



2024!



Empleados de  
tiempo parcial

# GUÍA DE BENEFICIOS

# CONTENIDO



Estimado colega de NOVA Parks:

NOVA Parks se preocupa por la salud y bienestar de usted y su familia, y hemos asumido el compromiso de brindarle un paquete integral de beneficios. Los invitamos a usted y a sus dependientes a familiarizarse con los recursos y proveedores que se detallan en esta guía de beneficios.

Como empleado activo de tiempo parcial de NOVA Parks, usted reúne los requisitos para recibir seguro médico y también beneficios dentales y de visión. Las primas para los beneficios médicos, dentales y de visión se deducen en forma quincenal, antes de impuestos, en 24 períodos de pago. En los meses en los que hay tres cheques de pago, las primas para beneficios médicos, dentales y de visión no se deducirán del tercer cheque.

Analice atentamente sus opciones de beneficios antes de hacer sus elecciones. Los beneficios que escoja entrarán en vigencia a partir de su fecha de elegibilidad hasta el final del año calendario, a menos que durante el año tenga un evento calificado según lo define el Servicio de Rentas Internas (IRS), como matrimonio, nacimiento, fallecimiento, etc. Es responsabilidad del empleado notificar a Recursos Humanos cualquier evento calificado que tenga lugar en el transcurso del año y que afecte su cobertura, en un plazo no mayor a 30 días luego de ocurrido el evento.

Cobertura médica 3

Cobertura dental 4

Cobertura de vision 5

Cobertura de vision &  
asistencia en el pago de  
los estudios 6

Medicare Part D 7

Divulgaciones 8

BenefitsVIP® 10



# COBERTURA MÉDICA



PLANES DE SEGURO DE KAISER

PERMANENTE

NOVA Parks ofrece dos planes de seguro de Kaiser Permanente: HMO Signature y HMO Select. Estos planes solo proporcionan cobertura dentro de la red; **no hay beneficios disponibles fuera de la red.**

El plan HMO Select tiene los mismos beneficios que el plan HMO Signature, pero ofrece una red más amplia de médicos para elegir. En otras palabras, el plan HMO Select no requiere que usted o sus dependientes se atiendan en un centro médico de Kaiser Permanente, mientras que el plan HMO Signature está basado en centros médicos de una organización de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) local.

Visite [www.kp.org](http://www.kp.org) o llame al 1.855.249.5018 para obtener una lista de proveedores de la red.

BENEFICIO	HMO SIGNATURE		HMO SELECT	
	SOLO DENTRO DE LA RED		SOLO DENTRO DE LA RED	
Médico de atención primaria	Copago de \$10 <sup>1</sup>		Copago de \$10 <sup>1</sup>	
Atención de especialistas	Copago de \$20		Copago de \$20	
Deducible anual	Ninguno		Ninguno	
Máximo de gastos de bolsillo	\$3,500 individual \$9,400 familiar		\$3,500 individual \$9,400 familiar	
Atención preventiva Atención preventiva de rutina Vacunas Mamografía, PAP, pruebas de PSA	Sin costo		Sin costo	
Centro para hospitalización	\$100 por admisión		\$100 por admisión	
Centro hospitalario de atención ambulatoria	\$50 por visita		\$50 por visita	
Servicio profesional para pacientes ambulatorios	Copago de \$50		Copago de \$50	
Atención quiropráctica	Sin cobertura		Sin cobertura	
Audífonos	Sin cobertura		Sin cobertura	
Sala de emergencias	Copago de \$50 <sup>2</sup>		Copago de \$50 <sup>2</sup>	
Centro de atención de urgencia	Copago de \$20		Copago de \$20	
TMJ, cirugía y tratamiento no quirúrgico Consultorio de un médico	Los costos del copago varían según la ubicación del servicio		Los costos del copago varían según la ubicación del servicio	
Tratamiento con hospitalización por abuso de sustancias y salud mental	\$100 por admisión <sup>3</sup>		\$100 por admisión <sup>3</sup>	
Deducible anual por medicamentos recetados	Ninguno		Ninguno	
Medicamentos recetados anuales Máximo de gastos de bolsillo	Combinado con la cobertura médica		Combinado con la cobertura médica	
Medicamentos recetados Farmacia de Kaiser 30 días de suministro	Medicamento genérico: \$10 Marca preferida: \$20 No preferida: \$35 Pedido por correo postal <sup>4</sup> : \$20/\$40/\$70		Medicamento genérico: \$10 Marca preferida: \$20 No preferida: \$35 Pedido por correo postal <sup>4</sup> : \$20/\$40/\$70	
Medicamentos recetados Farmacia de la comunidad 30 días de suministro	Medicamento genérico: \$20 Marca preferida: \$40 No preferida: \$55		Medicamento genérico: \$20 Marca preferida: \$40 No preferida: \$55	
CONTRIBUCIONES QUINCENALES	EMPLEADO	NOVA PARKS	EMPLEADO	NOVA PARKS
Solo empleado	\$46.28	\$262.25	\$48.32	\$273.86
Empleado + 1 dependiente	\$154.26	\$462.80	\$161.09	\$483.28
Empleado + familia	\$223.68	\$671.06	\$233.58	\$700.76

