



CRUISERRV
Great American Trailers.



HEARTLAND®
RECREATIONAL VEHICLES



**GUÍA DE BENEFICIOS
2022**



CRUISERRV
Great American Trailers.



ESTIMADOS EMPLEADOS:

Esta guía repasa sus beneficios como empleado para el año del plan del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2022.

Reconocemos que los beneficios son una parte fundamental de su paquete de compensación total. Por eso, estamos orgullosos de brindarle grandes beneficios a usted y a sus dependientes.

Este documento no es solo una guía de inscripción, es un recurso para que usted y su familia lo utilicen durante todo el año. Nuestro programa de beneficios está diseñado para permitirle elegir lo que mejor se adapte a sus necesidades y a su presupuesto, para permitirle tomar decisiones informadas sobre los servicios y beneficios que se le proporcionan.





CRUISERRV
Great American Trailers.



HEARTLAND®
RECREATIONAL VEHICLES



TABLA DE CONTENIDOS

PÁGINA 4	Elegibilidad
PÁGINA 5	Inscripción
PÁGINA 7	Seguro Médico y de Medicamentos Recetados
PÁGINA 12	Elegibilidad Para Gastos Médicos
PÁGINA 17	Seguro Dental
PÁGINA 18	Seguro de Visión
PÁGINA 19	Seguro de Vida y Por Discapacidad
PÁGINA 21	Vida Universal /Eventos De La Vida
PÁGINA 22	Beneficios Complementarios Voluntaries
PÁGINA 23	401(k)
PÁGINA 24	Servicios Gratuitos
PÁGINA 25	Glosario de Términos de Uso Común
PÁGINA 27	Información de Contacto Sobre Beneficios

ELEGIBILIDAD

Elegibilidad e Inscripción de Empleados

Todos los empleados a tiempo completo que trabajen un promedio de 30 horas por semana son elegibles para inscribirse en los beneficios.

[Para obtener detalles específicos, consulte los documentos del plan.](#)

Los beneficios de todos los nuevos empleados a tiempo completo para todas las líneas de cobertura comenzarán el primer día del mes siguiente a los 60 días posteriores a la fecha de contratación.

Los beneficios finalizan el último día trabajado.

Verificación de Elegibilidad de Dependientes

Cuando se inscriba por primera vez, y/o si cambia de cobertura a mitad del año debido a un evento calificador, es posible que se le pida que proporcione los documentos aplicables de la siguiente lista:

- Documento de verificación del cónyuge: Certificado de matrimonio
- Documento de verificación de hijos: Certificado de nacimiento, documento judicial que otorga la custodia o que solicita cobertura

Cualquier tergiversación en el proceso de inscripción a los beneficios de los dependientes será considerada como falsificación de los documentos y será causa suficiente de separación de su empleo con Heartland RV.

Elegibilidad de los Dependientes – Planes médicos

La legislación regula los requisitos de elegibilidad para la cobertura de dependientes en los Planes de seguro médico. Es importante que todos comprendan qué significa la elegibilidad y cuáles podrían ser las implicancias de no seguir las pautas de elegibilidad.

Los ejemplos de dependientes elegibles incluyen:

- Cónyuge/Cónyuge del mismo sexo
- Hijos dependientes

La legislación de reforma de la atención de salud limita la posibilidad de que un plan o emisor deniegue la cobertura a un hijo menor de 26 años según los siguientes factores:

- Dependencia económica del empleado
- Residencia con el empleado
- Situación de estudiante
- Estado civil
- Situación laboral



INSCRIPCIÓN

Cuándo puede inscribirse



Usted puede inscribirse en los beneficios en los siguientes momentos:

- Durante el período inicial de elegibilidad del empleado nuevo
- Durante el período anual de inscripción abierta
- En los 31 días posteriores a un evento de vida calificadorio

Consulte la próxima sección para ejemplos de eventos de vida calificadorios.

Cambios en la Inscripción a Mitad de Año – Plan de Cafetería, Sección 125

Los empleados puede aprovechar, sin costo alguno para ellos, los beneficios fiscales del Plan de Cafetería 125. Este plan le permite pagar sus beneficios de empleado antes de impuestos que se deducirán de su cheque de pago. Cuando elige pagar estos beneficios autorizados antes de impuestos, usted ahorra porque paga menos en impuestos. No paga el impuesto federal sobre la renta o de Seguro Social sobre estos montos de beneficios designados. Por lo tanto, reduce su ingreso imponible. Esto le permitirá llevarse a su casa un mayor monto de su cheque de pago, mientras disminuye el costo neto del beneficio que está adquiriendo.

Las regulaciones actuales del IRS establecen que las opciones de beneficios no pueden cambiarse a mitad del año del plan a menos que experimente un hecho de vida calificadorio.

Los cambios deben notificarse dentro de los 31 días posteriores del evento real. Algunos eventos calificadorios comunes pueden incluir:

- Matrimonio, Divorcio o Fallecimiento del Cónyuge
- Nacimiento, Adopción o cambio en la custodia legal
- Pérdida de otra cobertura
- Inscripción en la Bolsa de Mercado
- Cambio en el derecho a Medicare o Medicaid
- FMLA o licencia militar

Para determinar si alguno de estos le es aplicable, consulte con el representante de Recursos Humanos.

Tenga en cuenta que el IRS no considera a las dificultades económicas como un evento calificadorio para cancelar la cobertura.

Ejemplo de Ahorros con las Deducciones antes de Impuestos

	CONTRIBUCIONES ANTES DE IMPUESTOS	CONTRIBUCIONES DESPUÉS DE IMPUESTOS
Remuneración bruta de empleados	\$35,000	\$35,000
Prima antes de impuestos	\$417	-
Ingresos imponibles	\$34,583	\$35,000
Tasa impositiva asumida ¹	25.65%	25.65%
Remuneración neta	\$25,712	\$26,023
Prima después de impuestos		\$417
Remuneración neta	\$25,712	\$25,605

¹Tasa impositiva asumida del 18% del impuesto sobre la renta federal y del 7,65% FICA (Seguro Social y Medicare)



INSCRIPCIÓN

Decisiones que tendrá que tomar

Elija los beneficios, los planes y los niveles de cobertura que necesite:

- Seguro médico
- Seguro dental y de la visión
- Seguro de vida y de discapacidad
- Accidente y enfermedad grave

Nuevos empleados contratados

Todos los empleados recientemente contratados deben inscribirse a través del Auto Servicio al Empleado en Thrive y así seleccionar sus beneficios antes de la fecha de efectividad.

