



Empleados de
tiempo parcial

GUÍA DE BENEFICIOS

CONTENIDO



Cobertura médica	3
Cobertura dental	4
Cobertura de vision	5
Cobertura de vision & asistencia en el pago de los estudios	6
Aeguro contra Accidentes y Enfermedades Graves	7
Beneficios para Mascotas	8
Medicare Part D	9
Divulgaciones	10
BenefitsVIP®	12

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 la vista se deducen en forma quincenal, antes de impuestos, en 26 períodos de pago. Las primas por accidentes, enfermedades críticas y mascotas se deducen en 24 períodos de pago.

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



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 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 ¹		Copago de \$10 ¹	
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 ²		Copago de \$50 ²	
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 ³		\$100 por admisión ³	
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 ⁴ : \$20/\$40/\$70		Medicamento genérico: \$10 Marca preferida: \$20 No preferida: \$35 Pedido por correo postal ⁴ : \$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	\$52.88	\$299.71	\$55.23	\$312.97
Empleado + 1 dependiente	\$176.29	\$528.90	\$184.10	\$552.30
Empleado + familia	\$255.63	\$766.90	\$266.94	\$800.84

¹ Sin costo para niños menores de 5 años de edad

² Copago exento en caso de admisión

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

⁴ 90 días de suministro

COBERTURA DENTAL



METLIFE

NOVA Parks ofrece dos planes dentales de MetLife: un plan bajo y un plan alto. Para localizar un dentista, visite 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 dentalprovider.metlife.com/presignin 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		\$2,000	
Servicios preventivos y de diagnóstico 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%	100%
Servicios básicos 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%*	90%*	90%*
Servicios más avanzados Puentes y dentaduras postizas; coronas, incrustaciones intracoronarias (inlay), incrustaciones extracoronarias (onlay), implantes; consultas	50%*	10%*	60%*	60%*
Servicios de ortodoncia	No están cubiertos		No están cubiertos	
CONTRIBUCIONES QUINCENALES	EMPLEADO		EMPLEADO	
Solo empleado	\$12.76		\$19.39	
Empleado + 1 dependiente	\$26.11		\$39.48	
Empleado + familia	\$45.14		\$66.77	

* 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 /12 meses	
Armazones	Asignación de \$120 ¹	Reembolso de hasta \$45
Lentes		
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
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
Lentes de contacto²		
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 ³	Cubierto en su totalidad	Reembolso de hasta \$250
CONTRIBUCIONES QUINCENALES	EMPLEADO	
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. 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.

¹ Descuento de hasta un 20% por encima de la asignación para armazones

² En lugar armazones o lentes

³ 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.

KP

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

¹ Copago de \$10 para el optometrista/copago de \$20 para el oftalmólogo
² 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.



AEGURO CONTRA ACCIDENTES Y ENFERMEDADES GRAVES



Seguro voluntario contra accidentes y enfermedades graves

NOVA Parks ofrece a los empleados la oportunidad de inscribirse en la cobertura contra accidentes y enfermedades graves a través de MetLife. Incluso con un seguro médico, usted podría estar sujeto a gastos de bolsillo inesperados en forma de copagos, deducibles y coseguro. Los beneficios voluntarios proporcionan pagos únicos que se utilizarán para sus gastos de atención médica o como considere conveniente.

Tenga en cuenta que la disponibilidad de estas coberturas depende de que NOVA Parks cumpla con los requisitos de participación mínima.

Seguro contra accidentes

El seguro contra accidentes es un nivel adicional de protección que le brinda un pago en efectivo para cubrir los gastos de bolsillo cuando sufre un accidente inesperado que califica. Este complemento proporciona un beneficio único cuando sufre un accidente, como una quemadura grave, una fractura ósea o una visita a la sala de emergencias. Este es un beneficio voluntario. Los empleados son responsables del costo de este beneficio.

ACCIDENTES (CONTRIBUCIONES POR PERÍODO DE PAGO)	PLAN BAJO	PLAN ALTO
Solo empleado	\$4.48	\$5.88
Empleado + cónyuge	\$8.87	\$11.59
Empleado + hijo(s)	\$10.60	\$13.81
Familiar	\$12.56	\$16.37

Seguro contra enfermedades graves

El seguro contra enfermedades graves está diseñado para pagar gastos que el seguro médico no cubre relacionados con una enfermedad grave como cáncer, ataque cardíaco o accidente cerebrovascular. Esta es una póliza complementaria para ayudar a las personas que ya están cubiertas por un seguro médico a cubrir gastos como deducibles, tratamientos y costos de vida. Este es un beneficio voluntario. Los empleados son responsables del costo de este beneficio.