<sup>1</sup> Sin costo para niños menores de 5 años de edad

<sup>2</sup> Copago exento en caso de admisión

<sup>3</sup> Tratamiento ambulatorio: \$10 por visita individual/\$5 por visita grupal

<sup>4</sup> 90 días de suministro

# COBERTURA DENTAL



## METLIFE

NOVA Parks ofrece dos planes dentales de MetLife: el plan con deducible bajo y el plan con deducible alto. Para localizar un dentista, visite [www.metlife.com/dental](http://www.metlife.com/dental) o llame al 1.800.275.4638.

Puede elegir un dentista dentro o fuera de la red. Sin embargo, si elige un dentista fuera de la red, es posible que sus gastos de bolsillo sean mayores. Antes de recibir el servicio, MetLife recomienda que solicite una estimación previa al tratamiento para los servicios que superen los \$300. Su dentista puede enviar una solicitud en línea a [www.metdental.com](http://www.metdental.com) o puede llamar al 1.877.MET.DDS9. Usted y su dentista recibirán una estimación del beneficio para la mayoría de los procedimientos mientras aún se encuentra en el consultorio.

## PLAN CON DEDUCIBLE BAJO PLAN CON DEDUCIBLE ALTO

BENEFICIO	PLAN CON DEDUCIBLE BAJO		PLAN CON DEDUCIBLE ALTO	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual	Individual: \$50 Familiar: \$150	Individual: \$50 Familiar: \$150	Individual: \$50 Familiar: \$150	Individual: \$50 Familiar: \$150
Máximo anual		\$1,000		\$1,750
<b>Servicios preventivos y de diagnóstico</b> Profilaxis (limpiezas, hasta 4 por año del plan), exámenes bucales, flúor tópico (hasta los 14 años de edad), aleta de mordida, radiografías	100%	60%	100%	80%
<b>Servicios básicos</b> Exámenes enfocados en problemas; empastes; extracciones; cirugía bucal; endodoncia; raspado dental, alisado radicular y cirugía periodontal; anestesia; reparaciones; selladores y mantenedores de espacio (hasta los 14 años de edad)	80%*	40%*	80%*	80%*
<b>Servicios más avanzados</b> Puentes y dentaduras postizas; coronas, incrustaciones intracoronarias (inlay), incrustaciones extracoronarias (onlay), implantes; consultas	50%*	10%*	50%*	50%*
<b>Servicios de ortodoncia</b>	No están cubiertos		No están cubiertos	
<b>CONTRIBUCIONES QUINCENALES</b>	<b>EMPLEADO</b>		<b>EMPLEADO</b>	
Solo empleado		\$15.01		\$20.70
Empleado + 1 dependiente		\$30.72		\$42.15
Empleado + familia		\$53.11		\$71.29