¿Cuánto cuestan mis beneficios?

Su parte de las primas de los beneficios se describen en esta guía.

Las primas se deducirán de su cheque de pago semanalmente. No existen cargos durante las 4 semanas de cierre. Recursos Humanos comunicará las semanas específicas sin primas.

INSCRIPCIÓN

ANUAL 2022 4 – 24 DE OCTUBRE DE 2022

Para seleccionar sus opciones de beneficios, debe entrar al portal de Auto Servicio al Empleado o en inglés, Employee Self-Service Portal.

Una vez haya entrado al portal, elija My Benefits y oprima en Open Enrollment luego siga las instrucciones en cómo realizar sus selecciones de beneficios.

Las siguientes son 2 maneras en las cuales usted puede acceder al portal de Auto Servicio al Empleado.

1. URL de la compañía - <https://secure2.saashr.com/ta/PayServ172001.login>



2. Aplicación Móvil – UKG Ready



* Para revisar sus elecciones de Beneficios para el año 2022 debe ingresar al portal de Auto Servicio al empleado.

** Si usted no selecciona Beneficios antes de finalizar el tiempo de inscripción anual, no tendrá ningún beneficio y tendrá que esperar hasta el próximo año que se habrá la fecha de inscripción anual nuevamente, a menos que suceda un evento de vida calificante. **Recuerde que los beneficios no se transfieren al siguiente año.**

PLAN DE HSA DELUXE

Descripción del Plan de HSA Deluxe:

El Plan Deluxe es un plan calificado con deducible alto con una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) para ayudar a cubrir los gastos de atención médica que se aplican al coseguro y deducible anual. Todos los gastos cubiertos elegibles (excepto la atención preventiva) aplican para cumplir con el deducible anual del plan.

Nota: No hay deducciones de nómina durante las 4 semanas de cierre. Se comunicarán las semanas específicas sin primas.

Beneficios de la HSA

- Una HSA es una cuenta individual: usted es el titular y la administra.
- Los fondos se acumulan cada año en su HSA. No existe la disposición de “lo usas o lo pierdes”.
- Las HSA son transferibles. Conserva su cuenta y todos los fondos si cambia de trabajo o se jubila.
- Las contribuciones a su HSA son antes de impuestos o deducibles de impuestos, los ingresos no están sujetos a impuestos y las distribuciones calificadas están exentas de impuestos.

¿En qué se diferencia del plan de deducible alto?

Usted primero debe cumplir con el deducible anual antes de que el plan comience a pagar. Todos los gastos, incluidos los medicamentos recetados elegibles, las visitas al consultorio, los estudios de laboratorio y la atención de urgencia están sujetos al deducible anual. Una vez que cumple con su deducible, usted y el plan compartirán el costo de los gastos cubiertos. Esto se denomina coseguro. Tanto el deducible como el coseguro se contabilizarán para el máximo de gastos de desembolso. Si cumple con el máximo de gastos de desembolso, todos los gastos elegibles estarán cubiertos en un 100% por el resto del año del plan.

DEDUCCIONES SEMANALES DE NÓMINA DE HSA	
Solo empleado	\$59.50
Empleado + Cónyuge	\$155.00
Empleado + Hijo(s)	\$132.50
Empleado + Familia	\$182.25

*Para ser elegible para las contribuciones del empleador, usted debe haber elegido el plan de HSA, haber estado empleado por Heartland durante 12 meses consecutivos (la elegibilidad comienza el primer día del mes después de 12 meses consecutivos de prestación de servicios) y tener una HSA abierta y activa.

Nivel de Cobertura	Máximo a HSA de IRS 2022	Contribución de Heartland RV	Contribución máxima del empleado a HSA 2022
Cobertura única	\$3,650	\$750	\$2,900
Empleado + uno o más dependientes	\$7,300	\$1,500	\$5,800

Proveedores

Visite www.anthem.com para buscar proveedores participantes. Aunque participan la mayoría de los médicos de esta zona, se recomienda que verifique con su médico que participe en la red de Anthem Blue Card cada vez que concerte una cita.

Las **contribuciones** a una HSA pueden ser hechas por el empleado, el empleador o ambos. Las contribuciones del empleado son voluntarias y pueden hacerse antes de impuestos a través de la deducción de nómina. Las contribuciones del empleador serán hechas por Heartland a personas que califiquen de enero a octubre en incrementos de 10% al final de cada mes.



PLAN DE HSA DELUXE

Cobertura a través de
Anthem / IngenioRx



ANTHEM

Teléfono: 866-350-7596

Sitio web: www.anthem.com



Características del plan	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible - Solo	\$2,800	\$5,600
Deducible – Familia	\$5,600	\$11,200
¿El deducible es por año calendario o por año de póliza?	Año calendario	
Máximo de gastos de desembolso - Solo (incluido el deducible)	\$5,000	\$10,000
Máximo de gastos de desembolso – Familia (incluido el deducible)	\$10,000	\$20,000
Coseguro	80%	60%
MEDICAMENTOS RECETADOS – VENTA POR MENOR O POR CORREO		
Nivel 1 – Mayoría de los genéricos	Aplican deducible y coseguro	No cubierto
Nivel 2 – Medicamentos de marca principalmente preferidos		
Nivel 3 – Medicamentos genéricos y de marca no preferidos		
Nivel 4 – Medicamentos de especialidad		
VISITAS AL CONSULTORIO DEL MÉDICO		
Médico de cabecera	Aplican deducible y coseguro	
Especialista		
ATENCIÓN PREVENTIVA		
Estudios físicos de rutina para adultos	100% - no aplica deducible. Su médico debe indicar que las solicitudes de reintegro son de rutina y preventivos	Aplican deducible y coseguro
Estudios de salud para mujeres		
Mamografías y colonoscopias de rutina		
Estudios de salud para niños		
SERVICIOS AMBULATORIOS		
Atención quirúrgica ambulatoria (centro hospitalario)	Aplican deducible y coseguro	Aplican deducible y coseguro
Sala de emergencias		
Atención de urgencias leves		
CARACTERÍSTICAS DEL PLAN – LÍMITES POR AÑO CALENDARIO (Prestación combinada dentro de la red y fuera de la red)*		
Terapia física/ocupacional	30 consultas*	30 consultas*
Manipulación espinal/quiropática	25 consultas*	25 consultas*
Fonoaudiología	20 consultas*	20 consultas*
Atención médica domiciliaria	100 días*	100 días*
Centro de enfermería especializada	100 días *	100 días*
Atención de la maternidad	Igual que cualquier otro gasto	Igual que cualquier otro gasto

PLAN DE PPO ESTÁNDAR

Resumen del Plan de PPO Estándar

Este plan es un plan de PPO tradicional que incluye copagos para visitas al consultorio y medicamentos recetados.

