

2026

Guía de Beneficios

Una descripción general de la amplia gama de beneficios que proporciona Hirshfield's Inc. para que goce de bienestar y seguridad financiera.

Estos beneficios entran en vigor el 1.º de enero de 2026.



Creado por Christensen Group, Inc. para Hirshfield's Inc.

Contenido

Hirshfield's Inc. se enorgullece de ofrecer un paquete de beneficios completo para usted y su familia. Este programa está diseñado para cuidarlo muy bien cuando lo necesite. Analice sus opciones para seleccionar las que mejor se adapten a sus necesidades.

Beneficios ofrecidos

A lo largo de este folleto, veremos los siguientes beneficios para empleados que ofrece Hirshfield's Inc.

- Seguro médico
- Cuenta de ahorros para la salud (HSA)
- Cuenta de gastos flexibles (FSA)
- FSA para el cuidado de personas a cargo
- Seguro odontológico
- Seguro oftalmológico
- Seguro de vida básico
- Seguro de vida voluntario
- Seguro por incapacidad a largo plazo
- Planes 401(k)
- Asesor de Medicare
- Protección legal y de la identidad



Este documento no reemplaza a los folletos de los certificados ni a las Descripciones resumidas del plan (SPD). Los beneficios descritos en este documento son solo resúmenes; en caso de error y para toda adjudicación de reclamaciones, prevalecerán los contratos principales. Hirshfield's Inc. se reserva el derecho de cambiar, enmendar, cancelar o alterar de alguna otra forma cualquier plan en cualquier momento. Consulte sus certificados para obtener más detalles e información completa.

Elegibilidad de beneficios

Como empleado de Hirshfield's Inc., usted puede optar por obtener los beneficios anuales para usted y sus personas a cargo cuando cumpla determinados requisitos laborales.

Dependientes elegibles

Además del empleado, los siguientes dependientes son elegibles para recibir beneficios:

- Empleado
- Cónyuge legalmente casado
- Hijos legítimos
- Hijastros



Requisitos laborales

Todos los empleados a tiempo completo que trabajen 30 horas o más por semana y sus personas a cargo elegibles pueden acceder a los beneficios.

Cuándo comienzan sus beneficios

Los beneficios por servicios médicos, HSA, Oftalmología, Legales, FSA y FSA para atención de personas a cargo entran en vigor a partir del primer mes luego de cumplir 30 días de empleo. Todos los otros beneficios entran en vigor el primer día del mes luego de cumplir 90 días de empleo.

Elecciones de beneficios

Hay un período de tiempo específico cada año durante el cual usted debe completar sus elecciones de beneficios.



Todos los empleados deben completar la lista de verificación de beneficios para empleados nuevos en el sitio web UKG ya sea que se inscriban o que renuncien a los beneficios. Se puede acceder a este sitio web desde cualquier lugar.

<https://secure4.saashr.com/ta/6159191.login?rnd=DBN>

Listas de verificación de beneficios para empleados nuevos

Todos los nuevos empleados reciben una lista de verificación con las fechas límite que se envía por correo electrónico al gerente de la tienda, así como a la dirección de correo electrónico que han proporcionado en su solicitud. Los empleados deben iniciar sesión en UKG para ver sus listas de tareas pendientes al menos 2 veces por semana. Si no se cumplen los plazos para completar los beneficios de los nuevos empleados, no se otorgarán beneficios hasta que comience el nuevo año del plan. Los empleados nuevos deben consultar a su gerente por la lista de verificación con fecha límite.

Los empleados que NO completen sus listas de verificación en UKG no podrán inscribirse en ningún beneficio hasta el próximo período de inscripción abierta.

Contacto de Hirshfield's

Para obtener información de beneficios más detallada y también información sobre ventajas adicionales para empleados, visite <https://www.hirshfields-connect.com>.

Resumen de beneficios

Hirshfield's Inc. proporciona una serie de beneficios que pueden ayudarle a mejorar su bienestar, lidiar con una enfermedad inesperada o un accidente, desarrollar y proteger su seguridad financiera, equilibrar su vida personal y profesional, y satisfacer sus necesidades cotidianas. Estos beneficios son asequibles, integrales y competitivos.

La siguiente tabla resume los beneficios disponibles para los empleados elegibles y sus dependientes. Estos beneficios se describen con mayor detalle en este folleto.

¿TIENE PREGUNTAS?

Si tiene alguna pregunta sobre sus opciones de beneficios, comuníquese con:

Eva Quist
Director de Recursos Humanos
Hirshfield's Inc.
(C) 612-810-0374
equist@hirshfields.com

Cobertura	Aseguradora	N.º de grupo	Teléfono	Sitio web
Servicios médicos	Blue Cross Blue Shield of Minnesota	201458	(866) 873-5943	www.bluecrossmnonline.com
Cuenta de ahorros para la salud (HSA)	Lively	–	(888) 576-4837	www.livelyme.com
Cuenta de gastos flexibles (FSA)	Hirshfield's	–	Consulte a RR. HH.	
FSA para el cuidado de personas a cargo	Hirshfield's	–	Consulte a RR. HH.	
Servicios odontológicos	Delta Dental of Minnesota	1183	(800) 448-3815	www.deltadentalmn.org
Servicios oftalmológicos	EyeMed	1008426-1001	(866) 939-3633	www.eyemed.com
Seguro de vida básico	MetLife	5779678	(800) 638-5433	www.metlife.com
Seguro de vida voluntario	MetLife	5779678	(800) 638-5433	www.metlife.com
Seguro por incapacidad a largo plazo	MetLife	5779678	(800) 638-5433	www.metlife.com
401k	Fidelity	–	(800) 835-5097	www.401k.com
Protección legal y de la identidad	LegalShield	152386	(800) 654-7757	www.legalshield.com

Términos clave

Deducible anual (ded.)

El monto que debe pagar cada año antes de que el plan empiece a pagar una parte de los gastos médicos. Los gastos de todos los miembros de la familia que cuenten para el deducible del plan de salud se acumulan en conjunto; sin embargo, cada persona también tiene un límite en sus gastos acumulados individuales (el monto varía según el plan).

Máximo de gastos de bolsillo

Este es el monto total que puede pagar de su bolsillo cada año calendario antes de que el plan pague el 100 por ciento de los gastos cubiertos durante el resto del año. La mayoría de los gastos que cumplen con los requisitos de la red de proveedores cuentan para el máximo anual de gastos de bolsillo, incluidos los gastos que se pagan para el deducible anual, los copagos y el coseguro.

Copagos y coseguro

Estos gastos son la parte de los costos que usted paga por los servicios médicos cubiertos. Los copagos son un monto fijo en dólares y suelen pagarse en el momento en que usted recibe la atención. El coseguro es el porcentaje del monto permitido que usted debe pagar por un servicio y, por lo general, se le factura luego de que la aseguradora verifica la factura con los proveedores.

Red

Los centros, prestadores y proveedores con los que su compañía de seguros o plan de salud tiene un contrato para la prestación de servicios de atención médica.

Prima

El monto que paga por el seguro de salud cada mes. Además de la prima, usted suele tener que pagar otros costos para la atención médica, que incluyen deducibles, copagos y coseguros.

Cuidado preventivo

El cuidado preventivo ayuda a detectar o prevenir enfermedades y problemas médicos antes de que se agraven. Algunos ejemplos de cuidado preventivo son los chequeos anuales, las vacunaciones, las vacunas antigripales y algunas pruebas y análisis. A esto también se lo puede denominar atención de rutina.

Integrados o no integrados

Los planes integrados tienen dos montos deducibles en un solo plan: el individual y el familiar. El deducible individual está integrado en el deducible familiar, por lo que ningún miembro de la familia puede contribuir más que el monto individual al deducible familiar.

Un plan no integrado es aquel en el que debe alcanzarse todo el deducible familiar antes de que el plan empiece a pagar.

Plan médico



¿Qué es un plan médico?

El plan médico es un tipo de beneficio que paga la totalidad o una parte de los gastos médicos elegibles si usted o un familiar cubierto está enfermo o lesionado.



¿Cuál es la aseguradora?

Sus planes médicos son administrados a través de Blue Cross Blue Shield of Minnesota. Las redes específicas entre las que puede elegir son:

Aware
High Value

Blue Cross Blue Shield of Minnesota
(866) 873-5943
www.bluecrossmnonline.com



¿Requiere una acción de su parte?

Puede elegir un plan para usted y las personas a su cargo, incluidos los hijos hasta los 26 años. Puede cambiar su opción de plan una vez por año en el momento de la inscripción anual.

Hirshfield's Inc. paga una parte importante de su prima total del seguro de salud si se inscribe en un plan. El importe que usted aporta se paga antes de impuestos mediante deducciones en el recibo de sueldo y figura en la parte inferior de cada opción del plan.

Plan médico

Atención preventiva

Entender todo el valor de los beneficios cubiertos le permite hacerse responsable de conservar su buena salud e incorporar hábitos saludables a su estilo de vida. Algunos ejemplos incluyen hacerse con regularidad exámenes físicos, mamografías y vacunarse.

Mediante el plan que ofrece Hirshfield's Inc, todos los empleados y personas a cargo con cobertura pueden acceder a servicios de bienestar de rutina como estos sin costo; se los exime de todos los copagos, coseguro y deducibles.

El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. mantiene una lista periódica de servicios recomendados que todos los planes de seguro que cumplen con la Ley de Atención de Salud Asequible (es decir, la reforma sanitaria) deben cubrir al 100 % para los proveedores dentro de la red.

La siguiente es una lista de los servicios comunes que se incluyen en los planes que se ofrecen este año.



Servicios de atención preventiva cubiertos

- Examen físico de rutina
- Consultas de prevención para bebés y niños
- Consultas preventivas para mujeres
- Vacunaciones
- Examen de rutina de densidad ósea
- Examen de rutina de mamas
- Examen ginecológico de rutina
- Detección de diabetes gestacional
- Detección de obesidad y asesoramiento
- Examen rectal digital de rutina
- Colonoscopia de rutina
- Detección de cáncer colorrectal de rutina
- Examen de próstata de rutina
- Procedimientos de laboratorio de rutina
- Mamografías de rutina
- Papanicolau de rutina
- Programas para dejar de fumar
- Servicios de asesoramiento / educación para la salud
- Asesoramiento de salud para ETS y VIH
- Pruebas de VPH y VIH
- Detección y asesoramiento para la violencia doméstica

Plan médico

Resumen de las opciones del plan



Los siguientes planes son sus opciones de seguro médico para el próximo año.

Plan PPO Plan de \$2,500–20 % de copago Aware Network	
Dentro de la red	
Deducibles (individual/familiar) – Año calendario	\$2,500/\$7,500
Máx. de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario	\$5,500/\$11,000
Atención preventiva	Cobertura del 100 %
Consulta de atención primaria	\$40 de copago
Consulta con especialista	\$40 de copago
Pacientes hospitalizados y ambulatorios	Deducible; luego 20 % de cobertura
Sala de emergencias	Deducible; luego 20 % de cobertura
Atención de urgencia	\$40 de copago
Farmacia/medicamentos recetados (suministro para 30 días)	Niveles 1–4: \$20/\$50/\$75/\$120
Fuera de la red	
Deducibles (individual/familiar) – Año calendario	\$5,000 / \$10,000
Coseguro	50 %
Máx. de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario	\$10,000 / \$20,000
Aporte del empleado período de pago quincenal	Contratado antes de 1990 Contratado DESPUÉS de 1990
Empleado	30 % \$145.41 35 % \$169.64
Empleado + 1	30 % \$304.10 35 % \$354.78
Empleado + familia	30 % \$463.71 35 % \$541.00

Plan médico

Resumen de las opciones del plan (*continuación*)



Plan PPO Plan de \$2,500–20 % de copago Red High Value

Dentro de la red			
Deducibles (individual/familiar) – Año calendario	\$2,500/\$7,500		
Máx. de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario	\$5,500/\$11,000		
Atención preventiva	Cobertura del 100 %		
Consulta de atención primaria	\$40 de copago		
Consulta con especialista	Copago de \$40		
Pacientes hospitalizados y ambulatorios	Deducible; luego 20 % de cobertura		
Sala de emergencias	Deducible; luego 20 % de cobertura		
Atención de urgencia	\$40 de copago		
Farmacia/medicamentos recetados (suministro para 30 días)	Niveles 1-4: \$20/\$50/\$75/\$120		
Fuera de la red			
Deducibles (individual/familiar) – Año calendario	\$5,000 / \$10,000		
Coseguro	50 %		
Máx. de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario	\$10,000 / \$20,000		
Aporte del empleado período de pago quincenal	Contratado antes de 1990	Contratado DESPUÉS de 1990	
Empleado	30 % \$133.00	35 %	\$155.17
Empleado + 1	30 % \$278.15	35 %	\$324.51
Empleado + familia	30 % \$424.16	35 %	\$494.85

