Resumen de Beneficios

Hamra Enterprises

2025

HAMRA
ENTERPRISES

2025 | Beneficios para Empleados de Tiempo Completo

¿Cuándo comienzan los beneficios?
El año del plan de beneficios comienza el 1 de enero de 2025 y finaliza el 31 de diciembre de 2025.

¿Quién es elegible?
Si es un empleado de tiempo completo (trabaja 30 horas o más por semana), es elegible para inscribirse en los beneficios descritos en este resumen. Los dependientes calificados elegibles para recibir cobertura de beneficios selectos incluyen:

- Su cónyuge
  - Sin embargo, si su cónyuge reúne los requisitos para recibir cobertura a través de su empleador, no será elegible para participar en la cobertura de Hamra.
- Sus hijos hasta los 26 años
- Su (s) hijo (s) incapacitado (s) de cualquier edad que sean: incapaces de mantenerse por sí mismos, incapacitados que no alcanzan el límite de edad de 19 o 25 años y declarados como dependientes en su declaración de impuestos sobre la renta

La elegibilidad de los empleados a tiempo parcial se revisa el último día del mes de su primer aniversario de empleo.

Nota: Si dos empleados de Hamra Enterprises y/o sus afiliadas están casados entre sí y al menos uno de ellos es elegible para cobertura de salud, entonces podrán estar en un mismo plan, ya sea Empleado y Cónyuge o Familiar.

Período de espera
Si usted es un empleado a tiempo completo recién contratado, que trabaja 30 horas o más por semana, será elegible para recibir beneficios después de haber cumplido el período de espera, el cual equivale a 30 días a partir de la fecha de contratación.

Eventos clasificatorios *
Los eventos de vida que califican son cambios en su situación que pueden hacerlo elegible para un período de inscripción especial, lo que le permite inscribirse o cambiar su cobertura de seguro fuera del período anual de inscripción abierta.

Algunos ejemplos de eventos calificativos incluyen:

- Obtener otra cobertura de salud
  - ◊ Obtener una nueva cobertura de salud
  - ◊ Ser elegible para Medicare, Medicaid o CHIP
  - ◊ Tener 26 años o menos y obtener cobertura a través del plan de un padre
- Pérdida de otra cobertura médica
  - ◊ Perder la cobertura médica vigente
  - ◊ Perder la elegibilidad para Medicare, Medicaid o CHIP
  - ◊ Cumplir 26 años y perder la cobertura a través del plan de los padres
- Cambios en el hogar
  - ◊ Casarse o divorciarse
  - ◊ Tener un bebé o adoptar a un(a) hijo(a)
  - ◊ Fallecimiento de un miembro de la familia

**Nota: El empleado es responsable de notificar a Recursos Humanos sobre cualquier cambio dentro de los 30 días.*

Comprensión de los términos de atención médica

Para ayudarle a tramitar su plan de salud, consulte las siguientes definiciones de términos comunes:

Cobertura dentro y fuera de la red
Un proveedor dentro de la red es aquel que ha sido contratado por la empresa de seguros médicos para prestar servicios a los afiliados del plan a cambio de unas tarifas específicas previamente negociadas. Un proveedor fuera de la red es aquel que no tiene contrato con el plan de seguro médico. El plan que usted elija determinará el tipo de cobertura que tiene y la tarifa que paga. Normalmente, si visita a un médico u otro proveedor dentro de la red, el monto que tendrá que pagar será menor que si acude a un proveedor fuera de la red.

Deducible por año calendario
Es la cantidad que tiene que pagar en un año calendario antes de que el plan comience a costear los pagos. Tenga en cuenta que no todos los servicios requieren que cumpla con el deducible. Por ejemplo, existen planes que requieren que pague el deducible completo antes de que el seguro cubra las visitas al médico de atención primaria, al especialista o a otras consultas. Los planes pueden tener un deducible individual y familiar. Los copagos no cuentan para alcanzar el deducible a menos que se indique lo contrario.

Atención preventiva
La mayoría de los planes de salud cubren una serie de servicios preventivos, como exámenes de detección y vacunas, sin costo alguno cuando son administrados por un proveedor dentro de la red. Estos pueden incluir servicios como la detección de la presión arterial, pruebas de colesterol, detección del VIH, vacunas, asesoramiento y vacunas contra la gripe.

Copago
El copago es una cantidad fija que debe pagar por un servicio de atención médica, normalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio. También es posible que tenga que realizar un copago cuando le entreguen los medicamentos de una receta.

Coaseguro
Una vez que haya alcanzado su deducible, usted y su plan de salud comparten el costo de los servicios de atención médica cubiertos. El coaseguro es su parte de los costos, generalmente un porcentaje del costo de la atención. Los detalles de su plan indican qué parte del costo deberá pagar.

Límite de gastos de bolsillo
Es lo máximo que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios cubiertos. Esta cantidad puede incluir su deducible y su porcentaje de los costos, dependiendo de su plan. Hay planes en los que todavía debe pagar un copago en el momento del servicio.

Prima
La prima, también llamada cuota mensual, es lo que paga por el plan. Es el dinero que se descuenta de su sueldo.

Cobertura de medicamentos
Se trata de los montos que pagará por las recetas para tratar enfermedades. Las recetas se delegan en tres niveles. El monto del copago que deberá abonar depende del tipo de medicamento que requiera. Tenga en cuenta que algunos planes le exigen que cumpla con el deducible antes de poder hacer el pago del copago de sus medicamentos recetados.

Cuenta de ahorros para la salud (HSA)
La Cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account , HSA) es una cuenta bancaria emparejada con sus planes de salud con deducible alto (High Deductible Health Plans, HDHP) que le permite ahorrar dinero libre de impuestos para pagar sus gastos médicos, dentales y oftalmológicos calificados de su bolsillo durante el año o en el futuro. Usted es dueño del dinero en su cuenta HSA y es suyo para quedárselo, incluso cuando cambie de plan o se jubile. Los fondos se transfieren de un año a otro para ser utilizados cuando realmente los necesite.

El estado de preferencia fiscal de sus contribuciones a la HSA depende de varios factores. Por ejemplo, debe estar inscrito en un plan de salud calificado con deducible alto. Asimismo, los residentes de California y Nueva Jersey pagan impuestos sobre las contribuciones a la HSA a nivel estatal. Las leyes fiscales estatales pueden cambiar periódicamente, por lo que debe consultar con un asesor fiscal para ratificar el tratamiento fiscal de las contribuciones a la HSA en su estado.

Seguro Médico

Seguro Médico | Anthem

Organización de Proveedores Preferidos (PPO)
Un plan PPO le ofrece la libertad de recibir cuidado de cualquier médico, especialista u hospital dentro o fuera de la red, sin un referido. El PPO tiene una grande red de proveedores, hospitales e instalaciones bajo contrato. Usted tiene que satisfacer un deducible y después de satisfacerlo, el coaseguro (o el costo que usted comparte con la compañía de seguro) comienza enseguida. Los tipos de servicios médicos que contribuyen para cumplir con el deducible son hospitalizaciones, procedimientos de paciente externo, cirugías, pruebas de laboratorio (análisis de sangre) y rayos X (MRI, escaneos PET, CT, etc.). Si consulta a un médico primario, un especialista, utiliza la sala de emergencia o toma un medicamento prescrito, usted realiza un copago por esos servicios específicos. Los copagos no se aplican al deducible, pero sí se aplican a desembolso máximo.

Plan de Salud de Deducible Alto (HDHP) con Cuenta de Ahorros para Gastos de Salud (HSA)*
Este plan médico tiene dos componentes: (1) un Plan de Deducible Alto (HDHP) y (2) una cuenta libre de impuestos llamada Cuenta de Ahorros para Gastos de Salud (HSA).

El *HDHP* es un plan PPO con deducible alto que provee beneficios para el cuidado de salud después de cumplir con el deducible. Todos los servicios médicos, con la excepción del cuidado preventivo, son pagados por usted al 100%, menos los descuentos de la compañía de seguro, antes de cumplir con el deducible anual completo. Esto incluye las consultas rutinarias en el consultorio del médico, procedimientos, servicios de laboratorio, medicamentos prescritos, etcétera.

La *HSA* es una cuenta bancaria combinada con su plan *HDHP* que le permite guardar dinero libre de impuestos para pagar por sus gastos médico, dental y visión calificados de bolsillo a lo largo del año o en el futuro. El dinero en su cuenta *HSA* pertenece a usted y puede quedarse con el dinero – aun cuando cambie de planes o se jubile. Los f ondos traspasan de un año a otro para ser utilizados cuando realmente los necesite. La Compañía contribuirá dinero a su cuenta HSA para ayudarle a pagar por gastos médicos calificados que podrían surgir. Las contribuciones del empleador serán depositadas en su cuenta HSA por período de pago. Por favor consulte la página de tarifas para obtener más información acerca de las contribuciones del empleador.

