pacientes internados	Coseguro de 30% después deducible
Sala de emergencias	Copago de \$50 Coseguro de 30% después deducible
Medicamentos con receta de venta al por menor	\$10 / \$35 / \$70
Medicamentos recetados de pedido por correo	\$20 / \$60 / \$130
	Fuera de la Red No Contratado*
Deducible por Año Calendario	\$3,000 individual \$6,000 familiar
Máximo pago por el asegurado por Año Calendario	\$12,000 individual \$24,000 familiar
Coseguro	50%

*Los proveedores fuera de la red pueden facturarle el saldo de los cargos por encima del monto permitido dentro de la red. Las cantidades facturadas de saldo no se acumulan para su gasto de bolsillo máximo.

**El beneficio mejorado se aplica cuando los servicios son proporcionados por un proveedor de Kaiser, (\$20 visitas no preventivas al consultorio, \$40 visitas a la oficina de especialización de copago) o se obtiene una receta en una farmacia Kaiser (\$10/\$30/\$65).

Acceso al proveedor dentro de la red: Cada una de las redes enumeradas a continuación se consideran cobertura de beneficios “dentro de la red”:

- **Red Kaiser Permanente:** En todo el estado de Washington, usted tiene acceso a más de 26,000 proveedores. Más allá de la atención encontrada en Kaiser Permanente, usted tiene acceso a proveedores en UW Medicine, Swedish Physicians, CHI Franciscan Health, y muchos más.
- **First Choice Health:** si vive o viaja en el noroeste, puede buscar atención a través de la red de proveedores de First Choice Health en Oregon, Alaska, Montana, Idaho y Washington. Más allá de la red de PPO de Kaiser, puede acceder a la atención dentro de la red de 50.000 médicos adicionales en el Región. Busque proveedores cerca de usted visitando: www.fchn.com.
- **First Health Network:** Para áreas más allá, la atención se puede encontrar a través de la Primera Red de Salud. Puede acceder a la atención dentro de la red des más de 590.000 proveedores en todos los estados de todo el país (excepto Washington, Oregón, Idaho, Alaska y Montana) de esta red nacional. Encontrar proveedores visitando: www.myfirsthealth.com.

Beneficios Dentales

Características del Plan

Principal

	Dental PPO	No participante*
Deducible por Año Calendario	\$0	\$25 por individuo \$75 familiar
Beneficio Máximo por Año Calendario	\$1,000 por persona	
Clase I: Servicios Preventivos y de Diagnóstico	Cubierto en su totalidad	20% sin deducible
Clase II: Servicios básicos y restaurativos	20%	30% after deductible
Clase III: Servicios Principales	50%	60% después del deducible

*Los dentistas no participantes pueden facturarle la diferencia entre los cargos facturados y el monto contratado.

Beneficios oftalmológicos

Características del Plan

Principal via VSP

	VSP Choice
Copagos	Copago de \$10 por examen Hasta \$60 de copago por examen de lentes de contacto Copago de \$25 por anteojos
Examen	Cada 12 meses
Lentes	Cada 12 meses
Marcos	Subsidio de \$130 una vez cada 24 meses
Lentes de Contacto	Subsidio de \$130 en lugar de lentes una vez cada 12 meses

*Los beneficios fuera de la red se basan en un cronograma de asignación. Consulte el resumen del operador para obtener más detalles.

Seguro de Vida/Seguro por Muerte y Desmembramiento Accidental

Ofrecemos seguros de vida y seguros por muerte y desmembramiento accidental a través de Principal para empleados elegibles sin costo alguno para usted.

Cantidad de Beneficio	\$15,000
Reducción de Beneficios por Edad	Comienza a los 65 años

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE SEGURO

Elegibilidad

Empleados por Horas Variables (promedio 30 o más horas por semana):

Un empleado es un empleado por horas variables si, basándose en los hechos y circunstancias en la fecha en que el empleado comienza a brindar servicios al empleador (la fecha de inicio), no se puede determinar que se espera razonablemente que el empleado trabaje en promedio por lo menos 30 horas por semana. Como un restaurante con diferentes longitudes de turno, ciclos de negocios, horarios flexibles y horas que se asignan en parte basado en el rendimiento, es difícil tener esta expectativa en el momento de contratar para muchos puestos del restaurante.

