



Paquete de beneficios para empleados  
Año del plan 2026

## Índice

Aspectos importantes a recordar .....	3
Beneficios médicos.....	4
Cuenta de ahorros para la salud .....	10
Beneficio dental .....	12
Beneficio de visión.....	12
Resumen de la cuota .....	14
401(k)...	15
Notificaciones y divulgaciones de inscripción anual 2026.....	16



**Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de Medicamentos Recetados. Consultelas páginas 20-21, donde se encuentra el Aviso de cobertura acreditable, para obtener más detalles.**

Este documento es un resumen de la cobertura proporcionada por los planes de beneficio de su empleador, basado en la información facilitada por su empresa. No incluye todos los términos, coberturas, exclusiones, limitaciones y afecciones que figuran en el documento oficial del plan, las pólizas y contratos de seguro aplicables (en conjunto, los «documentos del plan»). Para conocer esos detalles, es necesario leer los propios documentos del plan. La finalidad de este documento es proporcionarle información general sobre los planes de beneficio de su empleador. No aborda necesariamente todas las cuestiones específicas que pueden serle aplicables. No debe interpretarse como asesoramiento jurídico, ni pretende proporcionarlo. En la medida en que cualquier información contenida en este documento sea incompatible con los documentos del plan, prevalecerán en todos los casos las disposiciones establecidas en los documentos del plan. Si desea revisar los documentos del plan o tiene preguntas respecto a cuestiones específicas o disposiciones del plan, debe ponerse en contacto con su departamento de Recursos Humanos/Beneficio.

## Puntos importantes que debe recordar

### PERÍODO DE ESPERA PARA LOS NUEVOS EMPLEADOS

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

### FINALIZACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Cuando finalice su relación laboral con la empresa, sus beneficios se interrumpirán el último día de ese mes.

### EMPLEADOS ELIGIBLE

Para ser elegible para los beneficios de la empresa, debe ser un empleado a tiempo completo que trabaje una media de 30 horas semanales durante el año.

### HIJOS A CARGO

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

### ¿QUIÉN ES UN DEPENDIENTE?

Un dependiente es una persona elegible para ser añadida a la cobertura del seguro médico del titular de la póliza. Es posible que se le solicite presentar documentación acreditativa.

Un dependiente puede ser:

- Cónyuge
- Pareja de hecho (debe presentar certificación)
- Hijos biológicos, adoptados, hijos de parejas de hecho e hijastros.
- Otros dependientes en circunstancias especiales;
  - Nietos, hijos en acogida, hermanos de los que sea tutor legal (debe presentar documentación firmada por un juez)
  - Hijos adultos (mayores de 26 años) con incapacidad

### Inscripción Abierta

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

### REALIZAR CAMBIOS EN EL PLAN DURANTE EL AÑO

Si durante el año se produce un evento de vida importante (casarse, tener un hijo, divorciarse, perder la cobertura, pasar a ser elegible para Medicare, etc.), es posible que pueda realizar cambios en su plan aunque sea fuera del periodo de inscripción abierta. Entregue toda la documentación en un plazo de 30 días a partir del evento elegible, para garantizar que se procese a tiempo y se realice el pago de las reclamaciones correspondientes. NOTA: Si añade a un recién nacido a su plan, el número de la seguridad social del bebé no estará disponible de inmediato. Envíe la documentación sin él y facilítelo cuando esté disponible.

### AVISO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que tiene otro seguro médico o cobertura de un plan de salud colectivo, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la condición de elegible para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después de que finalice la otra cobertura suya o de sus dependientes.

### COBRA

**TENGA EN CUENTA:** En el evento de que su empleo en la empresa finalice, recibirá un paquete por correo que le dará la oportunidad de continuar con sus beneficios médicos, de cobertura dental y de visión durante un máximo de 18 meses. Esto se denomina cobertura COBRA. Su empleador NO aporta a esta cobertura como lo haría si estuviera empleado en la empresa. Usted será responsable del 102 % del costo real del seguro si desea continuar con él.

### PERMANEZCA EN LA RED

Para obtener los mejores beneficios, es importante permanecer dentro de la red de la aseguradora. Compruebe siempre en línea o por teléfono que el médico o el hospital estén dentro de la red ANTES de su visita. Además, cuando se someta a un procedimiento en un hospital o centro médico, pida al personal del hospital que se asegure de que TODOS los médicos, enfermeros, radiólogos, anestesistas, etc. estén dentro de su red.

### EXPLICACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Comúnmente conocido como «EOB». El EOB es un documento extremadamente útil, ya que explica cómo la aseguradora procesó su reclamo. Muestra los cargos facturados por el proveedor, el descuento de la red aplicado y cuál es la tarifa negociada resultante. (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 reclamo.

### MEDICARE PARTE D

Si tiene Medicare o va a ser elegible para Medicare en los próximos 12 meses, es importante que comprenda sus derechos y penalizaciones en relación con la cobertura de Medicamentos Recetados antes de elegir un plan de su empleador. Para obtener más información, consulte con Recursos Humanos.