Opción de Planes:	HDHP 1	HDHP 2	PPO
Red	Blue Access	Blue Access	Blue Access
Deducible Individual (**En la Red/**Fuera de la Red) Familiar (**En la Red/**Fuera de la Red)	**$3,000** / $6,000 **$6,000** / $12,000	**$5,000** / $10,000 $10,000 / $20,000	**$6,350** / $12,700 $12,700 / $25,400
Coaseguro En la Red/Fuera de la Red	**100%** / 70%	**100%** / 70%	**70%** / 50%
Desembolso Máximo Individual (**En la Red/**Fuera de la Red) Familiar (**En la Red/**Fuera de la Red)	**$3,000** / $12,000 **$6,000** / $24,000 *Incluye el Deducible*	**$5,000** / $20,000 **$10,000** / $40,000 *Incluye el Deducible*	**$8,000** / $14,700 **$16,000** / $29,400 *Incluye el Deducible*
Servicios del Medico (En la Red) Cuidado Preventivo Adulto / Niño Consultorio del Medico / Especialista Rayos X/Laboratorio Diagnostico	100% Deducible, luego 100%	100% Deducible, luego 100%	100% $50 copago / $70 copago Deducible, luego 70%
Sala de Emergencia	Deducible, luego 100%	Deducible, luego 100%	$500 copago
Hospitalización (En la Red)	Deducible, luego 100%	Deducible, luego 100%	Deducible, luego 70%
Medicamentos Prescritos (En la Red) Minorista: Genérico / Formulario / No del Formulario Pedido por Correo: Genérico / Formulario / No del Formulario	**Copagos:** Deducible, luego 100% Deducible, luego 100%	**Copagos:** Deducible, luego 100% Deducible, luego 100%	**Deducible de $100 por persona entonces Copagos:** $20 / $40 / $60 $40 / $80 / $120

Consultas virtuales| Anthem

Atención médica diseñada para su estilo de vida ocupada

En la prisa de la vida cotidiana, resulta fácil posponer la atención médica importante hasta que surge un problema. El enfoque de Virtual First (Primero virtual) para la atención ofrece una manera de adaptar la atención que necesita a su horario, en lugar de organizar su horario en torno a consultas médicas presenciales.

La experiencia Virtual First

Por medio de la galardonada aplicación Sydney[SM] Health, tiene acceso a opciones convenientes de atención virtual, desde la atención de salud de rutina hasta el control de enfermedades crónicas. Tiene acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a los profesionales de la salud a través del chat o una consulta por video, con tiempos de espera más cortos que en la atención de emergencia presencial.

Los médicos y demás profesionales de la salud que lo atienden en línea forman parte de una red seleccionada de manera cuidadosa y de alta calidad. Pueden emitir recetas de medicamentos y aprobar su reposición, así como verificar su salud, realizar un plan para su atención y dar seguimiento a la consulta virtual anterior, todo a través de su dispositivo móvil por un bajo costo o sin costo adicional. Los registros médicos compartidos permiten a los proveedores acceder a una visión más completa de su salud y también facilitan su acceso a los profesionales de la salud que lo atienden de manera presencial.

Atención virtual

Con el bienestar virtual, el control de afecciones y las consultas de atención de emergencia, no necesita perder su ritmo de vida. Los servicios básicos incluyen atención preventiva, análisis de laboratorio, nuevas recetas y reposiciones, remisiones a especialistas, gestión de la atención y tratamiento de más de 300 afecciones comunes.

Herramientas de apoyo a la toma de decisiones y comparación de costos

Cuando require de un procedimiento de atención médica, la aplicación Sydney Health brinda acceso a recursos de comparación de costos para más de 700 procedimientos diferentes, junto con orientación a fin de dirigirlo hacia uno de mayor calidad y menor costo, que se adapte a sus necesidades.

Cobertura del plan PPO

Visitas con un proveedor de atención virtual	Costo a través de nuestra aplicación móvil y nuestro sitio web
Atención primaria y servicios médicos de urgencia/ cuidados intensivos	Copago de $0 por visita - no se aplica el deducible médico
Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias	Copago de $0 por visita - no se aplica el deducible médico
Atención especializada	Copago de $70 por visita - no se aplica el deducible médico

Cobertura del planes HDHP

Visitas con un proveedor de atención virtual	Costo a través de nuestra aplicación móvil y nuestro sitio web
Atención primaria y servicios médicos de urgencia/cuidados intensivos	Sin costo después de alcanzar el deducible
Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias	Sin costo después de alcanzar el deducible
Atención especializada	Coseguro del 0 % después de alcanzar el deducible

Download the Sydney Health app.

Scan this code with the camera on your smartphone to access Sydney Health.

Anthem

Tu plan de salud ahora incluye un examen de vista anual sin costo adicional

Los exámenes oculares regulares brindan una oportunidad única de encontrar y detectar problemas de salud graves como presión arterial alta, enfermedades cardíacas y diabetes, por eso incluimos un examen ocular completo en su cobertura médica. Descubrir estos problemas a tiempo, cuando son más fáciles de tratar, puede ayudarlo a mantenerse más saludable y reducir sus costos de atención médica.

Este examen ocular está incluido sin costo adicional a través de su plan médico.

Beneficios ampliados para cubrir toda tu salud

En 2021, se identificaron 175,000 personas con una condición de salud de alto riesgo a través de un reclamo de visión de Anthem.*

Este examen de la vista se ofrece a través de la red Blue View Vision de Anthem

- **Proveedores de servicios de la vista dedicados con experiencia comprobada**
- **Más de 40,000 oftalmólogos para elegir**
- **Más de 30,000 sucursales en todo el país, incluidos optometristas y oftalmólogos independientes, y tiendas minoristas de artículos de la vista**

Detalles de su nuevo beneficio

Su nuevo examen de la vista incluye todo, con dilatación y refracción. El beneficio se puede utilizar una vez durante cada año calendario o año del plan.

Este plan también ofrece descuentos en anteojos y lentes de contacto en proveedores de atención oftalmológica de la red.

Para obtener más información, consulte la información sobre los beneficios de su plan de salud o comuníquese con su departamento de recursos humanos. O visite anthem.com/ca o descargue la aplicación móvil Sydney℠ Health para obtener información sobre los beneficios cuando y donde la necesite.

Datos internos de Anthem, 2022.

Sydney Health se ofrece a través de un acuerdo con Carelon Digital Platforms, una empresa independiente que ofrece servicios de aplicaciones móviles en nombre de su plan de salud. ©2020-2022.

Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Licenciatario independiente de Blue Cross Association. Anthem es una marca registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

1037428CAMENABC BV Rev. 08/22

Cuenta de Ahorros para la **Salud** | Fidelity

Fidelity administra el plan bancario de su cuenta de ahorros para la salud (*Health Savings Account, HSA*). Puede comunicarse con los servicios para afiliados de Fidelity al (800)-544-3716 si tiene preguntas sobre su cuenta. Para obtener más información sobre su HSA, visite www.netbenefits.com y regístrese para administrar su HSA online.

Las ventajas de tener una HSA

- Hay un beneficio de ahorro de impuestos triple, ya que las contribuciones que ingresan a la cuenta no pagan los impuestos, mientras se quedan ahí ganando intereses o cuando se retiran para un gasto de un médico calificado*
- Usted paga menos en la prima de este plan
- Los fondos no utilizados se transfieren cada año sin un máximo de cuánto puede ahorrar y acumular en el tiempo
- La cuenta es portátil, por lo que nunca tendrá que preocuparse por perder el dinero en la cuenta si cambia de plan, se jubila o incluso busca empleo en otro lugar
- Su HSA puede considerarse como un segundo medio de ahorro para su jubilación
- Usted controla sus gastos de atención médica y elige cuándo usar o ahorrar el dinero de su HSA
- Se convierte en un participante más informado sobre su atención médica y sus gastos de atención médica

Pasos para usar su HSA

1. Vaya al médico y presente su tarjeta de identificación de la aseguradora
2. Su médico envía los servicios médicos que usted utilizó a la aseguradora para que sean descontados
3. Su aseguradora ajusta el precio para reflejar el monto con descuento de la red por sus servicios
4. La aseguradora genera una Explicación de Beneficios (EOB) y se la envía a usted
5. A estas alturas, usted ya ha recibido una factura de su médico; asegúrese de que la EOB y la factura coincidan
6. Pague a su médico directamente con dólares antes de impuestos de su HSA o dólares después de impuestos en efectivo si lo desea

Uso de la HSA para gastos calificados

Usted puede usar el dinero de su HSA para pagar los gastos médicos, dentales y oftalmológicos que califiquen y estén permitidos por la ley de impuestos federales. A modo de ejemplo y sin limitación, se encuentran los siguientes:

Gastros Médicos

- Acupuntura
- Atención quiropráctica
- Tratamientos de fertilidad
- Servicios de diagnóstico
- Y mucho más

Dental Expenses

- Crowns
- Dentures
- Orthodontia
- Teeth cleanings
- And more

Vision Expenses

- Vision exams
- Contacts
- Eye glasses
- Laser eye surgery
- And more

Para obtener una lista completa de los gastos médicos calificados, visite www.irs.gov y busque la Publicación 502. Esta lista no es exhaustiva y puede haber artículos no incluidos en la lista que sean elegibles, o artículos incluidos en la lista que no sean elegibles debido a determinados requisitos y restricciones.

Contribuciones anuales a la HSA para 2025

Contribución máxima del IRS	Sólo Empleado	Empleado y Cónyuge	Empleado e Hijo/s	Familia
Contribución máxima a la HSA	$4,300	$8,550	$8,550	$8,550
Contribución adicional (55 años o mayor)	$1,000			

The tax-preferred status of your HSA contributions depend on a number of factors. For example, you must be enrolled in a qualified high deductible health plan. Additionally, once you are on Medicare you are not eligible to contribute to an HSA. Also, residents of California and New Jersey are taxed on HSA contributions at the state level. State tax laws can change periodically, so you should consult with a tax advisor to confirm the tax treatment of HSA contributions in your state.

Seguro Dental

Seguro Dental | MetLife

Organización de Proveedores Preferidos (PPO)
Este plan dental permite la flexibilidad para seleccionar cualquier dentista dentro de la red o fuera de la red. Al permanecer en la red, el contrato entre su dentista y la compañía de seguros hará que su período máximo de beneficios anual dure más.

La cobertura dental se enfoca en los procedimientos preventivos y diagnósticos en un esfuerzo por evitar servicios más costosos asociados con enfermedad dental y cirugía. El tipo de servicio o procedimiento recibido determina la cantidad de cobertura por cada visita. Las visitas de servicio preventivo no están sujetas al máximo del plan anual.Cada tipo de servicio corresponde a una clase de servicio según la complejidad y el costo.