Los medicamentos recetados están cubiertos por un copago

Existen 4 Niveles de tipos de medicamentos y las recetas pueden adquirirse en una farmacia local o por correo.

- **Recetas de nivel 1: \$15 de copago**
- **Recetas de nivel 2: \$45 de copago**
- **Recetas de nivel 3: \$75 de copago**
- **Recetas de nivel 4: 25% hasta un máximo de \$200**

Otros aspectos destacados del plan

- Utilice la red de Anthem Blue Card para asegurar los ahorros cuando utilice proveedores y farmacias dentro de la red.
- Cubre la Atención preventiva al 100% sin deducibles
- Tiene un beneficio máximo ilimitado

Nota: No existen deducciones de nómina durante las 4 semanas de cierre. Se comunicarán las semanas específicas sin primas.

DEDUCCIONES SEMANALES DE NÓMINA DE PPO

Solo empleado	\$76.00
Empleado + Cónyuge	\$170.25
Empleado + Hijo(s)	\$151.00
Empleado + Familia	\$217.50

Proveedores de PPO

Visite www.anthem.com para buscar proveedores participantes. Aunque participan la mayoría de los médicos en esta zona, se recomienda que verifique con su médico que participe en la red de Anthem Blue Card cada vez que concierte una cita.

Sitio web de Anthem

El sitio web de Anthem, www.anthem.com, ofrece herramientas innovadoras para ayudarlo a sacar el máximo provecho de su plan médico y manejar su salud:

- Revise sus solicitudes de reintegro y beneficios
- Encuentre un médico
- Pida una tarjeta de identificación
- Compare costos de centros médicos
- Investigue enfermedades y tratamientos



PLAN DE PPO ESTÁNDAR

Cobertura a través de Anthem / IngenioRx



ANTHEM

Teléfono: 866-350-7596

Sitio web: www.anthem.com



Características del plan	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible – Solo	\$3,000	\$6,000
Deducible – Familia	\$6,000	\$12,000
¿El deducible es por año calendario o por año de póliza?	Año calendario	
Máximo de gastos de desembolso - Solo (incluido el deducible)	\$6,000	\$12,000
Máximo de gastos de desembolso – Familia (incluido el deducible)	\$12,000	\$24,000
Coseguro	80%	60%
MEDICAMENTOS RECETADOS – VENTA POR MENOR O POR CORREO		
Nivel 1 – Mayoría de los genéricos	\$15	No cubierto
Nivel 2 – Medicamentos de marca principalmente preferidos	\$45	
Nivel 3 – Medicamentos genéricos y de marca no preferidos	\$75	
Nivel 4 – Medicamentos de especialidad	\$25% hasta \$200	
VISITAS AL CONSULTORIO DEL MÉDICO		
Médico de cabecera	\$40	Aplican deducible y coseguro
Especialista	\$60	
ATENCIÓN PREVENTIVA		
Estudios físicos de rutina para adultos	100% - no aplica deducible. Su médico debe indicar que las solicitudes de reintegro son de rutina y preventivos	Aplican deducible y coseguro
Estudios de salud para mujeres		
Mamografías y colonoscopias de rutina		
Estudios de salud para niños		
SERVICIOS AMBULATORIOS		
Atención quirúrgica ambulatoria (centro hospitalario)	Aplican deducible y coseguro	
Sala de emergencias	\$250	\$250
Atención de urgencias leves	\$75	Aplican deducible y coseguro
CARACTERÍSTICAS DEL PLAN – LÍMITES POR AÑO CALENDARIO (Prestación combinada dentro de la red y fuera de la red)*		
Terapia física/ocupacional	30 consultas*	30 consultas*
Manipulación espinal/quiropática	25 consultas*	25 consultas*
Fonoaudiología	20 consultas*	20 consultas*
Atención médica domiciliaria	100 días*	100 días*
Centro de enfermería especializada	100 días *	100 días*
Atención de la maternidad	Igual que cualquier otro gasto	Igual que cualquier otro gasto