Las primas por enfermedades graves varían según la edad, el nivel y el monto del beneficio. El plan para enfermedades graves permite elegir un beneficio de \$15,000 o \$30,000 para el empleado, con un monto de beneficio para cónyuge e hijos del 50 % de la elección del empleado.

Las primas se pueden obtener de Recursos Humanos.

BENEFICIOS PARA MASCOTAS



Pet Benefit Solutions (PBS)

NOVA Parks ofrece a los empleados la oportunidad de inscribirse en los beneficios para mascotas a través de PBS, porque las mascotas también son parte de la familia. Los planes Total Pet y Wishbone incluyen una variedad de beneficios para

Plan Total Pet - (video introductorio del plan Total Pet)

- **ASKVET** Póngase en contacto con un veterinario con licencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana y acceda a apoyo veterinario en tiempo real, incluso cuando el consultorio esté cerrado. AskVet proporciona apoyo ilimitado en la salud, el bienestar y el comportamiento de su mascota, entre otros servicios. Cubre perros y gatos.
- **PET ASSURE** Plan de descuento veterinario que proporciona un 25 % de descuento en servicios médicos internos de cualquier veterinario participante y servicio de recuperación de mascotas perdidas de ThePetTag. Puede buscar consultorios participantes en www.petbenefits.com/search. Mencione que es miembro de Pet Assure cuando llame para programar una cita. Si un veterinario que le gustaría visitar no participa, puede invitarlo a unirse haciendo clic en el botón "Invite to Pet Assure" (Invitar a Pet Assure). Pet Assure no ofrece exclusiones por tipo, raza, edad o afecciones preexistentes. Cubre todas las mascotas.
- **PETPLUS** Obtenga precios exclusivos para miembros (hasta un 40 % de descuento) en medicamentos recetados, preventivos, alimentos, juguetes, premios y más. El envío es siempre gratuito y la recogida en el mismo día está disponible para medicamentos de uso humano. PetPlus cubre perros y gatos.
- **PETTAG** Se puede escanear una placa de identificación duradera desde cualquier teléfono inteligente para acceder a su información de contacto. Actualice la información de contacto en línea al instante, incluso después de que su mascota se pierda. Pet-Tag cubre a cualquier mascota que use collar.

TARIFAS DEL PLAN TOTAL PET	CONTRIBUCIONES POR PERÍODO DE PAGO
1 mascota	\$5.88
2+ Más de 2 mascotas	\$9.25

TARIFAS DE WISHBONE WELLNESS	PAGO DIRECTO
Essential	\$14 por mes
Premium	\$25 por mes

Plan Wishbone contra accidentes y enfermedades de mascotas- (Video introductorio de Wishbone)

- **Beneficios** Reembolso del 80% (90% si también está inscrito en Wishbone Wellness) y deducible de \$250, lo que significa que su mascota recibirá atención de calidad a un precio adecuado para usted.
- **PETTAG** Se puede escanear una placa de identificación duradera desde cualquier teléfono inteligente para acceder a su información de contacto. Actualice la información de contacto en línea al instante, incluso después de que su mascota se pierda. PetTag cubre a cualquier mascota que use collar.
- **ASKVET** Obtenga ayuda de un veterinario AskVet en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana a través de un chat en vivo.

Planes Wishbone Wellness:

- **Planes** Dos opciones de planes de atención con hasta \$575 en beneficios anuales; no se requiere cobertura contra accidentes y enfermedades para inscribirse.
- **Beneficios** Reciba un reembolso por visitas de bienestar, vacunas, servicios preventivos y más.

Tarifas de Wishbone por accidentes y enfermedades:

Las tarifas de Wishbone por accidentes y enfermedades varían y se basan en el código postal, la edad de la mascota y otros factores, y pueden ser desde \$12 por mes.

Inscripción en Wishbone y pago directo:

Las inscripciones y los pagos de los planes de Wishbone Wellness y los Planes contra accidentes y enfermedades se realizan directamente en www.wishboneinsurance.com/novaparks.

