



GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

1 de abril de 2022 - 31 de marzo de 2023



CREADO POR:
AssuredPartners

Resumen de Costos

Resumen de Beneficios

Glosario de Términos de Salud

Información Importante de Contacto

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 2022 hasta 1 de marzo de 2023. Por lo general, no podrá cambiar sus elecciones de beneficios hasta el próximo período de inscripción abierta a menos que experimente un evento de estado de vida.

Médicos	Virtual Plus HMO	Access PPO
Empleado	\$191.97	\$268.98
Para el empleado y su cónyuge/PD*	\$810.08	\$1,011.07
Empleado e hijo(s)	\$537.52	\$683.84
Para el empleado y su familia	\$1,155.63	\$1,425.92

Dentales Voluntarios

Empleado	\$31.06
Para el empleado y su cónyuge/PD*	\$60.70
Empleado e hijo(s)	\$80.22
Para el empleado y su familia	\$115.76

Ofthalmológicos 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

Seguro de Vida e Incapacidad

Empleado elegible	\$1.29
-------------------	--------

*PD = Pareja Doméstica



Las deducciones por cobertura de salud se toman antes de impuestos, como lo permite la Sección 125 del IRC. Esto significa que sus pagos por estos beneficios no se consideran parte de su salario y, por lo tanto, no están sujetos al impuesto federal sobre la renta o FICA (Seguro Social/Medicare).

En la mayoría de los casos, sin embargo, la cobertura para una pareja doméstica (y sus hijos) no se puede pagar ni proporcionar sobre una base impositiva. Las primas se deducirán después de impuestos y pueden resultar en ingresos imputados. Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta.



ASISTENCIA DE SEGURO

El Centro de Servicio para Empleados AP



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

De Lunes a Viernes
7:30 AM to 5:00 PM PST
Servicios de interpretación de idiomas disponibles

Contactos del operador

Kaiser Permanente	Médico/Rx Virtual Plus Grupo #: 2198100 Access PPO Grupo #: 8519300	888.901.4636 Línea de enfermería: 800.297.6877	Red: Access PPO Red: Virtual Plus - Connect www.kp.org/wa
Principal	Dentales Voluntaria Seguro de Vida e Incapacidad Grupo #: 1108713	800.986.3343	Dentales Red: PPO www.principal.com
Principal via VSP	Oftalmológico Voluntaria	800.877.7195	Red: VSP Choice www.vsp.com
Sitio web de beneficios	Información de beneficios	Nombre de usuario: tuttabella Contraseña: benefits	https://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.

SALUD Y BIENESTAR

Beneficios Médicos y de Medicamentos Recetados

Características del Plan

Kaiser Permanente

	En red Virtual Plus Virtual Plus - Connect Red	En red Access PPO Kaiser Permanente First Choice Health (WA, OR, ID, AK y MT) First Health (para todos los demás estados)
Deducible por Año Calendario	\$1,000 Individual \$2,000 Familiar	\$1,500 Individual \$3,000 Familiar
Máximo pago por el asegurado por Año Calendario	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar	\$6,000 Individual \$12,000 Familiar
Coseguro	20%	30%
Cuidado Preventivo	Cubierto en su totalidad no se aplica deducible	Cubierto en su totalidad no se aplica deducible
Visitas al Consultorio Médico (No preventivo)	Visita virtual: Cubierto en su totalidad sin deducible Referido: copago de \$20 sin deducible No referido: 20% después del deducible	Copago de \$30, sin deducible Copago de \$20, sin deducible en los proveedores de Kaiser
Visita al Consultorio de un Especialista	Visita virtual: Cubierto en su totalidad sin deducible Referido: copago de \$40 sin deducible No referido: 20% después del deducible	Copago de \$60, sin deducible Copago de \$40, sin deducible en los proveedores de Kaiser
Manipulaciones espinales	Copago de \$20 no se aplica deducible (10 visitas por año calendario)	Copago de \$30 no se aplica deducible (20 visitas por año calendario)
Acupuntura	Copago de \$20 no se aplica deducible (12 visitas por año calendario)	Copago de \$30 no se aplica deducible (20 visitas por año calendario)
Laboratorio y Radiología	20% después del deducible	30% después del deducible
Atención hospitalaria para pacientes internados	20% después del deducible	30% después del deducible
Sala de emergencias	Copago de \$200 20% después del deducible	Copago de \$30 30% después del deducible
Atención de urgencias	Copago de \$20* no se aplica deducible	Copago de \$30 no se aplica deducible
Medicamentos con receta de venta al por menor	\$15 / \$35 / \$150 (genérico preferido / marca preferida / especialidad preferida)	\$10 / \$35 / \$70 \$10 / \$30 / \$65 en farmacias Kaiser (genérico preferido / de marca preferida / no preferido)
Medicamentos recetados de pedido por correo	\$5 / \$70 / \$300	\$20 / \$60 / \$130
	Fuera de la red No contratado**	Fuera de la red No contratado***
Deducible por Año Calendario	No disponible	\$3,000 Individual \$6,000 Familiar
Máximo pago por el asegurado por Año Calendario	No disponible	Ilimitado
Coseguro	No disponible	50%

