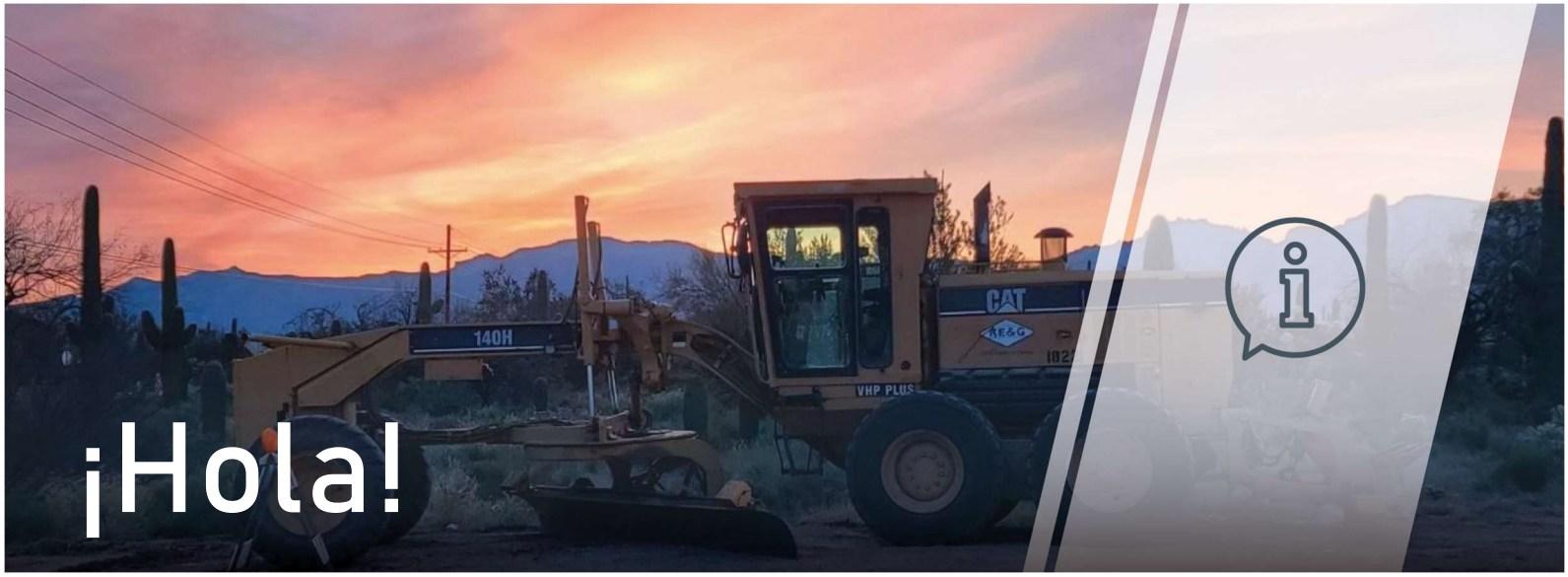
KE&G

100% Employee Owned

2023-2024 Guía de Beneficios



¡Hola!

Bienvenido a su Plan Anual de Beneficios 2023. 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	#3
Cobertura Médica	#6
Cuentas de Gastos	#11
Cobertura Dental	#14
Cobertura de la Vista	#15
Vida y Discapacidad	#16
Salud Complementaria	#18
Programa de Asistencia para los Empleados (EAP)	#21
Directorio y Recursos	#22
Avisos Obligatorios	#24

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 25 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 Seguro de Vida Voluntario y 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 2023 – 30 de septiembre de 2024).

Pago de Beneficios

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.

CONSEJO

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

¿Qué hago si necesito cambiar mis beneficios durante el año?

Se le permite realizar cambios en sus beneficios después del período de inscripción abierta si tiene un evento de cambio de estado según lo define el IRS. Por lo general, puede agregar o eliminar dependientes de sus beneficios, así como agregar, cancelar o cambiar la cobertura si envía su solicitud de cambio dentro de los 30/60 días posteriores al evento de cambio de estado. Los ejemplos de cambio de estado incluyen:

- Matrimonio, divorcio o separación legal.
- Nacimiento o adopción de un niño.
- Fallecimiento de un dependiente.
- Usted o su cónyuge pierde o recibe cobertura a través de nuestra organización o de otro empleador.
- Se espera que un empleado (1) tenga un promedio de mínimo 30 horas de servicio por semana, (2) tiene un cambio de estatus donde se espera razonablemente que tenga un promedio menos de 30 horas de servicio por semana (incluso si él/ella sigue siendo elegible para ser inscrito en el plan); y (3) tiene la intención de inscribirse en otro plan que proporcione una Cobertura Mínima Esencial (a más tardar el primer día del segundo mes siguiente al mes de la revocación de la cobertura).
- Se inscribe, o tiene la intención de inscribirse, en un Plan Médico Calificado (Qualified Health Plan, QHP) a través del Mercado Estatal o Intercambio Federal, y este plan entra en vigencia 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 programas estatales de seguro médico, 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.

¿Tengo que inscribirme?

Aunque la multa federal que exige que las personas mantengan la cobertura de salud se ha reducido a $0, algunos estados tienen sus propios mandatos individuales específicos para cada estado.

Para evitar pagar la multa en algunos estados, puede obtener un seguro médico a través de nuestro programa de beneficios o adquirir cobertura en otro lugar, como la cobertura de un Intercambio de seguros médicos estatal o federal.

Para obtener información sobre la reforma sanitaria y el mandato individual, comuníquese con Recursos Humanos o visite www.cciio.cms.gov.

Usted puede optar por “renunciar” a la cobertura médica, dental y/o de la vista si tiene acceso a la cobertura a través de otro plan. Para renunciar a la cobertura, visite EASE. Es importante tener en cuenta que, si renuncia a nuestra cobertura médica, debe mantener la 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 de inscribirse en nuestros planes de beneficios grupales sería el 1 de octubre de 2024, a menos que ocurra un cambio en el estado familiar.

¿Cómo me inscribo?

ease

¡Disponible como una aplicación dentro de App Store o GooglePlay!

- Haga clic en el hiperenlace incluido en el mensaje electrónico que KE&G Construction Benefits Management le envió.
- Para un rendimiento óptimo, se recomienda que use Chrome o Firefox como su explorador.
- Haga clic en el botón verde “Login” (Comience).
- Siga los pasos indicados en el sitio y haga clic en “Next” (Siguiente) para pasar a la siguiente sección.
- Una vez que revise y firme electrónicamente sus formularios, haga clic en “Continue” (Continuar) y su inscripción se ha completado.