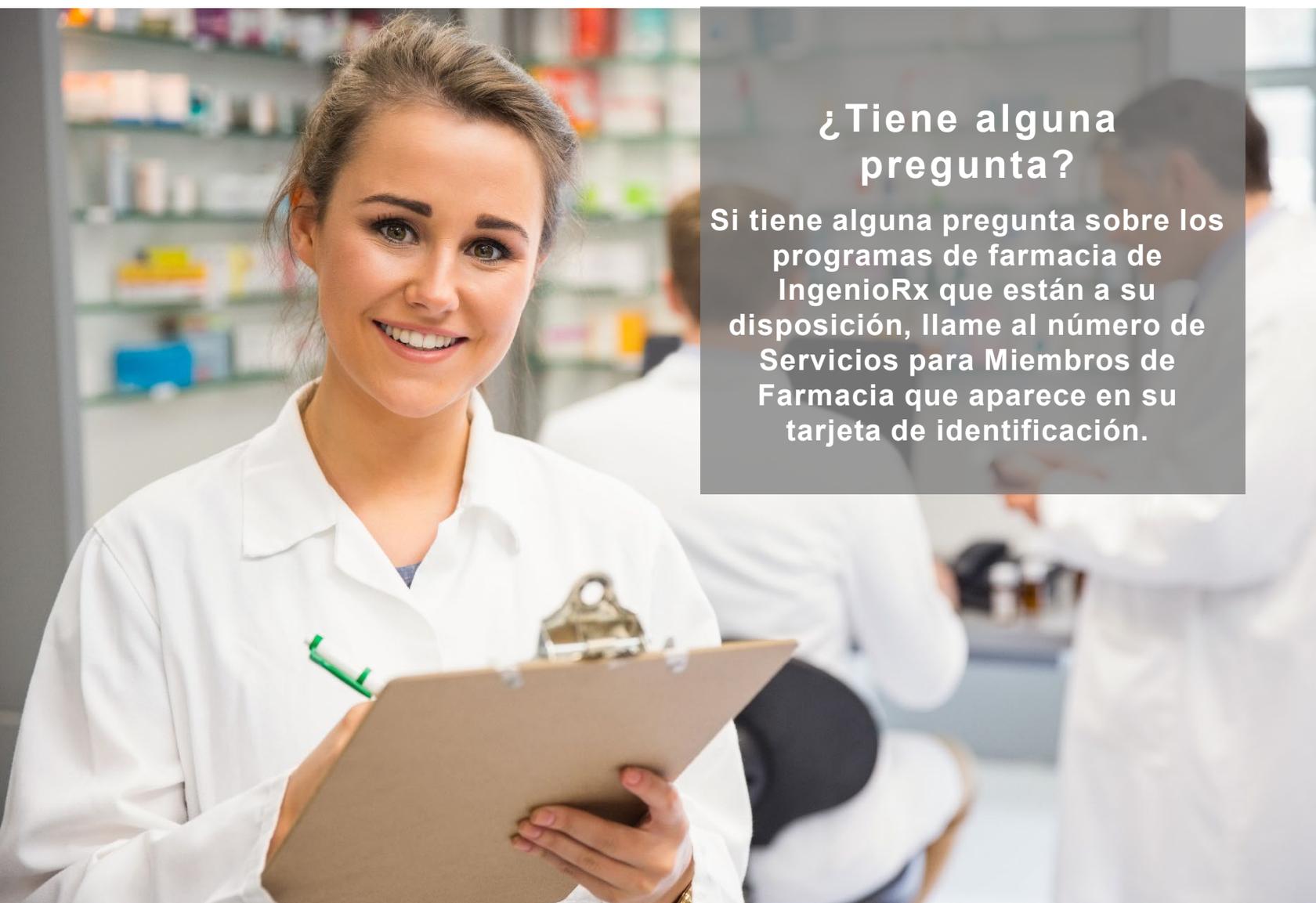
PROGRAMAS DE FARMACIA INGENIORX

Retail 90 – Recetas para 90 días disponibles a través de farmacias minoristas

A través de Retail90, usted puede elegir obtener un suministro de 90 días de cualquier medicamento cubierto, en lugar del suministro habitual de 30 a 34 días por parte de una farmacia minorista local participante. Esto incluye recetas de medicamentos de mantenimiento, aquellos que se toman de manera continua para enfermedades como asma, diabetes o colesterol alto.

Las recetas para noventa días pueden ayudarle a ahorrar dinero y facilitar el seguimiento de la medicación.

¿Prefiere la entrega a domicilio? – No tiene que usar el programa Retail90, puede hacer que le entreguen las recetas a domicilio a través del programa de entrega a domicilio. La entrega a domicilio es una forma segura y fácil de obtener medicamentos cuando sus empleados los necesitan. El programa de entrega a domicilio se ofrece sin costo adicional.



¿Tiene alguna pregunta?

Si tiene alguna pregunta sobre los programas de farmacia de IngenioRx que están a su disposición, llame al número de Servicios para Miembros de Farmacia que aparece en su tarjeta de identificación.

GASTOS MÉDICOS CALIFICADOS PARA CUENTAS HSA

Gastos médicos calificados

El Servicio de Impuestos Internos define los gastos de atención médica calificados como los montos pagados para el diagnóstico, la cura o el tratamiento de una enfermedad, o para los tratamientos que afectan a cualquier parte o función corporal. Los gastos deben realizarse principalmente para aliviar una enfermedad o defecto físico o mental. Para que un gasto sea de atención médica, el gasto tiene que realizarse principalmente para la prevención o alivio de una enfermedad o defecto físico o mental.

- Aborto
- Acupuntura
- Tratamiento del alcoholismo
- Ambulancia
- Examen físico anual
- Prótesis
- Dientes artificiales
- Vendajes
- Píldoras anticonceptivas
- Escáner corporal
- Libros y revistas en Braille
- Extractores de leche y suministros
- Cirugía de reconstrucción mamaria
- Gastos de capital (mejoras o equipos especiales instalados en una casa, si son para hacer una adaptación para una condición de discapacidad)
- Modificaciones o equipos especiales instalados en automóviles para una persona con discapacidad
- Quiropráctico
- Practicante de la Ciencia Cristiana
- Lentes de contacto
- Muletas
- Tratamiento dental
- Dispositivos de diagnóstico
- Gastos de atención de dependientes discapacitados
- Tratamientos por adicción a drogas
- Examen de la vista
- Lentes
- Cirugía ocular
- Aumento de la fertilidad (fertilización in vitro fertilization o cirugía)
- Perro lazarillo u otro servicio animal
- Cargos del instituto de salud (si se prescribe)
- Atención, tratamiento u hogar especial para discapacitados intelectuales o de desarrollo
- Cargos de laboratorio
- Gastos de lactancia
- Eliminación de pintura a base de plomo (si un niño en la casa tiene intoxicación por plomo)
- Atención o tratamiento de discapacidad de aprendizaje
- Honorarios legales asociados con tratamiento médico
- Atención de por vida, pagos por adelantado o «cuotas de miembro fundador»
- Alojamiento en un hospital o institución similar
- Atención a largo plazo
- Gastos de conferencias médicas, si la conferencia se refiere a una enfermedad crónica suya, de su cónyuge o de su dependiente
- Plan de información médica
- Medicamentos, si se recetan
- Cargos de residencia de ancianos
- Servicios de enfermería
- Operaciones
- Osteopatía
- Oxígeno
- Examen físico
- Kit de prueba de embarazo
- Prótesis
- Atención psiquiátrica
- Psicólogo
- Educación especial
- Esterilización
- Programas para dejar de fumar
- Terapia recibida como tratamiento médico
- Trasplantes
- Transporte para atención médica
- Matrícula para educación especial
- Vasectomía
- Cirugía de corrección de la vista
- Programa de pérdida de peso si es un tratamiento para una enfermedad específica
- Silla de ruedas
- Peluca
- Radiografía



Lamentablemente, no podemos proporcionar una lista definitiva de “gastos médicos calificados”; sin embargo, la siguiente lista incluye gastos médicos calificados habituales. Esta lista está sujeta a cambios de acuerdo con las regulaciones del IRS. Para ver una lista completa [de los gastos médicos calificados actuales, visite: http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf](http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf).