Preventivo:
- Limpiezas Anuales (2 por año)
- Rayos X (1 por año)
- Y más

Básico:
- Rellenos
- Extracciones Simples
- Root Canal
- Y más

Mayor:
- Dentaduras/puentes/parciales
- Coronas
- Y más

Opción de Plan:	**PPO** *En la Red / Fuera de la Red*
Nombre de la Red	PDP Plus
Deducible Individual	$50
Copago por Consulta	Ninguno
Preventivo - Coaseguro	100% / 100%
Básico - Coaseguro	80% / 80%
Mayor - Coaseguro	50% / 50%
Máximo Anual del Plan	$2,000 / $2,000
Ortodoncia - Coaseguro (Hijos menores de 20 años)	50% / 50%
Máximo de por vida para Ortodoncia	$2,000 / $2,000

Seguro de Visión

Seguro de Visión | VSP

El seguro de la vista ayuda a compensar el costo de los exámenes rutinarios de la vista y también ayuda a pagar por los anteojos y lentes o lentes de contacto, que podrían ser prescritos por un oculista.

Al acceder a los proveedores de visión en la red, usted puede obtener el beneficio de una cobertura de seguro de visión verdadera. Usted es elegible para un examen de la vista y lentes para armazones o lentes de contacto cada 12 meses y armazones cada 24 meses. Para los proveedores fuera de la red simplemente se reembolsa una cantidad por sus servicios de visión.

Los proveedores de la vista incluyen muchas ópticas independientes y cadenas nacionales.

Detalles del Plan de Visión:	Frecuencia	En la Red	Fuera de la red
Red	Red - VSP Choice		
Examen de la Vista	Cada 12 meses	$10 copago	Plan reembolsa hasta $45
Lentes - Sencillo - Bifocal - Trifocal - Lenticular	Cada 12 meses*	$25 copago	Reembolso varía
Armazones (marcos)	Cada 24 meses*	Plan paga hasta $175 + 20% de descuento del saldo	Reembolso máximo $70
Lentes de Contacto	Cada 12 meses**	Plan paga hasta $175	Reembolso máximo $105

*La frecuencia del beneficio de visión se basa en la fecha de servicio dentro del año de la póliza
** No puede obtener gafas y lentes de contacto en el mismo año calendario.

VSP tiene varios beneficios adicionales por estar inscrito en el plan:

$20 Adicionales para Gastar - Aproveche al máximo sus beneficios con $20 adicionales para gastar*, además de lo que el plan paga, para comprar cualquier armazón de una amplia selección de armazones destacados. Simplemente seleccione un armazón destacado de marca en cualquiera de los consultorios de VSP y los $20 serán automáticamente aplicados a su compra.

TruHearing - Como miembro de VSP, reciba ahorros para audífonos digitales y baterías de reemplazo para usted y su familia ampliada por medio de *TruHearing**.

*Consulte sus beneficios para ver si esta oferta aplica

Contribuciones quincenales de los empleados

Tarifas para el Seguro Médico

Bi-Weekly Contributions:	HDHP 1	HDHP 2	PPO
Sólo Empleado	$140.88	$68.90	$43.51
Empleado y Cónyuge	$255.55	$147.81	$93.23
Empleado e Hijo/s	$253.79	$146.59	$91.79
Familia	$398.89	$229.17	$143.90

2025 Contribuciones/HSA

Contribución Libre de Impuestos:	Sólo Empleado	Empleado y Cónyuge	Empleado e Hijo/s	Familia
Contribución de la Compañía	$850	$1,300	$1,500	$1,800
Posible Contribución del Empleado	$3,450	$7,250	$7,050	$6,750
IRS-Contribución Máxima:	**Sólo Empleado**	**Empleado y Cónyuge**	**Empleado e Hijo/s**	**Familia**
Máxima Contribución a la HSA	$4,300	$8,550	$8,550	$8,550
Contribución para Actualizarse (55 años y más)	$1,000			

Tarifas para el Seguro Dental

MetLife DPPO

Contribuciones Quincenales:	Dental
Sólo Empleado	$3.58
Empleado y Cónyuge	$8.94
Empleado e Hijo/s	$7.15
Familia	$12.51

Tarifas para el Seguro de Visión

VSP Vision

Contribuciones Quincenales:	Vision
Sólo Empleado	$2.43
Empleado y Cónyuge	$4.86
Empleado e Hijo/s	$5.20
Familia	$8.31

Beneficios Adicionales

Seguro de Vida y AD&D Básico

El seguro de vida básico ayuda a aliviar la carga financiera de sus seres queridos. Además, la muerte accidental y desmembramiento (AD&D) proporciona un beneficio a su beneficiario si usted muere o sufre un desmembramiento debido a un accidente específicamente cubierto. Su beneficiario designado recibirá un beneficio si usted fallece de un accidente o enfermedad cubierta. Asegúrese siempre que sus beneficiarios estén actualizados El costo del beneficio es 100% pagado por la empresa Este beneficio sólo está disponible para los empleados inscritos en el plan Médico.

Seguro de Vida/Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)	
Cantidad del Beneficio	$20,000 por empleado - Vida $20,000 por empleado - AD&D

Seguro de Vida/AD&D a Término y Voluntario

El seguro de Vida a Término Voluntario /AD&D le permite comprar cobertura adicional con sus propios recursos financieros para aliviar la carga económica de sus seres queridos si algo le sucede a usted. El costo es determinado basado en tarifas grupales descontadas. Asegúrese siempre de que la información de su beneficiario esté actualizada.

La elección máxima para el empleado no puede exceder 5x su ingreso básico anual. La elección máxima para su cónyuge no puede exceder el 100% de lo que el empleado elije para sí mismo.

Usted paga el 100% del costo de este beneficio. Su edad y la cantidad de seguro elegido determina la prima que usted pagará. El costo aumenta a medida que usted envejece. Consulte los documentos del plan para obtener más detalles.

La emisión de garantía se aplica solo para nuevos contratados; si renuncia a la cobertura inicialmente y luego intenta inscribirse durante una inscripción anual posterior, será considerado un participante tardío y se aplicará la Evidencia de Asegurabilidad (EOI).

Aumento del Monto de Beneficio Anual
Si se inscribe al menos por la cantidad mínima de cobertura durante su inscripción inicial, tiene la posibilidad de inscribirse a una cobertura adicional en su próxima inscripción de hasta $10,000, siempre y cuando el importe total del seguro no exceda su monto máximo de beneficio. Esta oferta le permite asegurarse una protección adicional de seguro de vida en el caso de que sus necesidades cambien (por ejemplo, si contrae matrimonio o tiene un hijo). Los montos superiores a la Emisión de Garantía requerirán pruebas de Asegurabilidad (prueba de buena salud).

	Empleado	Cónyuge	Hijo/s
Cantidades de Cobertura	$10,000	$5,000	$1,000
Beneficio Máximo	$200,000	$50,000	$10,000
Emisión Garantizada*	$200,000	$50,000	$10,000

Seguro de Incapacidad a Corto y Largo Plazo

Si usted se enferma o sufre una lesión que no le permita trabajar, este tipo de seguro de incapacidad reemplaza una porción de su ingreso por un período máximo de tiempo definido. Para cobertura de Largo Plazo la emisión de garantía se aplica solo para nuevos contratados; si renuncia a la cobertura inicialmente y luego intenta inscribirse durante una inscripción anual posterior, será considerado un participante tardío y se aplicará la Evidencia de Asegurabilidad (EOI).

Cobertura por Incapacidad	Corto Plazo Voluntaria - Clase 1	Corto Plazo Voluntaria - Clase 2
Período de Espera	Comienza el día 15 después de una lesión o enfermedad continua	Comienza el día 29 después de una lesión o enfermedad continua
Cantidad del Beneficio	60% del ingreso semanal	60% del ingreso semanal
Beneficio Máximo	$1,000 por semana	$1,000 por semana
Periodo de Pago	11 semanas	9 semanas
Prima	Pagado por el Empleado	Pagado por el Empleado
Cobertura por Incapacidad	**Largo Plazo Voluntaria - Clase 1**	**Largo Plazo Voluntaria - Clase 2**
Período de Espera	Comienza el día 90 después de una lesión o enfermedad continua	Comienza el día 90 después de una lesión o enfermedad continua
Cantidad del Beneficio	60% del ingreso mensual	60% del ingreso mensual
Beneficio Máximo	$2,500 por mes	$5,000 por mes
Período de Pago	5 años	5 años
Prima	Pagado por el Empleado	Pagado por el Empleado

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

El servicio EAP ofrece cuidado y atención profesional para una amplia gama de preocupaciones incluyendo el manejo de estrés, depresión y ansiedad, conflictos personales, familiares, laborales, dificultades legales o financieras y abuso de drogas o alcohol. Los servicios son confidenciales - ni su empleador ni sus compañeros de trabajo tienen conocimiento de su solicitud de ayuda. Los servicios de EAP están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana para usted y sus dependientes elegibles. - sin costo alguno. No hay costo alguno para usted, y está a su disposición cuando lo necesite.

Posibles razones para llamar incluyen:

- Estrés y depresión
- Transiciones en la Vida
- Duelo y pérdida
- Ser padre y cuidado de hijos

El EAP está disponible cuando lo necesite. ¿Necesita asistencia más personalizada de cara a cara? El EAP ofrece hasta 6 consultas de cara a cara con consejeros entrenados para cada asunto que se presenten en su vida. Si no está interesado en consultas de cara a cara, por favor llame al (800) 316-2796 o visite www.mutualofomaha.com/eap.

Tenga en cuenta: este beneficio solo está disponible para los empleados que están inscritos en la cobertura médica.

