

Paquete de Beneficios para Empleados
Plan Anual del 2024

Índice

Puntos Importantes que Debe Recordar	3
Beneficios Médicos	4
Cuenta de Ahorros para la Salud.....	10
Beneficios Dentales	12
Beneficios Oftalmológicos	13
Página de Resumen de Primas	14
Avisos y divulgaciones de inscripción anual de 2024	15



Este documento es un resumen de la cobertura proporcionada en función de los planes de beneficios de su empleador, según la información proporcionada por su empresa. No incluye todos los términos, la cobertura, las exclusiones, las limitaciones ni las condiciones contenidos en el Documento oficial del Plan, las pólizas y los contratos de seguro aplicables (en conjunto, los “documentos del plan”). Los documentos del plan en sí deben leerse para conocer esos detalles. El propósito de este documento es proporcionarle información general sobre los planes de beneficios de su empleador. No necesariamente aborda todos los problemas específicos que puedan aplicarse a usted. No pretende proporcionar asesoramiento legal ni debe interpretarse como tal. En la medida en que cualquier información contenida en este documento sea incompatible con los documentos del plan, las disposiciones establecidas en los documentos del plan regirán en todos los casos. Si desea revisar los documentos del plan o tiene preguntas sobre temas específicos o disposiciones del plan, debe comunicarse con su Departamento de Recursos Humanos/Beneficios.

Puntos Importantes que Debe Recordar

PERÍODO DE ESPERA PARA NUEVOS EMPLEADOS

Los nuevos empleados son elegibles para los beneficios del seguro de la empresa el primer día del mes después de 60 días de empleo continuo a tiempo completo.

FINALIZACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Cuando finalice su empleo con la empresa, los beneficios finalizarán el último día de ese mes.

EMPLEADOS ELEGIBLES

A fin de ser elegible para los beneficios de la empresa, usted debe ser un empleado de tiempo completo que trabaje un promedio de 30 horas por semana durante el año.

HIJOS DEPENDIENTES

Los hijos menores de 26 años son elegibles para recibir cobertura de los beneficios. Se les dará de baja del plan al final del mes en el que cumplan 26 años.

INSCRIPCIÓN ABIERTA

Usted puede realizar cambios en sus planes (inscribirse en la cobertura, renunciar a la cobertura, agregar/eliminar dependientes, etc.) durante este período cada año. La inscripción abierta se llevará a cabo anualmente antes del inicio del nuevo año del plan. Todos los cambios realizados durante este período entrarán en vigor en la fecha de renovación.

REALIZAR MODIFICACIONES AL PLAN DURANTE EL AÑO

Si, durante el año, se produce un evento importante en su vida (se casa, tiene un hijo, se divorcia, pierde la cobertura, pasa a ser elegible para Medicare, etc.), es posible que pueda hacer cambios en su plan aunque sea fuera del período de Inscripción Abierta. Entregue toda la documentación dentro de los 30 días posteriores al Evento Calificado para garantizar que se procese oportunamente y que se paguen todas las reclamaciones en las que se haya incurrido.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

Si agrega un bebé recién nacido a su plan, el número de seguro social del bebé no estará disponible de inmediato. Envíe la documentación sin el número de seguro social y proporciónelo una vez que esté disponible.

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro de salud o plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes.

COBRA

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: En caso de que finalice su empleo con la empresa, usted recibirá un paquete por correo que le brindará la oportunidad de continuar con sus beneficios Médicos, Dentales y Oftalmológicos por hasta 18 meses. Esto se denomina cobertura COBRA. Su empleador NO contribuye a esta cobertura como lo haría cuando usted trabaja con él. Usted será responsable del 102 % del costo real del seguro si desea continuar con este.

MANTÉNGASE DENTRO DE LA RED

Para obtener los mejores beneficios, es importante permanecer en la red de la aseguradora. Siempre verifique en línea o por teléfono que un médico u hospital estén dentro de la red ANTES de asistir a una consulta. Además, cuando se realice un procedimiento en un hospital o centro, pídale al personal del hospital que se asegure de que TODOS los médicos, enfermeros, radiólogos, anesthesiólogos, etc. estén en su red.

EXPLICACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Comúnmente se denomina “EOB”. La EOB es un documento extremadamente útil, ya que explica cómo la compañía de seguros procesó su reclamación. Muestra los cargos facturados por el proveedor, el descuento de red aplicado y cuál es la Tarifa Negociada como resultado. (Cargo del Proveedor - Descuento de la Red = Tarifa Negociada) También muestra si el servicio se aplicó a su deducible o se pagó como copago. No es una factura, sino simplemente una explicación de cómo la aseguradora pagó su reclamación.