Plan médico

Resumen de las opciones del plan (*continuación*)



Plan HSA \$4,000–25 % red Aware

Dentro de la red			
Deducibles (individual/familiar) – Año calendario	\$4,000/\$8,000		
Máx. de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario	\$6,000/\$12,000		
Atención preventiva	Cobertura del 100 %		
Consulta de atención primaria	Ded.; luego 75 % de cobertura		
Consulta con especialista	Deducible; luego 75 % de cobertura		
Intrahospitalario y ambulatorio	Deducible; luego 75 % de cobertura		
Sala de emergencias	Deducible; luego 75 % de cobertura		
Atención de urgencia	Deducible; luego 75 % de cobertura		
Farmacia/medicamentos recetados (suministro para 30 días)	Ded.; luego 75 % de cobertura		
Fuera de la red			
Deducibles (individual/familiar) – Año calendario	\$7,500/\$15,000		
Coseguro	50 %		
Máx. de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario	\$12,500 / \$25,000		
Aporte del empleado período de pago quincenal	Contratado antes de 1990		Contratado DESPUÉS de 1990
Empleado	30 %	\$130.11	35 % \$151.80
Empleado + 1	30 %	\$272.11	35 % \$317.47
Empleado + familia	30 %	\$414.94	35 % \$484.10

Plan médico

Resumen de las opciones del plan (*continuación*)



Plan HSA \$4,000–25 % – Red High Value

Dentro de la red			
Deducibles (individual/familiar) – Año calendario	\$4,000/\$8,000		
Máx. de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario	\$6,000/\$12,000		
Atención preventiva	Cobertura del 100 %		
Consulta de atención primaria	Ded.; luego 75 % de cobertura		
Consulta con especialista	Deducible; luego 75 % de cobertura		
Pacientes hospitalizados y ambulatorios	Deducible; luego 75 % de cobertura		
Sala de urgencias	Deducible; luego 75 % de cobertura		
Atención de urgencia	Deducible; luego 75 % de cobertura		
Farmacia/receta (suministro para 30 días)	Ded.; luego 75 % de cobertura		
Fuera de la red			
Deducibles (individual/familiar) – Año calendario	\$7,500/\$15,000		
Coseguro	50 %		
Máx. de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario	\$12,500 / \$25,000		
Aporte del empleado período de pago quincenal	Contratado antes de 1990		Contratado DESPUÉS de 1990
Empleado	30 %	\$119.01	35 % \$138.84
Empleado + 1	30 %	\$248.89	35 % \$290.37
Empleado + familia	30 %	\$379.53	35 % \$442.78

Plan médico

Resumen de las opciones del plan (*continuación*)



Plan HSA \$8,500-0 % — Red Aware

Dentro de la red	
Deducibles (individual/familiar) — Año calendario	\$8,500 / \$17,000
Máx. de bolsillo (individual/familiar) — Año calendario	\$8,500 / \$17,000
Atención preventiva	Cobertura del 100 %
Consulta de atención primaria	Deducible; luego 100 % de cobertura
Consulta con especialista	Deducible; luego 100 % de cobertura
Intrahospitalario y ambulatorio	Deducible; luego 100 % de cobertura
Sala de emergencias	Deducible; luego 100 % de cobertura
Atención de urgencia	Ded.; luego 100 % de cobertura
Farmacia/receta (suministro para 30 días)	Deducible; luego 100 % de cobertura
Fuera de la red	
Deducibles (individual/familiar) — Año calendario	\$10,000 / \$20,000
Coseguro	50 %
Máx. de bolsillo (individual/familiar) — Año calendario	\$15.000/\$30.000
Aporte del empleado período de pago quincenal	
Empleado	\$110.06
Empleado + 1	\$256.50
Empleado + familia	\$391.13

Plan médico

Redes Blue Cross y Blue Shield of Minnesota



Aware

La red Aware incluye todos los proveedores contratados de Blue Cross Blue Shield, incluido Mayo Clinic Health System.

Para buscar la red Aware, diríjase a:

https://findadoctormn.sapphirecaresselect.com/?ci=bcbsmn&networkid=310&geo_location=45.094896,-93.261556&locale=en_us

High Value

La red High Value le da acceso a diversos sistemas de atención médica de calidad en gran parte de Minnesota, que incluyen lina, Fairview, HealthEast, North Memorial, Ridgeview, y médicos de la Universidad de Minnesota, y muchos más fuera del área metropolitana. No incluye Mayo Clinic Health System.

Para buscar la red High Value, diríjase a:

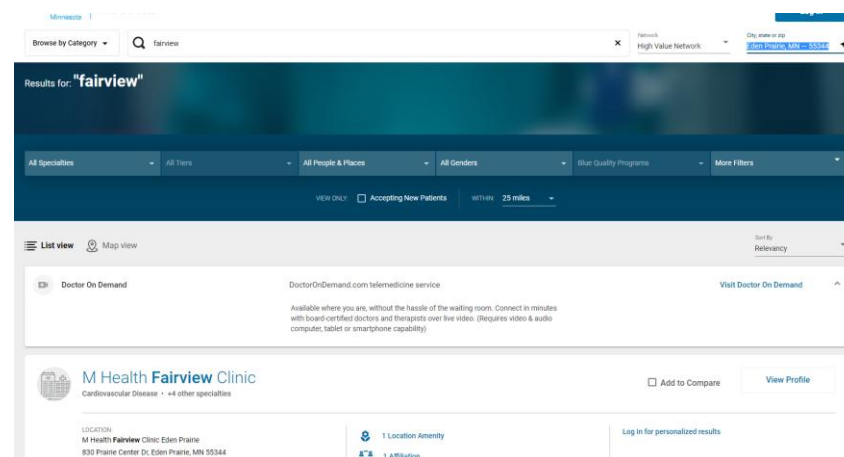
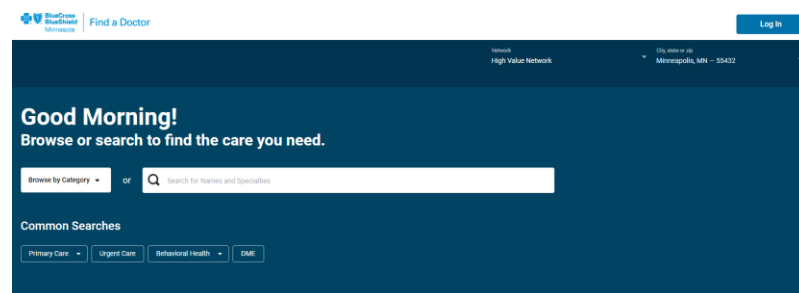
https://findadoctormn.sapphirecaresselect.com/?ci=bcbsmn&networkid=273&geo_location=45.094896,-93.261556&locale=en_us

Dr+ on demand, por Included Health

¡Deje que su médico venga a usted! Con Doctor on Demand, las consultas por video se pueden realizar en solo unos minutos, sin necesidad de desplazarse. Es rápido, cómodo y le permite ahorrar dinero.

Los médicos certificados por la junta están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año para tratar muchas afecciones médicas comunes. También puede programar citas para el día siguiente con psicólogos y psiquiatras titulados entre las 7:00 a. m. y las 10:00 p. m. hora local.

Para obtener más información o para registrarse ahora, visite www.doctorondemand.com/bluecross.



Plan médico



Redes Blue Cross y Blue Shield of Minnesota

Todas las personas que vivan fuera del estado de Minnesota deben consultar con sus médicos para saber qué redes son las más adecuadas para ellos.

	Aware Network	High Value Network
METRO		
Allina	X	X
Avera	X	
CentraCare Health	X	X
Children's Hospitals & Clinics	X	X
Entira	X	X
HealthPartners Health System	X	
Hennepin County Medical Center	X	X
M Health Fairview	X	X
Mankato Clinic Ltd	X	X
Mayo Health System	X	
North Memorial	X	X
Northfield Hospital and Clinic	X	X
Park Nicollet	X	
Ridgeview	X	X
St. Croix Regional Medical Center	X	X
University of Minnesota Physicians	X	X
Veterans Admin Medical Center	X	

Plan médico

Redes Blue Cross y Blue Shield of Minnesota



	Aware Network	High Value Network
CENTRAL		
CentraCare Health (includes Carris Health)	X	X
Cuyuna Regional Medical Center	X	X
Essentia	X	
HealthPartners Health System	X	
Hutchinson Health	X	
Integrity Health Network	X	X
M Health Fairview	X	X
Veterans Admin Medical Center	X	
NORTHEAST		
Essentia Health	X	X*
Welia Health	X	X
Grand Itasca Clinic and Hospital	X	X
Integrity Health Network	X	X
M Health Fairview	X	X
St. Luke's	X	
Veterans Admin Medical Center	X	

*Para la red Northeast High Value Network, los proveedores de Essentia Health solo están dentro de la red en los siguientes condados: Itasca, Crow Wing, Koochiching, Pine, Carlton, Lake y St. Louis (Minnesota) y Douglas (Wisconsin).

Plan médico

Redes Blue Cross y Blue Shield of Minnesota



	Aware Network	High Value Network
SOUTHEAST		
Allina	X	X
Children's Hospitals & Clinics	X	X
Gundersen Health System	X	X
Mankato Clinic LTD	X	X
Mayo Health System	X	
Northfield Hospital and Clinics	X	X
Olmsted Medical Center	X	X
Veterans Admin Medical Center	X	
Winona Health	X	X
NORTHWEST/SOUTHWEST		
Alomere Health	X	X
Altru Health System	X	X
Avera	X	
CentraCare Benson (includes Carris Health)	X	X
Essentia Health	X	
Integrity Health Network	X	X
Lake Region Healthcare Corp	X	X
Lakewood Health System	X	X
Mayo Health System	X	
Sanford Health	X	X

Plan médico



Valor agregado de Blue Cross Blue Shield of Minnesota

Estos servicios son sin cargo para todos los empleados inscritos en cualquiera de los planes BlueCross BlueShield ofrecidos por Hirshfield's

Portal para miembros en línea

Acceda a información importante del plan en un solo lugar, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Después de registrarse para una cuenta en bluecrossmn.com, puede:

- Buscar proveedores de atención médica con la herramienta en línea "Find a doctor" (Buscar un médico).
- Ver las reclamaciones y explicaciones de los beneficios (EOB) para servicios médicos, odontológicos y oftalmológicos.
- Configurar sus cuentas de gastos médicos (según corresponda).
- Enviar correos electrónicos seguros al servicio de atención al cliente.
- Ver, imprimir enviar por correo electrónico o solicitar tarjetas de identificación de miembros.
- Acceder a beneficios de salud y bienestar.

Blue Care Advisor

Blue Care Advisor le permite conectarse fácilmente con todos sus beneficios, reclamaciones, programas, recompensas y más. Obtendrá información basada en sus beneficios e historial, además de recomendaciones para mejorar su salud.

- Cumpla con sus objetivos registrando sus pasos, horas de sueño, alimentación y más.
- Sincronice su dispositivo portátil para un registro sencillo.
- Obtenga recompensas por realizar elecciones saludables.
- Complete una evaluación de salud para respaldar sus objetivos de salud.
- Encuentre proveedores de alta calidad con experiencia que le sirvan.
- Compare costos para controlar sus gastos en atención médica.
- Consulte los saldos de las cuentas de gastos médicos.
- Acceda a su tarjeta de seguro desde cualquier parte con su teléfono inteligente
- Consulte información importante sobre el plan y los beneficios.
- Conéctese por teléfono para recibir respuestas.
- Establezca objetivos de bienestar para recibir ayuda personalizada.

ADEMÁS Gane hasta \$240 cuando canjee puntos por completar la evaluación de salud y registrar sus pasos diariamente. Inicie sesión en su perfil de miembro para comenzar.