Los empleados por horas variables son elegibles para los beneficios del seguro si ellos trabajan un promedio de 30 horas por semana durante un período de medición. Hay dos tipos de período de medición; “Inicial” y “En curso.”

6 Meses Periodo de Medición “En Curso”:

1er Periodo de Medición: 1ro de Agosto a. 31 de enero
1er Periodo Administrativo: 1ro de febrero a 31 de marzo
1er Periodo de Estabilidad: 1ro de abril al 30 de septiembre

2do Periodo de Medición: 1ro de febrero al 31 de julio
2do Periodo Administrativo: 1ro de Agosto a 30 de septiembre
2do Periodo de Estabilidad: 1ro de octubre al 31 de marzo

Periodo “Inicial” de Medición en la Nueva Contratación de 6 Meses:

Las nuevas contrataciones se miden 6 meses a partir de su fecha de contratación. Al mismo tiempo, están transitando al período de medición “En curso” descrito abajo.

Ejemplo: La Fecha de Contratación del Empleado hoy es Noviembre 1, 2020
Periodo de Medición: Noviembre 1, 2020 a Abril 30, 2021
Periodo Administrativo: Mayo 1, 2020 – Mayo 31, 2020

Además de los períodos de medición, verá el período de “Admin” que se utiliza para determinar la elegibilidad, administrar la información de cobertura y la inscripción del transportista. Si un empleado es medido por 6 meses y promedia 30 o más horas por semana, entonces se convertirá en elegible para la cobertura de seguro para ser efectivo el primer día del mes después del final del período de administración. En el ejemplo anterior, los beneficios del seguro, si se eligen, entrarían en vigencia el 1 de junio de 2018. Tenga en cuenta que los períodos de administración son de 30 días para los nuevos empleados y de 60 días para los continuos.

El período de “estabilidad” es el tiempo que un empleado seguirá siendo elegible para los beneficios del seguro antes de ser medido nuevamente para determinar si permanecen elegibles en forma continua.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE SEGURO

Empleado de Tiempo Completo por Horas (se espera que trabaje 30 o más horas por semana, cada semana, al momento de contratación):

Un empleado de tiempo completo es un empleado que es contratado para un puesto con la firme expectativa de que trabaje al menos 30 horas por semana. Como un restaurante con diferentes longitudes de turno, ciclos de negocios, horarios flexibles y horas que se asignan en parte basado en el rendimiento, es difícil tener esta expectativa en el momento de contratar para muchos puestos de restaurante

Si el empleado contratado a tiempo completo trabaja 30 o más horas por semana y se espera que continúe haciéndolo, entonces el empleado será elegible para beneficios de seguro a partir del primer día del mes después de 60 días. Si no se cumplen 30 o más horas semanales o no se espera que continúen, el empleado seguirá los requisitos de elegibilidad de Empleados por Horas Variables

Empleados y Gerentes Asalariados:

Elegible para la inscripción del seguro en la fecha de contratación o promoción. La inscripción entrará en vigor el día 1 del mes siguiente a la fecha de contratación o promoción.

Proceso de Inscripción para Todos los Empleados Elegibles

Los restaurantes son notificados cada mes de los empleados que, basado en cumplir con los requisitos de elegibilidad, son elegibles para la inscripción de seguros a partir del 1 del mes siguiente. El restaurante proporcionará al empleado recién elegible una descripción del paquete de beneficios, formulario de inscripción y renuncia de beneficios en los formularios de cobertura.

