

GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

Tutta Bella

1 de abril de 2024 – 31 de marzo de 2025



dal 2004
tutta bellaTM
**NEAPOLITAN
PIZZERIA**

LE DAMOS LA BIENVENIDA



Esta guía contiene información sobre su paquete de beneficios para ayudarle a tomar decisiones informadas sobre su bienestar general. Le recomendamos que se tome un tiempo para revisar sus opciones y elegir la cobertura adecuada para usted y su familia.

Resumen de Beneficios

Resumen de Costos

Información de Contacto

Información Importante y Avisos Anuales Obligatorios

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte el Aviso de la Parte D de Medicare al final de esta Guía para obtener más detalles.

AVISO 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.

Salud y Bienestar

Beneficios Médicos y de Medicamentos Recetados

Kaiser Permanente

Opciones de Plan	Virtual Plus*	Acceder a la PPO
Red	Dentro de la Red Virtual Plus Conexión virtual	Dentro de la Red Acceder a la PPO Kaiser Permanente Salud de primera elección (WA, OR, ID, AK, y MT) Primera Salud (para todos los demás estados)
Deducible por año calendario	\$1,500 Individual / \$3,000 Familiar	\$2,000 Individual/ \$4,000 Familiar
Máximo desembolso del asegurado por año calendario	\$5,000 Individual / \$10,000 Familiar	\$5,500 Individual / \$11,000 Familiar
Coseguro	20%	20%
Cuidado preventivo	Cubierto en su totalidad, sin deducible	Cubierto en su totalidad, sin deducible
Visitas al consultorio del médico (no preventivas)	Visita virtual: cubierta en su totalidad, sin deducible Remitido: copago de \$20, exención del deducible No referido: 20% después del deducible	Copago de \$35 (sin deducible)
Visita al consultorio del especialista	Visita virtual: cubierta en su totalidad, sin deducible Referido: \$40 de copago exento del deducible No referido: 20% después del deducible	Copago de \$35 (sin deducible)
Atención de Urgencia	Copago de \$20 (sin deducible)	Copago de \$35 (sin deducible)
Laboratorio ambulatorio y radiología	20% después del deducible	20% después del deducible
Laboratorio complejo y radiología	20% después del deducible	20% después del deducible
Atención hospitalaria para pacientes internados	20% después del deducible	20% después del deducible
Sala de emergencias	Copago de \$200, 20% después del deducible	Copago de \$200, 20% después del deducible
Medicamentos recetados de venta al por menor Suministro para 30 días	\$15/\$35/\$150 (genérico preferido/marca preferida/ especialidad preferida)	\$20/\$40/\$60/\$150/30%; \$10/\$20/\$30/\$150/30% at Kaiser farmacia (genérico preferido/marca preferida/ medicamentos especializados no preferidos/ preferidos/medicamentos especializados no preferidos)
Medicamentos recetados de pedido por correo Suministro para 90 días	\$5/\$70	\$20/\$40/\$60
	Fuera de la red**	Fuera de la red***
Deducible por año calendario	N/A	\$4,000 Individual / \$8,000 Familiar
Máximo desembolso del asegurado por año calendario	N/A	Ilimitado
Coseguro	N/A	50%

*Virtual Plus: la atención en las clínicas sin cita previa de Kaiser Permanente no se considera atención de urgencia y requiere una derivación para pagar el costo de bolsillo 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 remisión para recibir un costo de bolsillo más bajo.

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

***Acceso PPO: Los proveedores fuera de la red generalmente pueden facturarle el saldo por cargos que excedan el monto permitido no contratado. Los cargos por saldo facturado no se acumulan para su deducible ni para su desembolso máximo. Sin embargo, la Ley Sin Sorpresas lo protege de la facturación del saldo en determinadas circunstancias: atención de emergencia, servicios realizados en centros dentro de la red por proveedores específicos fuera de la red (como anesthesiólogos y radiólogos) y aire cargos de ambulancia. En estas situaciones, esos proveedores tienen prohibido facturarle el saldo por cualquier diferencia entre el monto del pago del plan y sus cargos facturados.