Seguro contra accidentes | MetLife

Seguro voluntario contra accidentes
La cobertura del seguro contra accidentes le proporciona el pago de un accidente cubierto. También brinda el pago si se somete a pruebas, recibe servicios médicos, tratamiento de atención para cualquiera de los eventos cubiertos según se define en su certificado de grupo. Esto incluye la hospitalización como consecuencia de un accidente y la muerte accidental o desmembramiento.

Los pagos se hacen directamente a usted como mejor le parezca. Se pueden usar para ayudar a pagar los deducibles y copagos del plan médico (si corresponde), tratamientos fuera de la red, los gastos de la vida diaria de su familia o cualquier otra cosa que necesite mientras se recupera de un accidente.

Detalles del plan:

- Reembolso de $50 por completar un examen de salud durante el año.
- Los empleados pagan el 100 % de la prima del seguro y todas las pólizas son transferibles.
- Beneficios disponibles para el empleado, su cónyuge o sus hijos. Debe estar inscrito en la cobertura para empleados para poder cubrir a su cónyuge o sus hijos.

Tipo de beneficio	Monto del beneficio que le pagan
Heridas	
Quemaduras	El monto varía
Coma	$20,000
Conmoción cerebral	$100
Dislocaciones	El monto varía
Fracturas	El monto varía
Servicios y tratamientos médicos	
Sala de emergencias	$150
Examen de diagnóstico	$200
Ambulancia	$200 terrestre, $1,500 aérea
Cobertura hospitalaria (accidente)	
Admisión hospitalaria estándar	$1,000
Admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	$1,500
Hospitalización	$250 por día
Confinamiento en la UCI	$500 por día

Seguro de enfermedades críticas | MetLife

Seguro voluntario de enfermedades críticas
Un evento de salud grave puede tener costos importantes. La protección contra enfermedades críticas ayuda con los costos del tratamiento cuando más lo necesita, para que pueda concentrarse menos en su billetera y más en mejorar. El seguro de enfermedades críticas puede ayudar a salvaguardar sus finanzas brindándole un pago único cuando su familia más lo necesita. El pago que recibe es suyo para gastarlo como mejor le parezca, además de cualquier otro seguro que pueda tener.

La cobertura está disponible para los empleados y sus familias. Los empleados pagan el 100 % de la prima.

Si cumple con los requisitos de la póliza, el seguro de enfermedades críticas le proporcionará un pago global al momento del diagnóstico de muchas afecciones. Consulte la hoja de aspectos destacados de su plan para obtener detalles de cobertura específicos.

Detalles del plan:

- Reembolso de $50 por completar un examen de salud durante todo el año.
- Los empleados pagan el 100 % de la prima del seguro y todas las pólizas son transferibles.
- Beneficios disponibles para el empleado, cónyuge y/o hijo(s). Debe estar inscrito en la cobertura de empleado para cubrir a su cónyuge y/o hijo(s).

Persona elegible	Beneficio inicial
Empleado	$10,000 o $20,000
Cónyuge	50% del beneficio del empleado
Hijo(s) dependiente(s)	50% del beneficio del empleado

Condición cubierta	Beneficio inicial
Cáncer - Beneficio completo	100% del beneficio inicial
Cáncer - Beneficio parcial	25% del beneficio inicial
Ataque al corazón	100% del beneficio inicial
Accidente cerebrovascular	100% del beneficio inicial
Cirugía de revascularización coronaria	25% del beneficio inicial
Insuficiencia renal	100% del beneficio inicial
Beneficio de trasplante de órganos principales	100% del beneficio inicial

Seguro de **indemnización hospitalaria | MetLife**

Cómo funciona: esta póliza paga una cantidad específica cuando una persona asegurada está hospitalizada y, a través de una serie de cláusulas adicionales opcionales, puede brindar beneficios para una variedad de otras situaciones médicas. No hay coseguro, copagos, período de espera ni deducibles. Ver diseño del plan para más detalles.

La cobertura está disponible para los empleados y sus familias. Los empleados pagan el 100% de la prima.

Beneficio	Hospital	UCI
Admisión (por accidente o enfermedad)	$1,000	$2,000
Confinamiento (por día hasta un máximo de 30 días por año calendario)	$200	$400

Atención personalizada del dolor Hinge Health

*Nuevo Beneficio Para 2025

Hinge Health está disponible para todos los empleados y sus familias inscritos en la cobertura médica.

Atención personalizada del dolor que te ayuda a mantenerte activo

Alivia el dolor articular y muscular con ejercicios terapéuticos personalizados sin costo para ti. En promedio, los participantes reducen su dolor en un 68%.[1]

- **Sesiones virtuales en cualquier momento y lugar**
- **Asesoramiento de salud individual ilimitado**
- **Tecnología de seguimiento de movimiento para corrección instantánea de la técnica**

Para obtener más información y postularte, escanea el código QR o visita

hinge.health/for-individuals

¿Tienes preguntas? Llama al (855) 902-2777

Diabetes Management Omada

Omada es un programa de cuidado virtual para las personas que quieren controlar la diabetes y mejorar su salud y bienestar generales.

El programa es **gratuito** para usted y está completamente cubierto como parte de sus beneficios de salud… Lo único que debe hacer es inscribirse.

Cuando se inscriba en Omada, recibirá:

- Apoyo de un asesor y especialista certificado que ofrece orientación personalizada sobre nutrición, ejercicio físico y autocuidado
- Acceso a comunidades online para compartir sus logros con personas que están en el mismo camino
- Un kit de bienvenida con dispositivos inteligentes para ayudarle a monitorear el progreso y ver resultados (son suyos y se los puede quedar)*
  - ⇒ Dos sensores de monitoreo continuo de la glucosa (*continuous glucose monitor, CGM*)*
  - ⇒ Un medidor de glucosa en sangre
  - ⇒ Suministro continuo de tiras reactivas y lancetas
  - ⇒ Balanza inteligente

Solicite su beneficio en omadahealth.com/hamra

*See plan details for additional information

Fondo HERO

El Fondo HERO está financiado por empleados para empleados. Hamra Enterprises iguala dólar por dólar las donaciones de los empleados. El dinero recaudado proporciona subvenciones a los empleados de Hamra de las siguientes maneras:

Subvenciones de ayuda de emergencia:
(Cuando una emergencia inesperada y puntual causa dificultades financieras)

- Viajes de emergencia
- Gastos funerarios
- Incapacidad laboral por motivos médicos
- Vivienda de transición (en caso de abuso físico y sexual)
- Pérdida total de la vivienda
- Asistencia para reubicaciones o prevención de desalojos
- Pérdida o compra de equipos médicos necesarios
- Desastre natural

Otras subvenciones:

- Reembolso de matrícula (para el empleado o hijo dependiente del empleado)
- Ayuda para el pago inicial de la primera vivienda
- Subvenciones del Programa de Gestión de Deudas (DMP, por sus siglas en inglés) (para las cuotas mensuales si participa en el DMP de GreenPath)

Para obtener más información y contribuir (y conseguir un estupendo regalo), visite hamraheroes.org o escanee el código QR.

Herramienta de Comunicación de Hamra BEEKEEPER

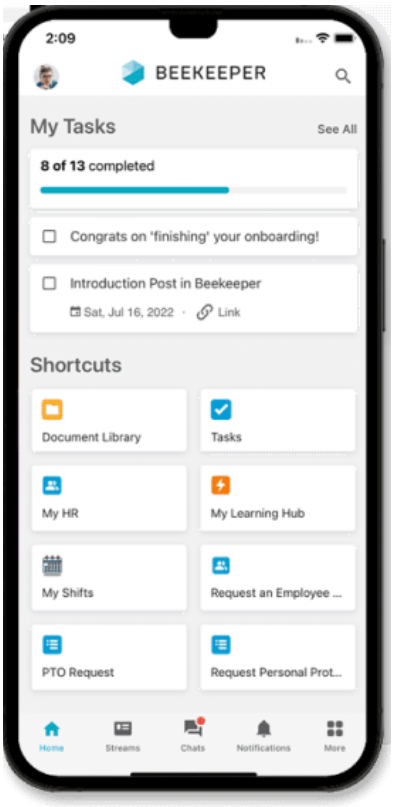
¡Nota importante! 24 horas después de la fecha de orientación, recibirá un correo electrónico con las instrucciones para iniciar sesión en Beekeeper.

Hamra Benefits utiliza esta comunicación para:

- Compartir información importante sobre su plan de beneficios
- Brindar acceso a nuestro Portal de bienestar
- ¡Y más!

¡Esté atento a las publicaciones que se le enviarán!

Se puede acceder a Beekeeper a través de un navegador web o una aplicación móvil.