*Virtual Plus: la atención en las clínicas ambulatorias de Kaiser Permanente no se considera atención de urgencia y requiere una derivación para pagar el costo de desembolso más bajo. Para encontrar centros de atención de urgencia dentro de la red en su área, visite kp.org/wa/find-a-doctor; no se requiere una referencia para recibir un costo de desembolso más bajo.

**Virtual Plus: los beneficios y proveedores fuera de la red no están disponibles con este plan.

6 ***Access PPO: los proveedores fuera de la red pueden facturarle cargos por encima del monto permitido no contratado. Los montos del saldo facturado no se acumulan para su desembolso máximo.

Planes Médicos de Kaiser Permanente

Access PPO Contra Virtual Plus

	Access PPO	Virtual Plus - Connect Red
¿Cómo funciona mi plan?	Puede elegir entre una amplia red de proveedores de atención primaria y especializada preferidos, incluidos los centros médicos de Kaiser Permanente. También tiene la opción de recibir atención a través de redes regionales y nacionales.	Virtual Plus le brinda formas convenientes de comenzar su atención virtualmente con atención en persona referida cuando la necesite. No se requieren remisiones para atención de urgencia o de emergencia. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cargo de \$0 por atención virtual, atención preventiva y su <u>primera</u> visita de atención primaria en persona. ▪ Costo de bolsillo más bajo para la atención en persona que recibe a través de una remisión. Costo de bolsillo más alto para la mayoría de la atención en persona que recibe sin una remisión. ▪ Comience con cualquiera de estas opciones virtuales sin cargo: visita electrónica, chat de atención las 24 horas, los 7 días de la semana, cita telefónica, visita por video, enfermera consultora las 24 horas, los 7 días de la semana o correo electrónico (para preguntas que no sean urgentes).
¿Dónde encuentro cobertura dentro de la red?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visite kp.org/wa/find-a-doctor para obtener atención con los médicos de Kaiser Permanente y otros proveedores de la red a través de la red Access PPO. <ul style="list-style-type: none"> » Los médicos y las farmacias de Kaiser Permanente Washington ofrecen un beneficio mejorado: copagos o costos compartidos más bajos para visitas al consultorio y algunos medicamentos. ▪ Para obtener cobertura adicional dentro de la red a través de First Choice Network, visite fchn.com/ProviderSearch/KFHPWAO (Alaska, Idaho, Montana, Oregón y Washington). ▪ Para obtener cobertura adicional dentro de la red a través de First Health Network, visite myfirsthealth.com (para todos los demás estados). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visite kp.org/wa/getcare para obtener atención virtual con los médicos de Kaiser Permanente. ▪ Visite kp.org/wa/find-a-doctor para obtener atención en persona con los médicos de Kaiser Permanente y otros proveedores de la red, a través de la red Virtual Plus - Connect. <ul style="list-style-type: none"> » Durante su visita de atención virtual, si lo remiten para recibir atención en persona, los costos de su bolsillo serán más bajos que si busca atención en persona inicialmente. <p>La red Virtual Plus Connect incluye médicos y hospitales en los condados de King, Kitsap, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston. Sus consultorios médicos ofrecen atención primaria, servicios de farmacia, radiografías, laboratorio y varios servicios especializados, todo bajo un mismo techo.</p>
¿Tengo cobertura fuera de la red?	Sí, los proveedores fuera de la red pueden facturarle el saldo de los cargos por encima del monto permitido no contratado. Los montos del saldo facturado no se acumulan para su desembolso máximo.	No, los beneficios y proveedores fuera de la red no están disponibles con este plan.
¿Cómo funciona la atención de emergencia con mi plan?	Tiene cobertura para atención de emergencia y atención de urgencia médicamente necesaria en cualquier parte del mundo. Se incluyen todas las instalaciones médicas de Kaiser Permanente, junto con la red regional First Choice Health y la red nacional First Health.	Puede recibir atención de emergencia en cualquier departamento de emergencia de un hospital de Kaiser Permanente o que no sea de Kaiser Permanente. No necesita una referencia. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si necesita atención de emergencia y es admitido en un hospital fuera de la red, usted o un miembro de su familia debe 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 se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de Kaiser Permanente para asegurarse de que se acepte su reclamo. Guarde los recibos y otros documentos de atención fuera de la red. Deberá enviarlos con cualquier reclamo de reembolso.
¿Cómo lleno un prescripción?	Tiene acceso dentro de la red a la red de farmacias de OptumRx en kp.org/wa/optumrx-wa , que incluye muchas cadenas de farmacias conocidas, además de las farmacias enumeradas en kp.org/wa/find-a-doctor . Servicios de recetas ofrecidos: entrega de recetas a domicilio, entrega de recetas el mismo día y recargas automáticas de recetas.	Obtenga un suministro de hasta 30 días de su <u>primera</u> receta en una farmacia de la red o mediante pedido por correo, luego obtenga la mayoría de los resurtidos mediante pedido por correo al costo más bajo. La entrega es gratuita y generalmente llega en tan solo 1 o 2 días. Si su medicamento no se puede enviar por correo, puede obtener un suministro de hasta 30 días en una farmacia de la red.