Salud y Bienestar

Medical and Prescription Drug Benefits

	Acceder a la PPO	Virtual Plus - Conectar 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 remitida cuando la necesite. No se requieren derivaciones para atención de urgencia o emergencia. <ul style="list-style-type: none"> » Cargo de \$0 por atención virtual, atención preventiva y su primera visita de atención primaria en persona. » Costo de bolsillo más bajo por la atención en persona que recibe a través de una referencia. 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, consulta de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana o correo electrónico (para preguntas que no sean urgentes).
Donde encuentro cobertura dentro de la red?	<ul style="list-style-type: none"> » Visite kp.org/wa/find-a-doctor para obtener atención con médicos de Kaiser Permanente y otros proveedores de la red a través de la red Access PPO. » Los médicos y farmacias de Kaiser Permanente Washington ofrecen un beneficio mejorado: copagos o costos compartidos más bajos para las 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, Oregon 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 médicos de Kaiser Permanente. » Visite kp.org/wa/find-a-doctor para obtener atención en persona con médicos clínicos de Kaiser Permanente y otros proveedores de la red, a través de la red Virtual Plus- Connect. » Durante su visita de atención virtual, si lo derivan para recibir atención en persona, sus costos de desembolso serán menores 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, rayos X, 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 por cargos superiores al monto permitido no contratado. Los montos del saldo facturado no se acumulan para su máximo de bolsillo.	No, los proveedores y beneficios 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. Todos los centros médicos de Kaiser Permanente están incluidos, junto con la red regional de First Choice Health y la red nacional de First Health.	Puede recibir atención de emergencia en el departamento de emergencias de cualquier hospital de Kaiser Permanente o que no sea de Kaiser Permanente. No necesitas 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 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 se acepte su reclamo. Guarde los recibos y otros documentos de atención fuera de la red. Deberá enviarlos junto con cualquier reclamo de reembolso.
¿Cómo lleno un ¿prescripción?	Tiene acceso dentro de la red de farmacias de OptumRx en kp.org/wa/optumrx-wa , que incluye muchas cadenas de farmacias reconocidas, además de las farmacias enumeradas en kp.org/wa/find-a-doctor . Para los medicamentos de mantenimiento, puede obtener su primer surtido en cualquier farmacia de la red o a través de la farmacia de pedidos por correo de Kaiser. Las recargas posteriores deben surtirse mediante pedido por correo.	Obtenga un suministro de hasta 30 días de su primera 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 suele llegar en tan solo 1 o 2 días. Si su medicamento no se puede enviar por correo, puede obtener un suministro para hasta 30 días en una farmacia de la red.

Salud y Bienestar

Encuentre la atención adecuada para usted

HAGA CLIC

Telesalud

La telesalud le permite conectarse con su médico sin necesidad de ir al consultorio del médico. Puede hablar con un médico en vivo por teléfono, chat de video o mensajería en vivo. La telesalud está diseñada para que pueda recibir atención cuando la necesite, en su propio horario, al alcance de su mano.

LLAME

Línea de Enfermería

¿Necesita apoyo inmediato o tiene una pregunta de salud? A través de la línea de enfermería, tiene acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a enfermeras certificadas para cualquiera de sus preguntas o inquietudes. Este servicio puede ayudarlo a evitar atención de urgencia innecesaria o visitas a la sala de emergencias y tomar la mejor decisión para usted y su familia, sobre cualquier problema relacionado con la salud.

CONCURRA

Visita al Consultorio

A veces, acudir a una clínica o al consultorio médico es la mejor opción para ciertas inquietudes o preguntas médicas. Al participar en una visita al consultorio, recibe atención personalizada de su médico. Las visitas al consultorio le permiten obtener la atención práctica que pueda necesitar.

Atención de Urgencia

¿Tiene una inquietud que debe abordarse en persona con un médico real en vivo, pero es después del horario habitual de su médico o no puede obtener una cita? La atención de urgencia es la mejor opción para cuando necesita que lo atiendan de inmediato por un problema que no pone en peligro la vida.