### ¿NECESITA UNA NUEVA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN, SOLICITAR UN RESUMEN DETALLADO DEL PLAN O TIENE PREGUNTAS SOBRE UN RECLAMO?

Puede registrarse en el sitio web de la aseguradora, donde podrá imprimir tarjetas de identificación temporales y solicitar tarjetas nuevas, o llamar a la aseguradora a los números que figuran en la guía. Tenga a mano copias de su EOBS junto con una copia de sus facturas para responder a preguntas sobre reclamos. El resumen completo de beneficios está disponible en línea o en formato impreso/digital poniéndose en contacto con su departamento de RR. HH./beneficios.



## Página de resumen de cuotas

MÉDICO				
Nivel	Cuota mensual	Aportedel empleador	Tarifamensual del empleado	Costo para el empleado por nómina
Solo empleado	\$452.24	\$361.79	\$90.45	\$20.87
Empleado + Cónyuge	\$949.70	\$617.31	\$332.40	\$76.71
Empleado + Hijo(s)	\$814.03	\$529.12	\$284.91	\$65.75
Familiar	\$1,401.94	\$911.26	\$490.68	\$113.23

DENTAL				
Nivel	Cuota mensual	Aportedel empleador	Tarifamensual del empleado	Costo para el empleado por nómina
Solo empleado	\$31.21	\$19.00	\$13.21	\$3.05
Empleado + cónyuge	\$71.78	\$21.00	\$50.78	\$11.72
Empleado + Hijo(s)	\$91.93	\$21.00	\$70.93	\$16.37
Familiar	\$138.80	\$21.00	\$117.80	\$27.18

VISIÓN				
Nivel	Cuota mensual	Aportedel empleador	Tarifamensual del empleado	Costo para el empleado por nómina
Solo empleado	\$5.83	\$0.00	\$5.83	\$1.35
Empleado + cónyuge	\$11.65	\$0.00	\$11.65	\$2.69
Empleado + Hijo(s)	\$12.46	\$0.00	\$12.46	\$2.88
Familiar	\$19.91	\$0.00	\$19.91	\$4.59



## Beneficios médicos



UMR, INC. | \$4,000 HSA

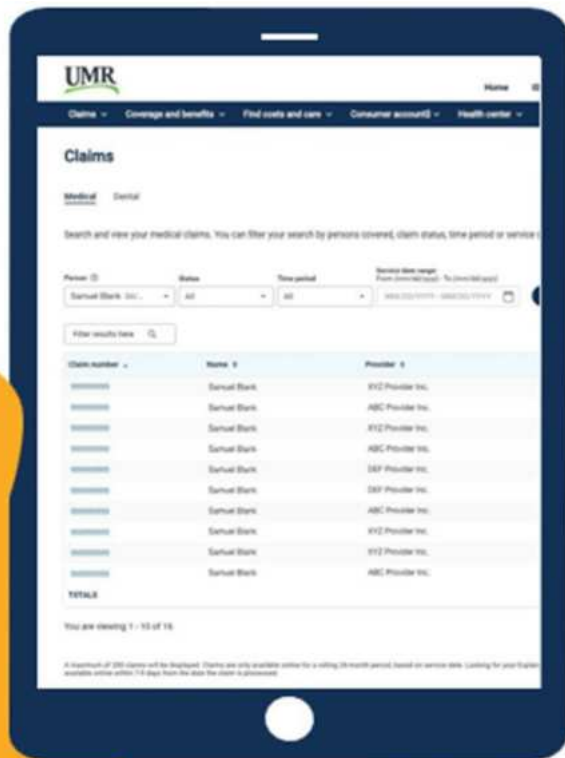
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Deducible</b>		
Individual	\$4,000	\$13,500
Familiar	\$8,000	\$27,000
<b>Coseguro</b>		
Porcentaje del miembro	0%	20%
<b>Máximo de Gastos de Bolsillo</b>		
Individual	\$4,000	\$13,500
familiar	\$8,000	\$27,000
<b>Servicios de uso común</b>		
Consulta presencial con el Doctor de cabecera	0% AD	20% AD
Consulta Presencial al especialista	0% AD	20% AD
Sala de Urgencias	0% AD	20% AD
Sala de Emergencias	0% AD	0% AD
<b>Asistencia médica preventiva</b>		
Servicios preventivos	Cubiertos al 100 %	No cubierto
<b>Gastos médicos importantes</b>		
Cirugía ambulatoria	0 % AD	20 % AD
Hospitalización/cirugía con ingreso hospitalario	0 % AD	20 % AD
Tomografía computarizada, tomografía por emisión positrónica, resonancia magnética	0 % AD	20 % AD
<b>Cobertura de Medicamentos Recetados</b>		
Deducible de medicamentos recetados	0	0
Farmacia minorista	0 % AD	No cubierto
Entrega a domicilio	0 % AD	No cubierto
<b>Información del plan</b>		
Año del plan	1 de enero de 2026 - 31 de diciembre de 2026	
Período deducible	1 de enero de 2026 - 31 de diciembre de 2026	
Sitio web para miembros	<a href="http://umr.com">umr.com</a>	
Número de teléfono de atención al cliente	800.826.9781	

Descargo de responsabilidad: Esta es una lista parcial de sus beneficios cubiertos. Para obtener una lista completa y precisa de los beneficios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones, consulte su certificado de cobertura.