Plan médico



Valor agregado de Blue Cross Blue Shield of Minnesota

Estos servicios son sin cargo para todos los empleados inscritos en cualquiera de los planes BlueCross BlueShield ofrecidos por Hirshfield's

Aprender a vivir

Aprenda a vivir de forma ideal. Ahora hay una forma sencilla de recibir ayuda cuando la necesita, en la privacidad de su hogar. Si le preocupan el estrés, la depresión, la ansiedad social, el insomnio o el consumo de sustancias, Aprender a Vivir es un programa cognitivo conductual en línea que puede ayudarlo a lidiar con esos problemas cuando y donde le convenga a usted, y está comprobado que funciona.

Así es como funciona: una rápida evaluación en línea determina qué programas lo beneficiarían más. Luego, ocho lecciones interactivas lo ayudan a explorar situaciones que desencadenan emociones negativas y le dan consejos, trucos y estrategias para lidiar con ellas. Es parte de su plan de salud, así que no representa ningún costo adicional para usted, y es completamente confidencial. Para empezar, visite learntolive.com/partners y use el código **BCBSMN**.

Dejar de fumar y vapear

¿Le suena familiar? ¡Haga un plan sólido para romper con el hábito! Su plan le ofrece la ayuda de un asesor de bienestar, sin costo alguno para usted. Juntos desarrollarán un plan para dejar de fumar y finalmente deshacerse de la nicotina.

Su entrenador trabajará con usted para identificar los obstáculos y pensar en formas de controlar esos impulsos. Tendrá llamadas telefónicas periódicas y acceso a recursos en línea para ayudarlo a mantenerse al día.

Empiece llamando al **1-888-662-BLUE (2583)** o TTY 711. De lunes a jueves, de 8 a. m. a 8 p. m., y viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. CST.

Omada

El Programa de Prevención de la Diabetes promueve cambios en el estilo de vida que pueden ayudar a retrasar o detener la aparición de la diabetes. Este programa virtual ayuda a los miembros a perder peso con estrategias para una alimentación saludable, actividad física, sueño y control del estrés. Ocho meses de apoyo de seguimiento les ayudan a mantener sus resultados. Omada ha recibido el pleno reconocimiento de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades por cumplir con criterios de rendimiento específicos.

- Entrenador de salud dedicado
- Grupo de apoyo de pares
- Lecciones interactivas semanales
- Tecnología de conexión

Este programa está disponible en forma gratuita para usted y los miembros adultos de su familia si califican.

Visite omadahealth.com/bcbsmn1

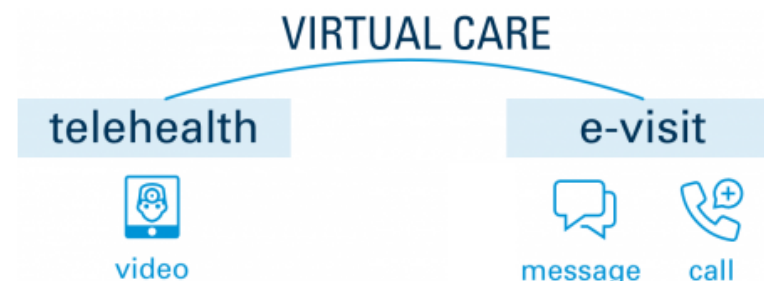
Plan médico

Valor agregado de Blue Cross Blue Shield of Minnesota



Cuando se inscribe en el plan BCBS \$2500–copago de \$40 ofrecido por Hirshfield's, cada miembro cubierto recibe en forma gratuita CINCO **consultas virtuales** de salud general por año. Después de eso, las visitas electrónicas están sujetas a un copago de \$20.

Al inscribirse en los planes BCBS HSA ofrecidos por Hirshfield's, cada miembro cubierto recibe CINCO **consultas virtuales** de salud general por año. Después de eso, las visitas electrónicas están sujetas al coseguro del plan.



¿Cuándo debería usar la atención virtual?

Telesalud se usa para la atención en tiempo real que no es urgente para enfermedades o lesiones comunes. También se puede usar para consultas de salud mental.

Las consultas virtuales se usan para atención no urgente para enfermedades o lesiones comunes, y se realizan por teléfono o mensaje electrónico. La atención puede ser en tiempo real o mediante interacción diferida.

¿Cómo sé si mi proveedor ofrece atención virtual?

Las opciones de atención virtual, cómo se denominan y cómo coordina una cita varían según el proveedor. Consulte a sus proveedores favoritos para conocer qué opciones de atención virtual están disponibles.

Por ejemplo, [North Memorial Health](#) ofrece visitas electrónicas en MyChart para coordinar una visita de atención virtual primaria o de especialidad, y además le permite reservar una visita presencial en el consultorio.

Cuenta de ahorros para la salud (HSA)



¿Qué es una HSA?

La Cuenta de ahorros para la salud (HSA) combina la cuenta de atención médica y la cuenta de ahorros todo en una. El objetivo principal de esta cuenta es compensar el costo de un plan de salud con deducible alto (HDHP) que reúna los requisitos y proporcionar ahorros para sus desembolsos de atención médica que califiquen, es decir, aquellos que usted y sus dependientes puedan tener ahora, en el futuro y durante su jubilación.

La HSA es una cuenta “portátil”. Usted es el dueño de su HSA. Está incluida en su paquete de beneficios para empleado, pero después de crear su cuenta es suya y puede mantenerla aun si cambia de trabajo o se jubila.



¿Quién es el administrador?

Su HSA es administrada por Lively.

Lively
(888) 576-4837

Para inscribirse:
<https://bmo.livelyme.com/signup?partner=BMO12>

Administración continua:
www.livelyme.com



¿Requiere una acción de su parte?

Solo ciertos planes de salud son elegibles para las cuentas HSA. Según el plan de salud que elija, podrá calificar o no para obtener una HSA.

Si es elegible para una HSA a través de su plan de salud, siga los pasos que se indican en la página siguiente para crear su cuenta. Una vez que haya creado la cuenta, debe proporcionar su número de cuenta a RR. HH. en equist@hirshfields.com o por fax al 612-930-0203.

Cuenta de ahorros para la salud (HSA)

A continuación se explica cómo será elegible para recibir aportes provenientes de Hirshfield's si está cubierto por un Plan de salud con deducible alto (HDHP) y también las instrucciones para la creación de la Cuenta HSA.

Hirshfield's realiza aportes a la Cuenta de ahorros para la salud (HSA) de cada empleado que sea un empleado activo y esté inscrito en un Plan de salud con deducible alto (HDHP) de Hirshfield's ("empleado elegible"). Hirshfield's aporta \$50.00 para cobertura individual, \$58.33 para cobertura individual +1, \$66.67 para cobertura familiar en la primera fecha de pago de cada mes al empleado elegible.

Si usted es un empleado elegible, debe hacer lo siguiente para recibir un aporte del empleador así como para aportar, a través de las deducciones en su recibo de sueldo, a su cuenta HSA:

(1) Crear una HSA el 15.º día o antes del mes previo por el cual está inscrito activamente en un HDHP.

Ejemplo: si es elegible para inscribirse en un HDHP: 03/01/202X– debe inscribirse en la cuenta HSA de Lively a más tardar el 02/15/202x y proporcionar a RR. HH. la información que se enumera a continuación.

(2) Notificar a Eva Quist, la directora de RR. HH. sobre la información de su cuenta HSA a más tardar 15 días antes de la entrada en vigor de su seguro de salud.

a) Las notificaciones se pueden realizar por correo electrónico: equist@hirshfields.com o por fax: 612-930-0203 y deben contener la siguiente información:

Apellido, nombre, dirección, fecha de nacimiento, los últimos 4 dígitos del número de su seguro social, número de enrutamiento de Lively y número de cuenta. **Tenga en cuenta que Hirshfield's no es responsable de garantizar que los datos de la cuenta que usted está proporcionando sean precisos.**

4) **Nota para empleados nuevos:** la falta de creación o notificación a RR. HH. antes de la fecha límite requerida significa que Hirshfield's no realizará ningún aporte a su cuenta HSA hasta que RR. HH. reciba el número de cuenta.

Si no crea una cuenta HSA antes de la fecha límite y no comunica a RR. HH. la información necesaria (2), y si opta por aportar a la HSA, su aporte se retrasará hasta que se reciba dicha información. El aporte mensual de Hirshfield's no se realizará retroactivamente. **NO** es responsabilidad de Hirshfield's solicitarle al empleado o recordarle que presente su número de cuenta Lively a RR. HH.

5) **Inscripción abierta:** si cambia a un HDHP durante la inscripción abierta, debe seguir los pasos anteriores (en "Nuevos empleados") para inscribirse en una HSA. Es su responsabilidad revisar sus recibos de sueldo para verificar que la información sea precisa y correcta. **Renunciar a la opción de HSA durante la inscripción abierta significa que renuncia al aporte mensual de Hirshfield's y también a su propio aporte por todo el año calendario.**

6) **Renunciar a la opción de HSA durante la inscripción significa que renuncia al aporte mensual de Hirshfield's y también a su propio aporte por todo el año calendario.**

Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación, puede contactarse con Eva Quist por correo electrónico a equist@hirshfields.com o al 612-810-0374.

HSA

Descripción general y detalles

Las cuentas de ahorro para la salud (HSA) benefician a todos los que pueden acceder a ellas: personas solteras, familiares y futuros jubilados. Usted ahorra dinero en impuestos de tres maneras:

- 
Depósitos exentos de impuestos
 El dinero que aporta a la HSA está exento de impuestos (hasta el límite anual establecido por el IRS)
- 
Ganancias exentas de impuestos
 Los intereses y las ganancias por las inversiones se acumulan sin impuestos
- 
Retiros exentos de impuestos
 El dinero que se usa para gastos de atención médica elegibles está exento de impuestos, ahora y en el futuro

Al apartar dinero antes de impuestos en su HSA, pagará menos impuestos y aumentará su salario neto gracias al ahorro impositivo. Usted ahorra en gastos elegibles que está pagando de su bolsillo. El monto que ahorra depende de su categoría impositiva. Por ejemplo, si se encuentra en la categoría impositiva del 30 %, puede ahorrar \$30 por cada \$100 desembolsados en gastos médicos elegibles. Puede cambiar el importe de su aporte a HSA en cualquier momento a lo largo del año, no se requiere un hecho elegible. Los fondos de la HSA se acumulan de un año al otro. No hay ninguna regla que indique que “lo que no se usa, se pierde” en las HSA. Usted decide cómo y cuándo usar los fondos de la HSA para gastos elegibles que tenga ahora, en el futuro o durante la jubilación. Además, cuando disponga de un determinado saldo en su HSA, tendrá a su disposición oportunidades de inversión.



Límites de aporte a la HSA 2026

NOTA: Estos límites incluyen los aportes de Hirshfield.

Cobertura individual: \$4,400

Cobertura familiar: \$8,750

Si tiene 55 años o más, puede aportar \$1,000 adicionales para “ponerse al día” por encima de los límites mencionados anteriormente

APORTE DEL EMPLEADOR

Hirshfield’s realiza un aporte mensual a su cuenta HSA en el primer pago de sueldo de cada mes para el que usted es elegible.

Los montos de los aportes equivalen a:

Solo empleado: \$50 por mes
 Empleado + uno: \$58.33 por mes
 Familia: \$66.67 por mes

Cuenta de gastos flexibles (FSA)



¿Qué es una FSA?

La cuenta de gastos flexibles (FSA) es una cuenta que reembolsa al empleado la atención médica calificada o los gastos de atención de dependientes. Permite al empleado financiar gastos calificados con dinero antes de impuesto deducido de sus recibos de sueldo. El empleado puede recibir reembolso en efectivo hasta el valor total de la cuenta para los gastos cubiertos afrontados durante el año del plan de beneficios y cualquier período de gracia que corresponda.



¿Quién es el administrador?

Su FSA es administrada por usted mismo.

Hirshfield's
Consulte a RR. HH. cualquier duda con respecto a la FSA



¿Requiere una acción de su parte?

Si desea participar en cualquier tipo de FSA, deberá realizar una elección de inscripción cada año.

FSA

Descripción general y detalles

A modo de recordatorio, las FSA son cuentas que se pierden si no se usan. A diferencia de las HSA, el IRS solo permite que se traslade un cierto monto al próximo año calendario. Por eso es importante no sobrecargar de fondos su FSA.