GASTOS MÉDICOS NO ELEGIBLES PARA CUENTAS HSA

Gastos médicos no elegibles

La siguiente lista incluye ejemplos de productos y servicios que NO son elegibles para su reintegro según el IRS. Tenga en cuenta que esta lista no es exhaustiva y está sujeta a cambios.

- Servicios de guardería, cuidado de niños y lactancia para un bebé normal y sano
- Sustancias controladas o drogas ilegales
- Cirugía estética
- Clases de baile
- Pañales o servicio de pañales
- Electrólisis o depilación
- Gastos funerarios
- Atención médica futura (excepto los pagos por adelantado para la atención de por vida o la atención a largo plazo)
- Trasplante de cabello
- Crédito fiscal por cobertura médica
- Ayuda doméstica
- Tratamientos u operaciones ilegales
- Primas de seguro (con algunas excepciones)
- Ropa de maternidad
- Medicamentos de otros países
- Medicamentos y drogas sin receta, excepto la insulina (los medicamentos de venta libre son elegibles para su reintegro con una receta)
- Suplementos nutricionales, a menos que sean recomendados por un médico
- Artículos de uso personal (por ejemplo, cepillo de dientes, pasta de dientes, hilo dental)
- Clases de natación
- Blanqueamiento dental
- Honorarios veterinarios
- Programa para perder peso (a menos que sea para una enfermedad específica diagnosticada por un médico)

Desafortunadamente, no podemos proporcionar una lista definitiva de “gastos médicos no elegibles”; sin embargo, la lista incluye los gastos médicos no elegibles habituales. Esta lista está sujeta a cambios de acuerdo con las regulaciones del IRS. Para ver una lista completa de los gastos médicos no elegibles actuales, visite: <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf>.



5 OPCIONES DE SALUD

para ayudarle a tomar la mejor decisión para sus necesidades médicas

Visitas Virtuales \$

24/7/365 acceso a un médico
a través de la comodidad de las consultas telefónicas o de video

Usted puede recibir atención para:

Catarro / Influenza • Alergias • Problemas de la piel
Problemas nasales • Fiebres menores



Clínicas Conveniente \$

Su condición no es urgente o una emergencia.
Convenientemente ubicado en Walgreen's, Walmart y Target

Usted puede recibir atención para:

Catarro / Influenza • Conjuntivitis infecciosa • Infecciones urinarias
Infecciones de oído • Piojos en la cabeza • Picaduras de insectos
Quemaduras menores, cortes, y raspaduras • Torceduras y esguinces



Oficina Médica \$\$

Atención o tratamiento de rutina para un problema de salud actual

Usted puede recibir atención para:

Chequeos de rutina • Vacunaciones • Servicios Preventivos
Administrar medicamentos • Recibir una referencia a un especialista



Centro de Cuidado Urgente \$\$\$

Necesita atención médica rápida para un problema médico no emergente

Usted puede recibir atención para:

Migrañas • Dolor de espalda severo • Vómitos y diarrea
Fracturas menores • Ataques de asma • Tos severa
Mordidas de animales • Heridas que requieren suturas



Salas de Emergencias \$\$\$\$

Para una verdadera emergencia médica que resulte en un grave peligro
para su salud o deterioro de las funciones corporales u órganos

Usted puede recibir atención para:

Lesiones graves en la cabeza o pérdida de conciencia
Dolor de pecho • Entumecimiento o dificultad para hablar
Dolor abdominal severo • Tos o vómitos con sangre
Sangrado severo y Quemaduras severas



Inscríbese en LiveHealth Online

Inscríbese hoy, así estará listo para una consulta por video cuando lo necesite



Con LiveHealth Online, puede tener una consulta por video privada y segura con un médico certificado por la junta o un terapeuta con licencia en su teléfono celular, tablet o computadora con una cámara web. Es una manera fácil de obtener la atención que necesita en su casa o en el camino.

Cuando su propio médico no esté disponible, utilice LiveHealth Online 24/7 si tiene conjuntivitis, resfrío, gripe, fiebre, alergias, infección sinusal u otra afección común de salud. Un médico puede evaluar su afección, ofrecerle un plan de tratamiento e incluso enviar una receta a su farmacia, si es necesario¹.

Cómo comenzar

En lugar de esperar a inscribirse cuando no se sienta bien, inscríbese hoy mismo así ya está listo para tener una consulta cuando la necesite. Para inscribirse, visite livehealthonline.com o descargue la aplicación gratuita LiveHealth Online en su dispositivo móvil. A continuación, usted:

1. Elija **Inscribirse** para crear su cuenta de LiveHealth Online. Luego, ingrese información como su nombre, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento y cree una contraseña segura.
2. Lea los *Términos de Uso* y marque la casilla para aceptar.
3. Elija su ubicación del recuadro desplegable de estados.
4. Ingrese su fecha de nacimiento y elija su género.
5. Para la pregunta "¿Tiene seguro?", seleccione **Sí**. Asegúrese de tener a mano su tarjeta de identificación de miembro de Anthem para completar la información de su seguro. Si selecciona **No**, puede ingresar la información de su seguro más tarde.
6. Para **Plan de Salud**, en el recuadro desplegable, seleccione **Anthem**.
7. Para **ID de suscriptor**, ingrese el número de identificación, que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro de Anthem. Seleccione **Sí** si es el suscriptor principal o **No** si no es el suscriptor principal.
8. Inserte una clave de servicio si tiene una. Si no tiene una clave de servicio, está bien; esto es opcional y no es necesario para registrarse.
9. Seleccione el botón verde **Finalizar**.



ATENCIÓN DE CALIDAD – CIRUJANOS DE EXCELENCIA

Con el beneficio de SurgeryPlus™, tendrá acceso a nuestra red de cirujanos de calidad que cumplieron con nuestros rigurosos estándares de evaluación.



Todos nuestros cirujanos cumplen con nuestros estándares de:

Certificación de la junta



Requisitos de formación especializada



Requisitos de volumen de procedimiento



Revisión de sanciones y malpraxis



Reacreditación continua



Incentivos económicos

Deducible y/o coseguro eximido

Como Heartland se preocupa por la calidad de su atención, su deducible y/o coseguro podría ser eximido.