# Obtenga todas las respuestas rápida y fácilmente en umr.com

Haga de umr.com su primera parada



(Fictionalized data)

## No necesita un Doctorado para entender sus beneficios

Hemos facilitado la búsqueda de la información más importante que la gente quiere saber. Seleccione **Cobertura y beneficios** en el menú secundario azul para averiguar:

- ¿Qué servicios de asistencia médica están cubiertos?
- ¿Cuál es la diferencia de costo entre un servicio dentro de la red y uno fuera de la red?
- ¿Cuál es su deducible y está cerca de alcanzarlo?
- ¿Hay que pagar un copago por la visita al médico? En caso afirmativo, ¿cuánto?

## ¿Está abrumado por el papeleo?

### Con un solo clic puede realizar un seguimiento de todas sus reclamaciones

Con la opción del menú **Reclamaciones**, compruebe cuando le resulte conveniente si se ha tramitado una reclamación

y lo que usted podría deber. Para obtener más detalles sobre un reclamo específico, seleccione el **número de reclamo** o el enlace **EOB**

en la misma fila que el reclamo. Esto le indicará el tipo de servicios prestados, el monto facturado y el monto del pago, si lo hubiera, y si hay que realizar alguna acción antes de que se pueda tramitar el reclamo.

Puede optar por recibir un correo electrónico seguro cada vez que tenga un nuevo EOB. Si no está listo para dejar de usar el papel por completo, puede imprimir copias desde el panel de control de reclamaciones.

## No se sorprenda por los costos inesperados

En la opción del menú **«Buscar costos y asistencia médica»**, puede encontrar médicos de la red cerca de usted y hacerse una idea más clara de lo que pagará con la herramienta de estimación de costos de salud.

## Cuenta de ahorros para gastos médicos

### ¿QUÉ ES UNA CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)?

Una cuenta de ahorros para la salud es una cuenta de ahorros con ventajas fiscales propiedad de una persona física que puede utilizarse para pagar gastos médicos cualificados del titular y sus dependientes. Una HSA, que debe combinarse con un plan de salud con deducible alto cualificado, le permite a usted y a sus empleados realizar aportes antes de impuestos a una cuenta asegurada por el gobierno federal que puede utilizarse para pagar gastos médicos cualificados.

Al seleccionar un plan que cumple los requisitos para una HSA, usted es elegible a hacer un aporte libre de impuestos hasta el monto que se indica en el gráfico siguiente a una HSA. Los fondos de su HSA se pueden utilizar libres de impuestos para pagar gastos médicos que cumplan los requisitos. Además, BZI igualará sus aportes anuales a la cuenta de ahorros para la salud, tal y como se muestra en el gráfico siguiente.

APORTES 2026	LÍMITE MÁXIMO DEL IRS	MÁXIMO ANUAL DEL EMPLEADO	MÁXIMO ANUAL DEL EMPLEADOR
Individual	\$4,400	\$2,200	\$2,200
Dos personas	\$8,750	\$4,375	\$4,375
familiar	\$8,750	\$4,375	\$4,375

### ¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA UNA CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD?

» Estar cubierto por un plan de salud con deducible alto calificado (QHDHP).

» No estar cubierto por otro plan médico;

No estar inscrito en los beneficios de Medicare A o Medicare B; y No ser 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. Todo el dinero depositado en una cuenta HSA, incluidos los aportes realizados por el empleador, es de su propiedad.

Las cuentas HSA tienen un triple beneficio fiscal.

1. Cuando usted hace un aporte a una HSA, sus aportes reducen sus ingresos imposables, lo que significa que paga menos impuestos.
2. Todo el dinero que deposita en una HSA devenga intereses libres de impuestos.
3. Nunca pagará impuestos por los retiros que se utilicen para pagar gastos médicos calificados.

Las cuentas HSA son excelentes para ahorrar para la jubilación. Después de los 65 años, los empleados pueden gastar el dinero de la cuenta HSA en artículos no médicos sin pagar una penalización. Los retiros no médicos después de los 65 años se gravan como ingresos, al igual que los retiros de una cuenta 401(K) o IRA.

Utilice su HSA para gastos cualificados: acupuntura, suministros médicos, anticonceptivos, exámenes físicos, quiropráctica, recetas médicas, lentes de contacto, ortodoncia, tratamientos dentales, radiología, anteojos, programas para dejar de fumar, mejora de la fertilidad, cirugía (no estética), audífonos, terapia y análisis de laboratorio.

