



2022

Guía de información de beneficios Entendiendo Sus Beneficios





¡Hola!

Bienvenido a su Plan Anual de Beneficios 2022. KE&G Construction se enorgullece de ofrecer una gama de planes de beneficios para empleados, para ayudar a protegerlo en caso de enfermedad o lesión. Esta Guía de Información de Beneficios es una herramienta integral diseñada para familiarizarlo con los planes y programas en los que usted y su familia pueden inscribirse para el plan anual. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, comuníquese con Recursos Humanos.

Sección

Página N°

	Elegibilidad e Inscripción	2
	Medicina	5
	Cuentas de Gastos	10
	Plan Dental	13
	Plan Oftalmológico	14
	Vida y Discapacidad	15
	Salud Suplementaria	17
	Directorio y Recursos	20
	Avisos obligatorios	21



Si usted (y/o sus dependientes) tiene Medicare o será elegible para tener Medicare en los próximos 2 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Por favor, vea la página 22 para más tener más detalles.



Elegibilidad e Inscripción

Su paquete de beneficios

KE&G Construction se complace en proporcionarle a usted y a su familia un paquete integral de beneficios. Creemos que nuestros beneficios le brindan tanto opciones como oportunidades. Siguen siendo competitivos y asequibles en el mercado. Lo mejor de todo: le brindan un conjunto de beneficios de gran valor. Esta Guía de Beneficios le brinda información general para comenzar; sin embargo, hay disponible información más detallada dentro de los contratos entre KE&G Construction y los proveedores de seguros. Estos documentos legales siempre rigen y determinan con exactitud sus beneficios. La información contenida en esta Guía está sujeta a cambios a lo largo del plan anual.

¿Quién puede inscribirse?

Si usted es un empleado que trabaja regularmente un mínimo de 30 horas por semana, es elegible para participar en el programa de beneficios. Los empleados elegibles también pueden optar por inscribir a miembros de la familia, incluido un cónyuge legal y/o hijos elegibles que sean menores de 26 años. Los hijos dependientes cubiertos por Supplemental Life & AD&D deben ser solteros y depender financieramente del empleado. Para conocer los requisitos de elegibilidad del cónyuge y los hijos dependientes, consulte el Certificado de Cobertura de cada operador.

¿Cuándo comienza la cobertura?

Empleados regulares a tiempo completo: Usted es elegible para inscribirse en su fecha de contratación, pero su cobertura no entrará en vigencia hasta el primer día del mes, a los 60 días. Sus opciones de inscripción permanecen vigentes hasta el final del plan anual de beneficios, (1 de octubre de 2022 – 30 de septiembre de 2023)

¿Cuándo comienza la cobertura?

Las siguientes páginas describen sus opciones de beneficios y su costo para participar. El Plan de la Sección 125 genera ahorros en impuestos, al reducir las primas de los empleados a partir del salario bruto antes del cálculo de los impuestos federales y estatales sobre la renta y los impuestos del Seguro Social. Al aprovechar este programa a través de la deducción de nómina durante todo el año, usted no puede consignar estos mismos gastos en su declaración de impuestos.

TIP

Si no cumple con la fecha límite de inscripción, no podrá inscribirse en un plan de beneficios a menos que tenga un cambio de estado durante el año del plan. Para obtener más información, repase los detalles sobre los eventos de cambio de estado calificados por el IRS.

¿Qué pasa si mis necesidades cambian durante el año?

Usted tiene permitido realizar cambios en sus beneficios fuera del período de inscripción abierta, en caso de tener un cambio de estado calificado, según lo define el IRS. En general, puede sumar o quitar dependientes de sus beneficios, así como agregar, retirar o cambiar la cobertura si presenta su solicitud de cambio dentro de los 30 días posteriores al evento calificado. Ejemplos de cambio de estado:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un hijo(a)
- Fallecimiento del cónyuge o hijo(a)
- La pérdida o ganancia de cobertura de usted o de su cónyuge a través de nuestra organización u otro empleador
- Se espera que un empleado: (1) tenga un promedio de al menos 30 horas de servicio por semana; (2) tenga un cambio de estado en el que se espere razonablemente que tenga un promedio de menos de 30 horas de servicio por semana (incluso si sigue siendo elegible para inscribirse en el plan); y (3) tiene la intención de inscribirse en otro plan que brinde la Cobertura Esencial Mínima (a más tardar el primer día del segundo mes siguiente al de la revocación de la cobertura)
- Usted se inscribe, o tiene la intención de hacerlo, en un Plan de Salud Calificado (QHP) a través del Mercado Estatal o el Intercambio Federal, y se vuelve efectivo a más tardar el día inmediatamente posterior a la revocación de la cobertura patrocinada por su empleador

Si su cambio durante el año es el resultado de la pérdida de elegibilidad o inscripción en Medicaid, Medicare o los programas estatales de seguro de salud, debe presentar la solicitud de cambio dentro de los 60 días. Para obtener una explicación completa de los cambios de estado calificados, consulte el contenido de "Información legal sobre sus planes" en la página 25.

¿Cuándo debo inscribirme?

Aunque la multa federal que obliga a las personas a mantener la cobertura de salud se ha reducido a \$ 0, algunos estados tienen sus propios reglamentos individuales específicos del distrito.

Para evitar pagar multa en algunos estados, puede obtener un seguro de salud a través de nuestro programa de beneficios o contratar cobertura en otro lugar, como la cobertura de una Bolsa de Seguros de Salud Estatal o Federal.

Para obtener información sobre la Reforma de la Atención Médica y el Mandato individual, comuníquese con Recursos Humanos o visite www.ccijo.cms.gov.

Puede optar por "renunciar" a la cobertura si tiene acceso a la cobertura a través de otro plan o si decide no inscribirse en los beneficios. Para renunciar a la cobertura, inicie sesión en EASE. Es importante tener en cuenta que, si renuncia a nuestra cobertura médica, debe mantener una cobertura médica/de salud a través de otra fuente. También es importante tener en cuenta que, si se renuncia a la cobertura, la próxima oportunidad para inscribirse en nuestros planes de beneficios grupales sería el 1 de octubre de 2023 o si se produce un cambio de estado calificado.

Sus Beneficios Su Elección.

El programa de beneficios de KE&G Construction Inc. ofrece varios planes para elegir a través de la plataforma EASE. Nuestros planes incluyen:

SALUD

- Medicina
- Telemedicina
- Odontología
- Oftalmología
- Accidentes
- Enfermedades críticas
- Indemnizaciones hospitalarias

DINERO

- Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA)
- Cuenta de Gastos Flexibles para Salud (FSA)
- Cuenta de Gastos Flexibles de Propósito Limitado (LPFSA)
- Cuenta de Gastos Flexibles para Cuidado de Dependientes (DCFSA)

PROTECCIÓN

- Discapacidad de corto plazo
- Discapacidad de largo plazo
- Vida Voluntaria/ AD&D

Beneficios médicos

- Tres planes médicos a través de BCBS de AZ - 2 HDHP y 1 PPO.

Beneficios secundarios

- 2 planes odontológicos PPO a través de MetLife, 1 plan DHMO a través del Servicio Dental de los Empleados
- 2 planes de oftalmología a través de MetLife
- Las opciones de telemedicina se hallan disponibles para todos los empleados que se inscriban en BCBS del plan médico AZ
- Accidentes, Enfermedades Críticas e Indemnización Hospitalaria están disponibles a través de MetLife
- Cuentas de Gastos Flexibles a través de HealthEquity
- Cuenta de Ahorros para la Salud a través de HealthEquity (incluye una contribución del empleador de \$ 15 de KE&G Construction si se inscribe en un HDHP y abre una HSA con HealthEquity)

Lo que usted paga, lo que nosotros pagamos

- KE&G Construction proporciona dos contribuciones diferentes en el sistema: una para servicios médicos y una asignación de beneficios para aquellos empleados que renuncian a los servicios médicos para aplicar a ciertos servicios auxiliares (Dental, Visión, FSA/HSA).
- Las deducciones se toman semanalmente durante 52 períodos de pago.