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	DINERO	PROTECCIÓN
Medicina	Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA)	Discapacidad de corto plazo
Telemedicina	Cuenta de Gastos Flexibles para Salud (FSA)	Discapacidad de largo plazo
Odontología	Cuenta de Gastos Flexibles de Propósito Limitado (LPFSA)	Vida Voluntaria/ AD&D
Oftalmología	Cuenta de Gastos Flexibles para Cuidado de Dependientes (DCFSA)	
Accidentes		
Enfermedades críticas		
Indemnizaciones hospitalarias		

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 Mutual of Omaha, 1 plan DHMO a través del Servicio Dental de los Empleadores
- 2 planes de oftalmología a través de Mutual of Omaha
- 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 Mutual of Omaha
- 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.

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: Médico
- Servicios Odontológicos del Empleador (EDS) – DHMO
- Mutual of Omaha: Dental
- Mutual of Omaha: Visión

Cobertura Médica

¿Cuáles son mis opciones?

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 requiere referencia	No se requiere referencia
Deducible requerido	Sí	Sí, en la mayoría de los casos
Proceso de Reclamaciones	Los proveedores dentro de la red presentarán reclamaciones. Usted envía reclamaciones por otros servicios.	Los proveedores dentro de la red presentarán reclamaciones. Usted envía reclamaciones por otros servicios.
Compatible with your Health Savings Account (HSA)	Sí	No
Compatible con su Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)	Sí, FSA de propósitos limitados y FSA para atención de dependientes	Sí, FSA para atención médica y FSA para atención de dependientes
Otros consejos importantes	• 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.	• 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.

CONSEJO

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.

Características principales 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
Deducible anual del año del plan			
Individual	$4,000	$3,000	$3,500
Familia	$8,000	$6,000	$7,000
Desembolso máximo por año del plan (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 deducible	0% después del deducible	Copago de $25
Especialista	10% después del deducible	0% después del deducible	Copago de $50
Consulta de telesalud	10% después del deducible	0% después del deducible	Copago de $25
Examen de atención preventiva	$0	$0	$0
Radiografía y laboratorio de diagnóstico	10% después del deducible	0% después del deducible	Copago de $25
Diagnóstico complejo (MRI/CT Scan)	10% después del deducible	0% después del deducible	20% después del deducible
Servicios quiroprácticos	10% después del deducible	0% después del deducible	Copago de $50
Servicios hospitalarios			
Paciente interno	10% después del deducible	0% después del deducible	20% después del deducible
Cirugía ambulatoria	10% después del deducible	0% después del deducible	20% después del deducible
Clínica de urgencias	10% después del deducible	0% después del deducible	Copago de $60
Sala de emergencias	10% después del deducible	0% después del deducible	Copago de $250
Salud mental y abuso de sustancias			
Paciente interno	10% después del deducible	0% después del deducible	20% después del deducible
Paciente externo	10% después del deducible	0% después del deducible	$25 / $50 (el copago varía según la especialidad)
Medicamentos recetados al por menor (suministro de 30 días)			
Nivel 1	$10 después del deducible	$10 después del deducible	Copago de $15
Nivel 2	$30 después del deducible	$20 después del deducible	Copago de $35
Nivel 3	$50 después del deducible	$40 después del deducible	Copago de $65
Nivel 4			
Nivel A:	$30 después del deducible	$30 después del deducible	Copago de $50
Nivel B:	$60 después del deducible	$60 después del deducible	Copago de $100
Nivel C:	$90 después del deducible	$90 después del deducible	Copago de $150
Nivel D:	$120 después del deducible	$120 después del deducible	Copago de $200
Costo empleado por período de pago			
Solo empleado	$14.94	$14.97	$47.05
Empleado + Cónyuge	$41.37	$65.75	$97.27
Empleado + Hijo(s)	$36.21	$58.87	$96.51
Familia	$47.71	$78.23	$144.04

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. Vaya a azblue.com y haga clic en “Encontrar un Doctor”
2. Elija “NO soy un miembro aún” y luego haga clic en la sección “Pero podría obtener un plan de salud BCBSAZ a través de mi empleador.”
3. Haga clic en la flecha al lado de la opción “Elegir una Red”
4. Elegir un PPO o EPO y luego haga clic en “Buscar”
5. Ahora está listo para buscar a un proveedor.

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

Cobertura de medicamentos de venta con receta

Muchos medicamentos de venta con receta aprobados por la FDA tienen cobertura a través del programa de beneficios. A continuación se presenta información importante sobre su cobertura de medicamentos de venta con receta:

- El plan de BCBSAZ cubre medicamentos genéricos del formulario, de marca del formulario, de marca no incluidos en el formulario y medicamentos especializados.
- La FDA requiere que los medicamentos genéricos tengan los mismos ingredientes activos que los equivalentes de marca.
- Un medicamento de marca está protegido por una patente, y solo lo puede producir un fabricante específico.
- Aunque se le pueden recetar medicamentos que no están incluidos en el formulario, estos no se encuentran en la lista del formulario preferido de la compañía de seguros.
- Con mayor frecuencia los medicamentos especializados se usan para tratar condiciones complejas, y podrían requerir condiciones especiales de almacenamiento o supervisión estrecha.

Puede encontrar una versión actualizada de la(s) lista(s) de medicamentos de venta con receta en www.azblue.com.

¿Por qué Pagar Más?

Hay algunas maneras en las que puede ahorrar dinero usando el plan de medicamentos de venta con receta:

Pedido Por Correo

Ahorre tiempo y dinero utilizando el servicio de pedido de medicamentos de mantenimiento por correo. Un suministro de 90 días de su medicamento será enviado a usted, en vez del típico suministro de 30 días en una farmacia.

Compare Precios

Algunas farmacias tales como en los clubes de almacén o almacenes de descuento pueden ofrecer recetas menos caras que otros. Llamando por adelantado puede determinar que farmacia ofrece el precio más competitivo.

Explore Opciones de Venta Libre

En el caso de las enfermedades más comunes, los medicamentos de venta libre pueden proporcionar opciones menos costosas que sirven para el mismo propósito como medicamento de venta con receta.

Servicios de Telesalud

Con Telemedicina, usted puede comunicarse con médicos certificados por la junta para muchas enfermedades que no son de emergencia a través de internet o por teléfono. Al aprovechar estas visitas virtuales, puede evitar la sala de emergencia y los centros de atención urgente y volver a surtir rápidamente sus recetas para que pueda volver a ponerse de pie en ningún momento.