La inscripción es efectiva el día 1 del mes siguiente al período de administración si el empleado elige cobertura completando y entregando el Formulario de Inscripción de Seguro dentro del tiempo especificado. Todos los nuevos empleados elegibles deben inscribirse o firmar una renuncia a la cobertura.

Cualquier empleado elegible que renuncie a la cobertura no será elegible nuevamente hasta la inscripción abierta el próximo mes de marzo, para la cobertura efectiva a partir del 1 de abril, a menos que experimente un evento calificador (es decir, pérdida de otra cobertura sin su propia culpa, matrimonio, nacimiento o la adopción de un niño/a).

Contribución a las primas de seguros

Cada empleado inscrito en la cobertura pagará el 50% de la prima mensual por la cobertura del seguro médico Tutta Bella Core HMO. Si elige la cobertura médica Access PPO, el empleado pagará la diferencia en la prima entre los dos planes además del 50%. La cobertura dental y de la vista es 100% pagada por el empleado. La cobertura del cónyuge y de los dependientes se paga al 100% por el empleado después de la deducción de la porción exclusiva del empleado. La parte del empleado de la prima mensual se deduce automáticamente antes de impuestos de su cheque de pago durante los primeros dos períodos de pago de cada mes.

Tras la separación del empleo

Todos los beneficios del seguro terminan al final del mes que el empleado se separa del empleo, o el último día del mes por el cual se pagaron las primas.

Recursos para Miembros de Kaiser Permanente

www.kp.org/wa: Acceda a su información personal y del plan en cualquier momento. Puede consultar sus beneficios, imprimir tarjetas de identificación temporales, buscar médicos en su área, inscribirse en la Explicación de Beneficios sin papel y conocer otras características que se ofrecen con su plan Kaiser Permanente.

Kaiser Permanente Washington: Mantenerse al tanto de sus beneficios de atención médica es más fácil que nunca con la aplicación Kaiser Permanente Washington. Desde hallar un médico y comparar costos hasta pagar reclamaciones y acceder a su tarjeta de identificación, esta aplicación para teléfonos inteligentes o tabletas es todo lo que necesita para administrar sus beneficios.

Servicio de enfermería para consulta: Comuníquese con una línea de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que brinda apoyo inmediato para problemas y preguntas de salud cotidianas. Ofrecemos este servicio además de su plan médico para ayudarlo a obtener información y apoyo cuando lo necesite. Llame al (800) 297-6877 para hablar con una enfermera y obtenga ayuda para evitar cualquier visita innecesaria al médico o a la sala de emergencias.

Visitas virtuales: Programe visitas telefónicas, por video y visitas electrónicas a través de los servicios en línea de Kaiser Permanente. Con estas opciones convenientes, Kaiser Permanente ofrece servicios de atención urgente, primaria, pediátrica y especializada, todos los cuales están disponibles sin costo adicional.

Herramientas de estimación de costos: Puede obtener un cálculo aproximado de cuánto costará un tratamiento, procedimiento, prueba u otro servicio médico. Los cálculos aproximados se basan en el costo promedio de un servicio en su área, los beneficios en su plan de cobertura y su progreso en el cumplimiento de sus deducibles anuales y el desembolso máximo.

CareClinic en Bartell Drugs: Con 15 ubicaciones en el área de Puget Sound, CareClinic en Bartell Drugs ofrece atención ambulatoria de problemas médicos leves para todas las personas mayores de 2 años. Cuenta con personal médico de Kaiser Permanente y está abierto todos los días de 9 a.m. a 7 p.m., incluidos los fines de semana.

Herramientas y recursos para una buena salud: Kaiser Permanente cree que la buena salud va más allá del consultorio del médico. Lea a continuación algunos ejemplos de formas en las que puede ahorrar:

- Asesoramiento de bienestar por teléfono para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud con apoyo personalizado.
- Los programas de estilo de vida saludable cuentan con descuentos en gimnasios, videos de ejercicios y equipos de entrenamiento.
- Ayuda para dejar de fumar.
- Obtenga un 20% de descuento en acupuntura, naturopatía, atención quiropráctica, yoga, pilates y más.
- Clases y grupos de apoyo.