Inscripción en Wishbone y pago directo:

Las inscripciones y los pagos de los planes de Wishbone Wellness y los Planes contra accidentes y enfermedades se realizan directamente en: customercare@petbenefits.com or call (800) 891-2565.



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 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 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
- 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 o llame al

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

DIVULGACIONES

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES DE 1996 (LEY DEL RECIÉN NACIDO)

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros médicos generalmente no pueden, en virtud de la ley federal, restringir los beneficios para cualquier duración de la estadia en el hospital en relación con el parto, para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, en virtud de la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para recetar una duración de la estadia que no supere las 48 horas (o 96 horas).

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LAS MUJERES DE 1998 (WHCRA, TAMBIÉN CONOCIDA COMO LEY DE JANET)

En virtud de la ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA), los planes de salud grupales, las compañías de seguros y las organizaciones de mantenimiento de la salud (health maintenance organizations, HMO) que ofrecen cobertura de mastectomía también deben proporcionar cobertura para cirugía reconstructiva de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente. La cobertura incluye reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía, cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico, y prótesis y tratamiento por complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos edemas linfáticos. Llame al Administrador de su plan para obtener más información.

ORDEN DE MANUTENCIÓN MÉDICA CALIFICADA PARA NIÑOS (QUALIFIED MEDICAL CHILD SUPPORT ORDER, QMCSO)

La Orden de Manutención Médica Calificada para Niños (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO) es una orden de manutención médica infantil emitida en virtud de la ley estatal que crea o reconoce la existencia del derecho de un "receptor alternativo" a recibir beneficios para los cuales un participante o beneficiario es elegible en virtud de un plan de salud grupal. Un "receptor alternativo" es cualquier hijo de un participante (incluido un hijo adoptado o asignado con fines de adopción a un participante de un plan de salud grupal) que se reconoce en virtud de una orden de manutención médica para niños que tiene derecho a la inscripción en un plan de salud grupal con respecto a dicho participante. Una vez recibido, el administrador del plan de salud grupal debe determinar, dentro de un período razonable, si la orden de manutención médica para niños es calificada, y administrar los beneficios de acuerdo con los términos aplicables de cada orden calificada. En caso de que reciba una notificación para proporcionar cobertura médica a un hijo dependiente como resultado de una determinación legal, puede obtener información de su empleador sobre las reglas para procurar promulgar dicha cobertura. Estas reglas se proporcionan sin costo alguno para usted y pueden solicitarse a su empleador en cualquier momento.

DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN (HIPAA)

Si anteriormente rechazó la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) por tener otra cobertura de seguro médico, es posible que en el futuro pueda inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse usted mismo y a sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN CHIPRA – PLAN DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS

Usted y sus dependientes elegibles para la cobertura, pero no inscritos, tienen derecho a elegir la cobertura durante el año del plan en dos circunstancias:

1. La cobertura estatal de Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) suya o de su dependiente finalizó porque usted dejó de ser elegible.
2. Usted se vuelve elegible para un subsidio para el pago de primas del CHIP en virtud de Medicaid o el CHIP estatal. Usted debe solicitar una inscripción especial dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura o dentro de los 60 días posteriores a la determinación de elegibilidad para el subsidio para el pago de primas.

DERECHOS DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN VIRTUD DE LA LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLAZO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS (UNIFORMED SERVICES EMPLOYMENT AND REEMPLOYMENT RIGHTS ACT, USERRA)

Si deja su trabajo para prestar servicio militar, tiene derecho a elegir continuar con su cobertura del plan de salud existente subsidiada por el empleador para usted y sus dependientes (incluido su cónyuge) durante un máximo de 24 meses mientras se encuentre en el ejército. Incluso si no elige continuar con la cobertura durante su servicio militar, tiene derecho a ser reincorporado al plan de salud de su empleador cuando sea recontratado, generalmente sin períodos de espera ni exclusiones por afecciones preexistentes, excepto por lesiones o enfermedades relacionadas con el servicio.