Autoinscripción

- Todos los empleados se autoinscriben en línea para obtener beneficios a través de EASE. Es posible que desee que su cónyuge esté presente mientras usa EASE. Recuerde, sus elecciones de beneficios afectan a toda la familia.
- Recursos Humanos puede brindarle asistencia según sea necesario. Las instrucciones para la inscripción en los beneficios se incluyen en la página 5 de esta guía.
- Podrá ver sus opciones, el costo y hacer cambios antes de guardar. La información que ingrese se envía directamente a las compañías de seguros y a la nómina, así que asegúrese de que sea precisa.

Tarjetas de identificación

Dependiendo de sus opciones de inscripción, puede recibir las siguientes tarjetas de identificación, que se enviarán por correo a su domicilio (asegúrese de mantenerlas siempre actualizadas):

Recibirá una tarjeta si se inscribió en:

- BCBS de AZ: Medicina
- Servicios Odontológicos del Empleador (EDS) – DHMO

No recibirá una tarjeta si se inscribió en:

- MetLife; Dental
- MetLife; Visión



Medicina

¿Qué opciones tengo?

KE&G Construction ofrece 3 planes médicos (2 HDHP y 1 PPO) a través de BCBS de AZ. Use la siguiente tabla para comparar las opciones del plan médico y determinar cuál sería la mejor para usted y su familia.

HDHP		PPO
BCBS de AZ		BCBS de AZ
Requerido para seleccionar y usar un médico de atención primaria (PCP)	No	No
Consultar a un especialista	No se necesita presentar derivación	No se necesita presentar derivación
Deducible requerido	Sí	Sí, en la mayoría de los casos
Proceso de Reclamaciones	Los proveedores de la red PPO presentarán reclamaciones. Usted presenta reclamaciones por otros servicios.	Los proveedores de PPO presentarán reclamaciones Usted presenta reclamaciones por otros servicios
Compatible con su Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)	Sí	No, a menos que PPO también sea un HDHP
Compatible con su Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)	Sí, Cuenta de Gastos Flexibles de Propósito Limitado y Cuenta de Cuidado de Dependientes	Sí, Cuenta de Gastos Flexibles para Atención Médica y de Dependientes
Otros consejos importantes	<ul style="list-style-type: none">• Puede elegir atención dentro o fuera de la red; sin embargo, la atención dentro le proporciona un mayor nivel de beneficios.• Emergencias cubiertas en todo el mundo.• Los proveedores fuera de la red facturarán el saldo al asociado por los montos no cubiertos por BCBS de AZ.• La cuenta HSA le da un vehículo con privilegios fiscales para ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo.	<ul style="list-style-type: none">• Puede elegir atención dentro o fuera de la red; sin embargo, la atención dentro le proporciona un mayor nivel de beneficios.• Emergencias cubiertas en todo el mundo.• Los proveedores fuera de la red facturarán el saldo al asociado por los montos no cubiertos por BCBS de AZ.

TIP

Servicios médicos cubiertos en su totalidad

La ley federal de Reforma de la Atención Médica ahora requiere que las compañías de seguros cubran en su totalidad los servicios de atención preventiva, ahorrándole dinero y ayudándole a mantener su salud. Los servicios preventivos pueden incluir chequeos anuales, visitas de control pediátrico y ciertas vacunas y exámenes de detección.

Para confirmar que sus servicios de atención preventiva están cubiertos, consulte los documentos de su plan.

Planes Médicos

KE&G Construction ofrece una selección de planes médicos que brindan calidad, flexibilidad y valor. Elija el plan que mejor se adapte a sus necesidades. Revise el siguiente cuadro para obtener detalles adicionales de la cobertura.

Destacados del Plan	BCBSAZ HSA \$ 4,000 (HDHP)	BCBSAZ HSA \$ 3,000 (HDHP)	BCBSAZ PPO \$3,500
	Solo dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
Deductible anual del plan anual			
Individual	\$4,000	\$3,000	\$3,500
Familia	\$8,000	\$6,000	\$7,000
Máximo de desembolso directo en el Plan Anual ⁽¹⁾			
Individual	\$6,550	\$3,500	\$6,000
Familia	\$13,100	\$7,000	\$12,000
Servicios profesionales			
Médico de Atención Primaria (PCP)	10 % después del deductible	0 % después del deductible	\$25 de copago
Especialista	10 % después del deductible	0 % después del deductible	\$50 de copago
Visita de telesalud	10 % después del deductible	0 % después del deductible	\$25 de copago
Examen de atención preventiva	\$0	\$0	\$0
Radiografías y lab. de diagnóstico	10 % después del deductible	0 % después del deductible	\$25
Diagnósticos complejos (MRI/CT)	10 % después del deductible	0 % después del deductible	20% de coseguro desp de ded.
Servicios quiroprácticos	10 % después del deductible	0 % después del deductible	\$50 de copago
Servicios Hospitalarios			
Internación	10 % después del deductible	0 % después del deductible	20% de coseguro desp de ded
Cirugía ambulatoria	10 % después del deductible	0 % después del deductible	20% de coseguro desp de ded
Atención de urgencia	10 % después del deductible	0 % después del deductible	\$60 de copago
Sala de urgencias	10 % después del deductible	0 % después del deductible	\$250 de copago
Salud mental y abusos de sustancias			
Internación	10 % después del deductible	0 % después del deductible	20% de coseguro desp de ded
Paciente ambulatorio (en consulta)	10 % después del deductible	0 % después del deductible	\$25 / \$50 (el copago varía según la especialidad)
Medicamentos con receta (para 30 días)			
Nivel 1	\$10 de copago después de deductible	\$10 de copago después de ded	\$15 de copago
Nivel 2	\$30 de copago, después de ded	\$20 de copago, después de ded	\$35 de copago
Nivel 3	\$50 de copago, después de ded	\$40 de copago, después de ded	\$65 de copago
Nivel 4			
Nivel A:	\$30 de copago, después de ded	\$30 de copago, después de ded	\$50 de copago
Nivel B:	\$60 de copago, después de ded	\$60 de copago, después de ded	\$100 de copago
Nivel C:	\$90 de copago, después de ded	\$90 de copago, después de ded	\$150 de copago
Nivel D:	\$120 de copago, después de ded	\$120 de copago, después de ded	\$200 de copago
Costo del empleado por período de pago	HDHP \$4,000	HDHP \$3,000	PPO \$3,500
Solo empleado	\$15.00	\$15.00	\$44.77
Empleado + Cónyuge	\$39.49	\$62.54	\$92.31
Empleado + Hijo(s)	\$34.38	\$56.31	\$91.85
Familia	\$45.23	\$74.31	\$136.62

Tenga en cuenta que los ejemplos anteriores se utilizan solo con fines ilustrativos generales. Consulte con su departamento de Recursos Humanos para obtener información más específica en relación con su plan específico. Para obtener una vista detallada de los resúmenes de su plan médico, visite <https://keg.ease.com>.

Cómo encontrar un proveedor

BCBSAZ

1. Ingrese en azblue.com y haga clic en "Español" y luego "Buscar un médico"
2. Elija "Aún NO soy miembro", luego haga clic en el cuadro que dice "Pero podría adquirir un plan de salud BCBSAZ a través de mi empleador".
3. Haga clic en la flecha junto a "Elija una red".
4. Elija PPO o EPO y luego haga clic en "Buscar".
5. Ya está listo para buscar un proveedor.



Recuerde, si no inicia sesión o no crea una cuenta, puede obtener resultados de búsqueda que muestren centros de atención médica y profesionales que no están en la red de su plan.

