



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 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 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



COBERTURA MÉDICA

HMO SIGNATURE

HMO SELECT

BENEFICIO	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	\$55.00	\$311.70	\$57.43	\$325.49
Empleado + 1 dependiente	\$183.35	\$550.05	\$191.46	\$574.39
Empleado + familia	\$265.86	\$797.58	\$277.62	\$832.87



**KAISER
PERMANENTE®**

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.

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

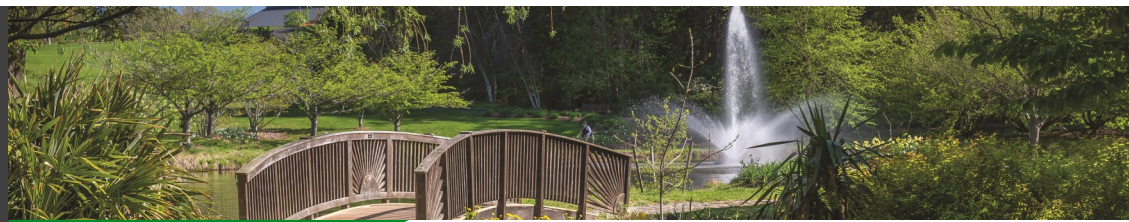
COBERTURA DENTAL

United **Concordia**
dental®

PLANES DENTALES DE UNITED CONCORDIA

NOVA Parks ofrece dos planes dentales de United Concordia: un plan básico y un plan superior. Para localizar un dentista, visite unitedconcordia.com/find-a-dentist o llame al 1.800.332.0366.

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 más altos.



¡Nueva aseguradora!

PLAN CON DEDUCIBLE BAJO

PLAN CON DEDUCIBLE ALTO

BENEFICIO	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 diagnósticos y preventivos Exámenes, radiografías, limpiezas, tratamiento con flúor, selladores, tratamiento paliativo de emergencia y mantenedores de espacio	100%	60%	100%	100%
Servicios básicos Extracciones simples, reparaciones, endodoncia, periodoncia, cirugía oral y anestesia general	80%*	40%*	90%*	90%*
Servicios más avanzados Puentes y dentaduras; coronas, incrustaciones (inlays) y recubrimientos (onlays); implantes	50%*	10%*	60%*	60%*
Servicios de ortodoncia	No están cubiertos		No están cubiertos	
CONTRIBUCIONES QUINCENALES	EMPLEADO		EMPLEADO	
Solo empleado	\$11.95		\$18.18	
Empleado + 1 dependiente	\$24.46		\$36.96	
Empleado + familia	\$42.27		\$62.53	

* 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 contacto ²		
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

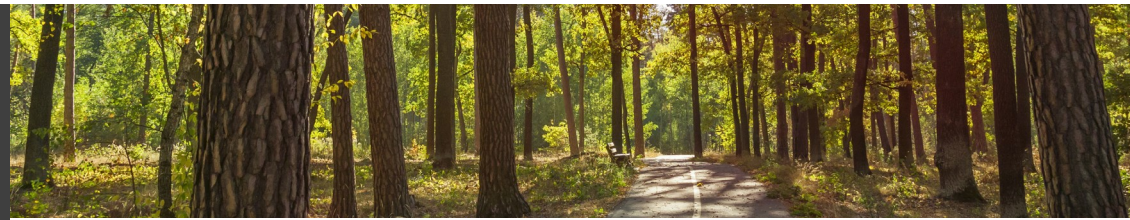
AVESIS

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 Cubiertos 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

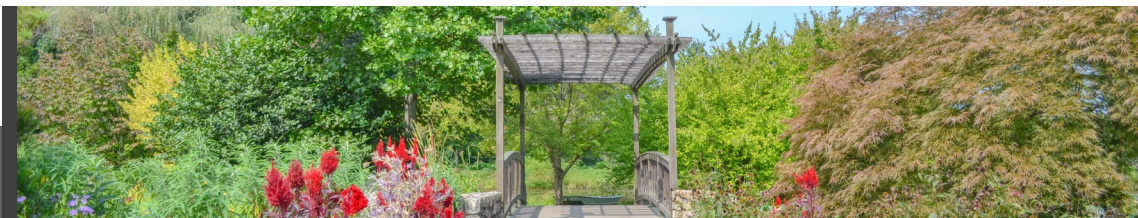
Seguro contra enfermedades graves

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



Wishbone

NOVA Parks ofrece a los empleados la oportunidad de inscribirse en beneficios para mascotas a través de Wishbone, porque las mascotas también son parte de la familia. Los planes Total Pet y Wishbone de Accidentes/Enfermedades y Bienestar incluyen una variedad de beneficios para satisfacer las necesidades de los empleados y sus compañeros animales.