La telesalud se puede utilizar para:

Problemas generales de salud

Ciertos servicios especializados

Receta de medicamentos

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

No hay ningún cargo por consultas médicas de telesalud para el Plan PPO de BCBSAZ si los servicios se prestan a través de BlueCare Anywhere.

A través de BlueCare Anywhere, los servicios de telesalud para planes HDHP se muestran a continuación: 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 de los Empleados

¿Por qué bienestar?

Un estilo de vida sano y activo puede ayudar a reducir el riesgo de padecer enfermedades crónicas y podría reducir sus costos anuales de atención médica. Nos interesa su bienestar total, y animamos a todos los empleados a que participen en nuestro programa de bienestar gratis.

BCBSAZ Sharecare

BCBSAZ Sharecare Programa de Bienestar incluye una variedad de recursos educativos y oportunidades de participación durante todo el año. Los empleados y sus dependientes que participan voluntariamente y completan con éxito ciertas actividades relacionadas con el bienestar se vuelven elegibles para ganar grandes premios.

Asume El Control De Su Salud

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona se ha asociado con Sharecare, una solución de salud digital galardonada, para proporcionarte herramientas sencillas para administrar todas tus necesidades de salud y bienestar desde un solo lugar. Primero, realizarás la evaluación de la salud, RealAge, para obtener una medición de la verdadera edad de su cuerpo en términos de salud y vitalidad, en comparación con su edad cronológica. Luego, el programa ofrece perspectivas personalizadas, desafíos, seguimiento diario y herramientas únicas para ayudarle a reducir su RealAge y vivir de forma más saludable, sin importar en qué etapa del camino de la salud se encuentre. Obténe la información que necesitas para estar más saludable con consejos sobre cómo comer mejor, hacer ejercicio de manera más inteligente, reducir el estrés y más. La aplicación Sharecare recomienda cosas simples que se puede hacer todos los días y le recuerda que las haga.

Controla su salud y reduzca su RealAge:

- Realiza la prueba RealAge: la evaluación de la salud RealAge calcula la edad real de tu cuerpo en términos de
- salud y vitalidad.
- Controla su perfil de salud: un lugar conveniente con toda la información esencial sobre su salud, incluidas sus recetas, afecciones médicas y resultados de pruebas.
- Recibe recomendaciones personalizadas: desafíos, consejos, artículos y videos basados en tus necesidades de
- salud identificadas en los resultados de la prueba RealAge.
- Siéntete apoyado y motivado: asesoramiento de expertos y responsabilidad cuando lo necesites, con objetivos
- alcanzables y recompensas para ayudarte a reducir tu RealAge.
- Siéntete seguro: Sharecare mantiene tu cuenta privada y segura. Eres propietario de tus datos de salud y decides con quién quieres compartirlos.

¡Averigua su RealAge hoy mismo! azblue.sharecare.com

Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA)

¿Qué es una Cuenta HSA?

Al inscribirse en el plan médico de deducible alto (HDHP) de BCBS de AZ, usted tendrá acceso a una cuenta de ahorros para gastos médicos (Health Savings Account, HSA), que proporciona ventajas fiscales y que se puede usar para pagar gastos médicos calificados, como su deducible, copagos y otros gastos de su bolsillo.

¿Cuáles son las ventajas?

Administrada por HealthEquity, una HSA acumula fondos que se pueden usar para pagar gastos médicos actuales y futuros.

- Usted puede contribuir a su cuenta HSA en base libre de impuestos para propósitos de impuestos federales, o usted puede contribuir a base después de impuestos y declaró como deducción en sus impuestos.
- Generalmente, los fondos HSA pueden crecer a base libre de impuesto, esto está sujeto a ley estatal.1
- Un HSA reduce sus ingresos sujetos a impuestos y le puede permitir hacer retiros libres de impuestos de la cuenta cuando el pago de los gastos de atención de salud son calificativos (regulaciones de impuestos varían de estado a estado).1
- Porque usted es dueño de su cuenta HSA no existe la provisión de "Úselo o Piérdalo", así es que los fondos en la cuenta HSA que no son usados se cargan de año a año, y pueden ser usados para reembolsar gastos fuera de bolsillo elegibles en un futuro.
- Usted puede disfrutar de pagos menores de primas mensuales en comparación con los tradicionales planes médicos PPO.
- Como usted es dueño de la Cuenta HSA, el dinero de su cuenta es suyo si deja de trabajar en la compañía.
- **KE&G Construction contribuye $15 por semana** para los empleados inscritos en la cobertura de HDHP siempre y cuando cumpla con la elegibilidad del IRS. Los empleados deben elegir inscribirse en Health Equity para recibir esta contribución. Esta contribución se aplica a los límites anuales de contribución del IRS.

Empleado Gasto Semanal	HSA $4,000 Antes de KE&G HSA Contribución	HSA $4,000 Después de KE&G HSA Contribution	HSA $3,000 Antes de KE&G HSA Contribución	HSA $3,000 Después de KE&G HSA Contribution	PPO $3,500
Solo empleado	$14.94	$0.00	$14.97	$0.00	$47.05
Empleado + Cónyuge	$41.37	$26.37	$66.75	$50.75	$97.27
Empleado + Hijo(s)	$36.21	$21.21	$58.87	$43.87	$96.51
Familia	$47.71	$32.71	$78.23	$63.23	$144.04

El cuadro anterior es solo para fines ilustrativos. La columna azul es la cantidad que se deducirá de su cheque y la columna naranja es representativa de su costo neto después de la contribución de KE&G a su cuenta HSA.

¿Cómo califico para una HSA?

El IRS tiene pautas referentes a las personas que califican para una HSA. Se lo considera elegible si:

- Tiene la cobertura de un plan médico calificado
- Usted no está inscrito en un plan de seguro para la salud que no califica fuera del plan médico de deducible alto de KE&G Construction.
- No está inscrito en Medicare
- Usted no es reclamado como dependiente en los impuestos de otra persona (excepto su cónyuge)

- Usted no está inscrito en una cuenta general de Gastos Flexibles para el cuidado de la Salud (FSA) or una cuenta general de Reembolso para el Cuidado de la Salud (HRA).

¿Cómo comienzo?

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

- Inscríbase en un plan de salud con deducible alto de BCBS of AZ.
- Inscríbase en la cuenta de ahorros para la salud en EASE.