Para obtener información sobre cómo acceder a estos recursos, visite la página de recursos adicionales de Kaiser Permanente que se proporciona en esta guía de beneficios.

Salud y Bienestar

Beneficios dentales voluntarios

Principal

Características del Plan	Dental PPO	No participante*
Deducible por año calendario	\$0	\$25 individual \$75 familiar
Beneficio Máximo por Año Calendario	\$1,000 individual	
Clase I: Servicios Preventivos y de Diagnóstico	Cubierto en su totalidad, no se aplica deducible	20% después del deducible
Clase II: Servicios básicos y restaurativos	20% después del deducible	30% después del deducible
Clase III: Servicios principales	50% después del deducible	60% después del deducible

*Los dentistas no participantes pueden facturarle la diferencia entre sus cargos facturados y la tarifa contratada.

Beneficios de la vista voluntarios

Principal via VSP

Características del Plan	Red de Oftalmología
Copagos	\$10 de copago por examen \$25 de copago por anteojos Hasta \$60 de copago por examen de lentes de contacto
Examen	Una vez cada 12 meses
Lentes	Una vez 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 %
Monturas	Asignación de \$130, con un 20% de ahorro en el monto que supere su asignación Una vez cada 24 meses
Lentes de contacto	Asignación de \$130 en lugar de accesorios Una vez cada 12 meses

Para obtener beneficios fuera de la red, comuníquese con el servicio de atención al cliente.

Seguro de Vida y Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)

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

Principal

Monto del beneficio	\$15,000
Reducción de beneficios por edad	Comienza a los 65 años

Salud y Bienestar

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 a los 6 meses de su fecha de contratación.

Al mismo tiempo, están pasando al período de medición "continuo" que se describe a continuación.

Ejemplo 1: la fecha de contratación del empleado es el 1 de noviembre de 2023

Período de medición: 1 de noviembre de 2023 al 30 de abril de 2024

Período de administración: 1 de mayo de 2024 - 31 de mayo de 2024

Período de estabilidad: 1 de junio de 2024 - 30 de noviembre de 2024

Ejemplo 2: la fecha de contratación del empleado es el 15 de octubre de 2023

Período de medición: 1 de noviembre de 2023 al 30 de abril de 2024

Período de administración: 1 de mayo de 2024 - 31 de mayo de 2024

Período de estabilidad: 1 de junio de 2024 - 30 de noviembre de 2024

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.
- » Si no se han cumplido 30 o más horas por semana o no se espera que continúen, el empleado seguirá los requisitos de elegibilidad de Empleados de Hora Variable.

Salud y Bienestar

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 45% 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 45%. 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.

Resumen de Costos

A continuación se detalla el costo mensual para inscribirse en nuestros planes de beneficios. Estas tarifas son válidas desde 1 de abril de 2024 al 31 de marzo de 2025.

Servicios médicos/Recetas			
Virtual Plus	Prima total	Tutta Bella paga	Usted paga
Empleado	\$439.14	\$240.14	\$199.00
Para el empleado y su cónyuge/PD*	\$1,146.11	\$240.14	\$905.97
Empleado e hijo(s)	\$834.36	\$240.14	\$594.22
Para el empleado y su familia	\$1,541.33	\$240.14	\$1,301.19

Servicios médicos/Recetas			
Acceder a la PPO	Prima total	Tutta Bella paga	Usted paga
Empleado	\$552.86	\$240.14	\$312.72
Para el empleado y su cónyuge/PD*	\$1,442.90	\$240.14	\$1,202.76
Empleado e hijo(s)	\$1,050.43	\$240.14	\$810.29
Para el empleado y su familia	\$1,940.48	\$240.14	\$1,700.34

Vida			
	Prima total	Tutta Bella paga	Usted paga
Empleado	\$2.97	\$1.49	\$1.48

Odontología Voluntaria		
	Prima total	Usted paga
Empleado	\$33.34	\$33.34
Para el empleado y su cónyuge/PD*	\$65.15	\$65.15
Empleado e hijo(s)	\$86.10	\$86.10
Para el empleado y su familia	\$124.24	\$124.24