Visite: [irs.gov/publications/p502](https://irs.gov/publications/p502) para obtener una lista completa de los gastos cubiertos y no cubiertos y para revisar la definición completa de cada uno.

Tu HSA es tu dinero y tú decides cómo gastarlo en atención médica. Lo que no gastes en un año determinado se transfiere al año siguiente. Si cambias de trabajo o te jubilas, el dinero te acompaña.



Scan to download the  
HealthEquity mobile app.



You can set up your  
account directly in  
the app—no need to  
register online.

Inicie sesión en su cuenta  
en [HealthEquity.com](https://HealthEquity.com)

## Beneficios dentales

### UNITEDHEALTHCARE

	PPO DENTAL	PPO FUERA DE LA RED
Deducible anual (Individual/Familiar)	\$50/ \$150	\$50/ \$150
Máximo de beneficio anual	\$1,500	\$1,500
Servicios dentales preventivos (limpiezas, exámenes, radiografías)	100%	100%
Servicios dentales básicos (empastes, endodoncias, cirugía oral)	20%	20%
Servicios dentales principales (extracciones, coronas, incrustaciones, recubrimientos, puentes, dentaduras postizas, reparaciones)	50%	50%
Servicios de ortodoncia	50%	50%
Hijos dependientes menores de 19 años		
Máximo Vitalicio para ortodoncia	\$1,000	\$1,000

## Beneficio de visión

### UNITEDHEALTHCARE

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
	Compañía de seguros UnitedHealthcare	(cualquier proveedor cualificado fuera de la red de su elección)
Examen ocular: una vez cada 12 meses	Copago de \$10	Hasta \$40
Lentes: una vez cada 12 meses		
Lentes de policarbonato para niños (una vez cada 24 meses)	100%	N/A
Lentes individuales monofocales	Copago de \$20	Hasta \$40
Lentes bifocales con línea divisoria	Copago de \$20	Hasta \$60
Lentes trifocales con línea divisoria	Copago de \$20	Hasta \$80
Lentes bifocales combinadas	80 % después de un copagode \$20	N/A
Lentes progresivas estándar	Hasta \$55 después de un copago de \$20	N/A
Monturas: 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 lentes/monturas	Hasta \$130	Hasta \$105

Descargo de responsabilidad: Esta es una lista parcial de sus beneficios cubiertos. Para obtener una lista completa y precisa de los beneficios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones, consulte su certificado de cobertura.

Registre su cuenta en [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com)





# Dental and Vision Cards and Information

Para iniciar sesión, vaya a:

[www.myuhc.com](http://www.myuhc.com)

Regístrese para obtener una cuenta

Elija el plan del empleador

Cuando se le solicite su identificación de miembro, utilice su número de seguro social

## UnitedHealthcare app for members

Get instant access to the answers and support you need, when you need it. The UnitedHealthcare app connects you to your health plan details anytime, anywhere.

### Use your mobile device to download the app

Scan the QR code now to get started. Only have access to a desktop or tablet device? [Sign In or register for a member account](#)



### Count on 24/7, always there access to your plan

Not all features are available for every plan. Some plans aren't currently supported by the app.



#### Find care and pricing

Search for network providers near you, see ratings and reviews, and estimate out-of-pocket costs for different types of visits.



#### Check your benefits and coverage

Find copay and coinsurance amounts, view plan spending and see how your plan covers different types of care and services.



#### Refill prescriptions

Conveniently request refills right from the app. You can also look up drug prices and search for pharmacies near you.



#### View your claims

Check the status of new and past claims. See the amount billed, what your plan paid and how much you owe.



#### Access your plan ID cards

Easily view and show your UCard or member ID cards when you need them. Add your health plan details to your Apple Wallet or Google Wallet too.



#### Get virtual care

If your plan includes this benefit, you may be able to schedule a virtual visit for urgent care, routine care and more.



## 401k

### Retirement Savings Plan

#### Get Started Today!

Para empezar o ver su cuenta en línea, vaya a: : <https://participant.empower-retirement.com/participant>

\*Haga clic en «Registrarse» – «No tengo un PIN» y siga las instrucciones. Si necesita ayuda para inscribirse en el plan, póngase en contacto con nosotros. Le dedicaremos todo el tiempo que sea necesario para responder a sus preguntas y ayudarle a dar los primeros pasos en el plan.

\* También puede llamar directamente a Empower Retirement al 800-338-4015 para inscribirse o realizar cambios.

#### When can I participate in the plan?

Age 18 and two months of employment.

#### BZI Matching Contributions

Building Zone Industries will match 100% of your savings up to the first 5% of your contribution. You can contribute to either the regular pre-tax 401(k) or the after-tax ROTH401(k) and receive the match. The company match goes to the pre tax 401(k)

#### 100% Vesting

Employees have 100% ownership of funds once they are eligible to participate in the plan.