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

Algunas reglas que requiere saber:

- En 2023, la máximo contribución para empleados y empleadores a una Cuenta HSA es de $3,850 si usted está inscrito en la cobertura HDHP sólo para empleados y $7,750 dólares por empleado con cobertura de dependientes.
- Es importante vigilar sus contribuciones para no exceder el límite del IRS, ya que las contribuciones que exceden este límite están sujetas a las tasas estándar de impuestos sobre los ingresos, más un impuesto indirecto del 6%.
- Hay un penalización de 20% por usar fondos de la cuenta HSA en gastos de cuidado de salud no calificativos si son menores de 65 años. Para más detalles acerca de lo que se consideran los gastos de cuidado de salud calificado por favor visite www.healthequity.com.
- Es posible que no pueda contribuir a su HSA si usted tiene derecho a Medicare. Sin embargo, los fondos acumulados antes de que tenga el derecho a Medicare puede ser utilizado para reembolsar sus gastos médicos.
- No puede contribuir a su HSA si está cubierto por ningún plan de beneficio médico lo cual no es un plan HSA- calificativo de alto deducible (por ejemplo, un cónyuge que tiene un plan médico que no es HDHP, una cuenta para la salud FSA de propósito general, o Medicare). Sin embargo, usted puede estar cubierto por una cuenta para la salud FSA de uso limitado, o un FSA que puede utilizarse después de que es cumplido el deducible de su plan médico HDHP.
- Normalmente, la cantidad máxima que un empleado es elegible para contribuir a una cuenta HSA por año calendario se basa en una parte proporcional al número de meses que un empleado es elegible para contribuir a una cuenta HSA. Por ejemplo, un empleado normalmente podría contribuir 4/12 del límite máximo anual en su primer año de inscripción en el plan dela cuenta HSA, si el empleado se une al plan HSA el 1 de septiembre. Sin embargo, Bajo la regla de contribución completa, un empleado está autorizado a aportar la cantidad máxima anual, independientemente del número de meses que él/ella es elegible para contribuir a una cuenta HSA en el primer año, si él/ella es elegible para contribuir a una HSA el 1 de diciembre del primer año y continúa siendo elegible para contribuir a una cuenta HSA hasta el 31 de diciembre del año siguiente (es decir, durante todo el año subsiguiente).

CONSEJO

¿Cómo administro mi HSA?

- **La manera más conveniente de pagar los gastos calificados es con una tarjeta de débito.**
- **También puede usar su propio dinero en efectivo o una tarjeta de crédito personal para reembolsarse a través de su cuenta HSA en línea.**
- **Se le recomienda que guarde los recibos de las compras que hace con su HSA en caso de que alguna vez el IRS le haga una auditoría.**
- **Puede ver el estado de sus reclamaciones y el saldo de su HSA en www.healthequity.com.**

Lo que Debe Saber Acera de Su Cuenta de Ahorro para la Salud

Cuentas Flexible de Gastos (FSA)

Una cuenta flexible de gastos le permite usar dólares antes de los impuestos para cubrir gastos elegibles de atención médica y cuidado de dependientes. Hay diferentes tipos de FSA que ayudan a reducir sus ingresos sujetos a gravamen cuando está pagando para los gastos elegibles para usted, su cónyuge y los dependientes elegibles, como se indica a continuación:

Tipo de FSA	Detalles
FSA para atención médica	• Puede reembolsarle los gastos elegibles de atención médica que no cubre su seguro médico, dental y de la vista. • La contribución máxima para 2023 es de $3,050
FSA de propósitos limitados	• Es una opción para los empleados inscritos en un plan elegible para una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) • Use esta FSA para reembolsarse los gastos elegibles de atención preventiva, dental y de la vista • La contribución máxima para 2023 es de $3,050
FSA para atención de dependientes	• Se puede usar para pagar la atención calificada de un niño y/o a cuidadores de un miembro de la familia discapacitado que no puede cuidarse por sí mismo • La contribución máxima para 2023 es de $5,000

¿Cuáles son las ventajas?

- Sus ingresos gravables se reducen ¡y sus ingresos disponibles aumentan!
- Ahorre dinero y a la vez conserve su salud y la salud de su familia

¿Cómo la uso?

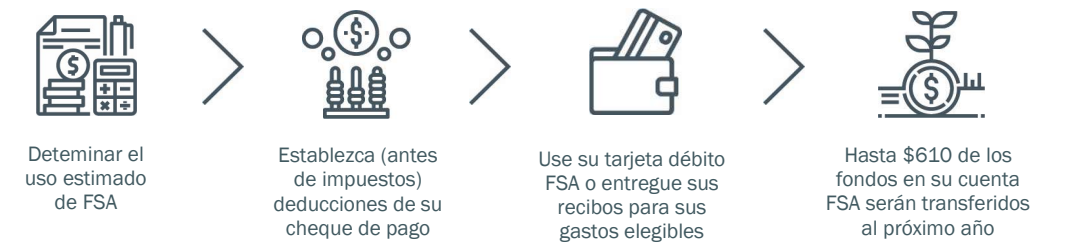
Debe inscribirse en el programa FSA en el lapso de 30 días de la fecha de su contratación o durante el periodo de inscripciones abiertas. En este momento, debe establecer una cantidad de la contribución anual dentro del límite máximo. Una vez inscrito, tendrá acceso en línea para ver el saldo de su FSA, ver el estado de un reembolso, y más. Visite www.wageworks.com para tener acceso al portal en línea de HealthEquity / Wageworks.

Algunas reglas que requiere saber:

- Usted puede trasladar hasta $610 de su FSA del Cuidado de la Salud del año del plan 2023 al año del plan 2024.
- Aunque el año del plan FSA se extiende desde 1 de octubre de 2023 hasta el 30 de septiembre de 2024, para solicitar el reembolso de los gastos de atención medica incurridos durante el año del plan. Este período de reembolso es el período de agotamiento anual.

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

Como Usar Su Cuenta de Gastos Flexibles



Plan Dental

Su plan Dental DHMO y PPO

Usted y sus dependientes elegibles tendrán la oportunidad de inscribirse en el plan dental de una Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, DHMO) ofrecido por Employer Dental Services o un plan dental de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) ofrecido por Mutual of Omaha. Le recomendamos que revise los detalles de la cobertura y que seleccione la opción que se adapte mejor a sus necesidades.