Beneficios Dentales

Características del Plan

Principal

	Dental PPO	No participante*
Deducible por Año Calendario	\$0	\$25 Individual \$75 Familiar
Beneficio Máximo por Año Calendario	\$1,000 por persona	
Clase I: Servicios Preventivos y de Diagnóstico	Cubierto en su totalidad	20% después del deducible
Clase II: Servicios básicos y restaurativos	20% después del deducible	30% after deductible
Clase III: Servicios Principales	50% después del deducible	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 vía 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 Lentes monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea cubiertos en su totalidad Mejoras de lentes disponibles con un ahorro promedio del 30%
Marcos	Cada 24 meses Asignación de \$130, con un 20% de ahorro en el monto que supere su asignación
Lentes de Contacto	Subsidio de \$130 en lugar de lentes 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

Empleado de hora variable:

- Un empleado es un empleado de horario variable si, con base 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 al menos 30 horas por semana. Como restaurante con diferentes duraciones de turnos, ciclos comerciales, horarios flexibles y horas que se asignan en parte en función del desempeño, es difícil tener esta expectativa al momento de la contratación para muchos puestos de restaurante.
- Los empleados de horas variables son elegibles para los beneficios del seguro si promedian al menos 30 horas por semana durante un período de medición. Hay dos tipos de período de medición; "Inicial" y "En curso".

Período de medición "inicial" de 6 meses para nuevos empleados

Las nuevas contrataciones se miden 6 meses desde su fecha de contratación.

Al mismo tiempo, están en tránsito hacia el período de medición "Continuo" que se describe a continuación.