Información de las Compañías

Información de las Compañías

Anthem	
Sitio Web	www.anthem.com
Teléfono	(833) 578-4436
Planes con Anthem	Médico PPO, HDHP 1, HDHP 2
N° de Póliza	L09205

VSP	
Sitio Web	www.vsp.com
Teléfono	(800) 877-7195
Planes con VSP	Visión
Red	VSP Choice Network
N° de Póliza	30093878

MetLife	
Sitio Web para Dental	www.metlife.com/dental
Teléfono	(800) 942-0854
N° de Póliza	0257111
Sitio Web para Planes Voluntarios	www.metlife.com
Teléfono	(800) 638-5433
Planes con MetLife	Accidente, Enfermedad Crítica y Indemnización Hospitalaria
N° de Póliza	224463

Fidelity	
Sitio web	www.netbenefits.com
Número de teléfono	(800) 544-3716
Planes con Fidelity	Cuenta de Ahorros para la Salud (*Health Savings Account, HSA*)
Correo electrónico	David.greenfield.fcs.css@fmr.com

Mutual of Omaha	
Sitio Web para Planes de Seguro de Vida e Incapacidad	www.mutualofomaha.com
Teléfono para Seguro de Vida e Incapacidad	(800) 228-7104
Sitio Web para EAP	www.mutualofomaha.com/eap
Teléfono para EAP	(800) 316-2796
Planes con Mutual of Omaha	Seguro de Vida Básico y AD&D, Seguro de Vida/AD&D Voluntario y a Termino, Seguro de Incapacidad a Corto y Largo Plazo, Programa de Asistencia al Empleado (EAP)
N° de Póliza	G000BNR4

Hinge Health	
Sitio Web	www.hingehealth.com
Teléfono	(855) 902-2777

Omada (programa de salud para el control de la diabetes)	
Sitio web	www.omadahealth.com/hamra

Información de contacto del Departamento de Recursos Humanos	
Contacto	Maryjo Kiser
Dirección de correo electrónico	mkiser@teamhamra.com
Número de teléfono	417-268-9078

Consejos, Trucos y Herramientas

Beneficios/Descuentos
LifeMart a través de ADP

¡Le facilitamos el acceso a miles de increíbles descuentos, ofertas de devolución de efectivo, tarjetas de regalo con descuento y la compra de beneficios voluntarios adicionales, todo en un solo lugar! ¡Disfrute de ahorros en viajes, compra de automóviles, productos electrónicos y más!
Disfrute de descuentos, reembolsos y beneficios gratuitos en miles de marcas que le encantan en una variedad de categorías:

- Seguro para mascotas
- Viajes
- Autos
- Aparatos electrónicos
- Revistas
- Servicios para el hogar/preparación de impuestos
- Restaurantes
- Salud y bienestar
- Belleza y spa
- Cuidado de los niños
- Flores y regalos

Dondequiera que esté, consulte sus beneficios exclusivos de Asian Human Services para obtener descuentos y productos para comprar.

Vaya al Portal de ADP, haga clic en el banner giratorio de LifeMart o seleccione Myself (Yo) > Benefits (Beneficios) > Employee Discounts (Descuentos para empleados) > LifeMart

¿Tiene preguntas? Envíe un correo electrónico a adpwfnhelpdesk@lifecare.com

*Tenga en cuenta que los productos comprados en LifeMart serán 100 % pagados por el empleado después de impuestos y facturados directamente al empleado utilizando la opción de pago de su elección. Estos beneficios son pólizas individuales y están escritas fuera de Hamra Enterprises, lo que significa que incluso si deja la compañía, seguirá conservando estos productos como suyos.

Consejos para ahorrar Dinero

Examen Preventivo/Bienestar Cubierto al 100%
- Cuidado preventivo es equivalente a un examen físico por año, por afiliado
- Las mujeres reciben un examen preventivo para la mujer además de su examen anual
- No aplica el deducible—ningún costo alguno por el examen con tal que sea clasificado como preventivo

Medicamentos Prescritos
- Pregúntele a su médico si hay una versión genérica del medicamento prescrito que usted está tomando
- Tome ventaja de los Programas de Ahorros en Medicamentos Prescritos Farmacias de cadena
- Pídale muestras a su médico y/o reembolsos de los fabricantes

Alto Costo de Tomografías, Rayos X y Pruebas
- Tomografías MRI, escaneos PET y CT, etc. son casi 2/3 menos costosos en centros independientes en la red que en los hospitales. Los *DirectPath Advocates* pueden comparar el costo para que los empleados puedan hacer la decisión más rentable.
- Localizar un centro de imágenes en la red puede ahorrarle una cantidad sustancial de dinero

Acceder el Cuidado Médico

La sala de emergencia es un lugar costoso para asuntos que no sean emergencias verdaderas. Hay alternativas que pueden ofrecerle atención rápida por un costo más accesible. La clave es informarse sobre estas alternativas hoy cuando usted está feliz y saludable.
- Consultorio del médico: para síntomas que no sean serios, llame e infórmele que sus síntomas requieren atención inmediata
- Clínicas de Cuidado de Conveniencia: vaya cuando no tenga un médico primario o no pueda conseguir una cita. Un buen lugar para tratar una fiebre, dolor de garganta/pruebas de estreptococo, tos/congestión, examen físico para deportes, infección del tracto urinario, etc. Visite cvs.com o walgreens.com para localizar una clínica cercana.
- Centros de Urgencia (UC): menos costosos que la sala de emergencia; pueden tratar esguince/distención, fractura menor, problemas menores con el asma, infección menor, erupción cutánea, cortaduras pequeñas quemaduras, etc.

Paquete de Avisos de Beneficios

Medicare Parte D Aviso de Cobertura Acreditable

Aviso Importante de Hamra Enterprises sobre su Cobertura de Medicamentos con Receta Médica y Medicare

Sírvase leer este aviso cuidadosamente y conservarlo a la mano. Este Aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Hamra Enterprises y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, le recomendamos comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos tienen cobertura a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su localidad. Al final de este aviso se incluye información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos con receta.

Existen dos aspectos importantes que usted debe conocer acerca de su cobertura y de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. **En 2006, la cobertura de medicamentos recetados de Medicare se volvió disponible para todos los inscritos en Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un Plan Advantage de Medicare (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura sujeta a primas mensuales más altas.**

2. **Hamra Enterprises ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que le ofrece HDHP 1, HDHP 2 y PPO se espera que, en promedio, pague a todos los participantes del plan una cantidad equivalente a lo que paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y por lo tanto se considerará como cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura acreditable, usted puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (penalización) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.**

¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos recetados de medicare?
Usted se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare al obtener la elegibilidad inicial para Medicare cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos con receta, mientras no sea por su culpa, también calificará para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para participar en el plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué le ocurre a su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?
Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de Hamra Enterprises como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura de Hamra Enterprises será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta y Medicare el pagador secundario. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare podría disminuir significativamente. Por lo general, Medicare será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta si usted participa en la cobertura de Hamra Enterprises como exempleado.

Además, puede optar por cancelar su cobertura de Hamra Enterprises. Tenga presente que si decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare y cancela su cobertura actual de Hamra Enterprises tenga presente que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará usted una prima más alta (penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?
También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Hamra Enterprises y no se une al plan de medicamentos de Medicare durante los siguientes 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, podría pagar una prima más alta (penalización) para unirse más tarde a un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar un mínimo de 1% de la prima mensual básica de beneficiario de Medicare por cada mes que usted no haya tenido dicha cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima será consecuentemente al menos 19% mayor que la prima base que pagan los beneficiarios de Medicare. Quizá tenga que pagar esta prima más alta (penalización) siempre que usted tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, quizá tenga que esperar hasta en octubre próximo para inscribirse.

Medicare Part D Creditable Coverage Notice Continued

Si desea más información acerca de este Aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos con receta…
Comuníquese con la persona que se indica a continuación para obtener más información. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Además, lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y también si esta cobertura a través de Hamra Enterprises cambia. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información acerca de sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare…
El manual "Medicare & You" (Medicare y usted) contiene información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual todos los años. Además, los planes de medicamentos de Medicare quizá se comuniquen directamente con usted.

Si desea más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa estatal de ayuda para seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program), al número de teléfono que se indica en el interior de la contraportada de su manual "Medicare & You", para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Si desea información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la Web en www.socialsecurity.gov, o llámeles al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, quizá se le solicite presentar una copia de este aviso en el momento de la inscripción para demostrar que usted ha mantenido o no su cobertura acreditable y, por lo tanto si deberá usted pagar o no una prima más alta (penalización).

Nombre de la entidad/remitente: Hamra Enterprises
Contacto--Cargo/Oficina: Maryjo Kiser
Dirección: 1855 S. Ingram Mill Road, Springfield, MO 65804
Número de teléfono: (417) 268-9078

Paquete de Avisos de Beneficios

Aviso sobre inscripción especial HIPAA

Si declina la inscripción en Hamra Enterprises la cobertura de salud de grupo para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la existencia de otro seguro de salud o cobertura de plan de salud de grupo, podrán inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura antedicha (o si el empleador deja de contribuir para dicha cobertura de usted o de sus dependientes). Sin embargo, es necesario solicitar inscripción en un plazo de 30 dias después de que termine la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después de que el empleador cese sus contribuciones para dicha cobertura).

Además, si usted obtiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrán inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, es necesario solicitar la inscripción en un plazo de 30 dias después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Finalmente, usted y/o sus dependientes pueden tener derechos especiales de inscripción si se pierde la cobertura bajo Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal (“CHIP”), o cuando usted y/o sus dependientes obtengan la elegibilidad para recibir asistencia para las primas estatales. Usted dispone de 60 días a partir de la ocurrencia de uno de estos eventos para notificar a la compañía e inscribirse en el plan.

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Hamra Enterprises patrocina ciertos planes de salud de grupo (colectivamente, el “Plan” o “Nosotros”) para proporcionar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Proporcionamos esta cobertura mediante varias relaciones con terceros que establecen redes de proveedores, coordinan su atención y procesan las reclamaciones de reembolso por los servicios que usted recibe. Este Aviso de prácticas de privacidad (el “Aviso”) describe las obligaciones legales de Hamra Enterprises, el Plan y sus derechos legales con respecto a su información de salud protegida en poder del Plan bajo HIPAA. Entre otras cosas, este Aviso describe cómo su información de salud protegida puede ser utilizada o divulgada para realizar tratamientos, pagos, gestiones de cuidado de salud o para cualquier otro propósito que esté permitido o sea requerido por la ley.

Estamos obligados a proporcionarle este Aviso en cumplimiento con la ley HIPAA. La Regla de privacidad de HIPAA protege solamente cierta información médica designada como “información de salud protegida”. Generalmente, la información de salud protegida es información de salud individualmente identificable, incluyendo información demográfica, recopilada de usted o creada o recibida por un proveedor de atención médica, un centro de información de atención médica, un plan de salud o de su empleador en nombre de un plan de salud de grupo, que se relaciona con:

1. su salud, condición física o mental pasada, presente o futura;
2. la prestación de atención médica para usted; o
3. el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a usted.