Características principales del plan	EDS DHMO	Mutual of Omaha Low DPPO	Mutual of Omaha High DPPO
	Solo dentro de la red	**Dentro de la red**	**Dentro de la red**
Deducible por año del plan			
Por persona	N/A	$0	$0
Máximo por familia	N/A	$0	$0
Máximo por año calendario	N/A	$1,000	$1,500
Servicios preventivos	Ver tabla de tarifas 700N*	0%	$0
Servicios básicos	Ver tabla de tarifas 700N*	20%	10%
Servicios mayores	Ver tabla de tarifas 700N*	50%	40%
Servicios de ortodoncia			
Adultos	Ver tabla de tarifas 700N*	No cubierto	50%
Niños de hasta 19 años	Ver tabla de tarifas 700N*	No cubierto	50%
Máximo por Vida	N/A	N/A	$2,000
Costo empleado por período de pago			
Solo empleado	$2.48	$5.47	$7.80
Empleado + Cónyuge	$4.94	$11.13	$15.87
Empleado + Hijo(s)	$6.46	$12.17	$17.31
Familia	$7.45	$19.09	$27.15

*Para obtener una copia de la tabla de tarifas 700N o un resumen dental, inicie sesión en la plataforma de inscripción de EASE www.keg.ease.com.

CONSEJO

Elija su dentista de atención primaria – EDS DHMO

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

Mutual of Omaha DPPO

Al usar un plan PPO dental, puede recibir servicios de proveedores dentales tanto dentro como 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, vaya a www.mutualofomaha.com y busque en la red de DPPO, o llame a Mutual of Omaha 800-775-6000.

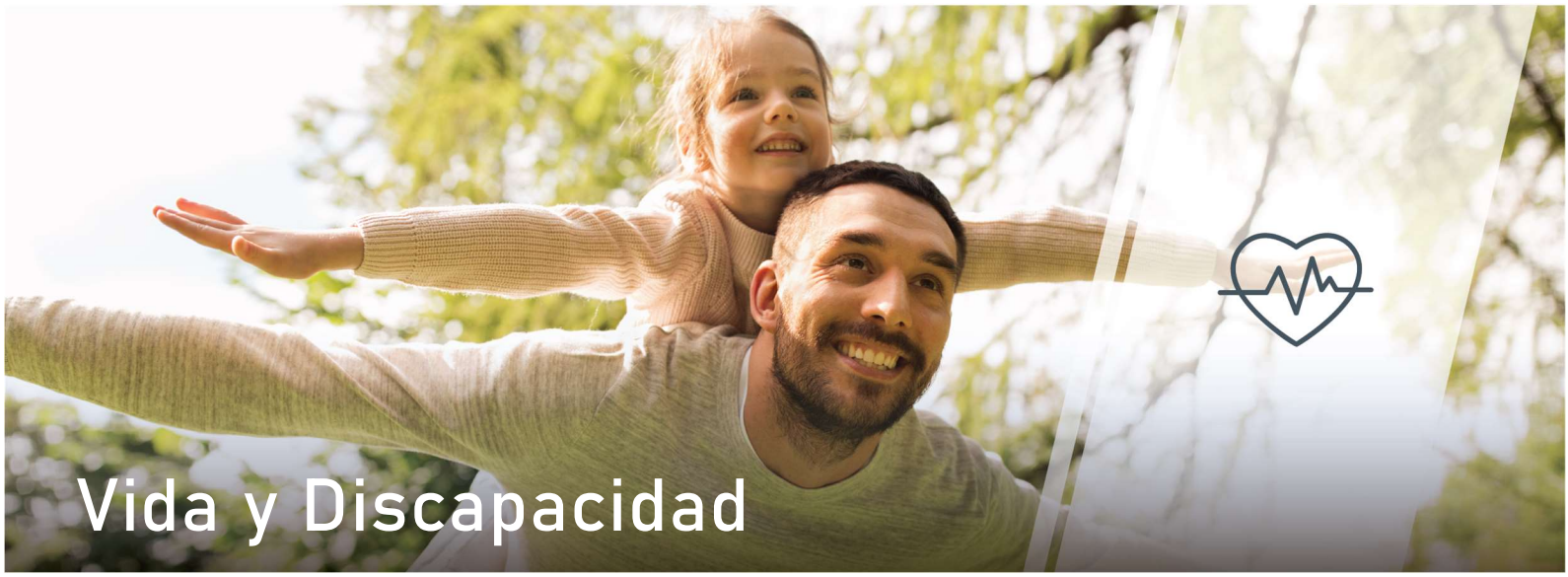
Plan de la Vista

Hay dos planes de visión ofrecidos a través de Mutual of Omaha, como un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO). Al igual que con el PPO tradicional, usted puede aprovechar el nivel más alto de beneficios al recibir los servicios de proveedores y médicos de atención de la vista dentro de la red. Usted sería responsable de pagar un copago en el momento del servicio. Sin embargo, si recibe servicios de un médico fuera de la red, usted paga todos los gastos en el momento del servicio y presenta una reclamación para un reembolso de hasta la cantidad permitida. Para localizar un proveedor de visión dentro de la red, visite www.mutualofomaha.com.

Para ver un resumen completo del plan, visite www.keg.ease.com.

Características principales del plan	Mutual of Omaha Visión Low Plan	Mutual of Omaha Visión High Plan
	Dentro de la red (EyeMed)	**Dentro de la red (EyeMed)**
Examen – Cada 12 meses		
Copago para Examen	Copago de $10	Copago de $10
Lentes – Cada 12 meses		
Sencillos	Copago de $25	Copago de $10
Bifocales	Copago de $25	Copago de $10
Trifocales	Copago de $25	Copago de $10
Armazones – Cada 12 meses		
Armazones	Asignación de $130, luego 20% de descuento en el saldo	Asignación de $150, luego 20% de descuento en el saldo
Lentes de contacto – Cada 12 meses, en lugar de lentes y armazones		
Médicamente necesario	Cubierto en su totalidad	Cubierto en su totalidad
Electivo	Asignación de $130	Asignación de $150
Adaptación y evaluación de lentes de contacto	Cubierto en su totalidad con un copago máximo de $40	Cubierto en su totalidad con un copago máximo de $40
Costo empleado por período de pago		
Solo empleado	$1.65	$2.03
Empleado + Cónyuge	$3.22	$4.46
Empleado + Hijo(s)	$3.45	$3.82
Familia	$5.04	$6.17

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



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 Mutual of Omaha:

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

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 Mutual of Omaha.

- **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 $100,000, que no excedan el 100% 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 hasta un máximo de $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.