Cobertura de medicamentos recetados

Muchos medicamentos recetados aprobados por la FDA están cubiertos a través del programa de beneficios. A continuación, se detalla información importante sobre su cobertura de medicamentos recetados:

- El plan BCBS de Arizona cubre recetados genéricos, recetados de marca, no recetados de marca y medicamentos especializados.
- La FDA exige que los medicamentos genéricos contengan los mismos ingredientes activos que sus contrapartes de marca.
- Un medicamento de marca está protegido por una patente y solo puede ser producido por un fabricante específico.
- Aunque se le pueden dar prescripciones sin receta, estos tipos de medicamentos no están en la lista de recetas preferidas por la compañía de seguros.
- Los medicamentos especializados generalmente tratan afecciones crónicas o complejas y pueden requerir un archivo especial o un monitoreo cercano. Para obtener una versión actualizada de la lista de medicamentos recetados, visite www.azblue.com.



¿POR QUÉ PAGAR MÁS?

Hay algunas maneras en las que puede ahorrar dinero al usar el Plan de Medicamentos Recetados:



Pedido por correo

Ahorre tiempo y dinero utilizando un servicio de pedido por correo para medicamentos de mantenimiento. Se le enviará un suministro de su medicamento por 90 días, en lugar de uno típico de 30 días en una farmacia ambulante.



Compare precios

Algunas farmacias, como las de los clubes de almacenes o las tiendas de descuento, pueden ofrecer recetas más baratas que otras. Al llamar con anticipación, puede determinar qué farmacia le da el precio más competitivo.



Explorar opciones de venta libre

Para las dolencias comunes, los medicamentos de venta libre pueden ser una opción menos costosa que sirve para el mismo fin que los recetados.

Servicios de Telesalud

Con la telesalud, usted puede conectarse por Internet o por teléfono con los principales médicos certificados para muchas enfermedades que no son de emergencia. Al aprovechar estas visitas virtuales, puede evitar las salas de emergencia y los centros de atención de urgencia y obtener rápidamente sus recetas para poder recuperarse en poco tiempo.

La telesalud se puede usar para:



Problemas generales de salud



Ciertos servicios especializados



Recetas

Si su médico de telesalud le receta medicamentos, Bluecare Anywhere se asegurará de que pueda recoger cómodamente su receta en su área local. También puede utilizar los servicios de pedido por correo para la entrega de su receta.

No hay cargo por las consultas médicas de telesalud en el Plan BCBSAZ PPO, si los servicios se prestan a través de BlueCare Anywhere. Se muestran a continuación los servicios de telesalud para los planes HDHP a través de BlueCare Anywhere: Las tarifas se basan en la especialidad y el servicio del proveedor.

Descripción de la unidad de consulta HDHP	Tarifa
Atención de urgencia, consulta general	\$ 64.00
Psicoterapia - Nivel de maestría	\$ 90.00
Psicoterapia - Nivel doctoral	\$ 115.00
Psiquiatría - Visita inicial (~45 min)	\$ 250.00
Psiquiatría - Visita inicial (~30 min)	\$ 140.00
Psiquiatría - Visita inicial (~15 min)	\$ 95.00
Nutricionista	\$ 65.00
Visita inicial de consultora de lactancia (~50 min)	\$ 115.00
Visita inicial de consultora de lactancia (~25 min)	\$ 69.00

¡Inicie hoy mismo su eVisita!

- Por teléfono: 844.606.1612
- Grupo N°; 034914
- En línea: www.bluecareanywhereaz.com
- Descargue la aplicación móvil BlueCare Anywhere

Bienestar en el lugar de trabajo

¿Por qué bienestar?

Los estilos de vida saludables y activos pueden ayudar a reducir el riesgo de enfermedades crónicas y pueden reducir sus costos anuales de atención médica. Nos preocupamos por su bienestar total y alentamos a todos los empleados a participar en nuestro Programa de Bienestar sin costo alguno.

Sharecare

Blue Cross® Blue Shield® de Arizona se ha asociado con Sharecare, una galardonada solución de salud digital, para brindarle herramientas simples para gestionar en un solo lugar todas sus necesidades de salud y bienestar. Comenzará haciendo la evaluación de salud RealAge para obtener una medida de la verdadera edad de su cuerpo en términos de salud y vitalidad, en comparación con su edad calendario. El programa luego ofrece información personalizada, desafíos, seguimiento diario y herramientas únicas para ayudarlo a reducir su edad real y vivir más saludable, sin importar dónde se encuentre en su camino de la salud.

Aprenda lo que necesita para ser más saludable con consejos sobre cómo comer mejor, hacer ejercicio de manera más inteligente, reducir el estrés y más. La aplicación Sharecare recomienda cosas sencillas que usted puede hacer todos los días y le recuerda hacerlas.

Tome el control de su salud

Visite azblue.sharecare.com para registrarse. Necesitará su identificación de seguro o de Salud y Bienestar. Una vez registrado, puede descargar la app Sharecare para tener fácil acceso a todo lo que está al alcance de su mano.

- Gestione su perfil de salud: Una ubicación conveniente con toda su información esencial de salud, incluidas sus recetas, afecciones médicas y resultados de exámenes.
- Obtenga recomendaciones personalizadas: desafíos, consejos, artículos y videos basados en sus necesidades de salud identificadas en los resultados de su prueba de RealAge.
- Mantenerse apoyado y motivado: guía experta y seguimiento cuando lo necesite, con objetivos alcanzables y recompensas que le ayudarán a reducir tu RealAge.
- Siéntase seguro: Sharecare mantiene su cuenta privada y segura. Usted es dueño de sus datos de salud y decide con quién desea compartirlos.

[Descubra hoy mismo su RealAge! azblue.sharecare.com



Cuentas de Gastos

Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA)

¿Qué es?

Al inscribirse en el plan de salud de deducible alto BCBS de AZ, tendrá acceso a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA), que proporciona ventajas fiscales y se puede usar para pagar gastos de atención médica calificados, como su deducible, copagos y otros gastos de bolsillo.

¿Cuáles son los beneficios?

Administrada por HealthEquity, una HSA acumula fondos que se pueden utilizar para pagar los costos de atención médica actuales y futuros.

- Usted puede contribuir a su HSA antes de impuestos, a los fines de sus impuestos federales; o puede hacerlo después de impuestos y tomar la deducción en su declaración de impuestos.
- En general, los fondos de la HSA pueden crecer libres de impuestos, sujetos a la ley estatal.¹
- Una HSA reduce su ingreso imponible y puede permitirle hacer retiros libres de impuestos de la cuenta para pagar gastos de atención médica calificados (las regulaciones fiscales varían según el estado).
- Debido a que usted es dueño de la HSA, no hay disposiciones del tipo "Úselo o piérdalo", por lo que los fondos de la HSA no utilizados se transfieren de un año a otro y se pueden usar para reembolsar futuros gastos de bolsillo elegibles.
- Puede disfrutar de pagos de primas mensuales más bajos en comparación con los planes médicos tradicionales de PPO.
- Debido a que usted es dueño de la HSA, el dinero en su cuenta es suyo para conservarlo si deja la compañía.
- KE&G Construction aporta \$15 por semana para los empleados inscritos en los planes HDHP/HSA, siempre y cuando cumplan con los requisitos del IRS. Para recibir esta contribución, los empleados deben optar por inscribirse en Health Equity. Esta contribución se aplica a los límites de contribución anual del IRS.

¿Cómo califico para una HSA?

El IRS tiene pautas con respecto a quién califica para una HSA. Se le considera elegible si:

- Usted está cubierto por un plan médico calificado.
- No está inscrito en un seguro de salud no calificado fuera del plan HDHP de KE&G Construction.
- No está inscrito en Medicare.
- No está declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona (excluyendo un cónyuge).
- No está inscrito en una Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica General (Health FSA) ni en un Acuerdo General de Reembolso de Salud (HRA).

¿Por dónde empiezo?