Visión Voluntaria		
	Prima total	Usted paga
Empleado	\$5.31	\$5.31
Para el empleado y su cónyuge/PD*	\$11.19	\$11.19
Empleado e hijo(s)	\$11.96	\$11.96
Para el empleado y su familia	\$19.16	\$19.16

Pareja de hecho*

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

Asistencia de Seguro

Los Defensores de beneficios del Centro de Servicios para Empleados pueden ayudarlo con preguntas sobre beneficios y temas vinculados a las reclamaciones para usted y los miembros de su familia cubiertos. Son personas especialmente capacitadas que pueden responder sus preguntas sobre seguros. **Este es un servicio confidencial que se le brinda sin costo alguno para usted. Toda la información personal de salud es confidencial.**



**EMPLOYEE
SERVICE
CENTER**

mcm.esc@assuredpartners.com

1-888-343-3330 | TTY/TDD: 1-855-877-4726
Lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5:00 p.m. hora del Pacífico

Servicios de interpretación de idiomas disponibles

Información de Contacto

Beneficio	Compañía de seguros	Contacto	Sitio web
Servicios médicos/Recetas	Kaiser Permanente 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
Dentales Voluntaria Seguro de Vida e Incapacidad	Principal Grupo n.º: 1108713	800.986.3343	Dentales Red: PPO www.principal.com
Oftalmológico Voluntaria	Principal via VSP	800.877.7195	Red: VSP Choice www.vsp.com
Sitio web de beneficios	Sitio web de beneficios	Nombre de usuario: tuttabella Contraseña: benefits	https://tuttabellabenefits.com

Recursos Adicionales

Recursos para Miembros de Kaiser Permanente

Aplicación de Kaiser Permanente

Es fácil conectarse a la atención y obtener recursos útiles directamente desde su teléfono. Use la aplicación de Kaiser Permanente para:

- » Resurtir recetas
- » Enviar un mensaje a su equipo de atención y acceder a Care Chat
- » Usar su tarjeta digital de identificación como afiliado
- » Revisar los resúmenes posteriores a la visita
- » Ver sus documentos de cobertura



kp.org/wa

Cuando configure una cuenta en kp.org/wa, podrá encontrar un médico, verificar el estado de sus reclamaciones, comparar costos, utilizar los recursos de bienestar de Kaiser, resurtir recetas, acceder a atención virtual, usar recursos de salud y bienestar, y mucho más.

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 **1-800-297-6877** para hablar con una enfermera y obtener ayuda para evitar cualquier visita innecesaria al médico o a la sala de emergencias.

Chat de atención y visitas electrónicas

Care Chat es una función de mensajería en línea que le permite obtener atención médica en tiempo real de un proveedor de atención de Kaiser Permanente. Está disponible los 7 días de la semana. Si sus síntomas no se pueden diagnosticar a través de Care Chat, tiene la opción de obtener atención personalizada a través de una visita electrónica en línea sin necesidad de cita, conectándolo con la atención adecuada. Puede acceder a estas funciones a través de la aplicación móvil o visitando kp.org/wa/getcare e iniciando sesión en su portal para miembros.

Cuidado mientras viaja

Si viaja dentro de otra región de Kaiser Permanente, fuera del área de servicio de Washington:

- » Llame a servicios para miembros al **1-888-901-4636** para obtener un número de identificación de afiliado visitante y poder pagar su copago y coseguro estándar.

Cuando viaje en un área sin un centro de Kaiser Permanente:

- » Pague su copago y coseguro estándar buscando el proveedor más cercano de First Choice Health o de la red de First Choice Health o visite el servicio de urgencia CVS MinuteClinic o Concentra más cercano.

Recursos Adicionales

Recursos para Miembros Principales

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
- » Línea de apoyo a la salud emocional
 - » Conéctese con médicos licenciados en salud conductual que brindarán apoyo emocional y referencias a recursos locales las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al **1-800-424-4612**.