\* Después del deducible





# COBERTURA DE VISION



## AVESIS

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen oftalmológico	Copago de \$10	Reembolso de hasta \$35
Frecuencia Examen/lentes o lentes de contacto/armazones	12 /12 /24 meses	
Armazones	Asignación de \$120 <sup>1</sup>	Reembolso de hasta \$45
<b>Lentes</b>		
Monofocales	Copago de \$15	Reembolso de hasta \$25
Bifocales	Copago de \$15	Reembolso de hasta \$40
Trifocales	Copago de \$15	Reembolso de hasta \$50
Lentes de Policarbonato (Simple/Multifocal)	Cubierto en su totalidad	Reembolso de hasta \$10
Recubrimiento Estándar Resistente a Rayones	Cubierto en su totalidad	Reembolso de hasta \$5
Proyección Ultravioleta	Cubierto en su totalidad	Reembolso de hasta \$6
Tinte Sólido o Degradado	Cubierto en su totalidad	Reembolso de hasta \$4
Recubrimiento Antirreflectante Estándar	Cubierto en su totalidad	Reembolso de hasta \$24
Nivel 1 Progresivo	Copago de \$75	Reembolso de hasta \$40
Nivel 2 Progresivo	Copago de \$110	Reembolso de hasta \$40
Todos los demás Progresivos	Asignación de \$50	Reembolso de hasta \$40
Transiciones (Simple/Multifocal)	Asignación de \$70/\$80	N/C
Polarizado	Copago de \$75	N/C
PGX/PBX	Copago de \$45	N/C
Otras Opciones de Lentes	Hasta 20 de descuento	N/C
<b>Lentes de contacto<sup>2</sup></b>		
Pruebas y seguimiento estándar	Copago máximo de \$50	N/C
Lentes de contacto electivos	Asignación de \$110	Reembolso de hasta \$85
Lentes de contacto médicamente necesarios <sup>3</sup>	Cubierto en su totalidad	Reembolso de hasta \$250
<b>CONTRIBUCIONES QUINCENALES</b>	<b>EMPLEADO</b>	
Solo empleado	\$3.65	
Empleado + cónyuge	\$7.01	
Empleado + hijo(s)	\$7.65	
Empleado + familia	\$9.88	

## AVĒSIS

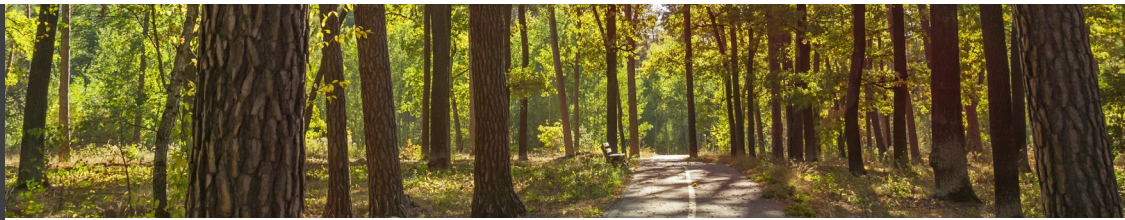
Para localizar proveedores de la red en su área, llame al 1.800.828.9341 o visite [www.avesis.com](http://www.avesis.com). Los miembros que utilicen un proveedor fuera de la red deberán pagarle al proveedor en forma completa al momento del servicio y enviar una reclamación a Avēsis para obtener un reembolso.

<sup>1</sup> Descuento de hasta un 20% por encima de la asignación para armazones

<sup>2</sup> En lugar armazones o lentes

<sup>3</sup> Se requiere autorización previa para lentes de contacto médicamente necesarios

## COBERTURA DE VISION & ASISTENCIA EN EL PAGO DE LOS ESTUDIOS



### KAISER PERMANENTE (KP)

Si sus dependientes son menores de 19 años y están inscritos en el plan de seguro de Kaiser Permanente que ofrece NOVA Parks, tienen beneficios de visión incluidos. Usted y sus dependientes mayores de 19 años de edad no tienen beneficios de visión incluidos en el plan, pero pueden reunir los requisitos para recibir un descuento en lentes y armazones de anteojos. Para más información, visite [www.kp.org](http://www.kp.org).