#### Pre-tax or Roth (after-tax)

You can save on a pre-tax or an after-tax (Roth) basis.

#### Annual Contribution Limits

En 2026 puedes contribuir \$24,500 al 401(k). Si tienes 50 años o más, puedes ahorrar \$8,000 adicionales.

#### Investment Options within the plan

There are 30 mutual fund options to choose from including conservative options and growth funds. If you need help selecting appropriate investments, please reach out to our BZI 401k plan, Presidio Wealth Management advisor, Chad Anderson. Office: 801-290-3215 [chad@presidiowealth.com](mailto:chad@presidiowealth.com)

#### Questions

¿Preguntas sobre cómo inscribirse o necesita ayuda para iniciar sesión? Comuníquese con el equipo de beneficios de BZI en [hr@bzi.com](mailto:hr@bzi.com) o llame al (435)592-6475

## Descripción general de la farmacia SmithRX

SmithRx colabora con más de 83 000 farmacias minoristas en todo el país, incluidas las principales cadenas nacionales, cadenas regionales, tiendas de comestibles y farmacias independientes. Los miembros pueden utilizar la herramienta de búsqueda «Find My Meds» (Encontrar mis medicamentos) en el portal para miembros en [mysmithrx.com](https://mysmithrx.com) para localizar la farmacia con el mejor precio.

Farmacias de venta por correo:

Amazon Pharmacy: Regístrese en [amazon.com/smithrx](https://amazon.com/smithrx). Las recetas se pueden enviar por vía electrónica, fax o teléfono.

Fax: 512-884-5981 | Teléfono: 855-206-3605

Farmacia Walmart: Las recetas se pueden enviar por prescripción electrónica, fax o teléfono. Fax:

1-800-406-8976 | Teléfono: 1-800-273-3455

Sitio web: [Farmacia Walmart](https://FarmaciaWalmart.com)

Mark Cuban Cost Plus Drug Company: Compruebe la disponibilidad de medicamentos en [costplusdrugs.com](https://costplusdrugs.com). Las recetas se pueden enviar electrónicamente.

Farmacias especializadas:

Kroger Specialty Pharmacy: Asistencia para la inscripción en el 888-355-4191 o visite [krogerspecialtypharmacy.com](https://krogerspecialtypharmacy.com).

Senderra Specialty Pharmacy: Asistencia para la inscripción en el 888-777-5547 o visite [senderrarx.com](https://senderrarx.com).

Las farmacias minoristas incluyen: CVS Pharmacy, Rite Aid, Walgreens, Walmart y Costco Wholesale.



## Descripción general de TalkSpace

**Descripción general:** TalkSpace ofrece servicios de terapia en línea, lo que permite a las personas comunicarse con un terapeuta de forma segura desde su teléfono o computadora sin necesidad de visitas presenciales. La terapia está disponible para personas mayores de 13 años, mientras que los servicios de psiquiatría están disponibles para personas mayores de 18 años.

**Características principales:**

Apoyo para diversas afecciones de salud mental, como ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias, trastornos alimentarios y trastornos compulsivos.

Médicos especializados disponibles en los 50 estados, asignados a los miembros en función de su ubicación, necesidades y preferencias.

La terapia puede comenzar a las pocas horas de elegir un terapeuta.

Opciones de visitas en tiempo real y cara a cara por video con cita previa.

Servicios de psiquiatría para mayores de 18 años, incluidas sesiones de video en directo con un psiquiatra para crear planes de tratamiento personalizados.

**Comodidad y accesibilidad:**

El registro es sencillo a través de [talkspace.com/connect](https://talkspace.com/connect), seguido de la descarga de la aplicación TalkSpace.

Compatible con iOS, Android y navegadores de escritorio (Chrome, Firefox, Safari, Edge).

Cubierto por el beneficio de salud conductual de UnitedHealthcare (pueden aplicarse copagos).

**Opciones de servicio:**

Terapia: apoyo individualizado para mayores de 18 años.

Terapia para adolescentes: apoyo especializado para jóvenes de 13 a 17 años.

Terapia de pareja: terapia diseñada para parejas.

**Nota de emergencia:** Si tiene pensamientos suicidas o se encuentra en una situación de emergencia, se recomienda llamar al 911 o a las líneas de atención específicas para la prevención del suicidio.

## Descripción general de Teladoc Primary360



**Descripción general:** Teladoc Health Primary360 ofrece una forma cómoda de gestionar su salud general, proporcionándole acceso a asistencia médica, apoyo en salud mental y servicios de dermatología, todo ello desde la comodidad de su hogar.

**Características principales:**

Asistencia médica: proveedores certificados por la junta médica de EE. UU. se encargan de los chequeos rutinarios, las recetas, las solicitudes de análisis de laboratorio, las derivaciones a especialistas y el control de afecciones crónicas.