Asistencia de Viaje

Ya sea que viaje aquí en los Estados Unidos o salga del país, puede confiar en AXA para que su experiencia de viaje transcurra sin contratiempos. Y debido a que está cubierto por un seguro de vida grupal a término de Principal, tiene acceso a muchos servicios de asistencia de viaje de forma gratuita, sin importar si viaja por negocios o por placer.

Acceso a su Asistencia de Viaje

Llame al **1-888-647-2611** en los EE. UU.
Llame por cobrar al **630-766-7696** fuera de los EE. UU.

Visite principal.com/travelassistance

Preparación de testamento

Tener los documentos adecuados en su lugar puede ayudar a garantizar que todavía tenga el control en caso de que le suceda algo. Con los recursos gratuitos en línea de ARAG, usted y/o su cónyuge pueden crear estos documentos:

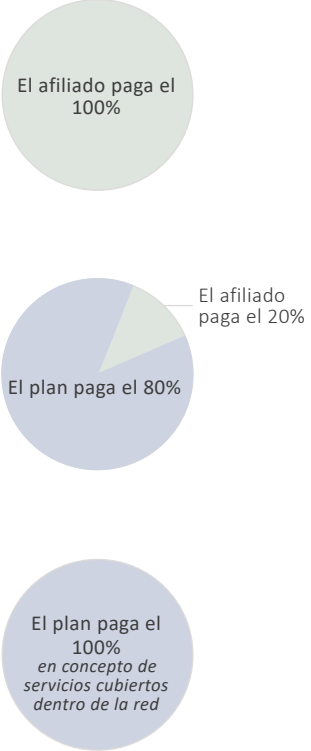
- » Crear y actualizar su testamento
- » Otorgar a alguien su poder notarial de atención médica
- » Crear y actualizar su testamento vital
- » Otorgar consentimiento para que el personal médico brinde atención a las personas a su cargo si usted está ausente

Visite aragwills.com/principal para comenzar.

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 **1-800-642-3788** si tiene preguntas o para obtener servicios.

Glosario de Términos de Seguros

Los siguientes ejemplos son solo para fines ilustrativos.



Deducible

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 \$1,000, su plan no pagará ciertos servicios hasta que alcance su deducible de \$1,000. *El deducible no se aplica a todos los servicios. Consulte el resumen de su plan para obtener más detalles.*

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 el coseguro después de alcanzar el deducible de su plan. Por ejemplo, si el monto permitido del plan de salud para una visita al consultorio es de \$100 y usted ha alcanzado su deducible, su pago de coseguro del 20% sería de \$20. El plan de salud paga el resto del monto permitido.

Desembolso Máximo

Lo máximo que paga durante un año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red. Una vez que haya alcanzado su desembolso máximo por año calendario, su plan de salud comienza a pagar el 100% del monto permitido por los servicios cubiertos dentro de la red por el resto de ese año calendario. *Los copagos de las visitas al consultorio, los copagos de los medicamentos recetados, los deducibles y el coseguro cuentan para su desembolso máximo.*

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 usted deba pagar la diferencia.

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, \$25) que paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando en el momento de la atención. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Dentro de la Red

Los centros, los profesionales y los proveedores con los que tiene contrato su plan de salud.

Información Importante y Avisos Requeridos

INFORMACIÓN IMPORTANTE

DERECHOS DE CONVERSIÓN Y PORTABILIDAD

Si está inscrito en los planes de vida/AD&D, y su empleo con Tutta Bella cesa, puede tener la opción de continuar su cobertura a través de las disposiciones de portabilidad o conversión de los planes. Debe presentar la solicitud dentro de los 31 días posteriores a la fecha de cese del empleo. 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 REQUERIDO

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 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. ABC Company ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan de salud y bienestar de la ABC Company 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 suscribirse 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 no puede ser afectada.

Si cancela su cobertura actual con Tutta Bella 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.

Comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos o con su Defensor de beneficios para obtener más información sobre lo que sucede con su cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

¿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 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 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 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.