Si está listo para activar su HSA, puede hacerlo de la siguiente manera:

- Inscríbase en un Plan de Salud de Alto Deducible de BCBS de AZ.
- Inscríbase en la Cuenta de Ahorros para la Salud en EASE.

Una vez activada la HSA, puede administrarla y acceder a su cuenta en cualquier momento visitando www.healthequity.com. Si surgen preguntas con respecto a la activación de la cuenta, comuníquese con HealthEquity 866-382-3510 o visite www.healthequity.com. Consulte a su asesor fiscal para obtener información o asesoramiento fiscal. Política de HealthEquity HSA # 39709.

(1) Consulte a su asesor fiscal para conocer las leyes fiscales aplicables en su estado

Algunas reglas que necesita saber:

- Para 2022, el límite máximo de contribución para las contribuciones de empleados y empleadores en la cuenta HSA de un empleado es de \$ 3,650 si está inscrito en el HDHP para la cobertura solo para empleados, y \$ 7,300 para empleados con cobertura dependiente. Si tiene 55 años o más, puede contribuir con \$ 1,000 adicionales
- Es importante monitorear sus contribuciones para evitar superar el límite del IRS, ya que las contribuciones que exceden ese límite están sujetas a tasas estándar de impuesto sobre la renta, más un impuesto especial del 6%.
- Hay una multa del 20% por usar los fondos de la HSA en gastos de atención médica no calificados, si usted es menor de 65 años. Para obtener más detalles sobre lo que se consideran gastos de atención médica calificados, visite www.irs.gov o www.Healthequity.com
- Es posible que no pueda contribuir a su HSA si tiene derecho a Medicare. Sin embargo, los fondos acumulados antes del derecho a Medicare se pueden usar para reembolsar sus gastos médicos calificados.
- No puede contribuir a su HSA si está cubierto por cualquier plan de beneficios médicos que no sea un plan médico de deducible alto calificado por la HSA (por ejemplo, el plan médico no HDHP de un cónyuge, una FSA de atención médica de propósito general o Medicare). Sin embargo, puede estar cubierto por una FSA de atención médica de propósito limitado o una FSA que se puede usar después de que se cumpla su deducible de HDHP.
- Por lo general, la cantidad máxima por la que un empleado es elegible para contribuir a una HSA por año calendario se basa en una parte proporcional del número de meses que un empleado es elegible para contribuir a una HSA. Por ejemplo, un empleado normalmente podría contribuir 4/12 del límite máximo anual en su primer año de inscripción en el plan HSA, si es que se ha unido por primera vez al plan HSA el 1 de septiembre. Sin embargo, bajo la regla de contribución completa, a un empleado se le permite contribuir el monto anual máximo, independientemente del número de meses que fue elegible para contribuir a una HSA en el primer año, si es elegible para contribuir a una HSA el 1 de diciembre del primer año y continúa siendo elegible para contribuir a una HSA hasta el 31 de diciembre del año siguiente (es decir, para todo el año siguiente).



¿Cómo manejo mi HSA?

- La forma más conveniente de pagar los gastos calificados es utilizar la tarjeta de débito
- También puede usar su propio efectivo o una tarjeta de crédito personal y reembolsarse a través de su cuenta HSA en línea
- Se recomienda que conserve los recibos de las compras de HSA, en caso de que alguna vez sea auditado por el IRS
- Consulte el estado de sus reclamaciones y el saldo de su HSA en www.healthequity.com

QUÉ DEBE SABER SOBRE SU CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD



Usted es dueño de su HSA

Su dinero se acumula año tras año

Usted elige con cuánto contribuir
(se aplican cantidades máximas)

Combinado con un plan de salud con deducible alto

Usted recibe una triple ventaja fiscal

Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)

Una cuenta de gastos flexible le permite usar dólares antes de impuestos para cubrir los gastos elegibles de atención médica, cuidado de dependientes. Hay diferentes tipos de FSA que ayudan a reducir su ingreso imponible al pagar los gastos elegibles para usted, su cónyuge y cualquier dependiente elegible, tal como se describe a continuación:

Tipo de FSA	Detalle
	<p>Atención médica FSA</p> <ul style="list-style-type: none">Puede reembolsar los gastos de atención médica elegibles que no estén cubiertos por su seguro médico, dental u oftalmológico.La contribución máxima para 2022 es de \$ 2,850.
	<p>FSA de propósito limitado</p> <ul style="list-style-type: none">Opción para empleados inscritos en un plan elegible de Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA).Utilice esta FSA para reembolsar los gastos elegibles de atención preventiva, dental y oftalmológica.La contribución máxima para 2022 es de \$ 2,850.
	<p>FSA para cuidado de dependientes</p> <ul style="list-style-type: none">Se puede utilizar para pagar los gastos de cuidado de un niño (hasta 13 años) y/o el cuidado de un miembro discapacitado de la familia en el hogar, que no puede cuidarse a sí mismo.La contribución máxima para 2022 es de \$ 5,000.

¿Cuáles son los beneficios?

- ¡Su ingreso imponible se reduce y su ingreso gastable aumenta!
- Ahorre dinero mientras cuida su salud y la de su familia.

¿Cómo lo uso?

Debe inscribirse en el programa FSA dentro de los 30 días posteriores a su fecha de contratación o durante la inscripción abierta anual. En este momento, debe establecer un monto de contribución anual dentro del límite máximo. Una vez inscrito, tendrá acceso en línea para ver su saldo de la FSA, verificar un estado de reembolso y más. Visite HealthEquity / Wageworks en www.wageworks.com para acceder al portal en línea HealthEquity / Wageworks.

Algunas reglas que necesita saber:

- Puede transferir hasta \$ 500.00 de su FSA de salud 2022 al año del plan 2023.
- Aunque el año del plan FSA se extiende desde el 1 de octubre de 2022 hasta el 30 de septiembre de 2023, tendrá tiempo adicional después del final del año del plan para solicitar el reembolso de los gastos de atención médica incurridos durante el año del plan. Este período de reembolso se denomina período de agotamiento anual.

Para obtener más detalles sobre el uso de una FSA, comuníquese con HealthEquity / Wageworks al 877-924-3967.

CÓMO USAR SU CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES



Determine su uso estimado de FSA



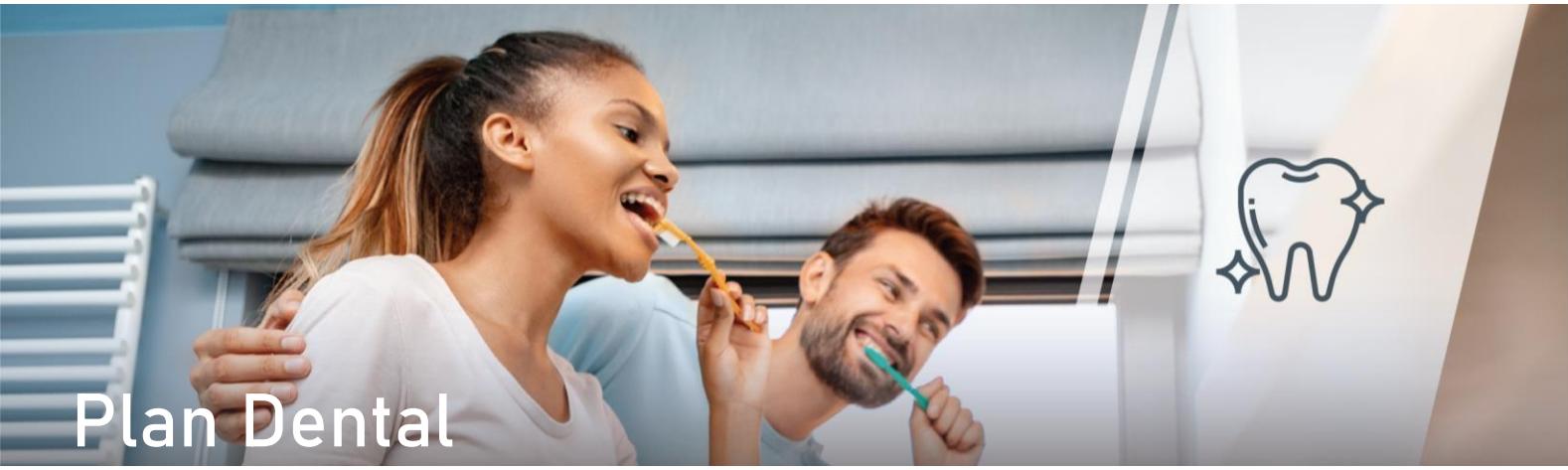
Establezca las deducciones (antes de los impuestos) de su sueldo