LEY DE MICHELLE

La ley de Michelle permite que los estudiantes universitarios gravemente enfermos o lesionados continúen con la cobertura en virtud de un plan de salud grupal cuando deben abandonar la escuela a tiempo completo debido a su lesión o enfermedad y, de otro modo, perderían la cobertura. La continuación de la cobertura se aplica a la licencia de un hijo dependiente (u otro cambio en la inscripción) de una institución educativa postsecundaria (universidad) debido a una enfermedad o lesión grave, mientras esté cubierta por un plan de salud. De otro modo, esto haría que el hijo perdiera la condición de dependiente en virtud de los términos del plan. La cobertura continuará hasta:

1. que pase un año desde el inicio de la licencia médicamente necesaria, o
2. la fecha en la que la cobertura finalizaría de otro modo en virtud de los términos del plan de salud, lo que ocurra primero.

LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL Y EQUIDAD DE ADICIONES DE 2008

Esta ley amplía los requisitos de paridad de salud mental en la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación del Empleado, el Código de Impuestos Internos y la Ley de Servicios de Salud Pública al imponer nuevos mandatos a los planes de salud grupales que proporcionan beneficios médicos y quirúrgicos y beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias. Entre los nuevos requisitos, dichos planes (o la cobertura de seguro médico ofrecida en relación con dichos planes) deben garantizar lo siguiente:

que los requisitos financieros aplicables a los beneficios de salud mental o trastorno por abuso de sustancias no son más restrictivos que los requisitos financieros predominantes aplicados a prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan (o la cobertura), y que no hay requisitos de participación en los costos separados que sean aplicables solo con respecto a los beneficios de salud mental o trastorno por abuso de sustancias.

INFORMACIÓN GENÉTICA

LEY DE NO DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA (GINA)

La Ley de No Discriminación por Información Genética (Genetic Information Non-discrimination Act, GINA) prohíbe

ampliamente a los empleadores cubiertos discriminar a un empleado, individuo o miembro debido a la "información genética" del empleado, que se define ampliamente en la ley GINA como (1) pruebas genéticas del individuo, (2) pruebas genéticas de familiares del individuo y (3) la manifestación de una enfermedad o un trastorno en familiares de dicho individuo. La ley GINA también prohíbe a los empleadores solicitar, exigir o comprar información genética de un empleado. Esta prohibición no se extiende a la información que se solicita o requiere para cumplir con los requisitos de certificación de las leyes de licencia familiar y médica, o a la información obtenida involuntariamente a través de consultas legítimas en virtud de, por ejemplo, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), siempre que el empleador no utilice la información de ninguna manera discriminatoria. En el caso de que un empleador cubierto adquiera información genética de manera legítima (o accidentalmente), la información debe conservarse en un archivo separado y tratarse como un registro médico confidencial, y puede divulgarse a terceros solo en situaciones muy limitadas.

LEY DE FACTURACIÓN SIN SORPRESAS

Cuando recibe atención de emergencia o de un proveedor fuera de la red de su plan en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red de su plan, está protegido frente a la facturación de saldo. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, coseguros y/o deducibles de su plan.

¿Qué es la "facturación de saldo" (a veces denominada "facturación sorpresa")? Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar algunos gastos de bolsillo, como un copago, coseguro o deducible. Puede tener costos adicionales o tener que pagar la totalidad de la factura si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" se refiere a proveedores y centros que no han firmado un contrato de prestación con su plan de salud. Es posible que a los proveedores fuera de la red se les permita facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se denomina "facturación de saldo". Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y podría no contar para el deducible de su plan o el límite anual de gastos de bolsillo.

La "facturación sorpresa" es una facturación de saldo inesperada. Puede ocurrir cuando no tiene control sobre quién se involucra en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una consulta en un centro dentro de la red, pero recibe tratamiento inesperado de un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa podrían implicar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio. Usted está protegido contra la facturación de saldos por:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el monto de reparto de costos dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro y deducibles). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de que se establezca su condición, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones frente a la facturación de saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, es posible que ciertos proveedores estén fuera de la red. En esos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de urgencias, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, medicina hospitalaria o

intensiva. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones. Nunca se le exige que renuncie a sus protecciones frente a la facturación de saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro dentro de la red de su plan. Cuando no se permite la facturación de saldo, usted también tiene estas protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará los costos adicionales directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin requerir que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (también conocida como "autorización previa").
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Calcular lo que debe al proveedor o centro (costos compartidos) en función de lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red, y mostrar ese monto en la explicación de los beneficios.
 - Contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y límite de gastos de bolsillo.