Nota: Si usted está cubierto por uno o más planes de salud de grupo totalmente asegurados que le ofrece Hamra Enterprises, recibirá una notificación por separado con respecto a la disponibilidad de un aviso sobre las prácticas de privacidad aplicables a esa cobertura y cómo obtener una copia de la notificación directamente de la compañía de seguros.

Información de contactos

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de HIPAA de Hamra Enterprises:

Hamra Enterprises
Attention: HIPPA Privacy Officer
1855 S. Ingram Mill Road
Springfield, MO 65804

Fecha de vigencia

Este aviso y sus revisiones entrará en vigor a partir del 1 de enero de 2025.

Paquete de Avisos de Beneficios

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

Nuestras responsabilidades

La ley estipula que debemos:

- mantener la privacidad de su información médica protegida;
- proporcionarle ciertos derechos con respecto a su información médica protegida;
- proporcionarle una copia de esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida; y
- cumplir las cláusulas del Aviso que esté actualmente en vigencia.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso y de establecer nuevas provisiones con respecto a su información de salud protegida que mantenemos, según lo permita o requiera la ley. Si realizamos cualquier cambio material a este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También puede obtener una copia de la última versión revisada del Aviso a través del contacto con nuestro Oficial de Privacidad en la información de contactos proporcionada anteriormente o en nuestra Intranet en 1855 S. Ingram Mill Road, Springfield, MO 65804. Con excepción de lo dispuesto en este Aviso, no podemos divulgar su información de salud protegida sin su autorización previa.

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida

Según la ley, en ciertas circunstancias podemos usar o revelar sin su permiso su información de salud protegida. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información de salud protegida se incluirán en una de las categorías.

Para el tratamiento
Podemos usar o revelar su información médica protegida para facilitar el tratamiento o servicios médicos por parte de los proveedores. Podemos divulgar su información médica a proveedores, incluso médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que esté involucrado en el cuidado de su salud. Por ejemplo, podríamos divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para determinar si una receta pendiente es inapropiada o peligrosa para que usted la use.

Para el pago
Podemos usar o divulgar su información de salud protegida para determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan, para facilitar el pago del tratamiento y los servicios que usted recibe de los proveedores de atención médica, para determinar la responsabilidad de los beneficios bajo el Plan o para coordinar la cobertura del Plan. Por ejemplo, podemos informar a su proveedor de atención médica sobre su historial médico para determinar si un tratamiento en particular es experimental, de investigación o médicamente necesario, o para determinar si el Plan cubrirá el tratamiento. También podemos compartir su información de salud protegida con un proveedor de servicios de revisión de utilización o de precertificación. De igual manera, podemos compartir su información de salud protegida con otra entidad a fin de ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamaciones de salud o con otro plan de salud para coordinar el pago de los beneficios.

Para gestiones de cuidados de salud
Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para otras gestiones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del Plan. Por ejemplo, podemos utilizar información médica en relación con la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad; suscripción de aseguramiento, clasificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentación de reclamaciones para la cobertura de limitación de pérdidas (o exceso de pérdidas); realización u organización de revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraudes y abusos; planificación y desarrollo empresarial, como la gestión de costos; y gestión empresarial y actividades administrativas generales del Plan. El Plan tiene prohibido usar o divulgar información de salud protegida que sea información genética sobre un individuo con fines de suscripción de aseguramiento.

A asociados empresariales
Podemos suscribir contratos con personas o entidades conocidos como asociados empresariales para realizar diversas funciones en nombre del Plan o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Con el fin de realizar estas funciones o de proporcionar estos servicios, los asociados empresariales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán y/o divulgarán su información de salud protegida, pero solo después de que acuerden por escrito con nosotros implementar las medidas de seguridad apropiadas con respecto a su información de salud protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a un asociado empresarial para administrar reclamaciones o para proporcionar servicios de apoyo, tales como la gestión de la utilización, gestión de beneficios de farmacia o subrogación, pero solo después de que el asociado empresarial suscriba un Acuerdo de asociado empresarial con nosotros.

Según lo estipule la ley
Divulgaremos su información de salud protegida cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida cuando así lo exijan las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de salud pública.

Para prevenir una amenaza grave a la salud o a la seguridad
Podemos usar y divulgar su información de salud protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación, solo se haría a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud protegida en un procedimiento relacionado con la autorización de licencia de un médico.

Paquete de Avisos de Beneficios

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

A los patrocinadores del Plan
Para el propósito de administrar el Plan, podemos divulgar a información sobre la salud protegida a ciertos empleados del Empleador. Sin embargo, estos empleados únicamente utilizarán o divulgarán dicha información según sea necesario para realizar funciones administrativas para el Plan o de otra manera que lo requiera la ley HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información de salud protegida no se puede utilizar para fines de empleo si no se cuenta con su autorización específica.

Special Situations

Además de las situaciones antedichas, las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información de salud protegida se incluirán en una de las categorías.

Donación de órganos y tejidos
Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información de salud protegida a organizaciones que manejan la obtención y trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para realizar la donación y trasplante del órgano o tejido.

Militares y veteranos
Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud protegida según lo requieran las autoridades del comando militar. Además, podemos divulgar información de salud protegida acerca de personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Seguro de compensación a los trabajadores
Podemos divulgar su información de salud protegida para los fines del seguro de compensación a los trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de salud pública
Podemos divulgar su información de salud protegida para acciones de salud pública. Estas acciones por lo general incluyen lo siguiente:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- reportar nacimientos y fallecimientos;
- reportar abuso o abandono infantil;
- reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a personas sobre la retirada del mercado de productos que puedan estar consumiendo;
- para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- notificar a la autoridad gubernamental pertinente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo, o cuando así lo requiera o lo autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud
Podemos divulgar su información de salud protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamientos de licencias. El gobierno necesita estas actividades para supervisar el sistema de atención de salud y los programas gubernamentales, y para velar por el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas judiciales y disputas
Si usted está involucrado en una demanda judicial o en una disputa, podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una citatorio, solicitud de descubrimiento u otro proceso judicial por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Cumplimiento de la ley
Podemos divulgar su información de salud protegida si así lo solicita un funcionario del orden público,

- en respuesta a una orden judicial, citatorio, requerimiento judicial, emplazamientos o procesos legales similares;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- sobre la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la víctima;
- acerca de una muerte que consideramos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- acerca de una conducta delictiva; y
- en circunstancias de emergencia para reportar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Paquete de Avisos de Beneficios

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores funerarios
Podemos divulgar información de salud protegida a un juez de instrucción o a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. Además, podemos divulgar la información de salud de pacientes para ayudar a un director funerario según sea necesario para llevar a cabo sus obligaciones.

Actividades de seguridad nacional y servicios de inteligencia
Podemos divulgar su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Internos o reclusos
Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de cumplimiento de la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o al oficial de cumplimiento de la ley si es necesario (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

Investigación
Podemos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando:

1. se haya eliminado los identificadores individuales; o
2. cuando una junta de revisión institucional o junta de privacidad haya (a) revisado la propuesta de investigación; y (b) establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información solicitada, y aprueba la investigación.

Divulgaciones necesarias

La siguiente es una descripción de las divulgaciones de su información de salud protegida que estamos obligados a realizar.

Auditorías gubernamentales
Estamos obligados a divulgar su información de salud protegida al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el Secretario está investigando o determinando nuestro cumplimiento de la regla de privacidad de la HIPAA.

Divulgaciones a usted
Cuando usted lo solicite, estamos obligados a divulgarle la parte de su información de salud protegida que contiene registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones con respecto a sus beneficios de atención médica. También estamos obligados, cuando se nos solicite, a proporcionarle un informe de la mayoría de las divulgaciones de su información médica protegida si la divulgación se hizo por razones que no fueran de pago, tratamiento u gestiones de atención médica, y si la información de salud protegida no fue divulgada de conformidad con su autorización individual.

Notificación de una infracción
Estamos obligados a notificarle en caso de que nosotros (o uno de nuestros asociados empresariales) descubra una infracción a su información de salud protegida no segura, según lo define la HIPAA.

Otras divulgaciones

Representantes personales
Divulgaremos su información de salud protegida a las personas que usted autorice, o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre y cuando usted nos proporcione un aviso/autorización por escrito y cualquier documento de apoyo (por ejemplo, un poder notarial). Nota: En virtud de la regla de privacidad de HIPAA, no estamos obligados a divulgar información a un representante personal si tenemos una sospecha razonable de que:

1. usted ha sido, o puede ser, víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona;
2. tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo en peligro a usted; o
3. en el ejercicio o juicio profesional, no resulta en su mejor interés tratar a la persona como su representante personal.

Cónyuges y otros familiars
Salvo excepciones limitadas, enviaremos todo correo al empleado. Esto incluye el correo relacionado con el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia que están cubiertos por el Plan, e incluye el correo con información sobre el uso de los beneficios del Plan por el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia e información sobre la denegación de cualquier beneficio del Plan al cónyuge del empleado y otros miembros de la familia. Si una persona cubierta por el Plan ha solicitado Restricciones o Comunicaciones Confidenciales (ver más adelante bajo "Sus derechos"), y si hemos aceptado la solicitud, le enviaremos un correo electrónico según lo estipulado en la solicitud de Restricciones o Comunicaciones Confidenciales.