Plan Total Pet - (Página de inicio del Plan Total Pet de Wishbone)

- **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 app.wishbone.pet/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 RECIÉN NACIDOS Y MADRES DE 1996 (LEY DEL RECIÉN NACIDO)

Por ley federal, los planes de salud de grupo y las aseguradoras de salud generalmente no pueden restringir los beneficios de hospitalización en conexión con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o 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, le dé de alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (u 96 horas según corresponda). En cualquier caso, por ley federal, los planes y aseguradoras no pueden exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o la aseguradora para prescribir una estadía hospitalaria que no exceda 48 horas (u 96 horas).

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER DE 1998 (WHCRA, TAMBIÉN CONOCIDA COMO LEY DE JANET)

Conforme a la WHCRA, los planes de salud de grupo, las compañías de seguros y las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) que ofrecen cobertura de mastectomía también deben proporcionar cobertura para cirugía reconstructiva de manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente. La cobertura incluye la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía, la cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica, y prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas. Llame a su administrador del plan para obtener más información.

ORDEN CALIFICADA DE MANUTENCIÓN MÉDICA PARA HIJOS (QMCSO)

Una QMCSO es una orden calificada de manutención médica para hijos emitida conforme a la ley estatal que crea o reconoce la existencia del derecho de un “beneficiario alternativo” a recibir beneficios para los cuales un participante o beneficiario es elegible conforme a un plan de salud de grupo. Un “beneficiario alternativo” es cualquier hijo de un participante (incluyendo un hijo adoptado o colocado para adopción con un participante en un plan de salud de grupo) que es reconocido conforme a una orden calificada de manutención médica para hijos como teniendo derecho a inscripción conforme a un plan de salud de grupo con respecto a tal participante. Al recibir una orden, el administrador de un plan de salud de grupo está obligado a determinar, dentro de un período razonable de tiempo, si una orden calificada de manutención médica para hijos es calificada, y a administrar beneficios de conformidad con los términos aplicables de cada orden que sea calificada. En el evento de que se le notifique que debe proporcionar cobertura médica para un hijo dependiente como resultado de una determinación legal, puede obtener información de su empleador sobre las reglas para buscar implementar tal cobertura. Estas reglas se proporcionan sin costo para usted y pueden ser solicitadas a su empleador en cualquier momento.

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL (HIPAA)

Si anteriormente rechazó la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud, en el futuro puede ser capaz de inscribirse a usted o sus dependientes en este plan, siempre que solicite la inscripción dentro de 30 días después de que su otra cobertura termine. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción, puede ser capaz de inscribirse a usted y sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción.

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL CHIPRA – PLAN DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS

Usted y sus dependientes que son elegibles para cobertura, pero que no se han inscrito, tienen el derecho de elegir cobertura durante el año del plan bajo dos circunstancias:

Su cobertura de Medicaid estatal o CHIP (Programa de Seguro de Salud para Niños) o la de su dependiente terminó porque dejó de ser elegible. Usted o su dependiente se vuelve elegible para un subsidio de asistencia de prima de CHIP conforme a Medicaid estatal o CHIP (Programa de Seguro de Salud para Niños). Debe solicitar inscripción especial dentro de 60 días de la pérdida de cobertura y/o dentro de 60 días de cuando se determina la elegibilidad para el subsidio de prima.

DERECHOS DE EXTENSIÓN DE COBERTURA CONFORME A LA LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLIO DE SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA)

Si deja su trabajo para realizar servicio militar, tiene el derecho de elegir continuar su cobertura de plan de salud existente basada en el empleador para usted y sus dependientes (incluyendo cónyuge) por hasta 24 meses mientras está en el servicio militar. Incluso si no elige continuar la cobertura durante su servicio militar, tiene el derecho de ser reintegrado en el plan de salud de su empleador cuando sea reemplazado, generalmente sin ningún período de espera o exclusiones por condiciones preexistentes excepto por lesiones o enfermedades relacionadas con el servicio.

LEY DE MICHELLE

La Ley de Michelle permite que estudiantes universitarios gravemente enfermos o lesionados continúen la cobertura conforme a un plan de salud de grupo cuando deben dejar la escuela a tiempo completo debido a su lesión o enfermedad y de otra manera perderían la cobertura. La continuación de cobertura se aplica a la licencia por ausencia de un hijo dependiente de (u otro cambio en la inscripción) una institución educativa postsecundaria (colegio o universidad) debido a una enfermedad o lesión grave, mientras está cubierto conforme a un plan de salud. Esto de otra manera causaría que el hijo pierda el estado de dependiente conforme a los términos del plan. La cobertura será continuada hasta:

Un año a partir del inicio de la licencia por ausencia médicamente necesaria, o

La fecha en la cual la cobertura de otra manera terminaría conforme a los términos del plan de salud; lo que ocurra primero.

LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL Y EQUIDAD EN ADICCIÓN DE 2008

Esta ley expande los requisitos de paridad de salud mental en la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados, el Código de Ingresos Internos y la Ley de Servicios de Salud Pública al imponer nuevos mandatos en planes de salud de grupo que proporcionan tanto beneficios médicos y quirúrgicos como beneficios de salud mental o trastorno por abuso de sustancias. Entre los nuevos requisitos, tales planes (o la cobertura de seguro de salud ofrecida en conexión con tales planes) deben asegurar que: Los requisitos financieros aplicables a beneficios de salud mental o trastorno por abuso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos financieros predominantes aplicados a sustancialmente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan (o cobertura), y no haya requisitos de costo compartido separados que sean aplicables solo con respecto a beneficios de salud mental o trastorno por abuso de sustancias.

LEY DE NO DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA (GINA)

GINA ampliamente prohíbe a los empleadores cubiertos discriminar contra un empleado, individuo, o miembro debido a la “información genética” del empleado, que es ampliamente definida en GINA para significar (1) pruebas genéticas del individuo, (2) pruebas genéticas de miembros de la familia del individuo, y (3) la manifestación de una enfermedad

o trastorno en miembros de la familia de tal individuo. GINA también prohíbe a los empleadores solicitar, requerir, o comprar información genética de un empleado. Esta prohibición no se extiende a información que es solicitada o requerida para cumplir con los requisitos de certificación de leyes de licencia familiar y médica, o a información obtenida inadvertidamente a través de investigaciones lícitas conforme a, por ejemplo, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, siempre que el empleador no use la información de manera discriminatoria. En el evento de que un empleador cubierto lícitamente (o inadvertidamente) adquiera información genética, la información debe ser mantenida en un archivo separado y tratada como un registro médico confidencial y puede ser divulgada a terceros solo en situaciones muy limitadas.

LEY SIN SORPRESAS

Cuando recibe atención de emergencia o es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital dentro de la red o centro quirúrgico ambulatorio, está protegido de la facturación del saldo. En estos casos, no debe ser cobrado más que los copagos, coseguro y/o deducible de su plan. ¿Qué es “facturación del saldo” (a veces llamada “facturación sorpresa”)? Cuando ve a un médico u otro proveedor de atención médica, puede deber ciertos costos de su bolsillo, como un copago, coseguro, o deducible. Puede tener costos adicionales o tener que pagar la factura completa si ve a un proveedor o visita una instalación de atención médica que no está en la red de su plan de salud. “Fuera de la red” significa proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud para proporcionar servicios. Los proveedores fuera de la red pueden ser permitidos facturarle por la diferencia entre lo que su plan paga, y la cantidad total cobrada por un servicio. Esto se llama “facturación del saldo”. Esta cantidad es probable que sea más que los costos dentro de la red para el mismo servicio y puede no contar hacia su deducible del plan o límite anual de gastos de su bolsillo. “Facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención— como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en una instalación dentro de la red pero es inesperadamente tratado por un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa podrían costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio. Está protegido de la facturación del saldo para:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o instalación fuera de la red, lo máximo que pueden cobrarle es el monto de coseguro dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro y deducibles). No puede ser objeto de facturación del saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que puede recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

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

Cuando recibe servicios de un hospital dentro de la red o centro quirúrgico ambulatorio, ciertos proveedores allí pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden cobrarle es el monto de coseguro dentro de la red de su plan. Esto se aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo. Si recibe otros tipos de servicios en estas instalaciones dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones. Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede

elegir un proveedor o instalación en la red de su plan. Cuando no se permite la facturación del saldo, también tiene estas protecciones:

Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguro y deducible que pagaría si el proveedor o instalación estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente cualquier costo adicional a proveedores e instalaciones fuera de la red.

En general, su plan de salud debe:

Cubrir servicios de emergencia sin requerirle que obtenga aprobación para servicios por adelantado (también conocido como “autorización previa”).

Cubrir servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.

Basar lo que debe al proveedor o instalación (coseguro) en lo que pagaría a un proveedor o instalación dentro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.

Contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red hacia su deducible dentro de la red y límite de gastos de su bolsillo.

ASISTENCIA DE PRIMA BAJO MEDICAID Y PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y es elegible para cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia de prima que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia de prima, pero puede comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para más información, visite www.healthcare.gov. Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en un estado que se enumera a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si la asistencia de prima está disponible. Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque 1-877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitar. Si califica, pregúntele a su estado si tiene un programa que podría ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador. Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia de prima bajo Medicaid o CHIP, así como elegibles bajo su plan de empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no está inscrito. Esto se llama una oportunidad de “inscripción especial”, y debe solicitar cobertura dentro de 60 días de ser determinado elegible para asistencia de prima. Si tiene preguntas sobre inscribirse en su plan de empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272). Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para asistencia para pagar sus primas del plan de salud del empleador. La siguiente lista de estados es actual a partir del 31 de julio de 2026. Comuníquese con su estado para más información sobre elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid
Sitio web: <http://myalhipp.com/>
Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA – Medicaid
El Programa de Pago de Prima de Seguro de Salud de AK
Sitio web: <http://myakhipp.com/>
Teléfono: 1-866-251-4861