Ejemplo: la fecha de contratación del empleado es el 1 de noviembre de 2021

Período de medición: 1 de noviembre de 2021 al 30 de abril de 2022

Período de administración: 1 de mayo de 2022 - 31 de mayo de 2022

Período de estabilidad: 1 de junio de 2022 - 30 de noviembre de 2022

Período de medición "continuo" de 6 meses

1st Período de medición: 1 de agosto al 31 de Enero

1st período de administración: 1 de febrero al 31 de marzo

1st Período de estabilidad: 1 de abril al 30 de Septiembre

2nd Período de medición: 1 de febrero al 31 de julio

2nd Período de administración: del 1 de agosto al 30 de septiembre

2nd Período de estabilidad: 1 de octubre al 31 de marzo

- Además de los períodos de medición, verá el período "Administrador" que se utiliza para determinar la elegibilidad, administrar la información de cobertura y la inscripción del proveedor. Si un empleado se mide durante 6 meses y tiene un promedio de 30 o más horas por semana, será elegible para que la cobertura del seguro entre en vigencia el primer día del mes posterior al final del período administrativo. En el ejemplo anterior, los beneficios del seguro, si se eligen, entrarían en vigencia el 1 de junio. Tenga en cuenta que los períodos de administración son de 30 días para las nuevas contrataciones y de 60 días para las continuas.
- El período de "estabilidad" es el tiempo que un empleado seguirá siendo elegible para los beneficios del seguro antes de que se vuelva a medir para determinar si sigue siendo elegible de manera continua.

Empleados por hora a tiempo completo (contratados para un puesto de tiempo completo):

- Un empleado de tiempo completo es un empleado que es contratado para un puesto con la expectativa firme de que se trabajarán al menos 30 horas por semana. Como restaurante con diferentes duraciones de turnos, ciclos comerciales, horarios flexibles y horas que se asignan en parte en función del desempeño, es difícil tener esta expectativa al momento de la contratación para muchos puestos de restaurante.
- Si el empleado contratado a tiempo completo trabaja 30 horas o más por semana y se espera que continúe haciéndolo, entonces el empleado será elegible para los beneficios del seguro a partir del 1st del mes siguiente a los 60 días.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE SEGURO

Empleados asalariados y gerentes

- Elegible para la inscripción del seguro en la fecha de contratación o promoción.
- La inscripción es efectiva 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 cualquier empleado que, en función del cumplimiento de los requisitos de elegibilidad, sea elegible para la inscripción en el seguro a partir del 1st del mes siguiente. El restaurante proporcionará al nuevo empleado elegible una descripción del paquete de beneficios, el formulario de inscripción y los formularios de renuncia a la cobertura.
- La inscripción entra en vigencia el primer día del mes siguiente al período administrativo si el empleado elige la 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 volverá a ser elegible hasta la inscripción abierta en marzo siguiente, para la cobertura a partir del 1 de abril, a menos que experimente un evento calificador (es decir, pérdida de otra cobertura sin culpa propia, matrimonio, nacimiento o adopción de un niño).

Contribución a las primas de seguro

- Cada empleado inscrito en la cobertura pagará el 50% de la prima mensual de la cobertura del seguro médico Tutta Bella Virtual Plus. Si elige la cobertura médica de 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. El empleado paga el 100 % de la cobertura del cónyuge y dependientes después de la deducción de la porción exclusiva del empleado. La parte de la prima mensual del empleado se deduce automáticamente antes de impuestos de su cheque de pago durante los dos primeros períodos de pago de cada mes.

Tras la separación del empleo

- Todos los beneficios del seguro terminan al final del mes en que el empleado se separa del empleo, o el último día del mes por el cual se han pagado 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.

RECURSOS ADICIONALES

Recursos para Miembros Principales

Programa de Asistencia para Empleados (EAP, por sus siglas en inglés): El Programa de Asistencia para Empleados (EAP, por sus siglas en inglés), proporcionado por Magellan Healthcare, está disponible para usted y sus familiares cercanos. Tiene acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a asesores capacitados que lo guiarán a través de una variedad de desafíos cotidianos y no tan cotidianos.

Llame al: **(800) 450-1327**

Visite: **Magellanascend.com**

Asistencia de viaje: Con la asistencia de viaje de AXA tiene acceso a ayuda en caso de pérdida o robo de artículos o asistencia médica mientras viaja. Para obtener más información, visite **principal.com/travelassistance**.

To learn more, visit **principal.com/travelassistance**

Para obtener asistencia mientras viaja:

Llame dentro de los EE.UU. al: **(888) 647-2611**

Llame por cobro revertido fuera de los EE.UU. al: **(630) 766-7696**

Centro de Testamentos y Documentos Legales: Con este Centro tiene acceso a ayuda con cualquiera de los siguientes temas:

Crear y actualizar su testamento

Otorgar a alguien su poder notarial de atención médica

Crear y actualizar su testamento vital

Otorgar consentimiento para que el personal médico brinde atención a las personas a su cargo si usted está ausente

Este servicio también le brinda acceso a la prevención y asistencia contra el robo de identidad en caso de ser víctima de ello. Llame al **(800) 642-3788** si tiene preguntas o para obtener servicios.