KP

BENEFICIO	SOLO DENTRO DE LA RED
<b>Examen oftalmológico</b>	Copago de \$10-20 <sup>1</sup>
<b>Armazones</b> Armazones de KP	Sin costo <sup>2</sup>
<b>Lentes</b> Monofocales Lentes bifocales	Sin costo <sup>2</sup> Sin costo <sup>2</sup>
<b>Lentes de contacto</b> Lentes de KP (1 par) Lentes médicamente necesarios (2 pares)	Cubierto en su totalidad Cubierto en su totalidad
<b>Frecuencia</b> Examen Armazones/lentes o lentes de contacto	12 meses 12 meses

<sup>1</sup> Copago de \$10 para el optometrista/copago de \$20 para el oftalmólogo  
<sup>2</sup> Se aplican algunas limitaciones

## PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA MATRÍCULA

NOVA Parks ofrece beneficios para empleados elegibles de tiempo completo en virtud de un programa de asistencia para la matrícula. Este programa le proporciona asistencia para la matrícula para realizar cursos universitarios o de posgrado de instituciones educativas acreditadas, siempre y cuando el curso se relacione con sus tareas laborales actuales, oportunidades de ascenso/promoción en NOVA Parks, o sea necesario como curso principal para completar un título relacionado con el trabajo.

Los empleados de tiempo completo elegibles son los que trabajan regularmente 40 horas por semana y han trabajado 12 meses consecutivos. Si es elegible, puede solicitar un reembolso de hasta 9 horas de crédito por año fiscal. Este reembolso es un beneficio libre de impuestos.

Si tiene preguntas o desea solicitar asistencia para la matrícula, comuníquese con Danielle.



# MEDICARE PART D

## AVISO IMPORTANTE DE NOVA PARKS ACERCA DE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

Si usted o sus dependientes cubiertos no son elegibles para Medicare, este documento es solo para fines informativos.

Sin embargo, si alguno de sus dependientes cubiertos es elegible para Medicare, lea atentamente esta información para que usted y sus dependientes puedan tomar una decisión informada respecto a sus medicamentos recetados.

**Lea este aviso detenidamente y consérvelo en un lugar en el que pueda encontrarlo.**

Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con NOVA Parks y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea incorporarse o no a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando participar, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un plan de medicamentos recetados de Medicare o si se une a un plan de ventajas de Medicare (como un plan de organización de mantenimiento de salud [health maintenance organization, HMO] o un plan de organización de proveedores preferidos [preferred provider organization, PPO]) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. NOVA Parks ha determinado que se espera que para la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por Cigna y Kaiser Permanente, en promedio para todos los participantes del plan, se pague la misma cantidad que se paga para la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es una cobertura acreditable, puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (una sanción) si decide posteriormente unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

### ¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados, no por su culpa, también será elegible para un período de inscripción especial (Special Enrollment Period, SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

### ¿Qué sucede con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual del plan de salud grupal de NOVA Parks puede verse afectada.

Tiene las siguientes opciones con respecto a su cobertura de salud y de medicamentos recetados:

Mantener su cobertura actual del plan de salud de NOVA Parks (que incluye cobertura de medicamentos recetados) y no inscribirse en un plan diferente de la Parte D de Medicare; o

Cancelar la cobertura actual del plan de salud de NOVA Parks (que incluye cobertura de medicamentos recetados) y no inscribirse en un plan diferente de la Parte D de Medicare. No podrá recuperar la cobertura de su plan de salud de NOVA Parks si opta por cancelarla, a menos que (como dependiente) sea elegible para volver a inscribirse debido a un evento de cambio de estado que califique.

**Recuerde:** Su cobertura de salud actual de NOVA Parks cubre otros gastos de salud, además de los medicamentos recetados y usted no será elegible para recibir todos sus beneficios de salud y medicamentos recetados actuales si se inscribe a un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente y cancela su cobertura de salud con NOVA Parks.

### ¿Cuándo pagará una prima más alta (sanción) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con NOVA Parks y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una sanción) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar, al menos, un 1 % de la prima base del beneficiario de Medicare por mes para cada mes en el que no tenía esa cobertura. Por ejemplo, si tiene diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser, de manera consistente, al menos un 19 % más alta que la prima del beneficiario de la base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una sanción) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el siguiente octubre para participar.

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

Comuníquese con Recursos Humanos de NOVA Parks al (703) 352-5900 para obtener más información o llame a CIGNA al (800) 244-6224 o a Kaiser Permanente al (800) 777-7902. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que se pueda unir a un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura cambia mediante NOVA Parks. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

### Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare

En el manual "Medicare & You" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Recibirá de Medicare una copia del manual en el correo cada año. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

### Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame a su programa estatal de asistencia en seguros médicos (consulte la contraportada del manual "Medicare & You" para ver su número telefónico) para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la web en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o llame al

1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).