MEDICARE PARTE D

Si usted tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, es importante comprender los derechos y las sanciones en relación con su cobertura de medicamentos recetados antes de elegir un plan de empleador. Consulte con el Departamento de Recursos Humanos para obtener más información.

¿NECESITA UNA NUEVA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN, SOLICITAR UN RESUMEN DETALLADO DEL PLAN O HACER PREGUNTAS SOBRE UNA RECLAMACIÓN?

Puede registrarse en el sitio web de la aseguradora, donde puede imprimir tarjetas de identificación temporales y solicitar tarjetas nuevas, o llamar a la aseguradora a los números que figuran en la guía. Para hacer preguntas sobre reclamaciones, tenga listas copias de sus EOB junto con una copia de sus facturas. El Resumen de Beneficios completo está disponible en línea o impreso, o digitalmente si se comunica con el Departamento de Recursos Humanos o Beneficios.

Beneficios Médicos



UMR, INC. | HSA DE \$4,000

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible		
Individual	\$4,000	\$13,500
Familiar	\$8,000	\$27,000
Coseguro		
Porcentaje como miembro	0%	20%
Gasto Máximo de Bolsillo		
Individual	\$4,000	\$13,500
Familiar	\$8,000	\$27,000
Servicios Utilizados Comúnmente		
Consulta Presencial de Atención Primaria	0% DD	20% DD
Consulta Presencial con un Especialista	0% DD	20% DD
Atención Urgente	0% DD	20% DD
Sala de Urgencias	0% DD	0% DD
Atención Preventiva		
Servicios Preventivos	Cobertura de un 100%	Not Covered
Gastos Médicos Importantess		
Cirugía Ambulatoria	0% DD	20% DD
Hospitalización / Cirugía para Pacientes Internados	0% DD	20% DD
Tomografías CT, PT, MRI	0% DD	20% DD
Cobertura de Medicamentos Recetados		
Deducible para Medicamentos Recetados	\$0	\$0
Farmacia Minorista	0% DD	No Cubierto
Entrega a Domicilio	0% DD	No Cubierto
Información del Plan		
Año del Plan	1/1/2024 – 12/31/2024	
Período de Deducible	1/1/2024 – 12/31/2024	
Sitio Web para Miembros	umr.com	
Número de Teléfono del Servicio de Atención al Cliente	800.826.9781	

Renuncia de Responsabilidad: esta es una lista parcial de sus beneficios cubiertos. Para obtener una lista completa y precisa de los beneficios, limitaciones y exclusiones cubiertos, consulte su certificado de cobertura.



Obtenga todas sus respuestas *de forma rápida y sencilla* en **umr.com**



Que umr.com sea su primera visita

Desea que la administración de su atención médica sea rápida y simple, ¿cierto? Listo. En umr.com, encontrará todo lo que desea saber y lo que debe hacer apenas inicie sesión.

Sin complicaciones. Sin esperas. Simplemente las respuestas que busca, en cualquier momento, ¡de día o de noche!

Inicie sesión ahora para realizar las siguientes acciones:

Vea en **My taskbar** (Mi barra de tareas) su lista de tareas pendientes de beneficios personalizados.

Consulte sus beneficios y el alcance de la cobertura.

Busque lo que debe y cuánto ha pagado.

Encuentre un doctor en su red.

Obtenga información sobre afecciones médicas y opciones de tratamiento.

Acceda a recursos de confianza y herramientas para ayudarlo a vivir de manera más saludable.

Primeros pasos

Si ya tiene una cuenta, vaya a **umr.com** y haga clic en el botón **Login/Register** (Iniciar sesión/Registrarse) en la esquina superior derecha. Si es la primera vez que nos visita, haga clic en el botón **Login/Register** (Iniciar sesión/Registrarse) en la esquina superior derecha para abrir una cuenta. Asegúrese de tener su tarjeta de identificación a mano y siga los pasos para comenzar.



¿QUIERE UN RECORRIDO RÁPIDO?
Utilice el lector de códigos QR de su teléfono inteligente para ver un video breve.

Nota: Las imágenes que se muestran reflejan las funciones disponibles en nuestro sitio de escritorio. Estas funciones pueden o no estar disponibles para todos los usuarios, dependiendo de sus beneficios individuales o de la empresa.

No necesita un doctorado para comprender sus beneficios

Facilitamos la búsqueda de las principales cosas que las personas quieren saber. Seleccione **Benefits & coverage** (Beneficios y cobertura) en myMenu para averiguar la siguiente información:

- ¿Qué servicios de atención médica están cubiertos?
- ¿Cuál es la diferencia de costo entre un servicio dentro y fuera de la red?
- ¿Cuál es su deducible? ¿Está cerca de alcanzarlo?
- ¿Se paga un copago en las consultas presenciales? Si es así, ¿de cuánto?