Las categorías de intervenciones generalmente cubiertas incluyen:



Cardíacos



Control del dolor



Ortopédicos



Bariátrico



Otorrinolaringología



Gastroenterología



Columna vertebral



Cirugía general

Llame: 833.907.2005

Correo electrónico: Thor@SurgeryPlus.com

Gran experiencia

Las categorías de intervenciones generalmente cubiertas incluyen:

Después de su primer llamado, su Promotor de Salud especializado se encarga del resto, lo que incluye:

1

Ofrecerle una selección de los cirujanos más adecuados para sus necesidades específicas

2

Programar sus citas de consultas, de operación y postoperatorias

3

Organizar el traslado de su historial médico a su cirujano

4

Coordinar cualquier viaje (si es necesario) para la intervención

5

Hacerle un seguimiento después de la cirugía

SEGURO DENTAL

Delta Dental



DELTA DENTAL

Teléfono: 800-524-0149

Sitio web: www.deltadentalin.com



Opción dental 1 – Plan Bajo

El Plan Bajo ofrece \$1,000 por persona por año calendario en servicios de Diagnóstico, Prevención y Básicos. No cubre servicios Especializados como servicios de Peridoncia, Restauración especializada y Ortodoncia.

Opción dental 2 – Plan Alto

El Plan Alto ofrece \$1,250 por persona por año calendario en servicios de Diagnóstico, Prevención, Básicos y Especializados. Además, el Plan Alto ofrece servicios de Ortodoncia a dependientes hasta los 26 años con un máximo de \$1,000 de por vida.

OPCIONES DE PLANES DENTALES	OPCIÓN DENTAL 1 – PLAN BAJO	OPCIÓN DENTAL 2 – PLAN ALTO
	Beneficios dentro de la red	Beneficios dentro de la red
Deducible anual	Ninguno	Ninguno
Beneficio máximo anual	\$1,000	\$1,250
Servicios preventivos	100%	100%
Servicios básicos	50%	50%
Servicios especializados	No cubierto	50%
Ortodoncia	No cubierto	50%
Máximo de ortodoncia de por vida	N/A	\$1,000
Red de proveedores	Delta Dental PPO y Premier	Delta Dental PPO y Premier
Límite de edad para hijos dependientes	Hasta 26 años	Hasta 26 años 26 para ortodoncia
Beneficios fuera de la red	Cuando reciba servicios de parte de un Dentista No Participante, puede ser responsable de los cargos que excedan la cantidad permitida por Delta Dental.	
DEDUCCIONES SEMANALES DE NÓMINA DE EMPLEADOS		
No hay deducciones de nómina durante las 4 semanas de cierre		
	OPCIÓN DENTAL 1 – PLAN BAJO	OPCIÓN DENTAL 2 – PLAN ALTO
Solo empleado	\$3.37	\$5.93
Empleado + Cónyuge	\$6.88	\$11.44
Empleado + Hijo(s)	\$11.87	\$17.48
Empleado + Familia	\$15.24	\$23.14

SEGURO DE VISIÓN

VSP



VSP

Teléfono: 800-877-7195

Sitio web: www.vsp.com



El plan de visión se ofrece a través de VSP. Este plan ofrece un examen de la vista por año, cristales o lentes de contacto nuevos por año y marcos nuevos cada dos años.

Puede elegir entre médicos independientes y proveedores minoristas para encontrar el que mejor se adapte a sus necesidades y horarios. No importa cuál elija, el plan está diseñado para que sea fácil de usar y para ahorrarle dinero.

PLAN DE VISIÓN	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen (una vez cada 12 meses)	\$10 de copago	\$45 de prestación
Marcos (una vez cada 24 meses)	\$140 de prestación	\$55 de prestación
Lentes monofocales	\$0 después del copago	\$30 de prestación
Lentes bifocales	\$0 después del copago	\$50 de prestación
Lentes trifocales	\$0 después del copago	\$60 de prestación
Retinografía	\$39 máx. (sin copago)	Aplicado a la prestación para examen de la vista
Prueba de lentes de contacto estándar	\$60 de copago máximo	Aplicado a la prestación para lentes de contacto
Lentes de contacto descartables – Optativo (una vez cada 12 meses)	\$120 de prestación	\$100 de prestación

DEDUCCIONES SEMANALES DE NÓMINA DE EMPLEADOS

No hay deducciones de nómina durante las 4 semanas de cierre

Empleado solo	\$1.26
Empleado + Cónyuge	\$2.53
Empleado + Hijo(s)	\$2.71
Empleado + Familia	\$4.33

SEGURO POR AD&D Y DE VIDA BÁSICO A TÉRMINO

MetLife - 100% pagado por el empleador

Heartland RV le ofrece a cada empleado activo a tiempo completo elegible \$20,000 en seguro de vida a término y seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D) sin costo alguno para usted. Esta cobertura es administrada a través de MetLife. Tenga en cuenta que este beneficio no tiene valor en efectivo. Los beneficios solo se pagarán a sus beneficiarios en caso de que usted fallezca.

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO A TÉRMINO

MetLife

A continuación se presenta un resumen de los beneficios de vida voluntarios que están a disposición de todos los empleados a tiempo completo.

Tenga en cuenta que, si bien puede inscribirse durante el período anual de inscripción abierta, si no es un empleado nuevo en su período de inscripción inicial, tendrá que completar un cuestionario médico y posiblemente someterse a un examen físico para que se le apruebe la cobertura de vida voluntaria.

Debido a que las tarifas se basan en su edad, el costo de su seguro puede cambiar cada año calendario.

Información general del plan	Cronograma de beneficios
Monto del beneficio de vida voluntario	
Empleado	Incrementos de \$10,000 Máximo menor de 5 veces el salario o 300,000
Cónyuge	Incrementos de \$5,000 Máximo menor del 50% de la elección de EE o \$150,000
Hijo(s) dependiente(s)	\$10,000 No se requiere EOI
Monto de la emisión de garantía*	
Empleado	\$200,000
Cónyuge	\$25,000
Hijo(s)	\$10,000 cada uno de sus hijos

*La emisión de garantía solo se aplica durante el período de elegibilidad inicial. Si no se inscribe cuando sea elegible por primera vez o cuando sea un empleado nuevo, tendrá que completar un cuestionario médico y posiblemente someterse a un examen físico para ser aprobado para los beneficios.

No hay garantía que se le aprobarán los beneficios.