Salud mental: hay terapeutas disponibles los 7 días de la semana para tratar la ansiedad, la depresión, los problemas de sueño, los traumas y mucho más, incluyendo la gestión de la medicación.

Dermatología: resuelva rápidamente problemas de la piel como acné, eccema y erupciones cutáneas enviando imágenes en línea para obtener un plan de tratamiento en 24 horas.

**Accesibilidad:**

Visite [Teladoc.com](https://Teladoc.com).

Llame al 1-800-TELADOC (800-835-2362).

Haga la descarga de la aplicación Teladoc.

Consulte el folleto para empleados en [umr.com](https://umr.com) para conocer los beneficios de Teladoc.

## Notificaciones de inscripción anual 2026 y divulgaciones de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible ( )

### DECLARACIÓN DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE

El plan de salud BZI generalmente permite designar un proveedor de asistencia médica. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de asistencia médica que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarle a usted o a sus familiares. Hasta que usted haga esta designación, UMR designará uno por usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de asistencia médica y para obtener una lista de los proveedores de asistencia médica participantes, comuníquese con UMR al **800.826.9781** o visite la página de inicio para miembros ([umr.com](http://umr.com)).

Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de asistencia médica.

No necesita autorización previa de UMR ni de ninguna otra persona (incluido su proveedor de atención primaria) para obtener acceso a asistencia médica obstétrica o ginecológica de un profesional de la atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de la atención médica deba cumplir con ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o seguir los procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de la asistencia médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con UMR al **800.826.9781** o visite la página de inicio para miembros ([umr.com](http://umr.com)).

### LEY DE DERECHOS DE LAS MUJERES EN MATERIA DE SALUD Y CÁNCER

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de derechos de las mujeres en materia de salud y cáncer de 1998 («WHCRA»). Las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía tendrán cobertura, según se determine en consulta con el médico responsable y la paciente, para:

- Todas las etapas de la 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 proporcionarán con sujeción a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos previstos en el plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros:

\$4,000 HSA (Individual: 0 % de coseguro y \$4,000 de deducible; Familiar: 0 % de coseguro y \$8,000 de deducible)

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame al administrador de su plan al **435-592-6475** o envíe un correo electrónico a [LoriAnnBarnson@bzi.com](mailto:LoriAnnBarnson@bzi.com).

### LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES

Por lo general, los planes de salud grupales y las aseguradoras médicas no pueden, según la ley federal, restringir el beneficio por cualquier estancia hospitalaria relacionada con el parto de la madre o el 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 no prohíbe, por lo general, que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras 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 aseguradoras no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estancia que no exceda las 48 horas (o las 96 horas).





## ASISTENCIA DE CUOTA BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia para el pago de cuotas que le ayude 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 serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de cuotas, pero es posible que puedan adquirir una cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia para la cuota disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o visite [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo presentar una solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar la cuota de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con la cuota bajo Medicaid o CHIP, así como elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de «inscripción especial», y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para recibir asistencia con la cuota**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

**Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir ayuda para pagar las cuotas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.**