Utilice la tarjeta de débito FSA o entregue los recibos de los gastos elegibles



Hasta \$ 570 de fondos de la FSA pueden transferirse al próximo año



Plan Dental

Su plan dental DHMO y PPO

Usted y sus dependientes elegibles tendrán la oportunidad de inscribirse en un plan de la Organización de Mantenimiento de la Salud Dental (DHMO) ofrecido por Employer Dental Services, o un plan de la Organización de Proveedores Preferidos Dentales (PPO) ofrecido por MetLife. Le recomendamos que repase los detalles de la cobertura y seleccione la opción que mejor se adapte a sus necesidades.

Destacados del Plan	EDS Dental DHMO	MetLife Basic Dental PPO	MetLife Enhanced Dental PPO
Deductible anual del plan		Sólo dentro de la red	Dentro de la red
Individual	Ninguna	\$0	\$0
Familia	Ninguna	\$0	\$0
Máximo anual	N/A	\$1,000	\$1,500
Preventivo	Ver anexo*	0%	\$0
Servicios Básicos	Ver anexo*	20%	10%
Servicios Principales	Ver anexo*	50%	40%
Servicios de ortodoncia			
Adultos	No cubierto	No cubierto	50%
Niños hasta los 19 años	Ver anexo*	No cubierto	50%
Máximo de por vida	Ver anexo*	No cubierto	\$2,000
Costo del empleado por período de pago			
Solo empleado	\$2.48	\$5.75	\$8.24
Empleado + Cónyuge	\$4.94	\$11.71	\$16.79
Empleado + Hijo(s)	\$6.46	\$12.83	\$18.40
Familia	\$7.45	\$20.10	\$28.83

*Para obtener una copia del programa de tarifas de 700N o un resumen dental, inicie sesión en la plataforma de inscripción de EASE <https://keg.ease.com>

TIP

Elija su dentista de atención primaria – EDS DHMO

Para recibir cobertura dental al usar una DHMO, es importante que usted determine si el consultorio dental está en una red en la que su seguro cubra la ubicación de su hogar. Para confirmar que ha encontrado un dentista en la red correcta, visite www.employersdental.com o llame a Employers Dental Services 800-722-9772.

MetLife DPPO

Cuando utiliza un plan de PPO Dental, puede recibir servicios de proveedores dentales dentro y fuera de su red de seguros. Sin embargo, recibirá una mejor cobertura cuando use un dentista dentro de la red. Para determinar si su dentista está dentro o fuera de su red de seguros, visite www.metlife.com y busque en la red de MetLife, o llame a MetLife al 800-275-4638.



Plan Oftalmológico

Hay dos planes oftalmológicos ofrecidos a través de MetLife, como un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO). Al igual que con una PPO tradicional, puede aprovechar el mayor nivel de beneficios al recibir servicios de proveedores y médicos oculistas dentro de la red. Será responsable de un copago al momento de su servicio. Sin embargo, si recibe servicios de un médico fuera de la red, paga todos los gastos en el momento del servicio y presenta un reclamo de reembolso hasta el monto permitido. Para encontrar un proveedor de oftalmología dentro de la red, visite www.metlife.com

Para ver un resumen completo del plan, <https://keg.ease.com>

Destacados del Plan

MetLife Vision PPO 130A

MetLife Vision PPO 150A

	Dentro de la red	Dentro de la red
Examen - Cada 12 meses	\$10	\$5
Copago por materiales	\$25	\$10
Lentes - Cada 12 meses		
Simples	100% después de \$25 de copago en gafas	100% después de \$ 10 de copago en gafas
Bifocales		
Trifocales		
Marcos - Cada 12 meses		
Marcos	\$130 de asignación después de \$25 de copago en gafas luego 20% dto. sobre el saldo	\$150 de asignación después de \$ 10 de copago en gafas luego 20% dto. sobre el saldo
Beneficio de marcos en minoristas específicos		
• Costco	\$85 de asignación después de \$25 de copago en gafas luego 20% dto. sobre el saldo	\$85 de asignación después de \$ 10 de copago en gafas luego 20% dto. sobre el saldo
• Walmart		
• Sam Club		
Lentes de Contacto - Cada 12 meses, en lugar de lentes y marcos		
Clínicamente necesarios	Cobertura total después de un copago de \$ 25 en gafas	Cobertura total después de un copago de \$10 en gafas
Electivos	\$130 de asignación en materiales	\$150 de asignación en materiales
Ajuste y evaluación de lentes de contacto	Cobertura total con un copago máximo de \$60	Cobertura total con un copago máximo de \$60
Costo del empleado por período de pago		
Solo empleado	\$1.98	\$2.41
Empleado + Cónyuge	\$3.96	\$4.83
Empleado + Hijo(s)	\$3.36	\$4.08
Familia	\$5.53	\$6.74

La información anterior es solo un resumen. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener detalles completos de los beneficios, limitaciones y exclusiones del Plan.

Para encontrar un proveedor de servicios oftalmológicos, visite <https://mymetlifevision.com>



Vida y Discapacidad

Seguro de Vida Básico y AD&D

En caso de que usted fallezca, el seguro de vida brindará protección financiera a los miembros de su familia u otro beneficiario. Además, si su fallecimiento fuera resultado de un accidente o si sufre un desmembramiento, se puede activar su cobertura por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D).

Los beneficios que se detallan a continuación, pagados en su totalidad por KE&G Construction, son proporcionados por MetLife:

- Seguro de Vida Básico de \$ 25,000.
- AD&D de \$ 25,000.
- Tenga en cuenta que los beneficios pueden reducirse cuando cumpla 65 años.

Regulación del IRS: Los empleados pueden recibir un seguro de vida pagado por el empleador de hasta \$25,000, libre de impuestos, y no tienen que declarar el pago como ingresos.

Seguro de Vida Voluntario y AD&D

Si desea complementar el seguro pagado por su empleador, está disponible para su contratación una adicional de Vida y AD&D para usted y/o sus dependientes, sobre una base de deducción de nómina a través de MetLife.

- Para empleados: Incrementos de \$ 25,000 hasta un máximo de \$ 500,000, que no excedan 5 veces su salario. El beneficio de emisión de garantía de \$ 150,000 si se inscribe en el plan dentro de los 30 días de su elegibilidad inicial.
- Para su cónyuge: Incrementos de \$ 5,000 hasta un máximo de \$ 250,000, que no excedan el 50% del beneficio del empleado. El beneficio de emisión de garantía de \$ 50,000 si se inscribe en el plan dentro de los 30 días de su elegibilidad inicial.
- Para sus hijos: Incrementos de \$ 1,000, \$ 2,000, \$ 4,000 y \$ 10,000; Todos los montos están garantizados.
- AD&D voluntario: La cobertura está disponible para la contratación en los mismos montos que los del seguro de vida voluntario anteriores.

Cualquier monto de seguro sobre el beneficio de emisión garantizado está sujeto a revisión de buena salud por parte de la compañía de seguros. Los montos del seguro sujetos a revisión no serán efectivos hasta que la compañía de seguros los apruebe.