¿Su perro se comió su tarjeta de identificación?

No se preocupe. Es fácil obtener una de reemplazo en línea.

Simplemente haga clic en **ID card** (Tarjeta de identificación) en myMenu para ver una copia de su tarjeta. Con un par de clics más, puede recibir una nueva tarjeta por correo en su casa.

¿No puede esperar al correo? Imprima una copia temporal desde nuestro sitio de escritorio. O bien, utilice su teléfono inteligente para ver su tarjeta de identificación o envíe por fax una copia al consultorio de su médico.



Claim activity Download Print

Filter your results:

CLAIMS INFORMATION	SERVICE DATE	PROVIDER	BILLED AMOUNT	PLAN PAY	YOUR PAY
Patient: Karen Blank Claim #: 17050123456 Time claim details: View details Date: 11/01/17	11/01/17	Tracy Hospital	\$1,234.00	\$1,100.00	\$34.00
Status: Completed					
Patient: Cade Blank Claim #: 17050123456 Time claim details: View details Date: 11/01/17	11/01/17	Mark Gregory, D.O.	\$100.00	\$0.00	\$0.00
Status: Completed					
Patient: Elizabeth Blank Claim #: 17050123456 Time claim details: View details Date: 11/01/17	11/01/17	Mark Gregory, D.O.	\$200.00	\$0.00	\$0.00
Status: Denial - Account info requested from pt. Action needed Click here					
Patient: Cade Blank Claim #: 17050123456 Time claim details: View details Date: 11/01/17	11/01/17	Mark Gregory, D.O.	\$175.00	\$0.00	\$0.00
Status: Completed					
Patient: Cade Blank Claim #: 17050123456 Time claim details: View details Date: 11/01/17	11/01/17	Mark Gregory, D.O.	\$100.00	\$0.00	\$0.00
Status: Completed					

Datos ficticios

¿Tiene que hacer mucho papeleo? Con un solo clic podrá hacer un seguimiento de todas sus reclamaciones

Consulte a su conveniencia para saber si se procesó una reclamación y qué es posible que deba pagar. Para obtener más detalles sobre una reclamación específica, haga clic en **View claim details** (Ver detalles de la reclamación) o **View EOB** (Consultar EOB). Así conocerá el tipo de servicios prestados, el monto facturado y el monto pagado, si los hubiera, y si se debe tomar alguna medida antes de que se pueda procesar la reclamación.

Puede optar por recibir un correo electrónico seguro cada vez que tenga una nueva EOB. Si no está listo para dejar de usar por completo el papel, puede imprimir copias en nuestro centro de reclamaciones.

No se sorprenda por los costos imprevistos

- Conozca el precio que pagará con anticipación. Busque tratamientos o procedimientos en **Health cost estimator** (Estimador de costos de salud).
- Obtenga su descuento por servicio dentro de la red. Use **Find a provider** (Buscar un proveedor) para buscar médicos y centros cercanos a usted.

Aplicaciones, calculadoras, videos e información de salud útiles, todo en un solo lugar

Seleccione **Health center** (Centro de Salud) en myMenu y seleccione los atajos de título que le interesen.

- Información de salud en línea: actualizada y sin costo adicional.
- Nuestras selecciones principales para optar por una alimentación saludable y ejercicio.
- Herramientas, aplicaciones y calculadoras gratuitas.

© 2019 United HealthCare Services, Inc. UMR0106-2PG 0219 (FS0737) Ninguna parte de este documento puede reproducirse sin permiso.

Este contenido se proporciona solo con fines informativos y no debe considerarse asesoramiento médico. El médico y el paciente deben tomar todas las decisiones con respecto a la atención médica. Siempre consulte el documento del plan para conocer la cobertura específica de los beneficios o llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en el reverso de la tarjeta de identificación del plan de salud. UMR opera de acuerdo con los estándares de privacidad médica establecidos por las leyes federales y estatales vigentes. Las capturas de pantalla que se muestran tienen fines ilustrativos y utilizan únicamente datos ficticios.

Bienvenido a umr.com en cualquier lugar

Como miembro de UMR, usted puede acceder a la información de sus beneficios y reclamaciones en cualquier momento y en cualquier lugar utilizando su dispositivo móvil. No es necesario que descargue una aplicación. Simplemente inicie sesión en umr.com.

My Taskbar (Mi barra de tareas)

Vea las próximas tareas directamente desde la página de inicio.

Comparta su tarjeta de identificación con su proveedor

Ahora no es necesario que la lleve consigo, está al alcance de su mano.