CONSEJO

¡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.**

Incapacidad a Corto y a Largo Plazo

Protección añadida

Si experimenta una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo que le impide trabajar, la cobertura de incapacidad actúa como sustitución de los ingresos para proteger activos importantes y para ayudarlo a que usted continúe recibiendo cierto nivel de ingresos. La elegibilidad para los beneficios se podría basar en la incapacidad para su ocupación o cualquiera ocupación.

Sus planes	Detalles de la cobertura
Cobertura de Incapacidad a Corto Plazo (STD)	• Administrada por Mutual of Omaha, la cobertura STD proporciona un beneficio equivalente al 60% de sus ingresos, hasta $2,000 a la semana por un periodo de hasta 11 semanas. • El plan comienza a pagar estos beneficios después de que se haya ausentado del trabajo por 14 días consecutivos.
Cobertura de Incapacidad a Largo Plazo (LTD)	• Si su incapacidad se prolonga más de 90 días, la cobertura LTD a través de Mutual of Omaha puede reemplazar un 60% de sus ingresos, hasta un máximo de $10,000 al mes. • Puede continuar recibiendo sus beneficios hasta cumplir la edad normal de jubilación como lo define la administración de seguro social siempre y cuando cumpla con la definición de incapacidad.

100% Pagado por los Empleados

Como beneficio opcional pagado por el empleado, hay cobertura de incapacidad para usted después de los impuestos. Si paga su cobertura de incapacidad después de los impuestos, usted no tendrá que pagar impuestos sobre el ingreso de cualquier beneficio de STD y/o LTD que reciba.

Tenga en cuenta: Hable con su asesor fiscal para pedirle información o asesoramiento adicional sobre los impuestos.

Cobertura de Enfermedades Críticas

Cobertura de Enfermedades Criticas es ofrecida en base voluntaria a través de Mutual of Omaha le paga un beneficio de suma total si se le diagnostica una enfermedad o condición cubierta. Todos los beneficios se pagan directamente a usted y usted puede usar los fondos como mejor le parezca.

¿Qué puede pagar la Cobertura de Enfermedades Criticas?

- Gastos médicos, como los copagos, deducibles o coaseguros
- Pérdida de ingresos
- Gastos diarios como alimentos y servicios públicos
- Tratamientos alternativos
- Alojamiento y viaje a un especialista

¿Cuáles son ejemplos de enfermedades o condiciones cubiertas?

- Cáncer
- Ataque al Corazón
- Derrame Cerebral
- Enfermedad de Alzheimer's
- Insuficiencia Renal

Aquí tiene un ejemplo de cómo una Cobertura de Enfermedades Criticas puede ayudar a apoyarlo

Denise tiene 45 años de edad y tuvo un ataque al corazón. Estuvo sin trabajo por un par de meses recuperándose y aunque tenía un seguro de incapacidad, no cubrió todos los ingresos que ella perdió y facturas médicas. Afortunadamente, Denise tenía una póliza de Enfermedades Criticas de $10.000. Ella presento su reclamo y recibió su beneficio en efectivo para poder pagar sus cuentas y gastos médicos. Con su póliza de Enfermedades Criticas, Denise tuvo tranquilidad y fue capaz de concentrarse en mejorar su salud.

Tenga en cuenta que lo anterior es solo una ilustración 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 voluntario de Enfermedades Críticas, el 100% del costo se deduce a través de deducciones de nómina.

Opciones de beneficios

Elección	Cantidades de Beneficio y Garantizadas
Empleado	Incrementos de $5,000 desde $10,000 hasta $30,000 (Todas Cantidades Garantizadas)
Cónyuge	100% del Beneficio del Empleado hasta $15,000 (Todas Cantidades Garantizadas)
Hijo(s)	25% del Beneficio del Empleado hasta $8,000

Beneficio de la evaluación de salud

Después de que su cobertura haya estado vigente durante treinta días, Mutual of Omaha proporcionará un beneficio anual de $50 por año calendario por tomar una de las medidas de detección/ prevención elegibles. Mutual of Omaha pagará solo un beneficio de evaluación de salud por persona cubierta por año calendario.

¿Gusta aprender más?

Si usted está considerando este tipo de cobertura, usted debe inscribirse cuando es elegible por primera vez durante su periodo de inscripción abierta anual. Para aprender más o para obtener el resumen detallado de beneficios contacte recursos humanos o Mutual of Omaha.

Protección de Hospitalización

Planificado o no planificado, un viaje al hospital puede ser inquietante, especialmente si su seguro médico primario no cubre la mayoría de sus costos. El Seguro de Hospitalización ofrecido de forma voluntaria a través de Mutual of Omaha le paga un beneficio de suma total a usted o a su familia para compensar las facturas médicas y no medicas resultantes de una estadía en el hospital.

¿Cómo puede ayudar Seguro de Hospitalización?

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 pagan directamente a usted, usted elige cómo usarlos. Aquí tiene algunos ejemplos:

- Copagos
- Deducibles
- Gastos de transportación
- Cuidado de niños
- Gastos de alojamiento para un acompañante
- Pérdida de ingresos

Aquí tiene un ejemplo de cómo un Seguro de Hospitalización puede ayudar a apoyarlo

Conozca a Trevor. Trevor tuvo algunas complicaciones de la cirugía de extracción de la vesícula biliar, lo que resulto en una hospitalización de 5 días. A través de su seguro médico primario, Trevor debía un deducible de $3,000 y $3,000 en coaseguro. Con la ayuda de su cobertura de Seguro de Hospitalización, que pago un beneficio de admisión de $1,200 más $200 por cada día adicional, Trevor solamente tuvo $4,000 fuera del bolsillo en lugar de $6,000.

Gastos Fuera del Bolsillo	Beneficios del Plan de Indemnización Hospitalaria
$3,000 deducible	$1,200 beneficio de admisión
$3,000 coaseguro	$200/día x 4 días adicionales = $800
Total: $6,000	**Total de beneficios pagados a Trevor: $2,000**

Tenga en cuenta que lo anterior es solo una ilustración 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 voluntario de Seguro de Hospitalización, el 100% del costo se deduce a través de deducciones de nómina.

Las tasas semanales antes de impuestos se describen a continuación:

Costo empleado por período de pago	Plan Bajo	Plan Alto
Solo empleado	$2.94	$6.35
Empleado + Cónyuge	$6.77	$14.60
Empleado + Hijo(s)	$4.09	$8.76
Familia	$8.19	$17.52

¿Gusta aprender más?