Gastos elegibles para la FSA de salud

- Gastos médicos: copagos, coseguro y deducibles
- Gastos odontológicos: exámenes, limpiezas, radiografías y aparatos
- Gastos oftalmológicos: exámenes, lentes de contacto e insumos, anteojos y cirugía ocular con láser
- Servicios profesionales: fisioterapia, quiropráctica y acupuntura
- Medicamentos recetados e insulina
- Artículos para el cuidado de la salud de venta libre: vendajes, kits de pruebas de embarazo, monitores de presión arterial, etc.

Gastos elegibles para la FSA limitada

Si está inscrito en un plan HSA, no puede usar fondos de FSA para gastos médicos. Pero puede usarlos para:

- Gastos odontológicos: exámenes, limpiezas, radiografías y aparatos
- Gastos oftalmológicos: exámenes, lentes de contacto e insumos, anteojos y cirugía ocular con láser



Límites de aporte a la FSA 2026

Máximo de elección: \$3,400

Según el IRS, se le permite transferir hasta \$680 de 2026 a 2027.

– Según las normas establecidas por el IRS, los fondos adicionales no reclamados hasta el 1 de marzo de 2027 se perderán.

FSA para el cuidado de personas a cargo



¿Qué es una FSA para el cuidado de personas a cargo?

La FSA para el cuidado de personas a cargo es un tipo de Cuenta de gasto flexible (FSA). La FSA para el cuidado de personas a cargo es una cuenta a nombre del empleado que reembolsa al empleado los gastos calificados por la atención de personas a cargo. Permite al empleado financiar gastos calificados con dinero antes de impuesto deducido de sus recibos de sueldo. El empleado puede recibir reembolso en efectivo hasta el valor total de la cuenta para los gastos cubiertos afrontados durante el año del plan de beneficios y cualquier período de gracia que corresponda.



¿Quién es el administrador?

Su FSA para el cuidado de personas a cargo es administrada por otro.

Hirshfield's
Consulte a RR. HH. cualquier duda con respecto a la FSA para el cuidado de personas a cargo



¿Requiere una acción de su parte?

Si desea participar en la FSA para el cuidado de personas a cargo, deberá realizar una elección de inscripción cada año.

FSA para el cuidado de personas a cargo

Descripción general y detalles

A modo de recordatorio, las FSA para el cuidado de personas a cargo son cuentas que se pierden si no se usan. A diferencia de las cuentas HSA, el dinero que quede en su cuenta FSA para el cuidado de dependientes al final del año no se traspasará al año siguiente. Por eso es importante no sobrecargar de fondos su FSA para el cuidado de dependientes.

Gastos elegibles de FSA para el cuidado de dependientes

- Cuidado de su hijo menor de 13 años
- Cuidado antes y después del horario escolar
- Gastos de cuidado de niños y niñera
- Guardería, jardín de infantes y preescolar
- Campamento de verano diurno
- Cuidado de un familiar incapacitado física o mentalmente para cuidar de sí mismo y que vive en su hogar



FSA para el cuidado de personas a cargo

Máximo de elección: \$7,500
(\$3,750 si está casado, presentación individual)

Seguro odontológico



¿Qué es el seguro odontológico?

El seguro odontológico está diseñado para pagar una parte de los costos vinculados al cuidado dental. Al igual que los seguros médicos, puede haber copagos, deducibles y coseguro para determinados tipos de servicios; sin embargo, los servicios preventivos casi siempre están cubiertos al 100 %.



¿Quién es el proveedor?

Su seguro odontológico es proporcionado por Delta Dental of Minnesota.

Delta Dental of Minnesota
(800) 448-3815
www.deltadentalmn.org



¿Requiere una acción de su parte?

Deberá realizar una elección de inscripción cada año para participar en el plan odontológico.

Seguro odontológico

Resumen de la cobertura



Delta Dental of Minnesota

El siguiente plan es su opción de seguro odontológico para el próximo año.

	Delta Dental	
Dentro de la red	Redes de PPO y Premier	
Deducible para el año calendario (individual/familiar)	\$25/\$75	
Máximo por año calendario (por persona, todos los servicios excepto prótesis)	\$3,000	
Máximo por año calendario (por persona, solo prótesis – Esto se suma al máximo de \$1,000 que tiene para todos los otros servicios)	\$3,000	
Atención preventiva: <i>exámenes, limpiezas, radiografías, separadores y selladores</i>	100 %	
Servicios básicos: <i>tratamiento paliativo, mantenimiento periodontal, empastes, extracciones simples, endodoncia</i>	90 %	
Servicios especiales: <i>cirugía oral, anestesia general, coronas, puentes, dentaduras postizas, implantes</i>	90 %	
Ortodoncia (por persona, desde los 8 años de edad en adelante)	50 % Máximo de por vida: \$1,500	
Aporte del empleado por período de pago quincenal	Contratado antes de 1990	Contratado DESPUÉS de 1990
Empleado	30 % \$7.97	35 % \$9.30
Empleado + familia	30 % \$22.21	35 % \$25.91



Buscar un proveedor en la red

Visite <https://www.deltadentalmn.org/find-a-dentist/#/start>
Puede consultar a cualquier dentista en la red PPO o Premier

Seguro oftalmológico



¿Qué es el seguro oftalmológico?

El seguro oftalmológico está diseñado para proporcionar atención preventiva de rutina, como exámenes de la vista, anteojos y otros servicios oftalmológicos a un costo reducido.



¿Quién es el proveedor?

Su seguro oftalmológico es proporcionado por EyeMed.

EyeMed

(866) 939-3633

www.eyemed.com



¿Requiere una acción de su parte?

Deberá realizar una elección de inscripción cada año para participar en el plan oftalmológico.

Seguro oftalmológico

Resumen de la cobertura



El siguiente plan es su opción de seguro oftalmológico para el próximo año.

Materiales EyeMed–solo Plan oftalmológico	
Dentro de la red	Red Insight
Lentes (una vez cada 12 meses)	Bonificación de \$130
Monofocales	Copago de \$10
Bifocales	Copago de \$10
Trifocales	Copago de \$10
Progresivos	\$75–\$120 de copago 20 % de descuento sobre el precio de venta al público \$120 de bonificación
Marcos (una vez cada 24 meses)	\$0 de copago 20 % de descuento sobre el saldo superior a \$130 de bonificación
Lentes de contacto a elección (una vez cada 12 meses) (en lugar de lentes y marcos)	\$0 de copago 15 % de descuento sobre el saldo superior a \$130 de bonificación
Convencionales	\$0 de copago 15 % de descuento sobre el saldo superior a \$130 de bonificación
Descartables	\$0 de copago 100 % de descuento sobre el saldo superior a \$130 de bonificación
Lentes de contacto médicamente necesarias (una vez cada 12 meses)	\$0 de copago; pagado íntegramente
Aporte del empleado por período de pago quincenal	
Este es su aporte, que se paga exento de impuestos a través de deducciones salariales.	
Empleado	\$ 2.47
Empleado + 1	\$ 4.70
Empleado + familia	\$6.90



Buscar un proveedor en la red

Visite <https://www.eyemed.com> y haga clic en “find an eye doctor” (buscar un oftalmólogo).
Para los beneficios más costosos, use un proveedor de la red Insight.

Seguro de vida y AD&D



¿Qué es el seguro de vida?

El seguro de vida y por muerte accidental y amputación (AD&D) está diseñado para pagar un beneficio específico en caso de fallecimiento de la persona cubierta.



¿Cuál es la aseguradora?

Su seguro de vida básico es administrado por MetLife.

MetLife
(800) 638-5433
www.metlife.com

Su seguro de vida voluntario es administrado por MetLife.

MetLife
(800) 638-5433
www.metlife.com



¿Requiere una acción de su parte?

La cobertura de su seguro de vida básico la paga su empleador. No se requiere otra acción con respecto a la inscripción excepto satisfacer los requisitos de elegibilidad establecidos por su empleador.

Nota: la renovación anual de beneficios es una buena oportunidad para actualizar el beneficiario de su seguro de vida.

La cobertura de seguro de vida voluntario la paga totalmente el empleado. Deberá realizar su elección para usted y sus dependientes durante la inscripción.

Si no se inscribe en el seguro voluntario cuando es elegible en primera instancia y desea agregar la cobertura con posterioridad, tendrá que presentar una constancia de asegurabilidad por cualquier importe de cobertura solicitado.

Nota: La renovación anual de beneficios es una buena oportunidad para revisar el monto de sus beneficios seleccionados y cambiar de beneficiario.

Seguro de vida y seguro por mutilación y muerte accidental (AD&D)

Resumen de la cobertura



Hirshfield's Inc. paga el 100 % de las primas de su seguro de vida básico y seguro por muerte accidental y mutilación (AD&D).

Usted paga el 100 % de las primas de su seguro de vida voluntario y seguro por muerte accidental y mutilación (AD&D).

Características del plan pagado por el empleador	Beneficio
Monto del beneficio de seguro de vida y por mutilación y muerte accidental (AD&D) del empleado	1 sueldo anual; hasta un máximo de \$200,000

Características del plan pagado por el empleado	Beneficio
Monto del beneficio de seguro de vida del empleado	5 sueldos anuales; hasta un máximo de \$500,000 (en incrementos de \$10,000)
Cobertura garantizada para empleados	\$100,000
Monto del beneficio de seguro de vida del cónyuge	Hasta \$250,000; máximo 50 % del monto del empleado (en incrementos de \$5,000)
Cobertura garantizada para cónyuges	\$25,000
Monto del beneficio del seguro de vida de hijos (niños de entre 0 y 26 años)	Hasta \$10,000; máximo del 50 % del monto del empleado



Cobertura garantizada

El monto de la cobertura garantizada es el monto del seguro de vida voluntario al que puede acceder sin responder ninguna pregunta médica. La cobertura garantizada solo se aplica cuando usted es elegible en primera instancia para la cobertura. Después de ese momento, tendrá que presentar una constancia de asegurabilidad por cualquier importe de cobertura solicitada.

Seguro de vida y seguro por mutilación y muerte accidental (AD&D)

Resumen de la cobertura



Seguro de vida complementario y seguro de muerte accidental y desmembramiento para empleados	Tarifa por cada \$10,000 de volumen cubierto
Banda de edad	Tasa
Menos de 30	\$ 0.92
30-34	\$ 1.11
35-39	\$ 1.40
40-44	\$ 1.89
45-49	\$ 2.95
50-54	\$ 4.83
55-59	\$ 7.27
60-64	\$ 9.77
65-69	\$ 19.00
70+	\$ 35.32

Seguro de vida complementario y seguro de muerte accidental y desmembramiento para el cónyuge	Tarifa por cada \$5,000 de volumen cubierto
Banda de edad	Tasa
Menos de 30	\$0.46
30-34	\$0.56
35-39	\$0.70
40-44	\$0.95
45-49	\$1.48
50-54	\$2.42
55-59	\$3.64
60-64	\$4.89
65-69	\$9.50
70+	\$17.66

Seguro de vida complementario y seguro de muerte accidental y desmembramiento para el niño : \$0.226 por cada \$1,000 de volumen cubierto

Discapacidad a largo plazo (LTD)



¿Qué es el seguro por discapacidad a largo plazo?

La discapacidad a largo plazo le otorga una parte de sus ingresos si usted se ve imposibilitado de trabajar debido a una discapacidad calificada.



¿Cuál es la aseguradora?

Su seguro por discapacidad a largo plazo es administrado por MetLife.

MetLife
(800) 638-5433
www.metlife.com



¿Requiere una acción de su parte?

La cobertura por discapacidad a largo plazo la paga totalmente el empleado. Deberá realizar una elección de inscripción usted mismo.

Si no se inscribe en el seguro por discapacidad a largo plazo cuando es elegible en primera instancia y desea agregar la cobertura con posterioridad, tendrá que presentar una constancia de asegurabilidad cuando solicite la cobertura.

Seguro por incapacidad a largo plazo

Resumen de la cobertura



El siguiente es su beneficio de seguro por discapacidad a largo plazo para el próximo año. Usted paga el 100 % del costo de este plan

Características del plan	Beneficio
Monto del beneficio del empleado	Hasta un 60 % de las ganancias anteriores a la incapacidad
Monto máximo del beneficio	\$5.000 al mes
Período de eliminación	90 días
Duración del beneficio	Edad de jubilación normal del Seguro Social

Información del Plan 401(k)



¿Qué es un 401(k)?