Busque un proveedor

Encuentre un proveedor dentro de la red mientras esté “en cualquier lugar”.

Calcule los costos de atención médica

Vea lo que puede esperar pagar antes de recibir atención con la herramienta Health Cost Estimator (Calculadora de costos de salud).

Busque reclamaciones

Busque una reclamación para usted o un dependiente autorizado.

Consulte sus beneficios

Vea beneficios médicos y dentales. Además, vea quién está cubierto por su plan.

Acceda a los saldos de la cuenta

Busque los saldos de sus cuentas especiales, incluidas las HRA y las FSA.

¿Desea marcar umr.com como favorito en su dispositivo móvil?

iPhone: Mantenga presionado el ícono de libro abierto para agregar umr.com.

Android: Toque en el menú. A continuación, seleccione “Add Bookmark” (Agregar marcador).

Nota: Las imágenes que se muestran arriba reflejan las funciones disponibles en nuestro sitio para dispositivos móviles. Estas funciones pueden o no estar disponibles para todos los usuarios, dependiendo de sus beneficios individuales y los de la empresa. Si tiene problemas para acceder o iniciar sesión en nuestro sitio móvil, comuníquese con el número 800 que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener un servicio más rápido. Puede hacer clic en el enlace “Contact us” (Contáctenos) en la pantalla de inicio.

© 2019 United HealthCare Services, Inc. UM0948 0519 (FS0735)
Ninguna parte de este documento puede reproducirse sin permiso.



Una Empresa de UnitedHealthcare

Cuenta de Ahorros para la Salud

¿QUÉ ES UNA CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD?

Una cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés) es una cuenta de ahorro individual con ventajas fiscales que se puede utilizar a fin de pagar gastos médicos calificados para el propietario y sus dependientes. Una HSA, que debe combinarse con un Plan de Salud con Deducible Alto calificado, le permite a usted a sus empleados hacer contribuciones antes de impuestos a una cuenta con garantía federal que se puede utilizar para pagar gastos médicos calificados.

Al seleccionar un plan calificado para una HSA, usted es elegible para contribuir dinero libre de impuestos a una HSA hasta la cantidad que se indica en el gráfico a continuación. Puede utilizar los fondos de su HSA sin impuestos para pagar gastos médicos calificados. Además, BZI igualará sus contribuciones anuales a la Cuenta de Ahorros para la Salud como se muestra en el siguiente gráfico.

CONTRIBUCIONES DEL 2024	LÍMITE MÁXIMO DE CONTRIBUCIÓN DEL IRS (SERVICIO DE IMPUESTOS NTERNOS)	MÁXIMO ANUAL DEL EMPLEADO	MÁXIMO ANUAL DE EQUIPARACIÓN DEL EMPLEADOR
Single	\$4,150	\$2,075	\$2,075
Two Party	\$8,300	\$4,150	\$4,150
Family	\$8,300	\$4,150	\$4,150



¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA LA CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD?

- » Las personas que están cubiertas por un Plan de Salud con Deducible Alto Calificado.
- » Las personas que no están cubiertas por otro plan médico.
- » No inscrito en los beneficios de Medicare A o Medicare B; y No elegible para ser reclamado en la declaración de impuestos de otra persona.

¿CUÁLES SON LAS VENTAJAS DE UNA CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD?

- » Los fondos de la HSA pertenecen al empleado. Cualquier dinero depositado en una HSA es de su propiedad, incluidas las contribuciones hechas por un empleador.
- » Las HSA tienen un triple beneficio tributario.
 1. Cuando contribuye a una HSA, sus contribuciones reducen sus ingresos imponibles, lo que significa que paga menos en impuestos.
 2. Cualquier dinero que deposite en una HSA genera intereses libres de impuestos.
 3. Usted nunca paga impuestos por los retiros que se utilizan para pagar gastos médicos calificados..
- » Las HSA son excelentes para los ahorros de jubilación. Después de los 65 años de edad, los empleados pueden gastar dinero de la HSA en artículos que no son para propósito médico sin pagar una multa. Los retiros no médicos después de los 65 años de edad se gravan como ingresos, al igual que los retiros de un plan 401(K) o IRA.
- » Utilice su HSA para Gastos Calificados: acupuntura, suministros médicos, control de natalidad, exámenes físicos, quiropráctica, recetas, lentes de contacto, ortodoncia, tratamiento dental, radiología, anteojos recetados, programas para dejar de fumar, tratamientos de fertilidad, cirugía (no cosmética), dispositivos para la audición, terapia, trabajo de laboratorio.

Visite: irs.gov/publications/p502 a fin de obtener una lista completa de los Gastos Cubiertos / No Cubiertos y para revisar la definición completa de cada uno.