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447	Programa de pago de cuotas de seguro médico de Alaska Sitio web: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad para Medicaid: <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a>
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Programa de pago de cuotas de seguro médico (HIPP) Sitio web: <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>
COLORADO – Health First Colorado (programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a> Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Servicio estatal de retransmisión 711 CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a> Servicio de atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de retransmisión estatal 711 Programa de Adquisición de Seguro Médico (HIBI): <a href="https://www.mycohibi.com/">https://www.mycohibi.com/</a> Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: <a href="https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html</a> Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a> Teléfono: 678-564-1162, pulse 1 Sitio web de GA CHIPRA: <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a> Teléfono: 678-564-1162, marque 2	Programa de pago de cuotas de seguro médico Todos los demás Medicaid Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a> <a href="http://www.in.gov/fssa/dfr/">http://www.in.gov/fssa/dfr/</a> Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: 1-800-403-0864 Servicios para miembros Teléfono: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: <a href="#">Medicaid de Iowa   Salud y Servicios Humanos</a></p> <p>Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366</p> <p>Sitio web de Hawki: <a href="#">Hawki - Niños sanos y saludables en Iowa   Salud y Servicios Humanos</a></p> <p>Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563</p> <p>Sitio web de HIPP: <a href="#">Pago de cuotas de seguro médico (HIPP)   Salud y Servicios Humanos (iowa.gov)</a></p> <p>Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a></p> <p>Teléfono: 1-800-792-4884</p> <p>Teléfono HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
<p>Programa Integrado de Pago de Cuotas de Seguro Médico de Kentucky (KIHIPP) Sitio web: <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihapp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihapp.aspx</a></p> <p>Teléfono: 1-855-459-6328</p> <p>Correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPP.PROGRAM@ky.gov">KIHIPP.PROGRAM@ky.gov</a></p> <p>Sitio web de KCHIP: <a href="https://kynect.ky.gov">https://kynect.ky.gov</a></p> <p>Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Medicaid de Kentucky: <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms">https://chfs.ky.gov/agencies/dms</a></p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.idh.la.gov/la hipp">www.idh.la.gov/la hipp</a></p> <p>Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web de inscripción: <a href="https://www.mymaineconnection.gov/beneficio/s/?language=en_US">https://www.mymaineconnection.gov/beneficio/s/?language=en_US</a></p> <p>Teléfono: 1-800-442-6003</p> <p>TTY: Maine Relay 711</p> <p>Página web sobre cuotas de seguros médicos privados: <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a></p> <p>Teléfono: 1-800-977-6740</p> <p>TTY: Maine Relay 711</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a></p> <p>Teléfono: 1-800-862-4840</p> <p>TTY: 711</p> <p>Correo electrónico: <a href="mailto:masspremassistance@accenture.com">masspremassistance@accenture.com</a></p>
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
<p>Sitio web: <a href="https://mn.gov/dhs/atención-médica/">https://mn.gov/dhs/atención-médica/</a></p> <p>Teléfono: 1-800-657-3672</p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a></p> <p>Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Sitio web: <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a></p> <p>Teléfono: 1-800-694-3084</p> <p>Correo electrónico: <a href="mailto:HHSHIPProgram@mt.gov">HHSHIPProgram@mt.gov</a></p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a></p> <p>Teléfono: 1-855-632-7633</p> <p>Lincoln: 402-473-7000</p> <p>Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcfp.nv.gov">http://dhcfp.nv.gov</a></p> <p>Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a></p> <p>Teléfono: 603-271-5218</p> <p>Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218</p> <p>Correo electrónico: <a href="mailto:DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov">DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</a></p>
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a></p> <p>Teléfono: 1-800-356-1561</p> <p>Asistencia para el pago de la cuota de CHIP Teléfono: 609-631-2392</p> <p>Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a></p> <p>Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a></p> <p>Teléfono: 1-800-541-2831</p>
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
<p>Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a></p> <p>Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.hhs.nd.gov/healthcare">https://www.hhs.nd.gov/healthcare</a></p> <p>Teléfono: 1-844-854-4825</p>
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGÓN – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a></p> <p>Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>Sitio web: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a></p> <p>Teléfono: 1-800-699-9075</p>

PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: <a href="https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html">https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html</a> Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: <a href="https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html">Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov)</a> Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a> Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (línea directa de Rite Share)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR - Medicaid
Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a> Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a> Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: <a href="https://www.hhs.gov/medicaid/hipp/">Programa de pago de cuotas de seguro médico (HIPP)   Servicios de Salud y Humanos de Texas</a> Teléfono: 1-800-440-0493	Asociación de Cuotas para Seguros Médicos de Utah (UPP) Sitio web: <a href="https://medicaid.utah.gov/upp/">https://medicaid.utah.gov/upp/</a> Correo electrónico: <a href="mailto:upp@utah.gov">upp@utah.gov</a> Teléfono: 1-888-222-2542 Expansión para adultos Sitio web: <a href="https://medicaid.utah.gov/expansion/">https://medicaid.utah.gov/expansion/</a> Programa de compra de Medicaid de Utah Sitio web: <a href="https://medicaid.utah.gov/buyout-program/">https://medicaid.utah.gov/buyout-program/</a> Sitio web de CHIP: <a href="https://chip.utah.gov/">https://chip.utah.gov/</a>
VERMONT: Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: <a href="https://www.hhs.gov/medicaid/hipp/">Programa de pago de cuotas de seguro médico (HIPP)   Departamento de Acceso a la Salud de Vermont</a> Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/cuota-assistance/famis-select">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/cuota-assistance/famis-select</a> <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-cuota-pago-hipp-programs">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-cuota-pago-hipp-programs</a> Medicaid/CHIP Teléfono: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a> Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: <a href="https://dhr.wv.gov/bms/">https://dhr.wv.gov/bms/</a> <a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a> Medicaid Teléfono: 304-558-1700 CHIP Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a> Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a> Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si algún otro estado ha añadido un programa de ayuda para el pago de cuotas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, póngase en contacto con:

Departamento de Trabajo de U.S.  
 Administración de Seguridad de Beneficio para Empleados  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](https://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
 1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S.  
 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](https://www.cms.hhs.gov)  
 1-877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565

#### Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de la PRA y muestre un número de control de la OMB válido en la actualidad, y que el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control de la OMB válido en la actualidad. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición legal, ninguna persona estará sujeta a penalización por no cumplir con una recopilación de información si dicha recopilación no muestra un número de control de la OMB válido en ese momento. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga administrativa que supone la recopilación de esta información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios respecto a la estimación de la carga administrativa o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir dicha carga, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficio para Empleados, Oficina de Política e Investigación, a la atención de: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W. Room N-5718, Washington, DC 20210, o por correo electrónico [aebbsa.opr@dol.gov](mailto:aebbsa.opr@dol.gov), indicando el número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (caduca el 31/1/2026)

## DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN DE LA HIPAA

### Aviso del plan de salud BZI sobre sus derechos especiales de inscripción según la HIPAA

Nuestros registros indican que usted es elegible para participar en el plan de salud BHI (para participar, debe completar un formulario de inscripción y es posible que deba pagar parte de la cuota mediante deducción de nómina).