El 401(k) es un plan de ahorros para la jubilación patrocinado por su empleador. Le permite ahorrar e invertir una parte de su sueldo antes de deducir los impuestos. No se pagan impuestos hasta que se retiran los fondos de la cuenta. En general, el participante de 401(k) puede empezar a retirar dinero de su plan después de cumplir los cincuenta y nueve años y medio, sin penalidad.



¿Quién es el proveedor?

El proveedor de su plan 401(k) es Fidelity.

Fidelity

800-835-5097

www.401k.com



¿Requiere una acción de su parte?

Se creará automáticamente una cuenta 401(k) para usted, y se depositará el 4 % de su sueldo por período de pago. Ese monto se incrementará automáticamente cada año hasta el 10 % salvo que usted se excluya de esta opción.

Hirshfield's igualará el 35 % de su aporte hasta un aporte máximo del 12 %. Los aportes que superen el 12 % no serán igualados por Hirshfield's. Se le confiere la totalidad de los derechos de manera inmediata.

Los aportes para ponerse al día no son igualados.

Podrá cambiar esto en cualquier momento en línea en www.401k.com (incluidas sus opciones de inversión).

Plan 401(k)

Detalles



Requisitos de elegibilidad

Los empleados deben tener 21 años de edad y contar con 3 (tres) meses de servicio en Hirshfield's, podrán participar a partir del primer día del mes siguiente. Usted puede cambiar su monto de aplazamiento en cualquier momento después de cumplir los requisitos de elegibilidad iniciales.

Verifique su información de beneficiario [visitando este enlace del sitio web de Fidelity](#).

Límites de aportes

Actualmente el aporte máximo de 401(k) es \$24,500 por individuo. Si usted tiene más de 50 años de edad antes del 31 de diciembre, puede aportar un monto adicional para “ponerse al día” por una cifra máxima de \$8,000 (\$32,500 en total). El IRS puede actualizar este límite de aporte a su criterio.

Nota: A partir de 2026, el límite del aporte para “ponerse al día” se aumentará para las personas de 60-63 años al valor más elevado de entre (1) \$11,250 y \$12,000 o (2) 150 % del límite habitual anual para “ponerse al día”.

Otorgamiento

La equiparación otorgada por el empleador se confiere 100 % de manera inmediata

Trasposos (Rollover)

Se aceptan trasposos de planes de jubilación calificados (401(k), participación de utilidades, jubilación) e IRA tradicionales/antes de impuesto.

Retiros

Puede hacer un retiro de su cuenta 401(k) cuando se produzca un hecho de distribución que califique: jubilación, muerte, discapacidad, finalización del servicio, dificultades financieras (según la definición del Código de Impuestos Internos).

Aporte del empleador

Hirshfield's hará aportes de equiparación iguales a \$0.35 por cada \$1.00 diferido en el primer 12 % de ahorros del sueldo en su plan 401(k).



Información de contacto

Fidelity

800-835-5097

www.401k.com

También puede acceder a un asesor financiero de 401k gratuito en Christensen Group. Puede comunicarse con Spencer Rose al 952-653-1047 o en srose@cgfinacial.com

Plan 401(k)

Detalles: Fidelity NetBenefits®



Información de NetBenefits®

Si ya está registrado en Fidelity.com, NetBenefits o eWorkplace, no tiene que registrarse nuevamente. Use su nombre de usuario y contraseña actuales para acceder a su nueva cuenta.

New user registration

During the new user registration process, you may be asked to take an additional security step to help us authenticate your account.

1 Verify your identity

Enter information in the following required fields:

- Your first and last name
- Your date of birth
- Last four digits of your Social Security number

Select the **Submit** button.

2 Set up your username

We require that you create a **unique username**.

- Use 6–15 characters, including at least two letters.

Select **Check Availability** to ensure the username is not already in use.

You may **not** use:

- Special characters or symbols
- Sequences (e.g., 12345 or 11111)
- Personal info (SSN, phone #, DOB)

3 Create a password

Your password protects your account from unauthorized users.

- Use 6–20 characters.
- Letters are case sensitive.

You may **not** use:

- `*#&*<>[]'[]"`
- Sequences (e.g., 12345 or 11111)
- Personal info (SSN, phone #, DOB)
- A password you've used before

After confirming your password, select **Submit**.

1 Verify Your Identity
Before you set up online access, let's confirm some basic information about your account.

All fields are required.

Your Name: First [] Last []

Date of Birth: Month [] / Day [] / Year []

Last 4 Digits of SSN: [] [] [] []

Submit

Registration
Create a username and password for online access to your account.

2 Enter a Username: []
Check Availability

Use 6-15 characters, including at least two letters.
You may not use:
• Special characters or symbols
• Sequences (e.g., 12345 or 11111)
• Personal info (SSN, phone #, DOB)

3 Create a new password: []
Password Strength: Weak
Use 6-20 characters. Letters are case sensitive.
You may not use:
• "*/<>[]'"
• Sequences (e.g., 12345 or 11111)
• Personal info (SSN, phone #, DOB)
• A password you've used before

Confirm your password: []

Submit

For illustrative purposes only.

Plan 401(k)

Detalles: Fidelity NetBenefits®



4 Select a security question

If you ever forget your password, you can reset it after Fidelity verifies your identity using your new or updated security question and answer.

Pick a security question you can easily answer and enter your answer.

- Answers must be between 3 and 31 characters
- Answers are not case sensitive

Select **Submit**.

5 New user registration confirmed

You have successfully registered. If you have other accounts through Fidelity.com, NetBenefits, or eWorkplace, your new login information applies to these accounts, as well as to accessing your account by phone.

6 When you log in to NetBenefits, you'll be asked to provide your email address, email preferences, and mobile phone number.

Fidelity uses the contact information you provide to send you important communications about your benefits, as well as timely service-related and legal notifications, including messages about educational and new service offerings.

For illustrative purposes only.

Plan 401(k)

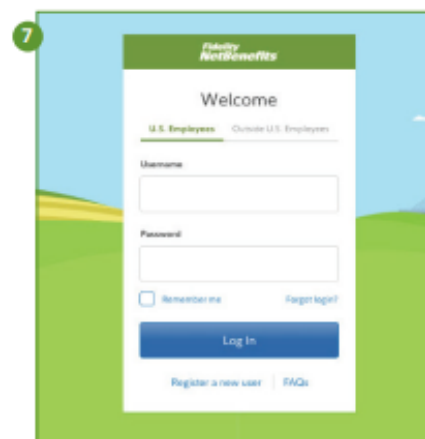
Detalles: Fidelity NetBenefits®



7 Begin using NetBenefits

After you log in with your new account username and password, and update your email address, email preferences, and mobile phone number, you can:

- Enroll in your plan, if you haven't already
- Check your account balances
- Update how much you set aside to save from your paycheck
- Make changes to your investments
- Visit the Planning & Guidance Center and set up important financial goals, such as saving for retirement, college, and other personal goals (e.g., buying a home)
- Access educational resources in the NetBenefits Library to improve your financial know-how on a wide range of topics (Social Security, loans, budgeting, etc.)



For illustrative purposes only.

Need help setting up your account?

Call your Plan's toll-free number.

Plan 401(k)

Detalles: Aplicación móvil de Fidelity NetBenefits®



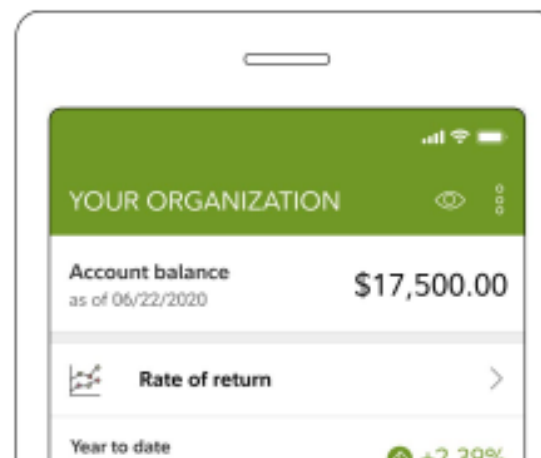
Take NetBenefits with you

Get instant access to balances, investments, educational resources, and more.

Download our mobile app today.



NetBenefits® smartphone and iPad® app



Screenshots and graphics are for illustrative purposes only. Apple, the Apple logo, iPad, iPhone, and iMac are trademarks of Apple Inc., registered in the United States and other countries. App Store is a service mark of Apple Inc. Android and Google Play are trademarks of Google Inc.



Go to [NetBenefits.com](https://netbenefits.com)

Información de Medicare

Especialistas en Medicare del Grupo Christensen
Ellos pueden ayudarlo a encontrar el plan que mejor se adapte a sus necesidades.



HANNA BARR

Vice President, Individual Health
& Medicare



DAVID BERNING

Client Services Advocate -
Medicare

CORREO ELECTRÓNICO:
HBARR@CHRISTENSENGROUP.COM
TELÉFONO: 952-653-1307

CORREO ELECTRÓNICO:
DBERNING@CHRISTENSENGROUP.COM
TELÉFONO: 763-271-6181

Vea el video o programe una cita a través de nuestro sitio web:
<https://www.christensengroup.com/retirement-plans/medicare>

Tenga en cuenta que no ofrecemos todos los planes disponibles en su zona. La información se limita a los planes que ofrecemos en su zona. Comuníquese al 1.800.MEDICARE o visite www.medicare.gov para obtener información sobre todas sus opciones.

Protección legal y por robo de identidad



¿Qué es el seguro de protección legal y por robo de identidad?

La protección legal le da la posibilidad de hablar con un abogado sin preocuparse por los altos costos horarios. Usted paga una tarifa mensual para acceder a asesoramiento legal, preparación de testamento y otros servicios legales.

La protección por robo de identidad proporciona cobertura si le han robado su identidad, y control de crédito con alertas.



¿Quién es el administrador?

Su seguro por protección legal y por robo de identidad es administrado por Legal Shield.

Legal Shield

(800)654-7757

www.legalshield.com



¿Requiere una acción de su parte?

Deberá realizar una elección de inscripción cada año para participar en el plan de protección legal o por robo de identidad.

Protección legal y por robo de identidad

Resumen de la cobertura

Este plan, administrado por Legal Shield, proporciona cobertura para asesoramiento legal, preparación de testamento y acceso a formularios legales en línea. Una vez inscrito, recibirá un directorio de abogados, y una lista de sus correspondientes áreas jurídicas en las que se especializan.



Características del plan	Aporte del empleado por período de pago quincenal
Protección legal individual	\$8.48
Protección legal familiar	\$9.48
Protección de la identidad individual	\$4.49
Protección de la identidad familiar	\$8.48
Protección legal y de la identidad individual	\$12.96
Protección legal y de la identidad familiar	\$16.95



Acerca del robo de identidad

El robo de identidad se produce cuando terceros obtienen y usan su información personal sin su permiso. Una vez que obtienen su información personal, los delincuentes pueden usar tarjetas de crédito existentes o gestionar nuevas en su nombre, librar cheques falsos y tomar préstamos.

Antes de que se entere que le robaron la identidad, su crédito puede haberse perjudicado y los delincuentes pueden haber acumulado importantes deudas, todo ello en su nombre.

Avisos legales

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

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

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

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

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

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2	Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ https://www.in.gov/fssa/df/ Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
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 HIPAA: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid y CHIP
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.a_spx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/la hipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855- 618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HHSHIPPPprogram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfnv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de 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)	Sitio web: https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid	UTAH– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Por correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/espanol/
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	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	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

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

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

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

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

cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebbsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

Avisos legales

Aviso general sobre derechos de continuidad de la cobertura COBRA

(Para uso de planes de salud grupales de un solo empleador)

**** Derechos de continuidad de la cobertura conforme a la ley COBRA** Presentación**

Usted recibe este aviso porque recientemente ha obtenido cobertura a través de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuidad de la cobertura COBRA, que es una prórroga temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la continuación de la cobertura COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a recibirla.** Cuando usted pasa a ser elegible para COBRA, también puede pasar a ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura COBRA.

El derecho a la continuidad de la cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Conciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuidad de la cobertura COBRA puede estar a su disposición y a la de otros miembros de su familia cuando, de lo contrario, finalizaría la cobertura de salud grupal. Si desea más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la legislación federal, consulte la Descripción Resumida del Plan o póngase en contacto con el Administrador del Plan.