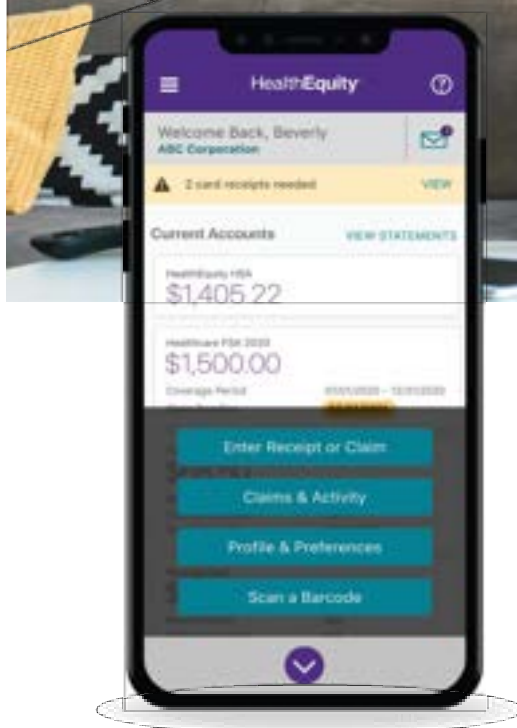
Su HSA es su dinero y usted determina cómo se gasta en atención médica. Lo que no gaste en un año determinado se transfiere al siguiente año. Si cambia de trabajo o se jubila, el dinero se va con usted.

Este es solo un breve resumen de beneficios. Consulte los Documentos del Plan proporcionados por la aseguradora para obtener información sobre la cobertura, las limitaciones y las exclusiones. Si hay una diferencia entre esta guía y los Documentos del Plan, prevalecerán los Documentos del Plan.

HealthEquity

FSA y HRA

Aplicación Móvil EZ Receipts



Descargar ahora



¿Preguntas? Estamos ahí para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
866.346.5800 | my.HealthEquity.com

HealthEquity no brinda asesoramiento legal, fiscal ni financiero. Siempre consulte con un profesional cuando tome decisiones que puedan cambiar su vida.
Copyright © 2022 HealthEquity, Inc. Todos los derechos reservados. EZ_Receipts_Flyer_Oct_2022

Beneficios Dentales

UNITEDHEALTHCARE

	PPO DENTRO DE LA RED	PPO FUERA DE LA RED
Deducible Anual (Individual / Familiar)	\$50 / \$150	\$50 / \$150
Beneficio Máximo Anual	\$1,500	\$1,500
Servicios Dentales Preventivos (limpiezas, exámenes, radiografías)	100%	100%
Servicios Dentales Básicos (empastes, tratamiento de conducto, cirugía oral)	80%	80%
Servicios Dentales Mayores (extracciones, coronas, incrustaciones, recubrimientos, puentes, dentaduras postizas, reparaciones)	50%	50%
Servicios de Ortodoncia	50%	50%
Hijos dependientes menores de 19 años		



Beneficios Oftalmológicos

UNITEDHEALTHCARE

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
	UnitedHealthcare Insurance Company	(cualquier proveedor calificado fuera de la red que usted elija)
Examen Ocular: una vez cada 12 meses	100%	Hasta \$40
Lentes: una vez cada 12 meses		
Lentes de policarbonato para hijos (una vez cada 24 meses)	100%	N/A
Lentes Monofocales	100%	Hasta \$40
Lentes Bifocales con Línea	100%	Hasta \$60
Lentes Trifocales con Línea	100%	Hasta \$80
Marcos: una vez cada 24 meses	Hasta \$130	Hasta \$45
Lentes de Contacto: una vez cada 12 meses si elige lentes de contacto en lugar de anteojos / marcos	100%	Hasta \$120



Premium Summary Page

MEDICAL				
Tier	Monthly Premium	Employer Contribution	Employee Monthly Rate	Employee Cost Per Pay Check
Employee Only	\$397.38	\$317.90	\$79.48	\$18.34
Employee + Spouse	\$834.49	\$542.42	\$292.07	\$67.40
Employee + Child(ren)	\$715.28	\$464.93	\$250.35	\$57.77
Family	\$1,231.87	\$800.71	\$431.15	\$99.50

DENTAL				
Tier	Monthly Premium	Employer Contribution	Employee Monthly Rate	Employee Cost Per Pay Check
Employee Only	\$24.68	\$19.00	\$5.68	\$1.31
Employee + Spouse	\$55.00	\$21.00	\$34.00	\$7.85
Employee + Child(ren)	\$70.44	\$21.00	\$49.44	\$11.41
Family	\$106.35	\$21.00	\$85.35	\$19.70