Si usted está considerando este tipo de cobertura, usted debe inscribirse cuando es elegible por primera vez durante su periodo de inscripción abierta anual. Para aprender más o para obtener el resumen detallado de beneficios contacte recursos humanos o Mutual of Omaha.

Plan de Seguro de Accidentes

El Seguro de Accidentes es ofrecido en base voluntaria a través de Mutual of Omaha proporciona cobertura para lesiones y tratamientos específicos que son resultado de un accidente cubierto. El monto del beneficio pagado depende del tipo de lesión y atención recibida.

How can Accident Insurance help?

Since benefits are paid directly to you, you choose how to use them, such as paying medical bills, subsidizing lost income, or covering everyday expenses.

¿Cuáles son algunos de los beneficios comunes cubiertos?

- Visita a la Sala de Emergencia
- Ambulancia
- Visita al Médico
- Admisión al Hospital
- Cirugía
- Instrumental Médico
- Terapia de Paciente Externo
- Imágenes de Diagnóstico

Evento Cubierto/Lesión	Monto del Beneficio
Ambulancia (tierra)	$300
Cuidado de Sala de Emergencia	$200
Vista de Seguimiento con el Médico Primario ($75 x 2)	$200
Rayos- X	$50
Conmoción Cerebral	$400
Diente Roto (reparado por corona)	$200
Beneficio total pagado a Kathy por su plan de Accidentes	**$1,350**

Aquí tiene un ejemplo de cómo un Seguro de Accidentes puede ayudar a apoyarlo

La hija de Kathy, Molly, juega fútbol. Durante un partido reciente ella chocó con un jugador, quedo inconsciente y fue llevada a la Sala de Emergencia en ambulancia. El médico de la Sala de Emergencia diagnostico una conmoción cerebral y un diente roto. Ordenó una radiografía para detectar fracturas faciales debido a la inflamación. Molly fue descargada a su médico de atención primaria para recibir tratamiento de seguimiento y su dentista reparó su diente roto con una corona. Gracias al Seguro de Accidentes, Kathy va a recibir $1,350 para ayudarla a pagar por los gastos asociados con el accidente de Molly.

Tenga en cuenta que lo anterior es solo una ilustración 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 voluntario de Seguro de Accidentes, el 100% del costo se deduce a través de deducciones de nómina.

Las tasas semanales antes de impuestos se describen a continuación:

Costo empleado por período de pago	Plan Bajo	Plan Alto
Solo empleado	$1.43	$3.29
Empleado + Cónyuge	$2.02	$4.61
Empleado + Hijo(s)	$2.86	$6.38
Familia	$3.75	$8.17

¿Gusta aprender más?

Si usted está considerando este tipo de cobertura, usted debe inscribirse cuando es elegible por primera vez durante su periodo de inscripción abierta anual. Para aprender más o para obtener el resumen detallado de beneficios contacte recursos humanos o Mutual of Omaha.

Programa de Asistencia para los Empleados (EAP)

KE&G Construction entiende que usted y los miembros de su familia podrían experimentar una variedad de problemas personales o relacionados con el trabajo A través del EAP, usted tiene acceso a recursos, información y asesoramiento totalmente confidenciales y sin costo para usted.

Componentes del Programa	Detalles de la Cobertura
Quién puede participar en este programa	Todos los empleados, los dependientes de los empleados y los miembros de su familia
Los temas pueden incluir	Cuidado de niños. Cuidado de ancianos. Servicios legales. Robo de identidad. Problemas maritales, en las relaciones o familiares. Duelo y asesoramiento en caso de duelo. Abuso de sustancias y recuperación. Asistencia financiera. Materiales educativos.
Número de sesiones	5 sesiones personales por miembro por incidente

CONSEJO

Acceso:

Teléfono: 800.316.2796

En línea: www.mutualofomaha.com/eap

Directorio y Recursos

A continuación encontrará importante información de contacto y recursos de KE&G Construction.

Información sobre	N° de grupo / Póliza	Información de contacto	
Inscripción y elegibilidad			
Recursos Humanos: • Weslyn Bejarano / Senior Accountant Proveedor de inscripción en línea: • EASE		520.777.5875	wbejarano@kegtus.com https://keg.ease.com
Cobertura médica			
BCBS	034914	800.232.2345 English: Ext. 4456 Spanish: Ext. 4884	www.azblue.com
Telemedicine	034914	844.606.1612	www.bluecareanywhereaz.com
Wellness – ShareCare	034914	N/A	www.azblue.sharecare.com
Cobertura dental			
Mutual of Omaha • DPPO	G000CCF7	800.775.6000	www.mutualofomaha.com
EDS • DHMO	145512	800.722.9772	www.employersdental.com
Cobertura de la vista			
Mutual of Omaha • Visión PPO	G000CCF7	800.775.6000	www.mutualofomaha.com
De vida, AD&D y discapacidad			
Mutual of Omaha • Vida básica / AD&D • Vida voluntaria / AD&D • Incapacidad voluntaria a corto plazo • Incapacidad voluntaria a largo plazo	G000CCF7	800.775.6000	www.mutualofomaha.com
Cuentas de gastos flexibles			
HealthEquity / Wageworks	39709	877.924.3967	www.healthequity.com
Cuenta de ahorros para gastos médicos			
HealthEquity	25384	866.382.3510	www.healthequity.com
Salud Complementaria			
Mutual of Omaha • Accidente • Indemnización hospitalaria • Enfermedad crítica	G000CCF7	800.775.6000	www.mutualofomaha.com
Programa de Asistencia para los Empleados			
Mutual of Omaha	KE&G Construction	800.316.2796	www.mutualofomaha.com/eap
Asesora del plan de jubilación 401(k)			
Fidelity – 401k	N/A	844.203.2402	www.netbenefits.com
Agente de Beneficios / Preguntas sobre los beneficios			
Lovitt & Touché, A Marsh & McLennan Insurance Agency LLC Claims Advocate (Shan O'Connor)		602.385.7069	soconnor@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 médicamente 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 2023:

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 MyBlue℠ 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, electrónico, mecánico, fotocopiado, grabación, o de otro modo, sin el permiso previo por escrito de Marsh & McLennan Insurance Agency LLC.

Las tarifas cotizadas para estos beneficios pueden estar sujetas a cambios según la inscripción final y/o los requisitos finales de suscripción. Este material es sólo para fines informativos y no es una oferta de cobertura ni un consejo médico. 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, Folleto certificado, Póliza grupal) para determinar las disposiciones contractuales vigentes, 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 el documento de su plan y esta información, los documentos del plan siempre regirán.