ASISTENCIA PARA PRIMAS EN VIRTUD DE MEDICAID Y DEL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o el CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para primas que puede ayudar a pagar la cobertura mediante el uso de fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que puedan comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace). Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o el CHIP y usted vive en uno de los estados que se indican a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o el CHIP de su estado para averiguar si la asistencia para primas está disponible. Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP, o bien llame al **877-KIDS-NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para conocer cómo presentar una solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que podría ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas en virtud de Medicaid o el CHIP, así como elegibles en virtud del plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina una oportunidad de "inscripción especial", y debe solicitar cobertura dentro de los 60 días de haber sido determinado elegible para recibir asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 866-444-EBSA (3272).



DIVULGACIONES

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 17 de marzo de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

ALABAMA: Medicaid

Sitio web: <http://myalhipp.com/>
Teléfono: 855-692-5447

ALASKA: Medicaid

Programa de pago de primas del seguro médico de AK

Sitio web: <http://myakhipp.com/>
Teléfono: 866-251-4861

Correo electrónico:

CustomerService@MyAKHIPP.com

Elegibilidad para Medicaid:

<https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS: Medicaid

Sitio web: <http://myarhipp.com/>
Teléfono: 855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA: Medicaid

Sitio web del Programa de pago de primas de seguro médico (Health Insurance Premium Payment, HIPP):

<http://dhcs.ca.gov/hipp>

Teléfono: 916-445-8322/Fax: 916-440-5676

Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO: Health First Colorado

(Programa Medicaid de Colorado)

y Child Health Plan Plus (CHP+)

Sitio web de Health First Colorado:

<https://www.healthfirstcolorado.com/>

Centro de contacto para miembros de Health First

Colorado:

800-221-3943/Relé estatal 711

CHP+:

<https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>

Servicio al cliente de CHP+:

800-359-1991/Relé estatal 711

Programa de inclusión de seguros médicos

(Health Insurance Buy-In, HIBI):

<https://www.mycohibi.com/>

Servicio al cliente del Programa HIBI: 855-692-6442

FLORIDA: Medicaid

Sitio web: <https://www.flmicaidtorecovery.com/>

<https://www.flmicaidtorecovery.com/hipp/index.html>

Teléfono: 877-357-3268

GEORGIA: Medicaid

Sitio web de HIPP GA: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>

Teléfono: 678-564-1162, presione 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, presione 2

INDIANA: Medicaid

Programa de pago de primas del seguro médico

Todos los demás Medicaid

Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>

<http://www.in.gov/fssa/dfr/>

Administración de Servicios Sociales y Familiares

Teléfono: 800-403-0864

Teléfono de servicios para miembros: 800-457-4584

IOWA: Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid:

Medicaid de Iowa | Teléfono de Salud y Servicios

Humanos de Medicaid: 800-338-8366

Sitio web de Hawki:

Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa | Salud

y Servicios Humanos

Teléfono de Hawki: 800-257-8563

Sitio web de HIPP: **Pago de primas del seguro médico (HIPP) | Salud y Servicios Humanos (iowa.gov)**

Teléfono de HIPP: 888-346-9562

KANSAS: Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>

Teléfono: 800-792-4884

Teléfono de HIPP: 800-967-4660

KENTUCKY: Medicaid

Sitio web del Programa de pago de primas del seguro

médico de Kentucky Integrated (KI-HIPP):

<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>

Teléfono: 855-459-6328

Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov

Sitio web de KCHIP: <https://kyconnect.ky.gov>

Teléfono: 877-524-4718

Sitio web de Medicaid Kentucky:

<https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA: Medicaid

Sitio web:

www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp

Teléfono: 888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o

855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE: Medicaid

Sitio web de inscripción:

https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US

Teléfono: 800-442-6003 TTY: Relé de Maine 711

Página web de Primas de seguro médico privado:

<https://www.maine.gov/dhhs/of/applications-forms>

Teléfono: 800-977-6740 TTY: Relé de Maine 711

MASSACHUSETTS: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>

Teléfono: 800-862-4840 TTY: 711

Correo electrónico:

masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA: Medicaid

Sitio web:

<https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>

Teléfono: 800-657-3672

MISSOURI: Medicaid

Sitio web: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>

Teléfono: 573-751-2005

MONTANA: Medicaid

Sitio web: <http://dphhs.mt.gov/>

MontanaHealthcarePrograms/HIPP

Teléfono: 800-694-3084

Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA: Medicaid

Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>

Teléfono: 855-632-7633

Lincoln: 402-473-7000

Omaha: 402-595-1178

NEVADA: Medicaid

Sitio web de Medicaid: <http://dhcpf.nv.gov>

Teléfono de Medicaid: 800-992-0900

NEW HAMPSHIRE: Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>

Teléfono: 603-271-5218

Número gratuito para el programa HIPP:

800-852-3345, ext. 15218

Correo electrónico:

DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NEW JERSEY: Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid:

<http://www.state.nj.us/humanservices/>

Teléfono: 800-356-1561

Teléfono de asistencia para primas de CHIP:

609-631-2392

Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>

Teléfono de CHIP: 800-701-0710 (TTY: 711)

NEW YORK: Medicaid

Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

Teléfono: 800-541-2831

CAROLINA DEL NORTE: Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>

Teléfono: 919-855-4100

DAKOTA DEL NORTE: Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>

Teléfono: 844-854-4825

OKLAHOMA: Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>

Teléfono: 888-365-3742

OREGON: Medicaid y CHIP

Sitio web:

<http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>

Teléfono: 800-699-9075

PENNSYLVANIA: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>

Teléfono: 800-692-7462

Sitio web de CHIP: **Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov)**

Teléfono de CHIP: 800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>

Teléfono: 855-697-4347, o

401-462-0311 (Línea directa de Rlte Share)

SOUTH CAROLINA: Medicaid

Sitio web: <https://www.scdhhs.gov>

Teléfono: 888-549-0820

DAKOTA DEL SUR: Medicaid

Sitio web: <http://dss.sd.gov>

Teléfono: 888-828-0059

TEXAS: Medicaid

Sitio web: **Programa de pago de primas del seguro médico (HIPP) | Servicios Humanos y de Salud de Texas**

Teléfono: 800-440-0493

UTAH: Medicaid y CHIP

Sitio web de la Asociación de Primas para Seguros Médicos (UPP) de Utah: <https://medicaid.utah.gov/upp/>

Correo electrónico: upp@utah.gov

Teléfono: 888-222-2542

Sitio web de Expansión para adultos:

<https://medicaid.utah.gov/expansion/>

Sitio web del Programa de compra de Medicaid de Utah:

<https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>

Sitio web de CHIP: <https://chip.utah.gov/>

VERMONT: Medicaid

Sitio web: **Programa de pago de primas del seguro médico (HIPP) | Departamento de Acceso a la Salud de Vermont**

Teléfono: 800-250-8427

VIRGINIA: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>

<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>

Teléfono de Medicaid/CHIP: 800-432-5924

WASHINGTON: Medicaid

Sitio web: <https://www.hca.wa.gov/>

Teléfono: 800-562-3022

VIRGINIA DEL OESTE: Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/>

<http://mywvhipp.com/>

Teléfono de Medicaid: 304-558-1700

Teléfono gratuito de CHIP: 855-MyVWHIPP

(855-699-8447)

WISCONSIN: Medicaid y CHIP

Sitio web:

<https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>

Teléfono: 800-362-3002

WYOMING: Medicaid

Sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>

Teléfono: 800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia para primas desde el 17 de marzo de 2025, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con uno de los siguientes organismos:

Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU.

www.dol.gov/agencies/ebsa
866-444-EBSA (3272)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

www.cms.hhs.gov
877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61565

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DEL PAPELEO

De acuerdo con la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Ley pública 104-13) (Paperwork Reduction Act, PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte el artículo 3507 del título 44 del Código de los EE. UU. (United States Code, U.S.C.) Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte el artículo 3512 del título 44 del Código de los EE. UU. (U.S.C.).

Se estima que la carga horaria que requiere esta tarea de recopilación de información promediará aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga horaria o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, lo que incluye sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Oficina de Políticas e Investigación, Atención: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y mencionar el número de control de la OMB 1210-0137.

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

PROMOCIÓN



SITIO WEB

Manténgase informado con las últimas novedades de salud, herramientas biométricas, calculadoras e información en 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, Pet Benefit Solutions y Avésis.

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

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.