VISION				
Tier	Monthly Premium	Employer Contribution	Employee Monthly Rate	Employee Cost Per Pay Check
Employee Only	\$5.83	\$0.00	\$5.83	\$1.35
Employee + Spouse	\$11.65	\$0.00	\$11.65	\$2.69
Employee + Child(ren)	\$12.46	\$0.00	\$12.46	\$2.88
Family	\$19.91	\$0.00	\$19.91	\$4.59



Participe en una de las formas más fáciles de ahorrar para su futuro

- Su empleador hace contribuciones paralelas a las contribuciones que usted haga, lo cual le permite ahorrar aún más para su jubilación.**
- Ahorre hasta \$23,000 en 2024, más un \$7,500 adicional si es mayor de 50 años.
- Una opción Roth le permite hacer contribuciones después de impuestos que pueden aumentar libres de impuestos.*

**Consulte la sección Contribuciones de la SPD de su Plan o el documento del Plan para obtener información adicional sobre su elegibilidad para recibir contribuciones equivalentes u otras contribuciones del empleador.

Building Zone Industries LLC



Empezar a ahorrar es fácil

Inicie sesión en su cuenta en:
empowermyretirement.com

- 1 Vaya al sitio web de su plan y seleccione *Regístrese*.
- 2 Seleccione la pestaña *No tengo PIN*.
- 3 Siga las indicaciones para crear su nombre de usuario y contraseña.
 - *Inscripción rápida*: para que fijen su tasa de contribución y sus fondos de inversión.
 - *Inscripción personalizada*: para seleccionar su tasa de contribución, tipo y fondos.



► Obtenga más detalles sobre su plan en
join.empower.com/t/eK9rZ. Llame 800-338-4015
si tiene preguntas o necesita ayuda.



EMPOWER
P.O. BOX 173764
DENVER, CO 80217-3764

*Siempre al menos las contribuciones Roth deben estar en su cuenta durante al menos cinco años y el dinero debe estar disponible después de los 59 años y medio de edad, muerte o discapacidad.

Los valores financieros, cuando se presentan, son ofrecidos o distribuidos por Empower Financial Services, Inc., miembro de la Autoridad Reguladora de la Industria Financiera (Financial Industry Regulatory Authority, FINRA)/Corporación de Protección de Inversores de Valores (Securities Investor Protection Corporation, SIPC). EPI es una filial de Empower Retirement, LLC. Empower Funds, Inc. y sus filiales de inversiones registradas. Empower Advisory Group, LLC. Este material es solo para fines informativos y no pretende proporcionar recomendaciones ni consejos de inversión, seguros o fiscales.

*EMPPOWER, todos los logotipos y los nombres de productos son marcas comerciales de Empower Annuity Insurance Company of America.

Invertir implica riesgos, incluida la posible pérdida de capital.

©2024 Empower Annuity Insurance Company of America. Todos los derechos reservados.

PLAN-401-K-1186/ES-807-80/2024 702-017

Avisos y divulgaciones de inscripción anual de 2024

DIVULGACIÓN DE PROTECCIONES DEL PACIENTE

El plan HSA de UMR de \$4,000 generalmente permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia.

En el caso de los hijos, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria. No necesita autorización previa de UMR ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para poder obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica brindada por un profesional de atención médica perteneciente a nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, incluidos la obtención de una autorización previa para ciertos servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento aprobado previamente o procedimientos para hacer recomendaciones. Para obtener una lista de profesionales de atención médica participantes que se especialicen en obstetricia o ginecología, comuníquese telefónicamente con UMR al **800.826.9781**.

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER

Si ha tenido o va a someterse a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios según la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 ("Ley WHCRA"). En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con mastectomías, la cobertura se brindará de la manera determinada durante la consulta entre el médico tratante y el paciente, para lo siguiente:

- » todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- » cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
- » prótesis, y
- » tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se brindarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros que se aplican a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por el plan.

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la Ley WHCRA, llame al Administrador de su Plan al **800.826.9781**.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO Y DE LA MADRE

restringir los beneficios por la duración de la hospitalización relacionada con el parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor tratante de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y las entidades emisoras no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para recetar una hospitalización con una duración que no supere las 48 horas (o 96 horas).