Paquete de Avisos de Beneficios

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

Autorizaciones
No se harán sin su autorización por escrito otros usos ni divulgaciones de su información de salud protegida no descritos anteriormente, incluyendo el uso y divulgación de notas de psicoterapia y el uso o divulgación de información de salud protegida para propósitos de recaudación de fondos o comercialización. Usted puede revocar su autorización escrita en cualquier momento, siempre que dicha revocatoria se haga por escrito. Una vez que el Plan reciba su revocatoria de autorización por escrito, esta causará efecto únicamente en las divulgaciones y usos futuros. No será aplicable a ninguna otra información que haya sido utilizada o divulgada en función de la autorización escrita y antes de recibir su revocatoria por escrito. Usted puede optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de nuestra parte en cualquier momento.

Sus derechos
Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida:

Derecho de inspeccionar y copiar
Usted tiene derecho de inspeccionar y copiar cierta información de salud que se pueda utilizar para tomar decisiones acerca de sus beneficios de atención médica. Para inspeccionar y copiar su información de salud protegida, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copiado, envío por correo u otros materiales relacionados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud protegida en muy limitadas circunstancias. Si se le niega el acceso a su información de salud, puede tener derecho a solicitar que se revise la denegación y se le proporcionarán detalles sobre cómo hacerlo.

Derecho de enmienda
Si usted considera que la información de salud protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre que la información sea mantenida por o para el Plan. Para solicitar una enmienda, debe presentar su solicitud por escrito y enviarla al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Además, usted deberá proporcionar al menos un motivo que respalde su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de enmienda si no se efectúa por escrito o si no incluye un motivo para respaldar la solicitud. Además, podemos rechazar su solicitud si usted nos solicita enmendar información que:

- No es parte de la información de salud conservada por, o para el plan;
- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para efectuar la enmienda;
- No es parte de la información a la que usted se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- ya es exacta y completa.

Si denegamos su solicitud, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y cualquier divulgación futura de la información en disputa incluirá su declaración.

Derecho de ver el registro de las divulgaciones
Usted tiene el derecho de solicitar un “listado” o reporte de ciertas divulgaciones de su información personal de salud protegida. El listado no incluirá (1) divulgaciones para fines de tratamiento, pago o gestiones de atención médica; (2) divulgaciones hechas a usted; (3) divulgaciones hechas de conformidad con su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones para fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones que de otra manera serían permisibles.

Para solicitar este listado o informe de divulgaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo no mayor de seis años (tres años para expedientes médicos electrónicos) o el periodo que Hamra Enterprises haya estado sujeta a las reglas de privacidad HIPAA, si es menor.

Su solicitud debe indicar en qué forma desea el listado (por ejemplo: impreso o en formato electrónico). Intentaremos proporcionar el listado en el formato que usted lo solicitó o en otro formato acordado mutuamente si el formato solicitado no es razonablemente factible. El primer listado que solicite dentro de un período de 12 meses se le proporcionará sin costo alguno. Para listados adicionales, podemos cobrarle los costos para suministrar cada listado. Le informaremos sobre el costo involucrado y usted podrá retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en algún costo.

Derecho a solicitar restricciones
Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre cuánta de su información de salud protegida podemos usar o divulgar para gestiones de tratamiento, pago o atención de salud. Además, tiene el derecho de solicitar un límite sobre su información de salud protegida que divulgamos a alguien que esté involucrado en su atención de salud o en el pago de esta, tal como un familiar o un amigo. Por ejemplo, usted podría solicitarnos que no usemos ni divulguemos información acerca de una cirugía que usted tuvo.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si estamos de acuerdo con la solicitud, respetaremos la restricción hasta que usted la revoque o se lo notifiquemos de manera diferente. Para solicitar restricciones, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales
Usted tiene el derecho de solicitar que, para asuntos médicos, nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierta localidad. Por ejemplo, usted puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud deberá especificar cómo o dónde desea que se le contacte. Nos acomodaremos a todas las solicitudes razonables si usted proporciona claramente información de que la divulgación parcial o total de su información protegida podría ponerlo en peligro a usted.

Derecho a recibir copia impresa de este aviso
Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. En cualquier momento, puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este aviso. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, llame por teléfono o escriba al Oficial de Privacidad según se indica en la sección Información de contactos.

Si desea obtener más información, consulte Sus derechos en virtud de HIPAA.

Quejas
Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido infringidos, puede presentar una queja ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede presentar una reclamación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por medio de una carta dirigida a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, puede llamar al 1-877-696-6775, o visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

Para presentar una queja ante el Plan, llame por teléfono y escriba al Oficial de Privacidad según se indica más arriba en Información de contactos. Usted no recibirá penalización alguna, ni represalias de ningún tipo, por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante el Plan. Le sugerimos conservar para sus registros una copia de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan o al Oficial de Privacidad.

Paquete de Avisos de Beneficios

Asistencia para primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil de California (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura de salud a través de su empleador, el estado donde usted reside puede tener un programa de asistencia de primas para ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no podrán ser elegibles para estos programas de ayuda para el pago de primas, pero quizá pueda adquirir cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Si desea obtener más información, visite **www.healthcare.gov**.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y residen en uno de los estados que se indican más adelante, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para determinar si está disponible la ayuda de primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o de CHIP, o bien, marque el **1-877-KIDS NOW** o visite **www.insurekidsnow.gov** para enterarse de cómo solicitar su inscripción. Si usted califica, pregunte si el estado tiene un programa que pudiese ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir ayuda para el pago de primas en virtud de Medicaid o CHIP, así como también son elegibles en virtud del plan de su empleador, su empleador deberá permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no estuviese inscrito. Esto se llama una oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar la cobertura en un plazo no mayor de 60 días después de determinarse su elegibilidad para la ayuda de primas.** Si tiene preguntas acerca de cómo inscribirse en su plan del empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en **www.askebsa.dol.gov** o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted reside en uno de los estados siguientes, quizá sea elegible para recibir ayuda para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La lista de estados a continuación está en vigor desde el 31 de julio de 2025. Comuníquese con la oficina en su estado para obtener más información sobre elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: Programa de Pago de las primas del seguro médico (Health Insurance Premium Payment, HIPP) http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
ALASKA – Medicaid	**COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)**
El Programa de Pagos de la Prima de Seguros Médicos de AK (AK Health Insurance Premium Payment Program) Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de Contacto con el Miembro de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Retransmisión estatal 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Retransmisión estatal 711 Programa Buy-In de Seguro Médico (Health Insurance Buy-In Program, HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
ARKANSAS – Medicaid	**FLORIDA – Medicaid**
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

Paquete de Avisos de Beneficios

Asistencia para primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil de California (CHIP)

GEORGIA – Medicaid	MAINE – Medicaid
Sitio web de A HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, presione 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, presione 2	Sitio web de inscripciones: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711 Página web de la prima del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711
INDIANA – Medicaid	**MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP**
Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	**MINNESOTA – Medicaid**
Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562	Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and- families/health-care/health-care-programs/programs-and- services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739
KANSAS – Medicaid	**MISSOURI – Medicaid**
Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884	Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm
KENTUCKY – Medicaid	**MONTANA – Medicaid**
Sitio web del Programa Integrado de Pago de las Primas del Seguro médico de Kentucky (Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program, KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Kentucky Medicaid: https://chfs.ky.gov	Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084

Paquete de Avisos de Beneficios

Asistencia para primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil de California (CHIP)

LOUISIANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	**SOUTH CAROLINA – Medicaid**
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
NEW HAMPSHIRE – Medicaid	**SOUTH DAKOTA – Medicaid**
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Número sin costo para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
NEW JERSEY – Medicaid y CHIP	**TEXAS – Medicaid**
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/ dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html	Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
NEW YORK – Medicaid	**UTAH – Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip
NORTH CAROLINA – Medicaid	**VERMONT – Medicaid**
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
NORTH DAKOTA – Medicaid	**VIRGINIA – Medicaid y CHIP**
Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825	Sitio web: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	**WASHINGTON – Medicaid**
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
OREGON – Medicaid	**WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP**
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Línea telefónica sin costo de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699- 8447)

Paquete de Avisos de Beneficios

Asistencia para primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil de California (CHIP)

PENNSYLVANIA – Medicaid	WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p- 10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP	**WYOMING – Medicaid**
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono:1-855-697-4347,o401-462-0311 (Línea directa RIte Share)	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de ayuda de primas desde el 31 de Julio de 2025, o para obtener más información sobre derechos especiales de inscripción, puede comunicarse con cualquiera de los siguientes:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

Paquete de Avisos de Beneficios

Aviso sobre la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)

¿Sabe usted que su Plan, según lo estipula la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA), proporciona beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, que incluyen todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluyendo el linfedema? Llame al administrador del Plan: al [inserte número de teléfono] para obtener más información.

Estos beneficios se suministrarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos suministrados en virtud de este plan. Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con su administrador del plan en Maryjo Kiser: mkiser@teamhamra.com o (417) 268-9078.

Aviso sobre la ley para la Protección de la Salud de las Madres y los Recién Nacidos (NMHPA)

En virtud de las leyes federales, los emisores de planes de salud de grupo y de seguros de salud generalmente no pueden restringir beneficios pertinentes al tiempo de hospitalización en relación con un parto, para la madre o para el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal ni a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, la ley Federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención médica que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultarlo con la madre, pueda dar el alta hospitalaria a la madre o a su recién nacido antes de transcurridas 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes de salud y los emisores no pueden, en virtud de la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para recomendar un tiempo de hospitalización que no exceda 48 horas (o 96 horas).

Modelo de Aviso general de derechos de continuación de cobertura COBRA

**Derechos de continuación de cobertura en virtud de COBRA **

Introducción
Usted está recibiendo esta notificación porque ha obtenido recientemente la cobertura en virtud de un plan de salud de grupo (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a la continuación de cobertura COBRA, la cual es una extensión temporal de la cobertura en virtud del Plan. Este aviso explica la continuación de cobertura COBRA, cuando puede estar disponible para usted y su familia, y qué necesita usted para proteger su derecho de obtenerla. Cuando usted es elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA.