Si no se inscribe en el plan dentro del período de inscripción inicial, cualquier monto de seguro de vida suplementario requerirá una prueba de buena salud, que está sujeta a la aprobación de la compañía de seguros antes de que el seguro sea efectivo. Para obtener más información sobre este plan, repase el resumen del plan.

Tenga en cuenta: Los beneficios de la cobertura pueden reducirse cuando cumpla 65 años. Pueden aplicarse restricciones si usted y/o sus dependientes se hallan ingresados en un hospital o padecen una enfermedad terminal. Por favor, consulte el Resumen de la Descripción del Plan para conocer las exclusiones y otros detalles.

TIP

¡Obligatorio! ¿Sus beneficiarios están actualizados?

Los beneficiarios son personas o entidades que usted selecciona para recibir beneficios de su póliza.

- Puede cambiar su beneficiario en cualquier momento.
- Puede designar un único beneficiario o varios para recibir el pago en el porcentaje asignado.
- Para seleccionar o cambiar su beneficiario, inicie sesión en <https://keg.ease.com> o póngase en contacto con Recursos Humanos.

Discapacidad a Corto y Largo Plazo

Protección adicional

Si padece una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo que le impide trabajar, la cobertura por discapacidad actúa como reemplazo de ingresos, para proteger activos importantes y ayudarle a continuar con cierto nivel de ingresos. La elegibilidad de los beneficios puede basarse en la discapacidad para su ocupación o cualquier ocupación.

Sus planes

Discapacidad a corto plazo (STD)

Detalles de la cobertura

- Administrada por MetLife, la cobertura de ETS proporciona un beneficio equivalente al 60% de sus ingresos, hasta \$ 2,000 por semana, durante un período de hasta 11 semanas.
- El plan comienza a pagar estos beneficios al momento de la discapacidad / después de que usted haya estado ausente del trabajo durante 14 días consecutivos.
- Si su discapacidad se extiende por más de 90 días, la cobertura de LTD a través de MetLife puede reemplazar el 60% de sus ingresos anteriores a la discapacidad, hasta un máximo de \$ 10,000 por mes.
- Sus beneficios pueden continuar pagándose hasta que alcance la edad normal de jubilación del seguro social, o el período que se muestra en el Certificado MetLife, siempre y cuando cumpla con la definición de discapacidad.

100% pagado por el empleado

Como un beneficio opcional pagado por el empleado, está disponible la cobertura por discapacidad después de impuestos. Al pagar por su cobertura de discapacidad después de impuestos, no tendrá que pagar impuestos sobre la renta por ningún beneficio de STD y/o LTD que reciba.

Tenga en cuenta: Consulte a su asesor fiscal para obtener información o asesoramiento fiscal adicional.



Salud Suplementaria

Cobertura de Enfermedades Críticas

La cobertura de Enfermedades Críticas ofrecida de manera voluntaria a través de MetLife le paga un beneficio de suma global si se le diagnostica una enfermedad o afección cubierta. Todos los beneficios se le pagan directamente a usted, y puede usar los fondos como lo considere conveniente.

¿Qué puede pagar la cobertura de Enfermedades Críticas?

- Gastos médicos, como copagos, deducibles o coaseguro
- Pérdida de ingresos
- Gastos diarios como comestibles y servicios públicos
- Tratamientos alternativos
- Alojamiento y viajes a un especialista

¿Cuáles son ejemplos de enfermedades o afecciones cubiertas?

- Cáncer
- Ataque cardíaco
- Accidente cerebrovascular
- Enfermedad de Alzheimer
- insuficiencia renal
- Trasplante de órganos

Este es un ejemplo de cómo la cobertura de Enfermedades Críticas puede ayudarte

Denise tiene 45 años y tuvo un ataque al corazón. Estuvo sin poder ir al trabajo durante un par de meses recuperándose y, aunque tenía seguro de discapacidad, no cubría todos sus ingresos perdidos y sus facturas médicas. Afortunadamente, Denise tenía una póliza de enfermedad crítica de \$ 10,000. Presentó su reclamo y recibió su beneficio en efectivo para poder pagar sus facturas y gastos médicos. Con su póliza por Enfermedades Críticas, Denise tuvo tranquilidad y pudo concentrarse en mejorar su salud.

100% pagado por el empleado

Si elige el plan voluntario de Enfermedades Críticas, el 100% del costo se deduce a través de deducciones semanales de la nómina antes de impuestos.

Beneficio de evaluación de salud

Después de que su cobertura haya estado vigente durante treinta días, MetLife le dará un beneficio anual* de \$ 50 o \$ 100 por año calendario por tomar una de las medidas de detección / prevención elegibles. MetLife pagará solo un beneficio de evaluación médica por persona cubierta por año calendario.

*El monto del Beneficio de Evaluación Médica depende del Monto del Beneficio Inicial seleccionado. Los empleados recibirían un beneficio de \$ 50 con el monto del beneficio inicial de \$ 15,000, o un beneficio de \$ 100 con el Monto de Beneficio Inicial de \$ 30,000.

Opciones de beneficios

Elección	Montos de beneficios y emisión garantizada
Empleado	\$ 15,000 o \$ 30,000 (Emisión Total Garantizada)
Cónyuge	Hasta el 50% de la elección de beneficios para empleados (emisión total garantizada)
Hijo(s)	Los niños se cubren automáticamente al 50% del empleado

¿Quiere más información?

Si está considerando este tipo de cobertura, debe inscribirse cuando sea elegible por primera vez o durante el período de inscripción abierta anual. Para obtener más información o un programa completo de beneficios y tarifas, comuníquese con Recursos Humanos o directamente con MetLife al 800-438-6388.

Protección Hospitalaria

Planificado o no, un ingreso al hospital puede ser inquietante, especialmente si su seguro médico primario no cubre la mayoría de sus costos. El seguro hospitalario ofrecido de manera voluntaria a través de MetLife le paga en efectivo a usted o a su familia para cubrir las facturas médicas y no médicas resultantes de una estadía en el hospital.

¿De qué modo el seguro hospitalario puede ayudar?

Los beneficios en efectivo se pueden usar para pagar servicios o gastos que su plan médico tradicional podría no cubrir. Dado que los beneficios se le pagan directamente a usted, usted elige cómo usarlos. Estos son algunos ejemplos:

- Copagos
- Deducibles
- Gastos de transporte
- Cuidado infantil
- Gastos de alojamiento para un acompañante
- Pérdida de ingresos

Este es un ejemplo de cómo el seguro hospitalario puede ayudarle

Conozcamos a Trevor. Trevor tuvo algunas complicaciones a partir de una cirugía de extirpación de la vesícula biliar, que derivó en una hospitalización de 5 días. A través de su seguro médico principal, Trevor debía un deducible de \$ 3,000 y \$ 3,000 en coseguro. Con la ayuda de su cobertura de seguro hospitalario, que pagó un beneficio de admisión de \$ 1,000 más \$ 200 por cada día adicional, solo tuvo que pagar \$ 4,200 de bolsillo, en lugar de \$ 6,000.

Gastos de bolsillo	Beneficios del Plan de Indemnización Hospitalaria
Deducible de \$ 3,000	Beneficio de admisión de \$ 1,000
Coseguro de \$ 3,000	\$ 200/día x 4 días adicionales = \$ 800
Total: \$6,000	Beneficios totales para Trevor: \$ 1,800

Tenga en cuenta que lo anterior es solo un ejemplo y no refleja los beneficios reales de sus planes. Consulte los documentos del plan para obtener información más detallada.

100% pagado por el empleado

Si elige el plan de seguro hospitalario voluntario, el 100% del costo se deduce a través de deducciones de nómina. A continuación, se describen las tasas semanales antes de impuestos:

Costo del empleado por período de pago	Plan Básico	Plan Superior
Solo empleado	\$3.81	\$7.61
Empleado + Cónyuge	\$7.54	\$15.07
Empleado + Hijo(s)	\$6.89	\$13.78
Familia	\$11.72	\$23.44

¿Quiere más información?