GLOSARIO DE TÉRMINOS MÉDICOS

MONTO PERMITIDO

Monto máximo en el que se basa el pago por servicios de atención médica cubiertos. Esto puede llamarse “asignación elegible” o “tasa negociada”. Si su proveedor fuera de la red cobra más del monto permitido, es posible que deba pagar la diferencia.

DENTRO DE LA RED

Las instalaciones, proveedores y suministradores que su asegurador o plan de salud hubiera contratado para proporcionar servicios de atención médica.

FACTURACIÓN DEL SALDO

Cuando un proveedor fuera de la red le factura la diferencia entre el cargo del proveedor y el monto permitido. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es de \$100 y el monto permitido es de \$70, el proveedor puede facturarle los \$30 restantes. Un proveedor dentro de la red no puede facturarle el saldo por los servicios cubiertos.

COPAGO

Un monto fijo (por ejemplo, \$15) que paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

DEDUCTIBLE

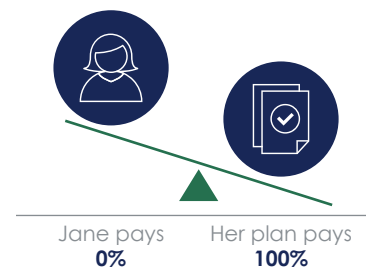
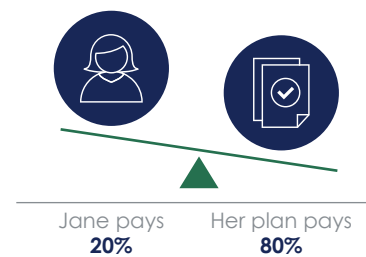
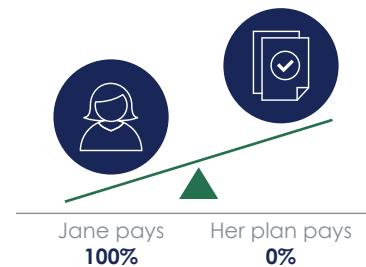
El monto que debe por los servicios de atención médica antes de que el seguro comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$500, su plan no pagará nada hasta que haya alcanzado su deducible de \$500 por los servicios cubiertos sujetos al deducible. El deducible no se aplica a todos los servicios.

COSEGURO

Su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto, calculado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) del monto permitido para el servicio. Usted paga un coseguro más cualquier deducible que deba. Por ejemplo, si el seguro de salud o el monto permitido del plan para una visita al consultorio es de \$100 y usted ha alcanzado su deducible, su pago de coseguro del 20 % sería de \$20. El seguro o plan de salud paga el resto del monto permitido.

MÁXIMO PAGO POR EL ASEGURADO

El monto máximo que usted paga durante un año calendario antes de que su seguro de salud o plan comience a pagar el 100 % del monto permitido por los servicios cubiertos dentro de la red. El límite incluye el copago de visitas al consultorio, copagos de medicamentos recetados, deducibles y coseguros.



IMPORTANT INFORMATION AND ANNUAL REQUIRED NOTICES

Conversion and Portability Rights

You may have the option to keep your life/AD&D coverage through either the conversion provisions of the contract. You must apply within 31 days from the date of termination. For information about these options please contact Human Resources.

Permitted Mid-Year Election Change Events

In most cases, once you have made your benefit elections for the plan year, you cannot change them until the next annual open enrollment period, unless you experience a permitted election change event. These include:

- Change in legal marital status (marriage, divorce, legal separation)
- Gain or loss of eligibility by one of your dependents
- Birth, adoption, or placement for adoption
- Loss of other health coverage by employee, spouse, or dependent(s)
- Gain or loss of eligibility for Medicare or Children's Health Insurance Program (CHIP)
- Change in coverage under another employer health plan

If you experience an event that allows you to make changes to your benefit elections, notify Human Resources within 30 days of the event (60 days in the case of birth or adoption). You may need to provide proof of the change, such as a marriage or birth certificate. For more information regarding permitted mid-year election changes, please contact Human Resources.