Información Importante y Avisos Requeridos

Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos para obtener ayuda personalizada)
- 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 llámelos 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 2024

Nombre de la Entidad/Remitente: Tutta Bella

Contacto--Puesto/Oficina: James To, Director of Human Resources

AVISO DE DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Usted podría ser elegible para participar en el Plan de salud grupal de ABC Company. 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.

AVISO DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE DE PPACA

Kaiser Permanente generalmente requiere la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en la red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con Recursos Humanos.

No necesita autorización previa de Kaiser Permanente i de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se le solicite al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado previamente o procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con Recursos Humanos.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha efectiva: 1 de abril de 2024

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con James To.

Sus derechos

Y Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico y de reclamos.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Respondemos las preguntas de cobertura de su familia y amigos. Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe.
- Dirigimos nuestra organización.
- Pagamos por sus servicios médicos.
- Administramos su plan médico.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.

Información Importante y Avisos Requeridos

- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

Tus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Recibir una copia de su historial médico y de reclamos

Y puede solicitar que le muestre o le entregan una copia de su historial médico y reclamos y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le entregamos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitar que corrijamos el historial médico y de reclamos

Puede solicitar que corrijamos su historial médico y de reclamos si piensa que dichos historiales son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1. Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles

en español. No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

H Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?

Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras. Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe. Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario. No se nos permite utilizar información genética para decidir si le proveemos cobertura y el precio de dicha cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Utilizamos su información médica para ofrecerle mejores servicios.

Pagar por sus servicios médicos

Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios médicos.

Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago por su trabajo dental.

Administrar su plan

Podemos divulgar su información médica a su patrocinador del plan médico para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos contrata para proveer un plan médico, y nosotros le proporcionamos a su compañía determinadas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones,

Información Importante y Avisos Requeridos

como:

- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario

Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos. Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos utilizar o compartir su información médica:

- En reclamos de compensación de trabajadores.
- A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
- Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
- En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

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.*

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 cómo 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 empleador, 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 31 de enero de 2023. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de enero de 2023, 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

Información Importante y Avisos Requeridos

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 la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. 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 ebssa.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 2026)

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: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/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 Fax: 916-440-5676 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.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA-Medicaid
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 GA CHIPRA Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, Presiona 2
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
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://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.asp Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov
LOUISIANA-Medicaid
Sitio web: www.medicaid.la.gov or 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: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US 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: Relé Maine 711

Información Importante y Avisos Requeridos

<p>MASSACHUSETTS-Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 / TTY: (617) 886-8102</p>	<p>RHODE ISLAND-Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)</p>
<p>MINNESOTA-Medicaid</p> <p>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</p>	<p>CAROLINA DEL SUR-Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>
<p>MISSOURI-Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>	<p>DAKOTA DEL SUR-Medicaid</p> <p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>
<p>MONTANA-Medicaid</p> <p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p>TEXAS-Medicaid</p> <p>Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493</p>
<p>NEBRASKA-Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>	<p>UTAH-Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669</p>
<p>NEVADA-Medicaid</p> <p>Medicaid Sitio web: http://dhcnp.nv.gov Medicaid Teléfono: 1-800-992-0900</p>	<p>VERMONT-Medicaid</p> <p>Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427</p>
<p>NUEVO HAMPSHIRE-Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>	<p>VIRGINIA-Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.coverva.org/es/famis-select https://www.coverva.org/es/hipp Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924</p>
<p>NUEVA JERSEY-Medicaid y CHIP</p> <p>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 CHIP Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>	<p>WASHINGTON-Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022</p>
<p>NUEVA YORK-Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>	<p>WEST VIRGINIA-Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/http://mywvhipp.com Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699- 8447)</p>
<p>CAROLINA DEL NORTE-Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>WISCONSIN-Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002</p>
<p>DAKOTA DEL NORTE-Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825</p>	<p>WYOMING-Medicaid</p> <p>Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-ligibilidad/ Teléfono: 1-800-251-1269</p>
<p>OKLAHOMA-Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	
<p>OREGON-Medicaid</p> <p>Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p>	
<p>PENNSYLVANIA-Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Programa.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-JIDS (5437)</p>	



1325 Fourth Avenue, Suite 2100

Seattle, WA 98101

1-800-347-2303

www.assuredpartners.com/seattle