Si está considerando este tipo de cobertura, debe inscribirse cuando sea elegible por primera vez o durante el período de inscripción abierta anual. Para obtener más información u obtener un programa completo de beneficios, comuníquese con Recursos Humanos.

Plan de Seguro contra Accidentes

El Seguro contra Accidentes ofrecido de manera voluntaria a través de MetLife proporciona cobertura para lesiones y tratamientos específicos resultantes de un accidente cubierto. La cantidad pagada por el beneficio depende del tipo de lesión y la atención recibida.

¿Cómo le puede ayudar el Seguro contra Accidentes?

Dado que los beneficios se le pagan directamente a usted, usted elige cómo usarlos, como pagar las facturas médicas, cubrir los ingresos perdidos o los gastos diarios.

¿Cuáles son algunos beneficios comunes cubiertos?

- Ingreso a la sala de emergencias.
- Ambulancia
- Visitas al médico.
- Admisión hospitalaria.
- Cirugía.
- Equipo médico.
- Terapia ambulatoria.

Un ejemplo de cómo el seguro de accidentes puede ayudarlo

La hija de Kathy, Molly, juega al fútbol. Durante un reciente juego, la niña chocó contra una jugadora, por el golpe quedó inconsciente y fue llevada a una sala de emergencias (ER) por una ambulancia. El médico de emergencias diagnosticó una contusión y un diente roto. Ordenó una radiografía para comprobar si había fracturas faciales debido a la hinchazón. Molly fue derivada a su médico de atención primaria para un seguimiento y su dentista reparó su diente roto con una corona. Gracias al Seguro contra Accidentes, Kathy recibirá \$ 1,200 para ayudarle a pagar los gastos de Molly asociados con su accidente.

Tenga en cuenta que lo anterior es solo un ejemplo y no refleja los beneficios reales de sus planes. Consulte los documentos del plan para obtener información más detallada.

100% pagado por el empleado

Si elige el plan de Seguro contra Accidentes voluntario, el 100% del costo se deduce a través de deducciones de nómina. A continuación, se describen las tasas semanales antes de impuestos:

Costo del empleado por período de pago	Plan Básico	Plan Superior
Solo empleado	\$2.71	\$5.23
Empleado + Cónyuge	\$4.46	\$8.58
Empleado + Hijo(s)	\$5.59	\$10.75
Familia	\$7.04	\$13.56

¿Quiere más información?

Si está considerando este tipo de cobertura, debe inscribirse cuando sea elegible por primera vez o durante el período de inscripción abierta anual. Para conocer más u obtener un detalle completo con los beneficios, póngase en contacto con Recursos Humanos o directamente con MetLife al 800-438-6388.

Directorio y Recursos

A continuación, encontrará información de contacto y recursos importantes para KE&G Construction.

Información sobre...	Grupo / Póliza #	Información de contacto
Inscripción y Elegibilidad		
Recursos Humanos: • Weslyn Bejarano / Contador senior		520.777.5875 wbejarano@kegtus.com
Proveedor de inscripciones en línea: • EASE		https://keg.ease.com
Cobertura médica		
BCBS	034914	800.232.2345 Inglés: Ext. 4456 Español: Ext. 4884 www.azblue.com
Telemedicina	034914	844.606.1612 www.bluecareanywhereaz.com
Bienestar – ShareCare	034914	N/A www.azblue.sharecare.com
Cobertura odontológica		
MetLife • DPPO EDS • DHMO	05939353 18900	800.275.4638 800.722.9772 www.metlife.com www.employersdental.com
Cobertura oftalmológica		
MetLife • Vision PPO	05939353	800.275.4638 www.metlife.com
Seguro de vida, AD&D y discapacidad		
MetLife • Seguro de vida básico / AD&D • Seguro de Vida Voluntario / AD&D • Seguro Voluntario por Discapacidad a Corto Plazo • Seguro Voluntario por Discapacidad a Largo Plazo	05939353	800.638.6420, Opt. 2 www.metlife.com
Cuentas de Gastos Flexibles		
HealthEquity / Wageworks	39709	877.924.3967 www.healthequity.com
Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos	25384	866.382.3510 www.healthequity.com
Lugar de Trabajo (Accidente, Enfermedad Crítica, Hospital)		
MetLife	0171475 (AI, HI) 0171474 (CI)	888.888.8888 www.metlife.com
401(k) Asesor de Plan de Jubilación		
Fidelity – 401k	N/A	844.203.2402 www.netbenefits.com
Corredor de beneficios / Preguntas sobre beneficios		
Lovitt & Touché, A Marsh & McLennan Insurance Agency LLC Defensora de Reclamaciones		520.722.7104 belcess@lovitt-touche.com

Pautas / Evidencia de Cobertura

Los resúmenes de beneficios enumerados en las páginas anteriores son solo breves resúmenes. No describen completamente la cobertura de beneficios para sus planes de salud y bienestar. Para obtener detalles sobre la cobertura de beneficios, consulte la Evidencia de Cobertura del plan. La Evidencia de Cobertura o Descripción Resumida del Plan es el documento vinculante entre el plan de salud elegido y el afiliado.

Un médico del plan de salud debe determinar que los servicios y suministros son médicaamente necesarios, para prevenir, diagnosticar o tratar la afección médica de los miembros. Estos servicios y suministros deben ser proporcionados, recetados, autorizados o dirigidos por el médico de la red del plan de salud, salvo que el miembro se inscriba en el plan PPO, donde podrá usar un médico que no pertenezca a la red.

Para obtener detalles sobre los procedimientos de revisión y adjudicación de beneficios y reclamos para cada plan, consulte la Evidencia de Cobertura del plan. Si hay alguna discrepancia entre los beneficios incluidos en este resumen y la Evidencia de Cobertura o la Descripción Resumida del Plan, prevalecerá la Evidencia de Cobertura o la Descripción Resumida del Plan.

Resumen de Modificaciones Materiales

Los siguientes cambios se aplicarán a partir del aniversario anual del plan de un grupo, a partir del **1 de octubre de 2022**:

Servicios preventivos

La ley federal a menudo requiere cambios en la lista de servicios preventivos y medicamentos cubiertos por este plan de beneficios. La información sobre los servicios preventivos cubiertos estará en la sección Servicios Preventivos de su Libro de Beneficios. Tenga en cuenta que los servicios preventivos cubiertos pueden cambiar en cualquier momento. Si tiene preguntas sobre los servicios preventivos cubiertos de su plan, puede descargar su Libro de Beneficios desde su cuenta MyBlueSM en azblue.com/myblue:

- Inicie sesión en su cuenta MyBlue
- Haga clic en "Plan de beneficios"
- En "Documentos de Beneficios", busque el archivo llamado "Libro de Beneficios [PDF]"

Para obtener información sobre los medicamentos preventivos cubiertos por este plan de beneficios, visite azblue.com/pharmacy.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otro tipo, sin el permiso previo por escrito de Marsh & McLennan Insurance Agency LLC.

Las tarifas cotizadas para estos beneficios pueden estar sujetas a cambios basados en la inscripción final y/o los requisitos de suscripción final. Este material es solo para fines informativos y no es una oferta de cobertura ni asesoría médica. Contiene sólo una descripción parcial y general de los beneficios del plan o programa y no constituye un contrato. Consulte los documentos de su plan (Programa de beneficios, Certificado de cobertura, Acuerdo grupal, Certificado de seguro grupal, Folleto, Certificado de folleto, Póliza grupal) para determinar las disposiciones contractuales que rigen, incluidos los procedimientos, exclusiones y limitaciones relacionadas con su plan. Todos los términos y condiciones de su plan o programa están sujetos a las leyes, regulaciones y políticas aplicables. En caso de conflicto entre los documentos de su plan y esta información, regirán los documentos del plan.