Notice of Special Enrollment Rights

You may be eligible to participate in Tutta Bella's Group Health Plan. A federal law called HIPAA requires that we notify eligible participants about the right to enroll in the plan under its "special enrollment provision."

Loss of Other Coverage (Excluding Medicaid or a State Children's Health Insurance Program). If you decline enrollment for yourself or for an eligible dependent (including your spouse) while other health insurance or group health plan coverage is in effect, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if the employer stops

contributing toward your or your dependents' other coverage). However, you must request enrollment within 30 days after your or your dependents' other coverage ends (or after the employer stops contributing toward the other coverage).

Loss of Coverage for Medicaid or a State Children's Health Insurance Program. If you decline enrollment for yourself or for an eligible dependent (including your spouse) while Medicaid coverage or coverage under a state children's health insurance program is in effect, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage. However, you must request enrollment within 60 days after your or your dependents' coverage ends under Medicaid or a state children's health insurance program.

New Dependent by Marriage, Birth, Adoption, or Placement for Adoption. If you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your new dependents. However, you must request enrollment within 30 days after the marriage or within 60 days after birth, adoption, or placement for adoption.

Eligibility for Medicaid or a State Children's Health Insurance Program. If you or your dependents (including your spouse) become eligible for a state premium assistance subsidy from Medicaid or through a state children's health insurance program with respect to coverage under this plan, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan. However, you must request enrollment within 60 days after your or your dependents' determination of eligibility for such assistance.

All questions about the plan's special enrollment provision should be directed to ccontact.

Notice of the Women's Health and Cancer Rights Act

This notice is being sent to you as required by the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998, which states you must be advised annually of the presence of benefits for mastectomy-related services, including reconstruction and surgery to achieve symmetry of the breasts, prostheses and complications resulting from a mastectomy. Please refer to your medical benefit booklet for additional information. Benefits for these services may be subject to annual deductibles and

IMPORTANT INFORMATION AND ANNUAL REQUIRED NOTICES

coinsurance consistent with those established for other benefits.

Notice of Creditable (or Non-Creditable) Prescription Drug Coverage

Medicare Part D – Prescription Coverage and Medicare

Please read this notice carefully and keep it where you can find it. This notice has information about your current prescription drug coverage with Tutta Bella and about your options under Medicare's prescription drug coverage. This information can help you decide whether or not you want to join a Medicare drug plan. If you are considering joining, you should compare your current coverage, including which drugs are covered at what cost, with the coverage and costs of the plans offering Medicare prescription drug coverage in your area. Information about where you can get help to make decisions about your prescription drug coverage is at the end of this notice.

There are two important things you need to know about your current coverage and Medicare's prescription drug coverage:

1. Medicare prescription drug coverage became available in 2006 to everyone with Medicare. You can get this coverage if you join a Medicare Prescription Drug Plan or join a Medicare Advantage Plan (like an HMO or PPO) that offers prescription drug coverage. All Medicare drug plans provide at least a standard level of coverage set by Medicare. Some plans may also offer more coverage for a higher monthly premium.
2. Tutta Bella has determined that the prescription drug coverage offered by Tutta Bella is, on average for all plan participants, expected to pay out as much as standard Medicare prescription drug coverage pays and is therefore considered Creditable Coverage. Because your existing coverage is Creditable Coverage, you can keep this coverage and not pay a higher premium (a penalty) if you later decide to join a Medicare drug plan.

When Can You Join A Medicare Drug Plan?

You can join a Medicare drug plan when you first become eligible for Medicare and each year from October 15 through December 7.

However, if you lose your current creditable prescription drug coverage, through no fault of your own, you will also be eligible for a two (2) month Special Enrollment Period (SEP) to join a

Medicare drug plan.