Puede que tenga otras opciones disponibles cuando se queda sin cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para contratar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, usted podría calificar para acceder a costos más bajos en sus primas mensuales y menores costos de bolsillo. Además, es posible que pueda optar por un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el que reúna los requisitos (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan no suele aceptar inscripciones tardías.

¿Qué es la continuación de la cobertura COBRA?

La continuación de la cobertura COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando, de lo contrario, ésta finalizaría debido a una circunstancia de la vida. Esto a veces se denomina “evento que califica”. Más abajo se enumeran los eventos específicos que califican. Tras un evento que califica, debe ofrecerse la continuación de la cobertura COBRA a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura conforme al Plan debido al evento que califica. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que elijan la continuación de la cobertura COBRA deben pagar por la continuidad de dicha cobertura.

Si usted es un empleado, pasará a ser un beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan a causa de los siguientes eventos que califican:

- Se le reducen sus horas de trabajo, o
- Se pone fin a su relación laboral por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es cónyuge de un empleado, pasará a ser un beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan a causa de los siguientes eventos que califican:

- Su cónyuge fallece;
- Se le reducen las horas de trabajo a su cónyuge;
- Se pone fin a la relación laboral de su cónyuge por cualquier motivo que no sea una falta grave de su cónyuge;
- Su cónyuge adquiere derechos a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes serán beneficiarios calificados si pierden la cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- El progenitor-empleado fallece;
- Se le reducen las horas de trabajo al progenitor-empleado;
- Se pone fin a la relación laboral del progenitor-empleado por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte;
- El progenitor-empleado adquiere derechos a recibir beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El/la hijo/a deja de ser elegible para la cobertura bajo el Plan como “hijo/a dependiente”.

¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a los beneficiarios calificados únicamente después de que se haya notificado al Administrador del Plan que se ha producido un evento que califica. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos que califican:

- Terminación de la relación laboral o reducción de las horas de trabajo;
- Muerte del empleado; o
- El empleado adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o pérdida de elegibilidad para la cobertura de un hijo/a dependiente), usted debe notificarle al Administrador del Plan en un plazo de 60 días luego de que ocurra el evento que califica. Debe proporcionarle este aviso a su empleador.

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura COBRA?

Luego de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ocurrió un evento que califica, se ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a cada beneficiario calificado. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho individual de elegir la continuación de la cobertura COBRA. El empleado cubierto puede elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de su cónyuge, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación temporal de la cobertura que suele durar 18 meses debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento que califica durante el período inicial de cobertura, puede permitirle al beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

También existen formas de ampliar este período de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA:

Prórroga del período de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA por discapacidad

Si la Seguridad Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted lo notifica oportunamente al Administrador del Plan, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, hasta un máximo de 29 meses. La discapacidad deberá haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura COBRA y deberá durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA.

Prórroga del período de 18 meses de continuación de la cobertura por segundo evento que califica

Si su familia tiene otro evento que califica durante los 18 meses de continuación de la cobertura COBRA, el o la cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, hasta un máximo de 36 meses, si se notifica al Plan el segundo evento que califica en tiempo y forma. Esta prórroga puede estar disponible para el o la cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de la cobertura COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta prórroga solo está disponible si el segundo evento que califica hubiera hecho que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si no se hubiera producido el primer evento que califica.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la Continuación de la Cobertura COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, [el Programa de Seguro Médico para Niños \(CHIP\)](#), u otras opciones de cobertura bajo planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura COBRA. Puede consultar más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de la cobertura COBRA una vez que finalice la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si usted no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, dispone de un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, a partir de la primera de las siguientes fechas:

- El mes siguiente a la finalización de su relación laboral; o bien
- El mes siguiente a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basado en su empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y, en cambio, elige la continuación de la cobertura de COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y que tenga una interrupción en la cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura COBRA y posteriormente se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura COBRA, el Plan puede dar por terminada la continuación de su cobertura. No obstante, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no podrá interrumpirse por tener derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de la cobertura COBRA como en Medicare, por lo general Medicare pagará en primer lugar (pagador principal) y la continuación de la cobertura COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, aunque usted no esté inscrito en Medicare.

Para más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Si tiene alguna pregunta

Las preguntas relativas a su Plan o a sus derechos de continuación de la cobertura COBRA deben dirigirse a los contactos indicados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley sobre Protección al Paciente y Atención de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, póngase en contacto con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de los

EE. UU. más cercana a su zona o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de la EBSA pueden consultarse en el sitio web de la EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Para proteger los derechos de su familia, comunique al Administrador del Plan cualquier cambio de domicilio de los miembros de su familia. Además, debe conservar una copia, para sus registros, de todas las notificaciones que envíe al Administrador del Plan.

Número de control emitido por la OMB 1210-0123 (vencimiento 31/1/2026)

Ley de Licencias Médicas y Familiares (FMLA, por sus siglas en inglés)

¿Quién es elegible para la licencia conforme a la FMLA?

Un empleado es elegible para una licencia conforme a la FMLA si ha estado contratado por un empleador cubierto durante al menos 12 meses y ha trabajado al menos 1.250 horas para ese empleador durante el período anterior de 12 meses. Además, debe estar empleado en un lugar de trabajo en el que la empresa emplee al menos a 50 trabajadores en un radio de 75 millas alrededor del lugar de trabajo.

A los efectos de determinar si un empleado que es miembro de la tripulación de vuelo cumple con el requisito de horas de servicio anterior, se considerará que el empleado cumple con el requisito si:

- Ha trabajado o cobrado no menos del 60 por ciento de la garantía mensual total aplicable durante el período anterior de 12 meses; y
- Ha trabajado o cobrado no menos de 504 horas durante el período anterior de 12 meses.

¿Cuáles son los motivos que dan derecho a una licencia conforme a la FMLA?

Las siguientes circunstancias dan derecho a **12 semanas laborables** de licencia en virtud de la FMLA:

- ✓ Nacimiento y cuidado de un hijo o hija del empleado;
- ✓ Entrega de un hijo o hija en adopción o guarda al empleado;
- ✓ Cuidado del cónyuge, hijo, hija o padre o madre de un empleado que tenga un problema de salud grave;
- ✓ Un problema de salud grave del propio empleado que lo incapacite para desempeñar cualquiera de las funciones esenciales de su puesto; o
- ✓ Cualquier urgencia admisible derivada del hecho de que un miembro de la familia (cónyuge, hijo, hija o padre o madre del empleado) sea un militar cubierto en servicio activo cubierto o que haya sido notificado de una inminente convocatoria u orden de servicio activo cubierto en las Fuerzas Armadas.

Además, los empleados elegibles podrán gozar de **26 semanas laborables** de licencia en un mismo período de 12 meses para cuidar de un cónyuge, hijo, hija, padre, madre o familiar cercano que sea miembro del servicio cubierto y sufra una lesión o enfermedad grave.

¿Qué es una "afección de salud grave" según la FMLA?

Una afección de salud grave es una enfermedad, lesión, impedimento o afección física o mental que requiere **atención hospitalaria** o tratamiento continuo **por parte** de un profesional de la salud. La FMLA no se aplica a exámenes médicos de rutina, como un chequeo médico, ni a afecciones médicas comunes, como un malestar estomacal, a menos que surjan complicaciones.

Para todas las afecciones, se entiende por "incapacidad" la incapacidad para trabajar, incluida la incapacidad para desempeñar cualquiera de las funciones esenciales del puesto del trabajador, o la imposibilidad de asistir a la escuela, o de realizar otras actividades cotidianas habituales debido a la afección de salud grave, al tratamiento de la afección de salud grave o a la recuperación de la afección de salud grave. El término "tratamiento" incluye, a mero título enunciativo, exámenes para determinar si existe una afección de salud grave y evaluaciones de dicha afección.

Se consideran afecciones de salud graves las que requieren hospitalización o las que requieren una o varias visitas al médico y un tratamiento continuo. Las afecciones crónicas y los períodos de incapacidad prolongados o permanentes también pueden cumplir los requisitos. Ciertas afecciones que requieren múltiples tratamientos también pueden cumplir los requisitos de la FMLA.

¿Cuándo debe un empleado notificar su necesidad de una licencia conforme a la FMLA?

Los empleados deben notificar a sus empleadores con la mayor antelación posible cuando soliciten una licencia conforme a la FMLA. Aunque no es obligatorio utilizar el término "FMLA" al solicitar la licencia, el empleado debe brindar suficiente información para que el empleador determine si la licencia reúne los requisitos para la protección de la FMLA. Cuando un empleado solicita licencia por un motivo que cumple los requisitos de la FMLA y por el que el empleador ha concedido previamente una licencia amparada por la FMLA, el empleado debe hacer referencia específica al motivo que cumple los requisitos para la licencia al notificárselo al empleador.

Si la licencia es previsible por el nacimiento de un hijo, para adoptar o recibir a un niño en régimen de guarda, para el tratamiento médico previsto de una afección de salud grave del empleado o de un familiar, o para el tratamiento médico previsto de una lesión o enfermedad grave de un miembro del servicio cubierto, el empleado debe notificar al empleador **al menos 30 días** antes del comienzo de la licencia. Si no se notifica con 30 días de antelación, el empleador tiene derecho a diferir el inicio de la licencia conforme a la FMLA hasta que se curse el preaviso de 30 días.

Cuando la licencia vaya a comenzar en menos de 30 días, el empleado debe notificar al empleador tan pronto como sea posible.

En el caso de una licencia previsible por una urgencia que califica, la notificación debe efectuarse tan pronto como sea posible, independientemente de la antelación con la que se prevea la licencia.

Notificación conforme a Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

El 21 de octubre de 1998, el Congreso sancionó la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998. De acuerdo con lo establecido en la Ley, si usted o un familiar cubierto se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, puede tener derecho a

ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés). En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas en todas las fases de la mastectomía, incluido el linfedema.

La cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente. Los deducibles y coseguros establecidos para otros beneficios de su plan también se aplican a estos beneficios de cirugía reconstructiva.

Derechos conforme a la USERRA

Si usted, su cónyuge o dependiente se ausenta del trabajo para prestar servicio uniformado, puede tener derecho a seguir participando en el Plan en virtud de la Ley de Derechos de Empleo y Reinserción Laboral de los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés). La ley USERRA tiene por objeto reducir las dificultades que pueden surgir si tiene que ausentarse de su empleo civil para prestar servicios uniformados en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos. La USERRA busca garantizar que quienes sirven a su país puedan conservar su empleo civil y sus beneficios, y puedan buscar su reinserción laboral sin discriminación por razón de su servicio.

En virtud de la ley USERRA, los empleados que se ausenten para prestar servicio uniformado (y su cónyuge y dependientes cubiertos) tienen derecho a la continuación de la cobertura durante el período de servicio (más el tiempo permitido por la ley USERRA para solicitar la reincorporación al empleo) o durante un plazo máximo de veinticuatro (24) meses, el que sea menor. Si su período de servicio es inferior a treinta y un (31) días, el plan puede cobrar únicamente su parte de la prima mensual de cobertura médica. Si la duración de su servicio es mayor de treinta y un (31) días, su empleador puede cobrarle la prima íntegra más un 2 % (hasta un total del 102 % de la prima). Usted puede tener derechos tanto en virtud de la ley COBRA como de la ley USERRA y tiene derecho a la cobertura continua que le proporcione el beneficio más favorable.

Una persona que esté prestando servicio en las Fuerzas Armadas se considerará en situación de licencia y tendrá derecho a todos los derechos y beneficios no determinados por la antigüedad que se proporcionan por norma general a los empleados en situación similar que estén de licencia u otros tipos de licencia.

El período de continuación de la cobertura en virtud de la ley USERRA se computará como parte de cualquier período de continuación de la cobertura disponible simultáneamente en virtud de la ley COBRA.

Ley de Paridad en la Salud Mental y Equidad en las Adicciones de 2008

Según la Ley de Paridad en la Salud Mental y Equidad en las Adicciones de 2008, las condiciones (por ejemplo, copagos y deducibles) y limitaciones de tratamiento para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias no deben ser, por regla general, más restrictivas que las aplicables a procedimientos médicos y quirúrgicos. Consulte los documentos de su plan para conocer más información sobre la cobertura de salud mental.

Ley de Michelle

Ciertos dependientes cubiertos pueden ser elegibles para prorrogar la cobertura de su plan durante un período de tiempo limitado cuando dicha cobertura de otro modo cesaría debido a la pérdida de la condición de estudiante.