El derecho a la continuación de cobertura COBRA fue creado por una ley federal: la Ley Omnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada de 1985 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985, COBRA). La continuación de cobertura COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud de grupo de otra manera hubiese terminado. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y en virtud de la ley federal le recomendamos consultar la descripción resumida de su Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Puede haber otras opciones disponibles para usted cuando pierde la cobertura de salud de grupo. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros de salud. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros de salud, puede calificar para menores costos en sus primas mensuales y menores gastos de su propio bolsillo. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud de grupo para el cual usted sea elegible (tal como un plan de su cónyuge), incluso si dicho plan por lo general no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la continuación de cobertura COBRA?
La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura del plan, que de otra manera terminaría, en virtud de un evento de vida. Esto se conoce como un “evento calificado”. Los eventos calificados específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, la continuación de cobertura COBRA deberá ofrecerse a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios calificados si se pierde la cobertura en virtud del Plan debido al evento calificado. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de cobertura de COBRA debe pagar la continuación de cobertura de COBRA.

Si usted es empleado, será beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Se reducen sus horas de empleo, o
- Termina su empleo por alguna razón que no sea por faltas graves.

Paquete de Avisos de Beneficios

Modelo de Aviso general de derechos de continuación de cobertura COBRA

Si usted es el cónyuge de un empleado, usted será beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Fallece su cónyuge;
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge;
- Termina el empleo del cónyuge por alguna razón que no sea por faltas graves;
- Su cónyuge se vuelve elegible para recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes serán beneficiarios calificados si pierden la cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Fallece el padre/empleado;
- Se reducen las horas de empleo del padre-empleado;
- Termina el empleo del padre-empleado por cualquier razón que no sea por faltas graves;
- El padre-empleado obtiene elegibilidad para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El menor deja de ser elegible para cobertura en virtud del Plan como “hijo dependiente”.

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura COBRA?
El Plan ofrecerá la continuación de cobertura COBRA a los beneficiarios calificados únicamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que se ha producido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos calificados:

- El cese de empleo o la reducción de horas de empleo;
- Fallecimiento del empleado;
- El empleado es ahora elegible para recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas).

Para todos los otros eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y del cónyuge o si un hijo pierde la elegibilidad de cobertura como hijo dependiente), usted debe notificarlo al Administrador del Plan dentro de los 60 días después de ocurrido el evento calificado. Usted debe proporcionar esta notificación a: Maryjo Kiser at mkiser@teamhamra.com o (417) 268-9078.

¿Cómo se proporciona la continuación de cobertura COBRA?
Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación que ha ocurrido un evento calificado, se ofrecerá la continuación de cobertura COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente para elegir la continuación de cobertura COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de cobertura COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura temporal que dura por lo general 18 meses debido al cese de empleo o a la reducción de horas de trabajo. Algunos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir a un beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que este período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA pueda ser prorrogado:
Prórroga por incapacidad del período de 18 meses de la continuación de cobertura COBRA
Si usted o alguien en su familia, cubiertos en virtud del Plan, recibe una determinación de incapacidad por parte del Seguro Social y usted lo notifica al Administrador del Plan en forma oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta por un máximo de 29 meses. La incapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de cobertura Cobra y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA.

Paquete de Avisos de Beneficios

Modelo de Aviso general de derechos de continuación de cobertura COBRA

Segundo evento calificado para la prórroga del período de 18 meses de continuación de cobertura
Si su familia tiene otro evento calificado durante los 18 meses de la continuación de cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta un máximo de 36 meses, si el Plan recibe la notificación correspondiente del segundo evento calificado. Esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y para cualesquier hijos dependientes que estén recibiendo la continuación de cobertura COBRA si el empleado o exempleado fallece, adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas) se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta prórroga está disponible únicamente si el segundo evento calificado habría provocado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiesen la cobertura en virtud del Plan si el primer evento calificado no hubiese ocurrido.

¿Existen otras opciones a parte de la continuación de cobertura COBRA?
Sí. En vez de inscribirse en la continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP), u otras opciones de cobertura de un plan de salud de grupo (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 cobertura COBRA. Puede conocer más sobre muchas de esas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de continuar la cobertura de COBRA después de que termine la cobertura de mi plan de salud de grupo?
En general, si 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, que comienza en la más temprana de las fechas siguientes:

- El mes siguiente a la terminación de su empleo; o
- El mes siguiente a la terminación de la cobertura del plan de salud de grupo basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y en su lugar elige la continuación de cobertura de COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y además tenga un lapso de cobertura si decide que quiere inscribirse en la Parte B posteriormente. Si elige la continuación de cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la continuación de cobertura de COBRA, el Plan puede terminar su continuación de cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura COBRA no podrá interrumpirse a causa del derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura COBRA.

Si está inscrito en la continuación de cobertura de COBRA y en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la continuación de cobertura de COBRA pagará segundo. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si usted no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información visite https://www.medicare.gov/medicare-and-you.

Si tiene preguntas
Las preguntas respecto a su Plan o a sus derechos de continuación de cobertura COBRA deben dirigirse a la persona o personas de contacto que se identifican más adelante. Para obtener más información acerca de sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Beneficios de los Empleados (ERISA), incluida la continuación de cobertura COBRA, y la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud de Precio Bajo, y otras leyes que afectan los planes de salud de grupo, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Labour's Employee Benefits Security Administration (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su región o visite www.dol.gov/agencies/ebsa. (Las direcciones y números de teléfonos de las oficinas regionales y de Distrito de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga informado a su Plan sobre los cambios de dirección
Con el fin de proteger los derechos de su familia, comuníquele al Administrador del Plan cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. Además, le sugerimos conservar una copia, para sus registros, de cualesquier avisos que usted envíe al Administrador del Plan.

Información de contactos del Plan
Nombre de la entidad/remitente: Hamra Enterprises
Contacto--Cargo/Oficina: Maryjo Kiser
Dirección 1855 S. Ingram Mill Road, Springfield, MO 65804
Número de teléfono: 417-268-9078

Paquete de Avisos de Beneficios

Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, usted está protegido contra la facturación médica sorpresa (también llamada facturación de saldos).

¿Qué es la "facturación de saldos" (algunas veces llamada "facturación médica sorpresa")?
Cuando consulta a un médico o a otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, el coseguro y/o un deducible. Si consulta a un proveedor o visita una instalación de atención médica que no se encuentra en la red de su plan médico, podría tener otros gastos o tener que pagar toda la factura.

"Fuera de la red" describe a los proveedores y a las instalaciones que no han firmado un contrato con su plan médico. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red que le facturen la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y la cantidad total que se cobra por un servicio. A esto se le llama "facturación de saldos". Esta cantidad es posiblemente mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio, y podrían no contar para su límite anual de gastos del bolsillo.

La "facturación médica sorpresa" es una factura inesperada. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en una instalación dentro de la red pero inesperadamente recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red.

Usted está protegido contra la facturación de saldos en los siguientes casos:
Servicios de emergencia
Si tiene una situación médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o de una instalación fuera de la red, lo más que el proveedor o la instalación pueden facturarle es la cantidad de los costos compartidos dentro de la red de su plan (como los copagos y el coseguro). **No se le puede** facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que puede recibir cuando se encuentre en una condición estable, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos de estos servicios que se le brindan después de su estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red
Cuando recibe servicios de un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, ciertos proveedores podrían estar fuera de la red. En estos casos, la cantidad mayor que estos proveedores podrían facturarle es la cantidad de costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto aplica a los servicios de medicina, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, de un cirujano asistente, un hospitalista o un especialista en pacientes críticamente enfermos. Estos proveedores no **pueden** facturarle el saldo y **no** le pueden pedir que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos.

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

Nunca se le requerirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco requiere recibir atención fuera de la red. Usted puede elegir a un proveedor o instalación que pertenezca a la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldos, usted también cuenta con las siguientes protecciones:
- Usted es el único responsable de pagar sus costos compartidos (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o la instalación perteneciera a la red). Su plan médico pagará directamente a los proveedores y a las instalaciones fuera de la red.

Por lo general, su plan debe:
- Cubrir los servicios de emergencia sin requerirle obtener la aprobación anticipada de los servicios (autorización previa).
- Cubrir los servicios de emergencia proporcionados por proveedores fuera de la red.
- Basar lo que usted debe al proveedor o a la instalación (costos compartidos) en lo que pagaría a un proveedor o en una instalación dentro de la red, y mostrarle esta cantidad en su explicación de los beneficios.
- Considerar cualquier cantidad que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y su límite de gastos del bolsillo.

Si cree que lo facturaron erróneamente, tiene disponibles los siguientes información y recursos que lo ayudarán a entender sus derechos:

Asistencia por teléfono – Puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al (800) 985-3059 para preguntar si tiene derechos de protección contra la facturación del saldo en su situación.

Asistencia disponible en línea – También puede visitar el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de EE. UU. para obtener más información sobre las protecciones contra las facturaciones médicas del saldo.

NOTA: Ese Resumen de Beneficios sólo tiene la intención de proveer un breve resumen de los programas de beneficios de la Compañía. Los empleados deben revisar el manual del empleado de la Compañía y los documentos actuales del plan para obtener los términos específicos de tales programas. En caso de cualquier inconsistencia entre este Resumen de Beneficios y tales documentos gobernantes, los documentos gobernantes controlarán. La Compañía reserva el derecho único y absoluto y la discreción absoluta de interpretar, aplicar, enmendar, discontinuar o terminar, sin aviso previo, cualquiera y todos los programas de beneficios mencionados aquí. Los planes voluntarios son pólizas individuales y no son considerados ser planes patrocinados o endorsados por su empleador. Consulte con un consejero de beneficios para obtener una cotización personalizada para cualquier programa adicional de beneficios.