Descuentos y Servicios: Principal ofrece descuentos para ayudarlo a mejorar su vida financiera, mental y física. Lea a continuación algunos ejemplos de formas en las que puede ahorrar. Visite **principal.com** para obtener más información:

- Corrección visual por láser
- Exámenes y equipos de audición
- Consultas odontológicas

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

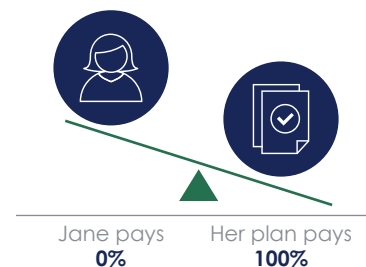
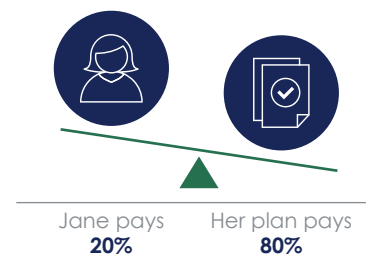
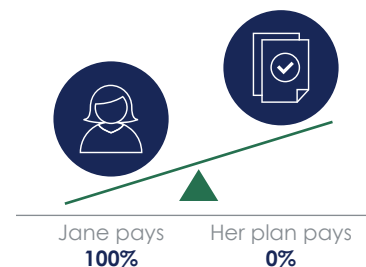
El monto que debe por los servicios de atención médica antes de que el seguro comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$500, su plan no pagará nada hasta que haya alcanzado su deducible de \$500 por los servicios cubiertos sujetos al deducible. El deducible no se aplica a todos los servicios.

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.



INFORMACIÓN IMPORTANTE Y AVISOS ANUALES OBLIGATORIOS

DERECHOS DE CONVERSIÓN

Es posible que tenga la opción de mantener su cobertura de vida/AD&D a través de la disposición de conversión del contrato. Debe presentar su solicitud dentro de los 31 días a partir de la fecha de terminación. Para determinar si alguna de estas opciones está disponible para usted, consulte su(s) certificado(s) de cobertura/folleto(s) de beneficios, o comuníquese con Recursos Humanos.

EVENTOS DE CAMBIO DE ELECCIONES DE MITAD DE AÑO PERMITIDOS

En la mayoría de los casos, una vez que usted haya elegido sus beneficios para el año del plan, no puede cambiarlos hasta el próximo período anual de inscripción abierta, a menos que experimente un evento de cambio de elección permitido. Estos eventos incluyen:

- Cambio de estado civil legal (matrimonio, divorcio, separación legal)
- Adquisición o pérdida de elegibilidad por parte de uno de sus dependientes
- Nacimiento, adopción o colocación para adopción
- Pérdida de otra cobertura médica por parte del empleado, cónyuge o dependiente(s)
- Adquisición o pérdida de elegibilidad para Medicare o el Programa de seguro médico para niños
- (CHIP)
- Cambio de cobertura bajo el plan de salud de otro empleador

Si experimenta un evento que le permite realizar cambios en sus elecciones de beneficios, notifique a Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores al evento. Es posible que deba proporcionar una prueba del cambio, tal como un certificado de matrimonio o de nacimiento. Para obtener más información en relación a los cambios permitidos en la elección de mitad de año, comuníquese con Recursos Humanos.

AVISO DE DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Usted podría ser elegible para participar en el Plan de salud grupal de Tutta Bella Neopolitan Pizzeria. Una ley federal llamada HIPAA requiere que notifiquemos a los participantes elegibles acerca del derecho a inscribirse en el plan según su "disposición de inscripción especial".

Pérdida de otra cobertura (excluidos Medicaid o

un programa estatal de seguro médico para niños)

Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras está en vigor otro seguro médico o cobertura de plan de salud colectivo, usted y sus dependientes podrían inscribirse en este plan si usted o sus dependientes perdieran la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador dejara de contribuir a la otra cobertura suya o de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Pérdida de cobertura para Medicaid o un

programa estatal de seguro médico para niños

Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal de seguro médico para niños está vigente, usted y sus dependientes podrían inscribirse en este plan si usted o sus dependientes perdieran la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes bajo Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños.

Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los [30] días posteriores al matrimonio o dentro de los 60 días posteriores al nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Elegibilidad para Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños

Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) se vuelven elegibles para un subsidio estatal de asistencia para la prima de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan, usted y sus dependientes podrían inscribirse en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para recibir la asistencia

Todas las preguntas sobre la disposición de inscripción especial del plan deben dirigirse a Recursos Humanos.

INFORMACIÓN IMPORTANTE Y AVISOS ANUALES OBLIGATORIOS

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

Este aviso se le envía según lo exige la Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer de 1998, que establece que se le debe informar anualmente sobre la existencia de beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluida la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría de los senos y las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía. Consulte su folleto de beneficios médicos para obtener información adicional. Los beneficios por estos servicios pueden estar sujetos a deducibles y coseguros anuales consistentes con los establecidos para otros beneficios.

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICAMENTOS RECETADOS MEDICARE PARTE D - COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA Y MEDICARE

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con Tutta Bella Neopolitan Pizzeria y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Tutta Bella Neopolitan Pizzeria ha determinado que se

espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan de salud y bienestar de la Tutta Bella Neopolitan Pizzeria en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para subscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

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

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con Tutta Bella Neopolitan Pizzeria no puede ser afectada.

Si cancela su cobertura actual con Tutta Bella Neopolitan Pizzeria y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes no puedan obtener su cobertura de nuevo.

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

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con Tutta Bella Neopolitan Pizzeria y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual

INFORMACIÓN IMPORTANTE Y AVISOS ANUALES OBLIGATORIOS

aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados: comuníquese con la persona que se indica a continuación para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso todos los años. También lo obtendrá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura a través de Tutta Bella Neopolitan Pizzeria cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas: Revise el manual "Medicare y Usted" para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

Visite www.medicare.gov por Internet para obtener ayuda personalizada,

Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)

Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

Fecha: 1 de abril de 2022

Nombre de la Entidad/Remitente: Tutta Bella Neopolitan Pizzeria

Contacto--Puesto/Oficina: Crystal Grays, CFO/Contralor

Dirección: 4914 Ranier Ave Sur, Suite B Seattle, WA 98118

ASISTENCIA CON LAS PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA MENORES (CHIP)

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

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

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al 1-877-KIDS NOW o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su em-

INFORMACIÓN IMPORTANTE Y AVISOS ANUALES OBLIGATORIOS

pleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 15 de octubre de 2021. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447
ALASKA – Medicaid
El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
FLORIDA – Medicaid
Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext. 2131
INDIANA – Medicaid
Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)
Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP; https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562

INFORMACIÓN IMPORTANTE Y AVISOS ANUALES OBLIGATORIOS

KANSAS – Medicaid

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

KENTUCKY – Medicaid

Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx> Teléfono: 1-855-459-6328
Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: <https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx> Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx>

LOUISIANA – Medicaid

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

MAINE – Medicaid

Sitio web por inscripción: <http://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms> Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: Maine relay 711
Página Web por primos de seguro de salud privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms> Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

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

MINNESOTA – Medicaid

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

MISSOURI – Medicaid

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

MONTANA – Medicaid

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

NEBRASKA – Medicaid

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

NEVADA – Medicaid

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

NEUVO HAMPSHIRE – Medicaid y CHIP

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

NEUVA JERSEY – Medicaid y CHIP

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

NEUVA YORK – Medicaid

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

CAROLINA DEL NORTE – Medicaid

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

DAKOTA DEL NORTE – Medicaid

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

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

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

OREGON – Medicaid

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

PENNSYLVANIA – Medicaid

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

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov>
Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rite Share Line)

CAROLINA DEL SUR – Medicaid

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

DAKOTA DEL SUR – Medicaid

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

TEXAS – Medicaid

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

UTAH – Medicaid y CHIP

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

INFORMACIÓN IMPORTANTE Y AVISOS ANUALES OBLIGATORIOS

VERMONT– Medicaid
Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.coverva.org/es/famis-select https://www.coverva.org/es/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022
WEST VIRGINIA – Medicaid
Sitio web: http://mywvhipp.com/ Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: 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. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2023)

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 15 de octubre de 2021, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB



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