# DIVULGACIONES



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

En virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer, los planes médicos colectivos deben hacer que ciertos beneficios estén a disposición de las participantes de los planes médicos que se han sometido a una mastectomía. En particular, un plan debe ofrecer a las pacientes con mastectomía beneficios para: La reconstrucción de la mama donde se realizó la mastectomía. Cualquier cirugía y reconstrucción necesaria del otro seno para conseguir una apariencia simétrica. Prótesis, así como para el tratamiento de afecciones físicas relacionadas con la mastectomía, incluido el linfedema. Nuestros planes médicos cumplen estos requisitos. Los beneficios por estos conceptos son similares a los previstos en el plan para tipos de servicios y suministros médicos similares.

## CONTINUACIÓN DE COBERTURA SEGÚN LA LEY COBRA

Según la Ley de Conciliación del Presupuesto General Consolidado de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés), usted y sus familiares dependientes cubiertos pueden continuar recibiendo ciertos beneficios de atención médica si usted pierde su cobertura como resultado de ciertos eventos que califiquen. Póngase en contacto con el departamento de beneficios para obtener más información.

## LOS REGLAMENTOS DE LA LEY HIPAA LE AYUDAN A PROTEGER SU PRIVACIDAD

Las disposiciones sobre privacidad de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) le ayudan a garantizar que la información relacionada con su atención médica se mantenga privada. Los empleados nuevos recibirán una Notificación de Prácticas de Privacidad en la que se describen las formas en las que el plan médico puede utilizar y divulgar información médica privada (PHI, por sus siglas en inglés). La notificación también describe sus derechos. Póngase en contacto con el departamento de beneficios para obtener más información.

## LEY CONTRA LA DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA (GINA, por sus siglas en inglés)

GINA les prohíbe ampliamente a los empleadores cubiertos la discriminación en contra de un empleado, individuo o miembro con motivo de su "información genética", la cual se define ampliamente en GINA y se refiere a (1) pruebas genéticas del individuo, (2) pruebas genéticas de los familiares del individuo y (3) la manifestación de una enfermedad o trastorno en familiares de dicho individuo. En GINA también se le prohíbe al empleador que solicite, requiera o adquiera la información genética de un empleado. Esta prohibición no se extiende a la información que se solicita o que es necesaria para cumplir con los requisitos de certificación de las leyes de licencias médicas y familiares, o a la información que se obtiene de forma inadvertida por medio de investigaciones legales, como la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, siempre que el empleador no utilice esta información de forma discriminatoria. En caso de que un empleador cubierto adquiera información genética ya sea de forma legal (o inadvertida), la información se debe guardar en un archivo por separado y tratarse como un expediente médico confidencial y se puede divulgar a terceros solamente bajo circunstancias limitadas.

## RESUMEN DE MODIFICACIONES IMPORTANTES

Este Comunicado Anual de Inscripción Abierta constituye un Resumen de Modificaciones Importantes (SMM, por sus siglas en inglés), en el que se describen cambios para su programa de atención médica que entrará en vigencia a partir del domingo, 1 de enero de 2018.

Este SMM es un resumen de los cambios hechos al programa y de las condiciones parciales de los planes de atención médica. Este SMM no es un documento oficial del plan. Las condiciones reales de los planes se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia, o de cualquier conflicto entre este SMM y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos oficiales del plan. Debe conservar este SMM junto con la información de sus otros beneficios.

Nos reservamos el derecho de cambiar, modificar o suspender estos beneficios en cualquier momento.

## DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Le brindamos esta notificación para asegurarnos de que comprenda su derecho a solicitar una cobertura del seguro médico colectivo. Debe leer esta notificación aun si piensa en renunciar a la cobertura en este momento.