SEGURO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

SEGURO DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO



RESUMEN DEL BENEFICIO	
Período de eliminación	Comienzo de beneficios: 15 días después de una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo
Beneficio semanal	Hasta el 60% del salario semanal hasta un monto máximo
Período máximo de beneficio	24 semanas

RESUMEN DEL BENEFICIO	
Período de eliminación	Comienzo de beneficios: 180 días después de una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo
Beneficio mensual	Hasta 60% de los ingresos mensuales previos a la discapacidad hasta un monto máximo
Período máximo de beneficio	Hasta 65 años

La prima se basa en la edad y en los ingresos brutos anuales estimados.

La prima se basa en la edad y en los ingresos brutos anuales estimados. Las solicitudes serán revisadas por MetLife.

Se deben presentar las solicitudes de reintegro de los beneficios por discapacidad a corto plazo al Departamento de Recursos Humanos. Las solicitudes serán revisadas por MetLife.



VIDA UNIVERSAL /EVENTOS DE LA VIDA

Trustmark

Universal Life/LifeEvents® de Trustmark es un seguro de vida permanente. Brinda un beneficio por muerte a sus beneficiarios si fallece, pero también genera valor en efectivo y ofrece beneficios en vida para los servicios de atención a largo plazo. Su precio no aumentará según su edad y su póliza genera valor en efectivo con el tiempo. Puede elegir entre los planes Universal Life y Universal LifeEvents.

El plan estándar de Universal Life presenta un nivel constante de beneficios por muerte y en vida durante toda la vida. La opción LifeEvents® le brinda un beneficio por muerte más alto durante sus años laborales por el mismo precio y un beneficio de atención a largo plazo más alto que nunca se reduce. El beneficio por muerte de LifeEvents se reduce en un tercio a los 70 años o al 15.º aniversario de la póliza; la edad de emisión para LifeEvents es de 18 a 65.

CARACTERÍSTICAS QUE APRECIARÁ:

- **Protección de por vida** – Brinda una cobertura que durará toda su vida.
- **Totalmente transferible** – Conserve su cobertura a la misma tarifa y beneficios si cambia de trabajo o se jubila.
- **Cobertura familiar** – Solicite para su cónyuge y familia. Los hijos y nietos dependientes pueden estar cubiertos por una póliza de Universal Life.
- **Beneficio por enfermedad terminal** – Acelere hasta el 75 por ciento de su beneficio por muerte si el médico determina que su esperanza de vida es de 24 meses o menor.
- **Renovación garantizada** – Cobertura garantizada, siempre y cuando se paguen sus primas. Su prima puede cambiar si la prima de todas las pólizas de su clase cambia.
- **De vida a término para hijos** – Cubre a los recién nacidos hasta los 22 años y se puede convertir a un seguro Universal Life sin evidencia de asegurabilidad (precio por separado).



Trustmark
benefits beyond benefits

BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS VOLUNTARIOS

AFLAC

Heartland RV le facilita el aumento de la cobertura de seguro complementario de Accidente y Enfermedad Grave a través de AFLAC.

RESUMEN DEL BENEFICIO	
<p>Seguro por Accidente</p> 	<p>El Seguro por Accidente brinda un pago único según el accidente o las lesiones sufridas; se le paga directamente a usted y usted decide la mejor manera de gastarlo. Es así de simple. Ya sea para pagar los gastos médicos, la hipoteca, los pagos del automóvil o incluso las facturas de servicios públicos: es su decisión. Otras ventajas del seguro por accidente son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Beneficios en efectivo para los gastos que puedan no estar cubiertos por su seguro médico• Los empleados pueden conservar la cobertura aunque dejen a su empleador actual• No hay preguntas de salud que responder• Puede cubrir al cónyuge o a los hijos• No hay límite en la cantidad de accidentes que puede solicitar reintegro bajo esta póliza (con la excepción de las reglas de la póliza) <p>¿Por qué necesito un seguro de accidentes? ¿Monta en bicicleta o conduce un automóvil? ¿Corre o hace deportes? Los accidentes pueden suceder cuando menos se lo espere. ¿Está preparado económicamente para pagar los gastos que puedan ocurrir como resultado? ¿Qué hay de las actividades diarias que pueden provocar lesiones accidentales: cocinar, bajar las escaleras o conducir hasta el trabajo?</p> <p>El seguro por accidente es una forma de asegurarse que pueda anticiparse a los gastos de desembolso asociados con los tratamientos médicos. Los copagos, coseguros y deducibles de su plan médico se acumulan muy rápido después de una lesión repentina o inesperada. Si bien no puede predecir cuándo sucederá un accidente, puede estar preparado económicamente.</p>
<p>Seguro por Enfermedad Grave</p> 	<p>La cobertura por Enfermedad Grave ofrece una forma de anticiparse a los gastos médicos y de desembolso que pueden acompañar a determinados eventos médicos cubiertos. Considere las siguientes ventajas de esta oferta de cobertura de enfermedades graves:</p> <ul style="list-style-type: none">• Se le paga una suma fija de dinero directamente a usted para que la use como quiera.• Puede conservar la póliza aunque deje Heartland RV o se jubile, siempre y cuando pague la prima.• Pida una tarjeta de identificación• Tiene la comodidad de la deducción de nómina• Puede asegurar a su cónyuge e hijos <p>¿Por qué necesito cobertura por enfermedad grave? La mayoría de los planes médicos ofrecen cobertura para los gastos médicos y de hospitalización asociados con enfermedades graves, como derrames cerebrales, ataques cardíacos, insuficiencia renal, trasplante de órganos principales, coma y parálisis. Aún así, hay muchos gastos no cubiertos que pueden ser devastadores desde el punto de vida económico. Con la cobertura por enfermedad grave, puedes estar preparado económicamente para gastos como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Copagos, deducibles y coseguro• Posibles necesidades de transporte y alojamiento• Gastos de guardería y otros gastos de ayuda doméstica• Posible pérdida de ingresos

PLAN DE JUBILACIÓN

MAKE THE MOST OF YOUR FUTURE! START SAVING TODAY WITH A FIDELITY 401K RETIREMENT PLAN!



Elegibilidad

- Debe tener 18 años
- Completar tres meses de prestación de servicios

¿Cuándo puedo inscribirme?

- El primer día de cada mes. Comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos para obtener detalles de la inscripción

¿Cuánto puedo contribuir?

- Entre el 1% y el 80% de la compensación elegible

Easy today.

Get started in 60 seconds with **EasyEnroll.**

Smart going forward.

Choose a savings approach that suits you today—and adjust it any time to fit your changing needs.