En virtud de la Ley de Michelle, el Plan no puede dar por terminada la cobertura de un hijo dependiente cuya inscripción en un plan requiera la condición de estudiante en una institución de educación postsecundaria, si dicha condición se pierde debido a una licencia por necesidad médica. En este caso, el Plan continuará proporcionando cobertura al dependiente hasta la primera de las siguientes fechas:

La fecha en la que se cumpla un año desde el primer día de la licencia por necesidad médica.

La fecha en la que, de lo contrario, cesaría la cobertura del dependiente según las condiciones del Plan.

Un dependiente que se encuentre en esta situación será elegible para la continuación de la cobertura del Plan en virtud de la Ley de Michelle si usted proporciona al Plan un certificado por escrito del médico tratante del dependiente donde conste que:

El dependiente padece una enfermedad o lesión grave.

La licencia (u otro cambio en la matriculación) obedece a una necesidad médica.

Por licencia por necesidad médica se entiende una licencia de una institución de educación postsecundaria, o cualquier otro cambio en la matriculación del dependiente en la institución, que:

Comienza mientras el dependiente padece una enfermedad o lesión grave.

Hace que el dependiente pierda la condición de estudiante a los efectos de la cobertura según las condiciones del Plan.

Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

En general, los planes de salud grupales no pueden restringir la estancia hospitalaria de la madre o el bebé en relación con el parto a menos de cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal o menos de noventa y seis (96) horas después de un parto por cesárea. Los planes de salud grupales no pueden exigir que el médico tratante reciba autorización del plan para que la madre y el bebé permanezcan hospitalizados más de cuarenta y ocho (48) horas tras un parto vaginal o noventa y seis (96) horas tras un parto

por cesárea. El médico tratante puede consultar con la madre y decidir dar de alta a la madre y al bebé antes de que transcurran cuarenta y ocho (48) horas tras un parto vaginal o noventa y seis (96) horas tras un parto por cesárea.

Aviso de Prácticas de Privacidad conforme a la HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE

La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA", por sus siglas en inglés) impone numerosos requisitos a los planes de salud de las empresas en relación con la forma en que puede utilizarse y divulgarse determinada información de salud que permite la identificación personal, denominada información de salud protegida o PHI (por sus siglas en inglés). Este Aviso describe la forma en que el plan, y cualquier tercero que colabore en la administración del plan, puede utilizar y divulgar su información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica y para otros fines autorizados o exigidos por la ley. Este Aviso también describe sus derechos de acceso y control de su información de salud protegida. "Información de salud protegida" es la información mantenida o transmitida por los Planes, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o estado físico o mental pasado, presente o futuro y con los servicios de atención médica relacionados.

Utilizaremos PHI en la medida mínima necesaria para lograr el propósito previsto del uso, divulgación o solicitud de la misma. Se aplicarán los Avisos sobre Prácticas de Privacidad de nuestras aseguradoras, excepto en el caso de la información médica limitada que recibamos de usted y conservemos cuando nos pida que le ayudemos a tramitar un reclamo o una controversia sobre la determinación de beneficios, la información relacionada con su inscripción o baja del plan y cierta información médica resumida.

Su médico o proveedor de atención de salud personal puede tener políticas o avisos diferentes en relación con el uso y la divulgación de su información médica.

La ley nos obliga a cumplir con los términos de este aviso para:

- Asegurarnos de que la información médica que lo identifica se mantenga privada.
- Notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica relativa a su persona.
- Cumplir con los términos del Aviso que se encuentra actualmente en vigencia.

Es importante tener en cuenta que estas normas se aplican a los Planes, no a la empresa como empleador.

1. Cómo podemos utilizar y divulgar su información médica La HIPAA autoriza en términos generales el uso y la divulgación de su información médica sin su permiso para fines de tratamiento médico, actividades de pago y operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones se describen en mayor detalle a continuación. Tenga en cuenta que este Aviso no enumera todos los usos o divulgaciones, sino que brinda ejemplos de los usos y divulgaciones más comunes.
 - Tratamiento: Cuando y según corresponda, la información médica puede utilizarse o divulgarse para facilitar el tratamiento o los servicios médicos por parte de los proveedores.
 - Pago: Cuando y según corresponda, la información médica puede utilizarse y divulgarse con el fin de determinar su derecho a recibir beneficios de los Planes, facilitar el pago del tratamiento y los servicios que reciba de los proveedores de atención médica, determinar la responsabilidad por los beneficios y la cobertura del plan, o coordinar su cobertura.
 - Operaciones de atención médica: Cuando y según corresponda, la información médica puede utilizarse y divulgarse para las operaciones del plan, según sea necesario. Su información genética no se utilizará ni divulgará con fines de suscripción de seguros.
 - El plan siempre tratará de garantizar que la información médica utilizada o divulgada se limite a un "Conjunto de Registros Designados" y a la regla del "Mínimo Necesario", que incluye un "conjunto de datos limitados", tal como se define en la ley para estos fines.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES AUTORIZADOS

- Divulgación a terceros que intervienen en su atención: La información médica puede revelarse a un familiar, a un amigo o a cualquier otra persona que usted identifique, siempre que la información esté directamente relacionada con la intervención de dicha persona en su atención médica o en el pago de dicha atención.
- Divulgación al patrocinador del plan de salud: La información puede divulgarse a otro plan de salud con el fin de facilitar las solicitudes de pago bajo ese plan. Además, la información médica puede divulgarse al personal con el propósito exclusivo de administrar los beneficios del plan.
- Indemnizaciones laborales: Podemos divulgar información médica relativa a su persona en relación con una indemnización laboral o programas similares. Estos programas proporcionan prestaciones por accidentes o enfermedades laborales.
- Para cumplir con requisitos federales y estatales: Se divulgará información médica cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.
- Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad: Podrá divulgarse información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad pública o de un tercero. No obstante, cualquier divulgación solo se efectuará a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
- Militares y veteranos: Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, la información médica puede divulgarse según lo requieran las autoridades de mando militar.
- Socios comerciales: La información médica puede divulgarse a socios comerciales. Hemos celebrado contratos con entidades (definidas como "socios comerciales" en virtud de la HIPAA) para que nos ayuden a administrar sus beneficios. Celebraremos

contratos con estas entidades en los que se les exigirá que solo utilicen y divulguen su información de salud en la medida en que así nos lo autorice la HIPAA.

- Otros usos: Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su información médica a organizaciones que se encargan de conseguir órganos o de realizar trasplantes de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos. Podemos revelar su información médica a un médico forense o médico legista. Si usted es un recluso de un centro penitenciario correccional o se encuentra bajo la custodia de una autoridad policial, es posible que suministremos su información médica al centro penitenciario correccional o a la autoridad policial.

En general, todo uso y divulgación que no sean los que se describen en este aviso requerirán su autorización por escrito. Se requiere su autorización por escrito para: la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; usos y divulgaciones de PHI con fines de marketing; y divulgaciones que constituyan una venta de PHI. Puede revocar su autorización en cualquier momento, pero no podrá hacerlo si los Planes ya han actuado en consecuencia.

Es posible que las leyes de privacidad de un estado en particular u otras leyes federales impongan una norma de privacidad más estricta. Si se aplican estas leyes más estrictas y no son sustituidas por normas federales de prelación en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA), el plan cumplirá con la ley más estricta.

2. Sus derechos en relación con su información médica. Usted tiene los siguientes derechos en relación con la información médica que conservamos sobre usted:

Derecho de inspección y copia: Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre sus beneficios en virtud de los Planes. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros materiales relacionados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en determinadas circunstancias muy limitadas. Si se le deniega el acceso a la información médica, podrá solicitar que se reconsidere la denegación. Si los Planes no conservan la información médica, pero saben dónde se conserva, se le informará a dónde dirigir su solicitud.

- **Derecho de modificación:** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Asimismo, deberá indicar un motivo que justifique su solicitud. Podemos denegar su solicitud de modificación si no la presenta por escrito o no incluye un motivo que la justifique. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos cualquiera de los siguientes datos:
 - Información que no forma parte de la información médica conservada por o para el plan.
 - Información que no hayamos creado nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación.
 - Información que no forma parte de la información que usted podría inspeccionar y copiar.
 - Información que sea correcta y completa.
- **Derecho a un informe de divulgaciones:** Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones" (es decir, una lista de ciertas divulgaciones que el plan ha efectuado de su información médica). Por regla general, puede recibir un informe de las divulgaciones si la divulgación es exigida por la ley, si se efectúa en relación con actividades de salud pública o en situaciones similares a las enumeradas anteriormente como "Otros usos y divulgaciones autorizadas". Usted no tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones que se hayan efectuado:
 - Para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
 - A usted acerca de su propia información de salud.
 - De forma accesoria a otras divulgaciones autorizadas.
 - Cuando se haya dado autorización.
 - A familiares o amigos que intervengan en su atención (cuando la divulgación esté permitida sin autorización).
 - Con fines de seguridad nacional o inteligencia, o a instituciones penitenciarias o funcionarios de las fuerzas del orden en determinadas circunstancias.
 - Como parte de un conjunto de datos limitado en el que la información divulgada excluye información identificativa.

Para pedir esta lista o un informe de divulgaciones, deberá presentar su solicitud, en la que deberá indicar un período de tiempo, que no podrá ser mayor de seis años ni incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. En su solicitud deberá indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónico). La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de facilitarle la lista. Sin perjuicio de lo anterior, puede solicitar un informe de las divulgaciones de cualquier "historia clínica electrónica" (es decir, un registro electrónico de información relacionada con su salud que sea creado, recopilado, gestionado y consultado por profesionales médicos y personal de salud autorizados). Para ello, sin embargo, deberá presentar su solicitud e indicar un período de tiempo, que no podrá ser mayor de tres años anteriores a la fecha en que se solicite el informe.

- **Su derecho a solicitar restricciones:** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que utilizamos o divulgamos acerca de su persona para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar que se limite la información médica que divulgamos sobre su persona a alguien que intervenga en su atención o en el pago de la misma, como un familiar o amigo. Si los Planes aceptan una solicitud, cualquier restricción podrá anularse más adelante mediante solicitud por escrito, por acuerdo entre usted y los Planes (incluso verbalmente) o por decisión unilateral de los Planes en el caso de información de salud creada o recibida después de que los Planes le hayan notificado a usted que han eliminado las restricciones y en el caso de tratamientos de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacerlo por escrito y proporcionarnos los siguientes datos:
 - Qué información desea limitar.
 - Si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos.

- A quién o quiénes desea que se apliquen las restricciones (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge).
 - Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene derecho a solicitar que, cuando nos comuniquemos con usted con respecto a cuestiones médicas, lo hagamos de una determinada manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedirnos que nos comuniquemos con usted únicamente a su trabajo o por correo.
3. Notificación de vulneraciones de seguridad. De conformidad con los cambios en la HIPAA exigidos por la Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica de 2009 y sus reglamentos de aplicación (en forma conjunta, "Ley HITECH", por sus siglas en inglés) en virtud de la Ley de Recuperación y Reinversión de los Estados Unidos de 2009 ("ARRA", por sus siglas en inglés), este Aviso también refleja los requisitos federales en materia de notificación de vulneraciones impuestos a los Planes en caso de que su información de salud protegida "no segura" (según se define en la Ley HITECH) sea obtenida por un tercero no autorizado.
- El plan le notificará tras el descubrimiento de cualquier "vulneración" de su información de salud protegida no segura, tal como se define en la Ley HITECH (la "Notificación de Vulneración"). La Notificación de Vulneración se efectuará por escrito y se enviará por correo certificado o, alternativamente, por correo electrónico si usted ha aceptado con anterioridad recibir dichas notificaciones por vía electrónica. Si la vulneración afecta a:
 - 10 o más personas de las que no dispongamos de información de contacto suficiente o actualizada, enviaremos una Notificación de Vulneración individual sustitutiva publicando la notificación en el sitio web de beneficios de la intranet de la empresa o enviando la notificación a medios de comunicación impresos o audiovisuales de gran difusión de los lugares en los que probablemente residan las personas afectadas.
 - Menos de 10 personas de las que no dispongamos de información de contacto suficiente o actualizada, enviaremos una Notificación de Vulneración sustitutiva mediante un formulario alternativo.