Pérdida de otras coberturas:

Si rechaza la cobertura para usted o sus familiares dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan médico colectivo, puede inscribirse usted e inscribir a sus familiares dependientes en este plan si usted o sus familiares

dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus familiares dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 31 días después de finalizada su otra cobertura o la de sus familiares dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Por ejemplo:

Usted rechazó la cobertura porque estaba cubierto por un plan que ofrecía el empleador de su cónyuge. Su cónyuge deja el trabajo. Si usted notifica a su empleador dentro de un plazo de 31 días después de finalizada la cobertura, usted y sus familiares dependientes elegibles pueden solicitar recibir la cobertura de nuestro plan médico. Matrimonio, nacimiento o adopción:

Si tiene un nuevo familiar dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción, o una colocación para adopción, puede tener la posibilidad de inscribirse e inscribir a sus familiares dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

## LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS

De conformidad con la ley federal, los planes de atención médica no pueden restringir la duración de la estancia en un hospital relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un alumbramiento normal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, por lo general la ley federal no prohíbe que el proveedor dé el alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas, según corresponda) después de consultar a la madre y de obtener su consentimiento.

## SUS DERECHOS SEGÚN LA LEY DE MICHELLE

A partir del 1 de enero del 2010, los estudiantes de tiempo completo cubiertos por el plan médico colectivo, que de lo contrario perderían su elegibilidad según el plan debido a una reducción en el horario de sus clases de tiempo completo debido a un permiso de ausencia de la escuela médicamente necesario, pueden reunir los requisitos para extender su cobertura dentro del plan hasta por un año o hasta cumplir 26 años de edad, lo que ocurra primero. El hijo debe ser dependiente del participante del plan y estar inscrito en el plan médico colectivo de la empresa como estudiante en una institución educativa postsecundaria inmediatamente antes del primer día del permiso.

## PARIDAD DE LA SALUD MENTAL

A partir del 1 de enero del 2010, los planes médicos patrocinados por la empresa se modificaron para cubrir gastos de salud mental y abuso de sustancias sujetos a los mismos límites de tratamientos, deducibles, copagos, coseguros y requisitos de desembolsos directos que se aplican a otros gastos médicos y quirúrgicos. Este cambio se aplica tanto a los servicios hospitalarios como ambulatorios.

## LEY DE REAUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS DE 2009

(CHIP, por sus siglas en inglés)

Esta ley se adoptó para ampliar la elegibilidad del programa estatal CHIP para incluir a más niños y madres embarazadas, al conceder un plazo extendido de 60 días para coordinar cualquier cambio en las elecciones de salud del empleador en caso de la obtención o pérdida de la elegibilidad y/o de un subsidio según la cobertura de Medicaid o CHIP.

## LEY DE LOS DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLIO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA, por sus siglas en inglés)

La ley USERRA protege los derechos laborales de aquellas personas que voluntaria o involuntariamente dejan sus puestos de empleo para prestar servicio militar o ciertos tipos de servicios en el Sistema Médico Nacional para Desastres. La ley USERRA también prohíbe a los empleadores que discriminen a ex miembros o miembros actuales de los servicios uniformados y aspirantes a los servicios uniformados. Esta ley también establece que si un empleado deja su trabajo para prestar servicio militar, éste tiene derecho a elegir si mantiene la cobertura del mismo plan médico que proporciona el empleador al empleado y sus familiares dependientes elegibles por hasta 24 meses mientras forma parte del ejército. Aun cuando el empleado no elija mantener la cobertura durante el servicio militar, tiene derecho a que se le reincorpore en el plan médico de su empleador cuando vuelva a ser contratado, por lo general, sin ningún tipo de período de espera o exclusión (p. ej., exclusiones por afecciones preexistentes), excepto por enfermedades o lesiones relacionadas con el tiempo en que estuvo en el servicio militar.

FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA DE SALUD CON CAUSA, INCLUIDO EL FRAUDE O LA TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL

Nos reservamos el derecho de poner fin a su cobertura de atención médica o la de su familiar dependiente con efecto a futuro sin notificación cuando exista una causa (según la determine el Administrador del Plan) o si se determina que por cualquier otra razón usted o su familiar dependiente no son elegibles para recibir la cobertura del plan. Además, si usted o su familiar dependiente cubierto cometen un fraude o una tergiversación intencional en su solicitud para recibir la cobertura de atención médica del plan, en relación con la reclamación de un beneficio o apelación, o en respuesta a cualquier solicitud de información de esta empresa o sus delegados (incluido el Administrador del Plan o un administrador de reclamaciones), el Administrador del Plan puede poner fin a su cobertura de manera retroactiva con un preaviso de 30 días. No informar a cualquiera de dichas personas que usted o sus familiares dependientes están bajo la cobertura de otro plan médico colectivo, o dar información falsa de manera intencional con el fin de obtener o mantener la cobertura de un familiar dependiente elegible son ejemplos de acciones que constituyen fraude con respecto al plan.

## ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS PROPORCIONADA POR LOS PROGRAMAS DE MEDICAID Y DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (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](http://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/](http://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 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](http://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 julio de 2022. 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@MyAKHIP.com](mailto:CustomerService@MyAKHIP.com)  
Elegibilidad de Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS – Medicaid  
Sitio web: <http://myarhipp.com/>  
Teléfono: 1-855-MyARHIP (855-692-7447)

CALIFORNIA: Medicaid  
Sitio web: [http://dhcs.ca.gov/hipp](http://Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program)  
Teléfono: 916-445-8322  
Fax: 916-440-5676  
Por correo electrónico: [hipp@dhcs.ca.gov](mailto:hipp@dhcs.ca.gov)





# DIVULGACIONES

**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: 711CHP+: <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.flmicaidtprecovery.com/flmicaidtprecovery.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 Sitio web de GA CHIPRA: <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://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx> Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: [KIHIPPPROGRAM@ky.gov](mailto: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](http://www.medicaid.la.gov) o [www.ldh.la.gov/la hipp](http://www.ldh.la.gov/la hipp) 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/masshealth/pa> Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: (617) 886-8102

**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 Por correo electrónico: [HSHIPPProgram@mt.gov](mailto:HSHIPPProgram@mt.gov)

**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://dhcnp.nv.gov> Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

**NUEVO HAMPSHIRE** – Medicaid 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

**NUEVA 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

**NUEVA YORK** – Medicaid Sitio web: [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/](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

**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

**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> Teléfono: 1-800-699-9075

**PENSILVANIA** – 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)

**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 de CHIP: <https://chip.health.utah.gov/espanol/> Teléfono: 1-877-543-7669

**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: <https://dhr.wv.gov/bms/http://mywvhipp.com/> Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

**WISCONSIN** – Medicaid y CHIP 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

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2022, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento de 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](http://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](http://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 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 [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137. Número de Control de 1210-0137. (vence al 31 de enero de 2026)

## PROMOCIÓN



### SITIO WEB

Manténgase informado con las últimas novedades de salud, herramientas biométricas, calculadoras e información en [benefitsvip.com](http://benefitsvip.com).

**BenefitsVIP**  
*Help starts here.*



### LA AYUDA COMIENZA AQUÍ

BenefitsVIP es un centro de contacto integral con gran capacidad de respuesta atendido por profesionales expertos. Su equipo dedicado de promotores de beneficios para el empleado está listo para ayudarlos a usted y a su familia a resolver problemas relacionados con sus beneficios de Kaiser, MetLife y Avēsis.

Para recibir un servicio confidencial y que responda a sus necesidades, comuníquese llamando al:

# 866.293.9736

De lunes a viernes

De 8:30 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Este)

Fax: 856.996.2755

[solutions@benefitsvip.com](mailto:solutions@benefitsvip.com)

### RESPUESTAS A SUS PREGUNTAS AQUÍ

¡COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL! Sus promotores dedicados de BenefitsVIP entienden sus planes de beneficios y pueden responder preguntas sobre beneficios y resolver reclamos y problemas de elegibilidad con rapidez. La mayoría de las consultas se resuelven en el mismo día, y todas las llamadas cumplen con las mejores prácticas de privacidad.

## BenefitsVIP.com

Este resumen de beneficios presenta los aspectos más destacados del programa de beneficios disponible para los empleados. No es un documento legal y no será interpretado como una garantía de beneficios ni de empleo continuo. Todos los planes de beneficios se rigen por pólizas, contratos y documentos de planes maestros. Cualquier discrepancia entre la información proporcionada en este resumen y los términos reales de estas pólizas, contratos y documentos de planes se regirá por los términos de dichas pólizas, contratos y documentos de planes. Nuestra compañía se reserva el derecho de enmendar, suspender o finalizar cualquier plan de beneficios, en su totalidad o en parte, en cualquier momento. La autoridad para realizar dichos cambios recae en el Administrador del Plan.