What Happens To Your Current Coverage If You Decide to Join A Medicare Drug Plan?

If you decide to join a Medicare drug plan, your current Tutta Bella coverage may be affected.

If you do decide to join a Medicare drug plan and drop your current Tutta Bella coverage, be aware that you and your dependents may not be able to get this coverage back.

Please contact the Human Resources Department or your Benefit Advocate for more information about what happens to your coverage if you enroll in a Medicare prescription drug plan.

When Will You Pay A Higher Premium (Penalty) To Join A Medicare Drug Plan?

You should also know that if you drop or lose your current coverage with Tutta Bella and don't join a Medicare drug plan within 63 continuous days after your current coverage ends, you may pay a higher premium (a penalty) to join a Medicare drug plan later.

If you go 63 continuous days or longer without creditable prescription drug coverage, your monthly premium may go up by at least 1% of the Medicare base beneficiary premium per month for every month that you did not have that coverage. For example, if you go nineteen months without creditable coverage, your premium may consistently be at least 19% higher than the Medicare base beneficiary premium. You may have to pay this higher premium (a penalty) as long as you have Medicare prescription drug coverage. In addition, you may have to wait until the following November to join.

For More Information About This Notice Or Your Current Prescription Drug Coverage...Contact the person listed below for further information. NOTE: You'll get this notice each year. You will also get it before the next period you can join a Medicare drug plan, and if this coverage through Tutta Bella changes. You also may request a copy of this notice at any time.

For More Information About Your Options Under Medicare Prescription Drug Coverage...

More detailed information about Medicare plans that offer prescription drug coverage is in the "Medicare & You" handbook. You'll get a copy of the handbook in the mail every year from Medicare. You may also be contacted directly by Medicare drug

IMPORTANT INFORMATION AND ANNUAL REQUIRED NOTICES

plans.

For more information about Medicare prescription drug coverage:

- Visit www.medicare.gov
- Call your State Health Insurance Assistance Program (see the inside back cover of your copy of the “Medicare & You” handbook for their telephone number) for personalized help
- Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

If you have limited income and resources, extra help paying for Medicare prescription drug coverage is available. For information about this extra help, visit Social Security on the web at www.socialsecurity.gov, or call them at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

REMEMBER: Keep this Creditable Coverage notice. If you decide to join one of the Medicare drug plans, you may be required to provide a copy of this notice when you join to show whether or not you have maintained creditable coverage and, therefore, whether or not you are required to pay a higher premium (a penalty).

Date: April 1, 2020

Name of Entity/Sender: Tutta Bella

Contact--Position/Office: Brian Flickinger/Human Resources

Address: 4914 Ranier Ave South, Suite B Seattle, WA 98118

Premium Assistance Under Medicaid and the Children’s Health Insurance Program (CHIP)

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you’re eligible for health coverage from your employer, your state may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children aren’t eligible for Medicaid or CHIP, you won’t be eligible for these premium assistance programs but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit www.healthcare.gov.

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a State listed below, contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available.

If you or your dependents are NOT currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, contact your State Medicaid or CHIP office or dial 1-877-KIDS NOW or www.insure-kidsnow.gov to find out how to apply. If you qualify, ask your state if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must allow you to enroll in your employer plan if you aren’t already enrolled. This is called a “special enrollment” opportunity, and you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance. If you have questions about enrolling in your employer plan, contact the Department of Labor at www.askebsa.dol.gov or call 1-866-444-EBSA (3272).

If you live in one of the following states, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of states is current as of January 31, 2019. Contact your State for more information on eligibility.

To see if any other states have added a premium assistance program since July 31, 2019, or for more information on special enrollment rights, contact either:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

Paperwork Reduction Act Statement

According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The Department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with

IMPORTANT INFORMATION AND ANNUAL REQUIRED NOTICES

a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average approximately seven minutes per respondent. Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 or email ebsa.opr@dol.gov and reference the OMB Control Number 1210-0137.