ASISTENCIA CON LAS PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA MENORES (CHIP)

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

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

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

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **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 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid http://myalhipp.com 855.692.5447	INDIANA – Medicaid Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 http://www.in.gov/fssa/hip/ 877.438.4479 Todos los demás Medicaid https://www.in.gov/medicaid/ 800.457.4584
ALASKA – Medicaid El Program de Pago de Alaska primas del seguro médico http://myakhipp.com/ 866.251.4861 CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki) Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members 800.338.8366 Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki 800.257.8563 HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp 888.346.9562
ARKANSAS – Medicaid http://myarhipp.com 855.MyARHIPP (855.692.7447)	KANSAS – Medicaid https://www.kancare.ks.gov/ 800.792.4884 Teléfono de HIPP: 800.967.4660
CALIFORNIA – Medicaid Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program http://dhcs.ca.gov/hipp 916.445.8322 Fax: 916.440.5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov	KENTUCKY – Medicaid Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx 855.459.6328 KIHIPPPROGRAM@ky.gov KCHIP: https://kynect.ky.gov 877.524.4718 Medicaid: https://chfs.ky.gov/agencies/dms
COLORADO – Medicaid y CHIP Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) https://www.healthfirstcolorado.com/es/ Centro de contacto para los miembros 800.221.3943 (para personas con incapacidad del habla/oído): 711 CHP+ https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 800.359.1991/ retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés) https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 855.692.6442	LOUISIANA – Medicaid www.medicicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp 888.342.6207 (línea directa de Medicaid) o 855.618.5488 (LaHIPP)
FLORIDA – Medicaid https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html 877.357.3268	MAINE – Medicaid Sitio web por inscripción https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US 800.442.6003 TTY: Maine relay 711 Página Web para ayuda financiera para el pago de primas de su seguro de salud privado. https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms 800.977.6740 TTY: Maine relay 711
GEORGIA – Medicaid Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678.564.1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678.564.1162, Presiona 2	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP https://www.mass.gov/masshealth/pa 800.862.4840 TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com
	MINNESOTA – Medicaid https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp 800.657.3739
	MISSOURI – Medicaid http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm 573.751.2005
	MONTANA – Medicaid http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP 800.694.3084 Por correo electrónico: HHSHIPPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid
http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 855.632.7633 Lincoln: 402.473.7000 Omaha: 402.595.1178
NEVADA – Medicaid
http://dhcfp.nv.gov 800.992.0900
NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program 603.271.5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 800.852.3345, ext 5218
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP
Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid 609.631.2392 CHIP: http://www.njfamiliacare.org/index.html 800.701.0710
NUEVA YORK – Medicaid
https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ 800.541.2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid
https://dma.ncdhhs.gov/ 919.855.4100
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
https://www.hhs.nd.gov/healthcare 844.854.4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
http://www.insureoklahoma.org 888.365.3742
OREGON – Medicaid y CHIP
http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx 800.699.9075
PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP
https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx 800.692.7462 Sitio web de CHIP: https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx Teléfono de CHIP: 800.986.KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
http://www.eohhs.ri.gov 855.697.4347 o 401.462.0311 (Direct Rlte Share Line)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid
http://www.scdhhs.gov 888.549.0820
DAKOTA DEL SUR – Medicaid
http://dss.sd.gov 888.828.0059
TEXAS – Medicaid
http://pontehiptexas.com 800.440.0493
UTAH – Medicaid y CHIP
Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language CHIP: http://health.utah.gov/chip/espanol.htm 877.543.7669
VERMONT – Medicaid
Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access 800.250.8427
VIRGINIA – Medicaid y CHIP
https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid y CHIP: 800.432.5924
WASHINGTON – Medicaid
http://www.hca.wa.gov 800.562.3022, ext. 15473
WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
https://dhhr.wv.gov/bms/ o http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304.558.1700 Teléfono gratuito: 855.MyWVHIPP (855.699.8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP
https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm 800.362.3002
WYOMING – Medicaid
https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ 800.251.1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de enero de 2024, 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
866.444.EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
877.267.2323, opción de menú , Ext. 61565

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

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

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

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

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE

AVISO IMPORTANTE DE BZI SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

Lea este aviso minuciosamente y manténgalo en un lugar que recuerde. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con BZI y sobre sus opciones de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en la posibilidad de inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones acerca de su cobertura de medicamentos de venta con receta.

Hay dos cosas importantes que usted debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare se creó en el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se une a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o si se une a un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. BZI determinó que se espera que, en general, para todos los participantes del plan, la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan médico pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura existente es una Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una sanción) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿CUÁNDO PUEDE INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de Octubre hasta el 7 de Diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos recetados, sin que sea culpa suya, también podrá ser elegible para un SEP (del inglés Special Enrollment Period, Período especial de inscripción) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿QUÉ OCURRE CON SU COBERTURA ACTUAL SI DECIDE INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual con BZI puede verse afectada.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y renunciar a su cobertura actual con BZI, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura..

¿CUÁNDO PAGARÁ UNA PRIMA MÁS ALTA (SANCIÓN) PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

También debe saber que si usted deja o pierde su cobertura actual con BZI y no se une a un plan de medicamentos de Medicare en el plazo de los 63 días continuos siguientes a la terminación de su cobertura, puede pagar una prima más alta (sanción) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente.