Medicare Parte D

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE

Group ID	Group Name	Effective Date	Plan Name
034914	KE&G CONSTRUCTION	10/1/2021	HSA 3000
034914	KE&G CONSTRUCTION	10/1/2021	HSA 4000
034914	KE&G CONSTRUCTION	10/1/2021	PPO 3500

When Medicare Medical Pays	
Primary	Secondary
Not Credible	Creditable
Not Credible	Creditable
Creditable	Creditable

Aviso Importante de KE&G Construction, Inc. 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 KE&G Construction, Inc. 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. KE&G Construction, Inc. ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que le ofrece KE&G Construction, Inc. 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 KE&G Construction, Inc. como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura de KE&G Construction, Inc. 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 KE&G Construction, Inc. como empleado.

Además, puede optar por cancelar su cobertura de KE&G Construction, Inc. Tenga presente que si decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare y cancela su cobertura actual de KE&G Construction, Inc., 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 KE&G Construction, Inc. 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 acreditiable 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 acreditiable, 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, quizás tenga que esperar hasta en octubre próximo para inscribirse.

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 Weslyn Bejarano al 520-777-5875. 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 KE&G Construction, Inc 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 quizás 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, quizás 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).

Fecha: 10/01/2022

Nombre de la entidad/remitente: KE&G Construction, Inc.

Contacto-Cargo/Oficina: Weslyn Bejarano / Senior Account

Dirección: 3949 East Irvington Road, Tucson, Arizona 85714

Número de teléfono: 520-777-5875

Información Legal Sobre Sus Planes

Aviso sobre inscripción especial HIPAA

Si declina la inscripción en KE&G Construction 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 días 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 días 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 REVÍSELAS CUIDADOSAMENTE.

KE&G Construction, Inc. ("KE&G Construction Company") 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 KE&G Construction, 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 KE&G Construction, Inc., 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 KE&G Construction, Inc. o Weslyn Bejarano.

KE&G Construction, Inc..

A la atención de: HIPAA Privacy Officer (Oficial de Privacidad de HIPAA)

KE&G Construction, Inc.
Attention: Weslyn Bejarano
Senior Accountant
3949 East Irvington Road
Tucson, Arizona 85714
(520) 777-5875

Fecha de vigencia

Este aviso y sus revisiones entrará en vigor a partir del Octubre 1, 2022.

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 www.KEG.com. 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, podemos 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 medicinalmente 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.

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.

SITUACIONES ESPECIALES

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.

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 funeral 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 notificarte 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 familiares

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.

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;
- 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 ABC Company 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 revogue 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.

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

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

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

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

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

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

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de enero de 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid	ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
ALASKA – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sítio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sítio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPPA: 1-888-346-9562
FLORIDA – Medicaid	KANSAS – Medicaid
Sitio web: https://www.flmedicaidptrecovery.com/flmedicaidptrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884
GEORGIA – Medicaid	KENTUCKY – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sítio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, Presiona 2	Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sítio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sítio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx
INDIANA - Medicaid	LOUISIANA – Medicaid

Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Síntesis web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Síntesis web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584	Síntesis web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/laipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP
Síntesis web por inscripción: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página Web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Síntesis web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Síntesis web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Síntesis web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840	Síntesis web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
MINNESOTA – Medicaid	CAROLINA DEL NORTE – Medicaid
Síntesis 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	Síntesis web: https://medicaid.ncdohhs.gov Teléfono: 919-855-4100
MISSOURI – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Síntesis web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005	Síntesis web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825
MONTANA – Medicaid	CAROLINA DEL SUR – Medicaid
Síntesis web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084	Síntesis web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
NEBRASKA – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
Síntesis web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178	Síntesis web: https://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
NEVADA – Medicaid	OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
Síntesis web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Síntesis web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid	OREGON – Medicaid
Síntesis web: https://www.dhhs.nh.gov/oi/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218	Síntesis web: https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Síntesis web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462	Síntesis web: https://www.coverva.org/es/famis-select https://www.coverva.org/es/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924
RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP	WASHINGTON – Medicaid
Síntesis web: http://www.eohhs.ri.gov Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rite Share Line)	Síntesis web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022
TEXAS – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid
Síntesis web: http://pontehippptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493	Síntesis web: https://dhh.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
UTAH – Medicaid y CHIP	WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Síntesis web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Síntesis web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669	Síntesis web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
VERMONT – Medicaid	WYOMING – Medicaid
Síntesis web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427	Síntesis web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

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

Departamento del Trabajo de EE.UU.

Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

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

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2023)

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 suministran 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 Weslyn Bajarano 520-777-5875.

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 consultarla con la madre, pueda dar el alta hospitalaria a la madre o a su recién nacido antes de transcurrir 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 obtención.** 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 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

¿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 meses¹ 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.

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.

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.

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/empleador;
- Se reducen las horas de empleo del padre-empleador;
- Termina el empleo del padre-empleador por cualquier razón que no sea por faltas graves;
- El padre-empleador 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: COBRA Administer: Insight COBRA P.O. Box 733862 Dallas, TX 75373-3864 (855) 266-2092 insightcobra@boonchampman.com

¿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.

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 empleado 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 perdiessen 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, el Programa de Seguro de Salud Infantil (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.

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

¹ <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>

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, comuníquese 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

COBRA Administer: Insight COBRA P.O. Box 733862 Dallas, TX 75373-3864 (855) 266-2092
insightcobra@boonchapman.com

Aviso HIPAA de disponibilidad del Aviso de prácticas de privacidad

El Plan de salud de grupo de KE&G Construction Inc. (el Plan) mantiene un Aviso de prácticas de privacidad que brindan información a personas cuya información de salud protegida (PHI) será utilizada o mantenida por el Plan. Si desea una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan, comuníquese con Weslyn Bejarano 520-777-5875.

Aviso de HIPAA sobre normativas alternativas razonables del programa de bienestar

Su plan de salud de grupo está comprometido en ayudarle a lograr su mejor estado de salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados elegibles. Si usted considera que no puede cumplir con un estándar para una recompensa en virtud de este programa de bienestar, podría calificar para una oportunidad de ganar la misma recompensa por diferentes medios. Contáctenos en Weslyn Bejarano 520-777-5875, y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuada para usted en función de su estado de salud.

Sus derechos y protecciones contra las facturaciones 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 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](#) y para obtener [la información de contacto del departamento estatal del seguro o de otra agencia o recurso similar en su estado](#) y saber si tiene derechos en virtud de la ley estatal aplicable. En el mapa, haga clic en su estado para ver la información de contacto.

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](#).

Notice Regarding Availability of Health Insurance Exchange



Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado
OMB N.º 1210-0149
(caduca el 30-6-2023)

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarle mientras evalua las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.61% del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contributions como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto a impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con Recursos Humanos.

El mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

3. Nombre del empleador KE&G Construction, Inc.		4. Número de identificación del empleador (EIN) 20-5816819
5. Dirección del empleador 3949 East Irvington Road		6. Número de teléfono del empleador 520-777-5875
7. Ciudad Tucson	8. Estado AZ	9. Código postal 85714
10. Who can we contact about employee health coverage at this job? Recursos Humanos – Weslyn Bejarano		
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba) 520-777-5875		12. Dirección de correo electrónico wbejarano@kegtus.com

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:

Todos los empleados.

Todos los empleados regulares de tiempo completo que trabajen 30 horas semanales o más.

Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes:

- En cuanto a los dependientes:

Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes:

Su cónyuge legal, pareja doméstica registrada y no registrada, y hijo (son) dependientes que son menores de 26 años y el hijo dependiente (ren) de 26 años o más que son o se incapacitan y dependen del empleado.

No ofrecemos cobertura médica.

Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite [CuidadoDeSalud.gov](#) para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita [CuidadoDeSalud.gov](#) para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

Prepared by: Lovitt & Touché, A Marsh & McLennan Insurance Agency LLC
www.lovitt-touche.com