AVISOS REQUERIDOS

Medicare Parte D

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE

Aviso Importante de KE&G Construction, Inc.
Sobre su Cobertura de Medicamentos con Receta Médica y Medicare

			Cuando Medicare medical paga	
Identificación del grupo	Nombre del grupo	Nombre del Plan	Primero	Secundario
034914	KE&G CONSTRUCTION	HSA 3000	No Acreditable	Acreditable
034914	KE&G CONSTRUCTION	HSA 4000	No Acreditable	Acreditable
034914	KE&G CONSTRUCTION	PPO 3500	Acreditable	Acreditable

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 exempleado.

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

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 quizá se comuniquen directamente con usted.

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

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

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

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

Fecha: 10/01/2023
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

Aviso sobre inscripción especial HIPAA

Si declina la inscripción en KE&G Cponstruction 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 REVÍSELA 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)
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 1 de octubre de 2023.

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. Con excepción de lo dispuesto en este Aviso, no podemos divulgar su información de salud protegida sin su autorización previa.

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida

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

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

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

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

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

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

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

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 funerario según sea necesario para llevar a cabo sus obligaciones.

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

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

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

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

Divulgaciones necesarias

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

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

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

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

Otras divulgaciones

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

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

Cónyuges y otros 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; o
- ya es exacta y completa.

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

Derecho de ver el registro de las divulgaciones
Usted tiene el derecho de solicitar un “listado” o reporte de ciertas divulgaciones de su información personal de salud protegida. El listado no incluirá (1) divulgaciones para fines de tratamiento, pago o gestiones de atención médica; (2) divulgaciones hechas a usted; (3) divulgaciones hechas de conformidad con su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o

debido a una emergencia; (5) divulgaciones para fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones que de otra manera serían permisibles.

Para solicitar este listado o informe de divulgaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo no mayor de seis años (tres años para expedientes médicos electrónicos) o el periodo que 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 revoque o se lo notifiquemos de manera diferente. Para solicitar restricciones, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

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

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

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

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

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

Si usted 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 2023. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA-Medicaid	ALASKA-Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS-Medicaid	**CALIFORNIA-Medicaid**
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: Pago de la Prima del Seguro de Salud (HIPP) Programa http://dhcs.ca.gov/hipp Telesfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO-Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	**FLORIDA-Medicaid**
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan- más 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: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery. com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA-Medicaid	**INDIANA-Medicaid**

Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment- programa-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-Liability/Childrens-Health-Insurance-Program-Reauthorization-Act- 2009-Chipra Teléfono: (678) 564-1162, Presiona 2	Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Telefono: 1-800-457-4584
IOWA-Medicaid y CHIP (Hawki)	**KANSAS-Medicaid**
Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP; https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid- a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884
KENTUCKY-Medicaid	**LOUISIANA-Medicaid**
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https:// www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspxTeléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov	Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855- 618-5488 (LaHIPP)
MAINE-Medicaid	**MASSACHUSETTS-Medicaid y CHIP**
Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_U S 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: Relé Maine 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: (617) 886-8102
MINNESOTA-Medicaid	**MISSOURI-Medicaid**
Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and- familias/atención médica/programas de atención médica/programas-y- servicios/otros-seguros.jsp Teléfono: 1-800-657-3739	Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA-Medicaid	**NEBRASKA-Medicaid**
Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA-Medicaid	**NUEVO HAMPSHIRE-Medicaid**
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218
NUEVA JERSEY-Medicaid y CHIP	**NUEVA YORK-Medicaid**
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medic	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831

aid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	
CAROLINA DEL NORTE-Medicaid	**DAKOTA DEL NORTE-Medicaid**
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Telesfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA-Medicaid y CHIP	**OREGON-Medicaid**
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA-Medicaid y CHIP	**RHODE ISLAND-Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Programa.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-JIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Telisphono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)
CAROLINA DEL SUR-Medicaid	**DAKOTA DEL SUR-Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Telesteléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Telesfono: 1-888-828-0059
TEXAS-Medicaid	**UTAH-Medicaid y CHIP**
Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT-Medicaid	**VIRGINIA-Medicaid y CHIP**
Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) | Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427	: https://www.coverva.org/es/famis-select https://www.coverva.org/es/hipp Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON-Medicaid	**WEST VIRGINIA-Medicaid y CHIP**
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	o: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN-Medicaid y CHIP	**WYOMING-Medicaid**
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-ligibilidad/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de enero de 2023, 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

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

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

Estos beneficios se suministrarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos suministrados en virtud de este plan. Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con su administrador del plan en KEG Construction, Weslyn Bejarano 520-777-5875.

Newborns' And Mothers' Health Protection Act (NMHPA) Notice

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

Modelo de Aviso general de derechos de continuación de cobertura COBRA

Introducción

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

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

en virtud de la ley federal le recomendamos consultar la descripción resumida de su Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- El cese de empleo o la reducción de horas de empleo;
- Fallecimiento del empleado; o
- 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: Weslyn Bejarano a (520) 777-5875 o wbejarano@kegtus.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 exempleado fallece, adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas) se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta prórroga está disponible únicamente si el segundo evento calificado habría provocado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiesen la cobertura en virtud del Plan si el primer evento calificado no hubiese ocurrido.

¿Existen otras opciones a parte de la continuación de cobertura COBRA?
Sí. En vez de inscribirse en la continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, 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**.

¿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.

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

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

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

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

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

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

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

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 KE&G Construction, Weslyn Bejarano 520-777-5875.

Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, usted está protegido contra la facturación médica sorpresa (también llamada facturación de saldos). En estos casos, no le deben cobrar una cantidad que exceda los copagos, el coseguro y/o el deducible del plan.

¿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 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 gastos adicionales 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 para proporcionar servicios. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red que le facturen la diferencia entre lo que su plan paga 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 el deducible o límite anual de gastos del bolsillo de su plan.

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. Las facturas médicas del saldo podrían costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o del servicio.

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

Servicios de emergencia
Si tiene una situación médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o de una instalación fuera de la red, lo más que pueden facturarle es la cantidad de los costos compartidos dentro de la red de su plan (como los copagos, el coseguro y los deducibles). **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 pueden 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 cualesquier gastos adicionales 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 (también conocida como "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 dentro de la red.

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.

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.° 1210-0149
(caduca el 31-7-2023)

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 possible 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 9.5% 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 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:

  [X] 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:

  [X] 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.

[X] 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: **Marsh & McLennan Insurance Agency LLC**
www.lovitt-touche.com