Una vez transcurrido el período de 63 días continuos sin cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta, su prima mensual puede aumentar por lo menos un 1 % de la prima básica mensual del beneficiario de Medicare por cada mes que no tenga esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa 19 meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser, de manera uniforme, al menos un 19 % más alta que la prima del beneficiario base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (sanción) siempre que tenga cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para unirse.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE ESTE AVISO O SU COBERTURA ACTUAL DE MEDICAMENTOS RECETADOS:

Comuníquese con la persona indicada a continuación para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare o si esta cobertura de BZI cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS OPCIONES DE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA DE MEDICARE:

En el manual “Medicare y usted” encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos de venta con receta. Cada año recibirá una copia del manual por correo de parte de Medicare. También es posible que agentes de los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA DE MEDICARE:

» Visite www.medicare.gov

» Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (vea la contraportada interna de su copia del manual “Medicare y Usted” para obtener el número de teléfono) con el fin de acceder a ayuda personalizada.

» Llame al **800.MEDICARE (800.633.4227)**. Si es usuario de TTY, llame al **877.486.2048**.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información acerca de esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llame al 800.772.1213 (TTY 800.325.0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le exija que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no cobertura acreditable y, por lo tanto, si se requiere pagar una prima más alta (una sanción) o no.

Fecha: 1/1/2024

Nombre de la Entidad/ Remitente: BZI

Contacto: Lori Ann Barnson, Administradora de Programs de RRHH

Dirección: HC 65 Box 340 1233 S Old Hwy 91
Kanarraville, UT 84742

Número de teléfono: 435.592.6475



DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE LA HIPAA

AVISO DE SUS DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE LA HIPAA

En nuestros registros, se indica que usted es elegible para participar en todos los planes (a fin de realmente participar, debe completar un formulario de inscripción y es posible que deba pagar parte de la prima a través de la deducción de nómina).

Una ley federal llamada HIPAA exige que le notifiquemos acerca de una disposición importante en el plan: su derecho a inscribirse en el plan en virtud de su “disposición de inscripción especial” si tuviera un nuevo dependiente o si rechaza la cobertura de este plan para usted o un dependiente apto mientras la otra cobertura está en vigor y, luego, pierde esa otra cobertura por ciertas razones admisibles.

Pérdida de Otra Cobertura (Excepto Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños). Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal está vigente, usted puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la otra cobertura suya o de sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que su cobertura o la de sus dependientes termine (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Pérdida de Cobertura de Medicaid o un Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños. Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal de seguro de salud para niños esté vigente, existe la posibilidad de que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes en virtud de Medicaid o un programa estatal de seguro de salud para niños.

Nuevo Dependiente por Matrimonio, Nacimiento, Adopción o Acuerdo de Adopción. Si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o un acuerdo de adopción, puede inscribirse e inscribir a sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, el nacimiento, la adopción o el acuerdo de adopción.

Elegibilidad para Asistencia de Primas de Medicaid o un Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños. Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) son elegibles para recibir un subsidio estatal de asistencia para pagar las primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro de salud para niños con respecto a la cobertura de este plan, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para dicha asistencia.

ADVERTENCIA IMPORTANTE

Si rechaza la inscripción para sí mismo o un dependiente elegible, debe completar nuestro formulario para rechazar la cobertura. En el formulario, debe indicar que la cobertura de otro plan de salud grupal u otra cobertura de seguro de salud (incluidos Medicaid o un programa estatal de seguro de salud para niños) es el motivo por el que rechaza la inscripción y debe identificar dicha cobertura. Si no completa el formulario, usted y sus dependientes no podrán acceder a los derechos especiales de inscripción tras la pérdida de otra cobertura como se describió anteriormente, pero usted seguirá teniendo derechos especiales de inscripción cuando tenga un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o acuerdo de adopción, o si obtiene la elegibilidad para un subsidio estatal de asistencia para pagar las primas de parte de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro de salud para niños en relación con la cobertura de este plan, como se describió anteriormente. Si no obtiene derechos especiales de inscripción por la pérdida de otra cobertura, no puede inscribirse ni inscribir a sus dependientes en el plan en ningún momento que no sea el período anual de inscripción abierta del plan, a menos que se apliquen derechos especiales de inscripción debido a un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción, o acuerdo de adopción, o en virtud de obtener la elegibilidad para un subsidio estatal de asistencia para las primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños en relación con la cobertura de este plan.



Esta guía de beneficios fue preparada por



Gallagher

Insurance | Risk Management | Consulting