DIVULGACIONES

Correo electrónico:
CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad de Medicaid:
<https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

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

CALIFORNIA – Medicaid
Programa de Pago de Prima de Seguro de Salud (HIPP)
Sitio web: <http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
Sitio web de Health First Colorado:
<https://www.healthfirstcolorado.com/>
Centro de Contacto de Miembros de Health First Colorado:
1-800-221-3943 / Relé estatal 711
Sitio web de CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
CHP+ Servicio al cliente: 1-800-359-1991 / Relé estatal 711
Programa de Compra de Seguro de Salud (HIBI):
<https://www.mycobibi.com/>
Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA – Medicaid
Sitio web:
<https://www.flmedicaidptprecovery.com/>
[flmedicaidptprecovery.com/hipp/index.html](https://www.flmedicaidptprecovery.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, Opción 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, opción 2

ILLINOIS – Medicaid
Sitio web de solicitud de Medicaid: <https://abe.illinois.gov>
Línea directa de HIPP: 217-524-8268
Correo electrónico de HIPP:
hfs.boc.hipp@illinois.gov

INDIANA – Medicaid
Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>
Información adicional: <http://www.in.gov/fssa/dfir/>
Administración de Servicios Familiares y Sociales:
Teléfono: 1-800-403-0864
Servicios para miembros:
Teléfono: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)
Sitio web de Medicaid:
<https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid>

Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366
Sitio web de Hawki:
<https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki>
Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
Sitio web de HIPP:
<https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp>
Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid
Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>
Teléfono: 1-800-792-4884
Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY – Medicaid
Programa integrado de pago de primas de seguros de salud de Kentucky (KI-HIPP):
<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
Teléfono: 1-855-459-6328
Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: <https://kyneet.ky.gov>
Teléfono de KCHIP: 1-877-524-4718
Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA – Medicaid
Sitio web de Medicaid de Louisiana: <https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana>
Servicio al cliente: 1-888-342-6207
Correo electrónico: healthy@la.gov
Sitio web de LaHIPP: <https://www.ldh.la.gov/lahipp>
Teléfono: 1-877-697-6703
Correo electrónico: La.HIPP@la.gov
Fax: 1-888-716-9787
Dirección postal:
100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000
Tucker, GA 30084

MAINE – Medicaid
Sitio web de inscripción:
https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: Maine Relay 711
Sitio web de seguros de salud privados:
<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: 711
Correo electrónico:
masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid
Sitio web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>
Teléfono: 1-800-657-3672

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: 1-800-694-3084
Correo electrónico: HHSHIPPPProgram@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: <http://dhcfp.nv.gov>
Teléfono: 1-800-992-0900

NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>
Teléfono: 603-271-5218
Llamada gratuita: 1-800-852-3345 ext. 15218
Correo electrónico:
DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NEW JERSEY – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>
Teléfono: 1-800-356-1561
Asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392
Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)

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

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

NORTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>
Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>
Teléfono: 1-888-365-3742

OREGON – Medicaid
Sitio web: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
Teléfono: 1-800-699-9075

PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP
Sitio web de HIPP:
<https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicare-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>
Teléfono: 1-800-692-7462
Sitio web de CHIP:
<https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx>
Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>
Teléfono: 1-855-697-4347
Línea directa RIte Share: 401-462-0311

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

SOUTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: <http://dss.sd.gov>
Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid
Sitio web:
<https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program>
Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web de UPP: <https://medicaid.utah.gov/upp/>
Correo electrónico: upp@utah.gov
Teléfono: 1-888-222-2542
Expansión para adultos:
<https://medicaid.utah.gov/expansion/>
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: <https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program>
Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP
FAMIS Select:
<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>
Programas HIPP:
<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>
Teléfono: 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: <https://www.hca.wa.gov/>
Teléfono: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: <https://dhhr.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 ver si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia de primas desde 31 de julio de 2026, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con cualquiera de los siguientes:

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

www.dol.gov/agencies/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)

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

Servicios de Medicaid

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, Opción de menú 4, ext. 61565

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995 (Pub. L. 104-13) (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 (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB conforme a la PRA y muestre un número de control válido actualmente, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido actualmente. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a penalización por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control válido actualmente. Véase 44 U.S.C. 3512. Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de carga u otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de Autorización de la PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o correo electrónico ebsa.opr@dol.gov y haga referencia al número de control de la OMB 1210-0137. Número de control de la OMB 1210-0137 (vence 5/31/2029)

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, United Concordia, MetLife, Wishbone 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

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.