La Notificación de Vulneración se le enviará sin demora injustificada y en ningún caso más de 60 días después de descubrirse una vulneración e incluirá, en la medida de lo posible:

- Una descripción de la vulneración.
- Una descripción del tipo de información afectada por la vulneración.
- Las medidas que debe adoptar para protegerse de posibles daños.
- Una breve descripción de lo que estamos haciendo para investigar la vulneración, mitigar el daño y prevenir nuevas vulneraciones.
- Información de contacto pertinente.

Además, en el caso de cualquier Notificación de Vulneración sustitutiva realizada a través de la web o de medios de comunicación impresos o audiovisuales de gran difusión, la Notificación de Vulneración incluirá un número de teléfono gratuito para que pueda ponerse en contacto con nosotros y determinar si su información de salud protegida se vio afectada por la vulneración.

4. Modificaciones a este Aviso Podremos modificar los términos de este aviso en cualquier momento. En ese caso, los nuevos términos y políticas entrarán en vigencia para toda la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Le enviaremos una copia del aviso actualizado.
5. Quejas Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el plan o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Todas las quejas deben presentarse por escrito.

No se le impondrá ninguna sanción por presentar una queja.

6. Otros usos de información médica. Cualquier otro uso o divulgación de la información médica que no esté contemplado en el presente aviso o en las leyes que nos rigen se realizará únicamente con su autorización por escrito. Si nos concede permiso para utilizar o divulgar información médica sobre su persona, podrá revocar dicho permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, dejaremos de utilizar o divulgar información médica sobre su persona por los motivos contemplados en su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos anular ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que es posible que estemos obligados a conservar nuestros registros relacionados con sus determinaciones de beneficios e inscripción.

Notificación inicial conforme a la HIPAA sobre los derechos de inscripción especial

Este aviso tiene por objeto informarle acerca de su derecho, en virtud de una ley federal denominada Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA), a inscribirse en el Plan en fechas distintas a los plazos anuales de inscripción abierta del Plan, en caso de que se produzcan determinados acontecimientos (por ejemplo, si tiene un bebé). Estos períodos de inscripción se conocen como oportunidades de "inscripción especial". Por lo general, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días o según se especifique en los documentos del plan.

- Si usted o sus dependientes dejan de ser elegibles para otra cobertura en la que estaban inscritos, es posible que puedan inscribirse en este plan.
- Si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción, o entrega en adopción, puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en el Plan.

- Si usted, su cónyuge o sus dependientes reúnen los requisitos para recibir asistencia de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico para niños, o pierden la cobertura de dicho programa, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse en el Plan.

Beneficios del Plan durante una licencia conforme a la ley FMLA

Si se toma una licencia que no es una licencia familiar o médica según la Ley de Licencias Médicas y Familiares de 1993 (FMLA), la forma en que participa en el Plan dependerá de si sigue o no cobrando un sueldo de su empleador mientras está de licencia. Si su empleador no le paga mientras está de licencia, su participación en el Plan se tratará de la misma manera que si hubiera cesado su relación laboral, a menos que pague por los beneficios, después de deducir los impuestos, mientras esté de licencia. Cuando se reincorpore al trabajo, se reanudarán sus beneficios anteriores.

Si se toma una licencia familiar o médica en virtud de la FMLA, debe ponerse en contacto con el empleador para conversar sobre la continuidad de su participación en el Plan durante la licencia. En general, si se toma una licencia familiar o médica no remunerada en virtud de la FMLA, podrá seguir participando en el Plan, pero es posible que tenga que seguir realizando aportes.

Póngase en contacto con la empresa en cuanto sepa que va a tomarse una Licencia Familiar o Médica.

Órdenes de manutención médica de los hijos (QMCSO)

El administrador del plan puede facilitarle, sin ningún costo, una descripción de los procedimientos que rigen las órdenes de manutención médica de los hijos (QMCSO, por sus siglas en inglés).

Planes de bienestar

Su plan de salud tiene el compromiso de ayudarle a alcanzar su mejor estado de salud. Hay recompensas disponibles para todos los empleados por participar en un programa de bienestar. Si cree que quizás no pueda cumplir algún requisito para obtener una recompensa en el marco de este programa de bienestar, es posible que pueda tener la oportunidad de obtener la misma recompensa por otros medios. Póngase en contacto con su empleador y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted teniendo en cuenta su estado de salud".

Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA)

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA, por sus siglas en inglés) prohíbe a los empleadores alcanzados por la ley solicitar o requerir información genética de una persona o de un miembro de su familia, excepto en los casos específicamente permitidos por la ley. Los requisitos de no discriminación en el empleo establecidos por la ley GINA prohíben a la empresa discriminar a cualquier empleado o postulante con respecto a la contratación, despido, remuneración, términos, condiciones o privilegios en el empleo basados en la información genética del empleado o postulante. En consecuencia, la empresa no dejará de contratar ni se negará a hacerlo, ni despedirá a ningún empleado o postulante a causa de su información genética. La empresa no limitará, segregará ni clasificará a los empleados o postulantes de ninguna manera que los prive o tienda a privarlos de oportunidades de empleo o perjudique su condición de empleados debido a la información genética relativa a los empleados o postulantes. La empresa no discriminará ni tomará represalias contra las personas que se opongan a prácticas ilegales en virtud de la GINA, o que presenten una acusación, testifiquen, colaboren o participen en cualquier investigación, procedimiento o audiencia relacionados con los requisitos de no discriminación en el empleo. Sin embargo, la empresa no infringirá la GINA si limita o restringe las funciones laborales de un empleado basándose en información genética porque así se lo exija una ley o reglamento que obligue al control genético.

La "información genética", según se define en la GINA, incluye los antecedentes médicos familiares de una persona, los resultados de las pruebas genéticas de una persona o de un familiar, el hecho de que una persona o un familiar de la persona haya solicitado o recibido servicios genéticos, y la información genética de un feto gestado por una persona o un familiar de la persona o de un embrión conservado conforme a la ley por una persona o un familiar que reciba servicios de reproducción asistida.

Asimismo, por regla general, el plan:

- No solicitará ni exigirá que las personas o sus familiares se sometan a pruebas genéticas.
- No utilizará información genética para decidir si una persona es elegible para la cobertura o para imponer exclusiones por afecciones preexistentes.
- No recopilará información genética con fines de suscripción de seguros o con respecto a cualquier persona antes de su inscripción o cobertura.
- No ajustará las primas grupales o los importes de los aportes sobre la base de información genética.

Aviso relativo a la designación de proveedores de atención primaria

El plan puede permitir o incluso exigir la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de atención primaria y para ver una lista de los proveedores de atención primaria que participan, póngase en contacto con su empleador. Para los niños, puede designar un pediatra como proveedor de atención primaria.

Aviso sobre la cobertura de la atención obstétrica o ginecológica

Usted no necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red y que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, se le puede requerir al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos, incluida la previa obtención de autorización para llevar a cabo ciertos servicios, luego de un plan de tratamiento previamente autorizado, o procedimientos para realizar derivaciones. Póngase en contacto con el plan para obtener una lista de profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología.

Sus derechos y protecciones frente a facturas médicas sorpresivas

Cuando recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor de fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, está protegido de la facturación sorpresiva o de saldos.

¿Qué es la "facturación de saldos" (a veces llamada "facturación sorpresiva")?

Cuando consulta con un médico u otro profesional de la salud, es posible que tenga que pagar ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, un coseguro y/o un deducible. También puede tener otros gastos o tener que pagar la totalidad de la factura si consulta a un proveedor o acude a un centro médico que no pertenece a la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" se refiere a los proveedores y centros que no tienen un contrato con su plan de salud. Es posible que los proveedores fuera de la red estén autorizados a facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el importe total cobrado por un servicio. Esto se denomina "**facturación de saldos**". Es probable que este importe sea superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no computarse para el límite anual de gastos de bolsillo.

La "facturación sorpresiva" es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red pero inesperadamente es atendido en un centro fuera de la red pero inesperadamente es atendido por un proveedor fuera de la red.

Usted está protegido de la facturación de saldos en los siguientes casos:

Servicios de emergencia

Si tiene una emergencia médica y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el importe de los costos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). **No** se le puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facturen los saldos de 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, ciertos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de los costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los 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 para que no le facturen el saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, a menos que usted preste su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

La ley de Minnesota prohíbe la facturación de saldos

Un proveedor de la red tiene prohibido facturarle cualquier suma que supere la suma permitida que la compañía de seguros tiene contratada con el proveedor como pago total por el servicio de atención médica. Un proveedor de la red puede facturarle el copago, deducible o coseguro aprobado. Un proveedor de la red puede facturarle servicios no cubiertos por su plan de salud siempre que usted acepte por escrito y por adelantado, antes de que se preste el servicio, pagar por el servicio no cubierto.

Nunca tendrá que renunciar a la protección frente a la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando la facturación de saldos no está permitida, también tiene las siguientes protecciones:

Usted solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.

Por lo general, su plan de salud debe:

- Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
- Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
- Basar lo que usted le adeuda al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro de la red y reflejar ese importe en la explicación de beneficios.
- Computar cualquier suma que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red a cuenta del deducible y del límite de gastos de bolsillo.

Si cree que le han facturado indebidamente, puede ponerse en contacto con el servicio de ayuda No Surprise Help Desk (NSHD) al teléfono 1-800-985-3059 o con la Oficina del Fiscal General de Minnesota en: 445 Minnesota St., Ste. 1400, St. Paul, MN 55101; (800) 657-3787.

Visite cms.gov/nosurprises para más información sobre los derechos que le otorga la legislación federal.

Visite <https://www.ag.state.mn.us/consumer/publications/MedicalBillingPointers.aspx> para consultar más información sobre sus derechos en virtud de la legislación del estado de Minnesota. Para obtener información sobre quejas relacionadas con la atención médica, visite <https://www.health.state.mn.us/facilities/insurance/clearinghouse/complaints.html>.



PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único de compra" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 %¹ de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.¹²

Nota: si compra un plan de salud a través del Mercado, en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que, si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.

¹Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

²Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificativos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificativo para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **ofrece un período temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318- 2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitando directamente a través de su agencia estatal de Medicaid.

Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte el Resumen de la descripción del plan de salud o comuníquese con

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada según la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador		4. Número de identificación patronal (EIN)	
5. Dirección del empleador		6. Número de teléfono del empleador	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal	
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo?			
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)		12. Dirección de correo electrónico	

A continuación, se ofrece información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:

☐ Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

☐ Algunos empleados. Los empleados elegibles son:

Respecto a los dependientes:

☐ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

☐ No ofrecemos cobertura.

☐ Si se marca, esta cobertura cumple con la norma de valor mínimo y el costo de esta cobertura para usted debe ser asequible, según los salarios de los empleados.

** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a otra (quizás es un empleado por horas o trabaja por comisión), si es nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.

Si decide buscar cobertura en el Mercado, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lo guiará a través del proceso. Aquí está la información del empleador que ingresará cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

La siguiente información corresponde a la Herramienta de Cobertura del Empleador del Mercado. Completar esta sección es opcional para los empleadores, pero ayudará a garantizar que los empleados comprendan sus opciones de cobertura.

13. ¿El empleado es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

☐ Sí (Continuar)

13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo es elegible el empleado para la cobertura? _____ (mm/dd/aaaa) (Continuar)

☐ No (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con la norma de valor mínimo*?

☐ Sí (Pase a la pregunta 15) ☐ No (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado)

Para el plan de menor costo que cumple con la norma de valor mínimo* **ofrecido solamente al empleado** (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes

☐ Mensualmente

☐ trimestralmente

☐ Anualmente

Si el año del plan termina pronto y sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, pase a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan? _____

☐

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

☐

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima por el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla con la norma de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Consulte la pregunta 15.)

¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

¿Con qué frecuencia?

☐ Semanalmente

☐ Cada de semanas

☐ Dos veces al mes

☐ Trimestralmente

☐ Mensualmente

☐ Anualmente

Otros avisos que requieren una adaptación específica del plan:

Aviso sobre cobertura acreditable: Los patrocinadores del plan deben notificar anualmente a los participantes elegibles para Medicare si su cobertura de medicamentos recetados es al menos tan buena como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

<https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/CreditableCoverage/index?redirect=/CreditableCoverage/>

Aviso a los empleados sobre las opciones de cobertura: Aviso obligatorio a los empleados sobre el Mercado de Seguros Médicos / Intercambio Estatal.

<https://www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/affordable-care-act/for-employers-and-advisers/coverage-options-notice>