Una ley federal llamada HIPAA nos exige que le informemos sobre una disposición importante del plan: su derecho a inscribirse en el plan en virtud de su «disposición de inscripción especial» si adquiere un nuevo dependiente o si rechaza la cobertura de este plan para usted o un dependiente elegible mientras que otra cobertura está vigente y posteriormente pierde esa otra cobertura por determinadas razones que lo justifican.

**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 que otra cobertura de seguro médico o plan de salud grupal está vigente, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a la otra cobertura de usted o sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de aportar a la otra cobertura).

**Pérdida de cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico para niños.** Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras que la cobertura de Medicaid o la cobertura del programa estatal de seguro médico para niños está vigente, es posible que pueda inscribirse usted y 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 Medicaid o en un programa estatal de seguro médico para niños.

**Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.** Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y a sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

**Elegibilidad para asistencia con la cuota bajo Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños.** Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) pasan a ser elegibles para recibir un subsidio estatal de asistencia con la cuota de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días después de que se determine su elegibilidad o la de sus dependientes para dicha asistencia.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información sobre las disposiciones de inscripción especial del plan, comuníquese con Lori Ann Barnson, administradora de programas de recursos humanos, al 435-592-6475 o [LoriAnnBarnson@bzi.com](mailto:LoriAnnBarnson@bzi.com).

### ADVERTENCIA IMPORTANTE

Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible, debe completar nuestro formulario para rechazar la cobertura. En el formulario, se le solicita que indique que la cobertura de otro plan de salud grupal u otra cobertura de seguro médico (incluido Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños) es la razón por la que rechaza la inscripción, y se le pide que identifique esa cobertura. Si no completa el formulario, usted y sus dependientes no tendrán derecho a derechos especiales de inscripción tras el siniestro de otra cobertura, tal y como se ha descrito anteriormente, pero seguirá teniendo derechos especiales de inscripción cuando tenga un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o por haber obtenido la condición de elegible para una subvención estatal de ayuda para el pago de cuotas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan, tal y como se ha descrito anteriormente. Si no obtiene derechos de inscripción especial tras el siniestro de otra cobertura, no podrá inscribirse usted ni sus dependientes en el plan en ningún momento que no sea el período de inscripción abierta anual del plan, a menos que se apliquen derechos de inscripción especial debido a un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o en virtud de la obtención de la condición de "elegible" para un subsidio estatal de asistencia para el pago de cuotas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan.



PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la contraportada interior de su ejemplar del manual «Medicare y usted» para obtener el número de teléfono) para recibir 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 ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o llame 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, es posible que se le solicite proporcionar una copia de este aviso al inscribirse para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe pagar una cuota más alta (una penalización).**

Fecha:	1 de enero de 2026
Nombre de entidad/remitente:	BZI
Contacto: cargo/oficina:	Lori Ann Barnson - Administradora de programas de RR. HH.
Dirección:	HC 65 Box 340 1233 S Old Hwy 91 Kanarraville, Utah 84742 Estados Unidos
Número de teléfono:	435-592-6475



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

Lea atentamente este aviso y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo fácilmente. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con BZI y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de Medicamentos Recetados.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare:

1. La cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare está disponible desde 2006 para todas las personas que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de Medicamentos Recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como una HMO o una PPO) que ofrezca cobertura de Medicamentos Recetados. Todos los planes de Medicamentos Recetados de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer una mayor cobertura a cambio de una cuota mensual más alta.
2. BZI ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan médico, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantenerla y no pagar una cuota más alta (una penalización) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año, del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de Medicamentos Recetados, sin que sea culpa suya, también será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

**¿QUÉ SUCEDE 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 de BZI puede verse afectada.

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

**¿CUÁNDO PAGARÁ UNA CUOTA MÁS ALTA (PENALIZACIÓN) POR INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?**

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con BZI y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días consecutivos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una cuota más alta (una penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable para Medicamentos Recetados, su cuota mensual puede aumentar al menos un 1 % de la cuota base mensual de Medicare por cada mes que no haya tenido dicha cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su cuota puede ser al menos un 19 % más alta que la cuota base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta cuota más alta (una penalización) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

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

Póngase en contacto con la persona que se indica a continuación para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura a través de BZI cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

**PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS OPCIONES BAJO LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE:**

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para Medicamentos Recetados en el manual «Medicare y usted». Medicare le enviará una copia del manual por correo cada año. También es posible que los planes de Medicamentos Recetados de Medicare se pongan en contacto con usted directamente.