OMB Control Number 1210-0137
(expires 12/31/2019).

ALABAMA – Medicaid
Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447
ALASKA – Medicaid
The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid
Website: http://myarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)
Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/ State Relay 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/ State Relay 711
FLORIDA – Medicaid
Website: http://flmedicaidprecovery.com/hipp/ Phone: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid
Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 678-564-1162 ext 2131

INDIANA – Medicaid
Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64 Website: http://www.in.gov/fssa/hip/ Phone: 1-877-438-4479 All other Medicaid Website: http://www.indianamedicaid.com Phone 1-800-403-0864
IOWA – Medicaid
Website: http://dhs.iowa.gov/Hawki Phone: 1-800-257-8563
KANSAS – Medicaid
Website: http://www.kdheks.gov/hcf/ Phone: 1-785-296-3512
KENTUCKY – Medicaid
Website: https://chfs.ky.gov Phone: 1-800-635-2570
LOUISIANA – Medicaid
Website: http://dhh.louisiana.gov/index.cfm/subhome/1/n/331 Phone: 1-888-695-2447
MAINE – Medicaid
Website: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html Phone: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711
MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP
Website: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ Phone: 1-800-862-4840
MINNESOTA – Medicaid
Website: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Phone: 1-800-657-3739
MISSOURI – Medicaid
Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid
Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084
NEBRASKA – Medicaid
Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: (855) 632-7633 Lincoln: (402) 473-7000 Omaha: (402) 595-1178
NEVADA – Medicaid
Medicaid Website: https://dhcfp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900
NEW HAMPSHIRE – Medicaid and CHIP
Website: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Phone: 603-271-5218 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext 5218

IMPORTANT INFORMATION AND ANNUAL REQUIRED NOTICES

NEW JERSEY – Medicaid and CHIP

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

NEW YORK – Medicaid

Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
 Phone: 1-800-541-2831

NORTH CAROLINA – Medicaid

Website: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>
 Phone: 919-855-4100

NORTH DAKOTA – Medicaid

Website: <http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/>
 Phone: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid and CHIP

Website: <http://www.insureoklahoma.org>
 Phone: 1-888-365-3742

OREGON – Medicaid

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

PENNSYLVANIA – Medicaid

Website: <http://www.dhs.pa.gov/provider/medicalassistance/healthinsurancepremiumpaymenthippprogram/index.htm>
 Phone: 1-800-692-7462

RHODE ISLAND – Medicaid

Website: <http://www.eohhs.ri.gov/>
 Phone: 855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)

SOUTH CAROLINA – Medicaid

Website: <https://www.scdhhs.gov>
 Phone: 1-888-549-0820

SOUTH DAKOTA – Medicaid

Website: <http://dss.sd.gov>
 Phone: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid

Medicaid Website: <https://medicaid.utah.gov/>
 CHIP Website: <http://health.utah.gov/chip>
 Phone: 1-877-543-7669

UTAH – Medicaid and CHIP

Medicaid Website: <https://medicaid.utah.gov/>
 CHIP Website: <http://health.utah.gov/chip>
 Phone: 1-877-543-7669

VERMONT – Medicaid

Website: <http://www.greenmountaincare.org/>
 Phone: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid and CHIP

Medicaid Website: http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm
 Medicaid Phone: 1-800-432-5924
 CHIP Website: http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm
 CHIP Phone: 1-855-242-8282

WASHINGTON – Medicaid

Website: <https://www.hca.wa.gov/>
 Phone: 1-800-562-3022 ext. 15473

WEST VIRGINIA – Medicaid

Website: <http://mywvhipp.com/>
 Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid

Website:
<https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf>
 Phone: 1-800-362-3002

WYOMING – Medicaid

Website: <https://wyequalitycare.acs-inc.com/>
 Phone: 307-777-7531



1325 Fourth Avenue, Suite 2100
Seattle, WA 98101
206.343.2323 | 800.347.2303 (toll-free)
www.assuredpartnersmcm.com