* También puede inscribirse si visita www.401K.com o si llama al 1-800-835-5097

Heartland RV will match **25%** per dollar of your weekly deferrals up to an annual max of \$600.

- You must be enrolled with Fidelity in order to receive the match.
- Roth 401K plan excluded from the match



Enroll now:
NetBenefits.com/Easy



 Get a reminder to enroll later*: Text **START** to **343898**



Please take a few moments today to name your beneficiaries (<https://netbenefits.fidelity.com/NBLogin/?option=Beneficiary>) to ensure that your benefits will be distributed according to your wishes.

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

MetLife

La vida no siempre transcurre según lo planeado. Y aunque usted no pueda evitar las vueltas de la vida, puede conseguir ayuda para seguir adelante. Podemos ayudarlo a usted y a su familia a obtener apoyo y orientación profesional para hacer que su vida sea un poco más fácil. Nuestro Programa de Asistencia al Empleado (EAP) está a su disposición con servicios fáciles para usar para ayudarlo con los problemas de la vida diaria — sin costo adicional para usted.

Los terapeutas con experiencia del programa se ofrecen a través de LifeWorks; uno de los principales proveedores de servicios del Programa de Asistencia al Empleado de todo el país puede hablar con usted acerca de cualquier aspecto de su vida, a saber: La familia, el trabajo, el dinero, la salud, los servicios legales y la vida cotidiana.

Su programa incluye hasta 5 consultas en persona, por teléfono o por video con terapeutas matriculados para usted y los miembros de su hogar elegibles, por asunto, por año calendario. Puede llamar al **1-888-319-7819** para hablar con un terapeuta o concertar una cita, 24/7/365. Cuando llame, seleccione "Programa de Asistencia al Empleado" cuando se le indique. Será comunicado de inmediato con un terapeuta. Si solo busca información, el programa ofrece herramientas y recursos didácticos fáciles de usar, en línea y a través de una aplicación móvil.

Cuando necesite apoyo, estamos aquí para ayudarlo.



Phone

1-888-319-7819



Web

metlfeeap.lifeworks.com

user name: **metlfeeap**

and password: **eap**



Mobile App

user name: **metlfeeap**

and password: **eap**



Su EAP puede usarse para abordar una amplia gama de problemas, que incluyen:

- Matrimonio, relaciones y problemas familiares
- Problemas en el trabajo
- Problemas legales y financieros
- Estrés y ansiedad
- Dependencia del alcohol y las drogas
- El robo de identidad
- Preocupaciones de salud y bienestar



Asesores de Medicare

Heartland RV se asoció con la Agencia Grace para ayudar a los miembros de nuestro equipo y a los seres queridos que puedan tener preguntas sobre Medicare.

Medicare es confuso, y queremos asegurarnos de que ayudamos a que comprenda las opciones disponibles para asegurar que usted, un familiar o un amigo tome las mejores decisiones posibles.

La mayoría de los estadounidenses son elegibles para Medicare a los 65 años. Lamentablemente, no entienden bien lo que eso significa para ellos o qué hacer al respecto. Aquellos que todavía trabajan y ya cumplieron 65 años, por lo general solo conservan su seguro de trabajo sin consultar con un experto en Medicare autorizado para obtener asesoramiento.

Nuestros Servicios

Consultoría de selección de planes

Queremos que encuentre el plan de seguro de Medicare que se adapte perfectamente a sus necesidades, por eso ofrecemos un servicio de consultoría integral sin cargo para ayudarlo a tomar una decisión informada. Esto comienza con ayudarlo a comprender cómo y cuándo solicitar Medicare y otros programas gubernamentales para los que puede calificar. Luego, lo ayudamos a encontrar un plan que funcione con sus médicos, cubra sus medicamentos y se ajuste mejor a su presupuesto.

Servicio al Cliente

Una vez que lo hayamos ayudado con el proceso de selección de un plan, queremos asegurarnos de que comprenda completamente cómo utilizar los beneficios del plan que ha seleccionado. Queremos que quede plenamente satisfecho con los productos que le presentamos y el servicio que le ofrecemos. Es por eso que no solo brindamos asesoramiento profesional antes de que tome una decisión, sino que también estamos allí para ayudarlo después. Brindamos soporte confiable cuando tenga preguntas sobre cómo utilizar sus beneficios, por lo que no tendrá que depender de un sistema automatizado para obtener ayuda.

Los asociados de la Agencia Grace son expertos en opciones de seguro de Medicare y también entienden los detalles de nuestro plan de seguro grupal actual. Muchos planes de Medicare tienen primas o deducibles bajos, o en algunos casos nulos, y también vienen con servicios dentales, de visión y otros adicionales como membresías de gimnasio.

Si desea ponerse en contacto con ellos para evaluar su situación específica o para ayudar a un ser querido, comuníquese al 800-791-4840. También puede enviarles un correo electrónico a info@graceagency.org.

Nuestro Compromiso

Calidad

Todo lo que hacemos se centra en brindar servicios del más alto nivel de calidad. Queremos que esté 100% satisfecho.

Eficiencia

Nos enorgullecemos de nuestros procedimientos y soluciones eficientes y nos esforzamos continuamente por mejorar para ofrecer resultados de manera más eficaz.



Términos de uso común

COPAGO: Un co-pago, o copago, es una contribución limitada definida en la póliza y pagada por una persona asegurada cada vez que se accede a un servicio médico. Debe pagarse antes de que cualquier beneficio de la póliza sea pagadero por una compañía de seguros.

COSEGURO: Un pago hecho por la persona cubierta además del pago hecho por el plan de salud por los cargos cubiertos, compartido según un porcentaje. Por ejemplo, el plan de salud puede pagar el 80% del cargo permitido, y la persona cubierta es responsable del 20% restante. El monto del 20% se denomina entonces monto de coaseguro.

DEDUCIBLE: Un deducible es el monto que usted debe pagar cada año antes de que su compañía comience a pagar por los servicios. Si tiene un plan PPO, generalmente hay un deducible superior separado para el uso de proveedores fuera de la red.

EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD (EOI):

Esta es la información médica que debe proporcionar y que requiere la revisión y aprobación de la compañía de seguros ANTES de que la cobertura se haga efectiva. Esto puede incluir los registros médicos y un examen físico.

DENTRO DE LA RED: Se refiere al uso de proveedores que participan en la red de proveedores del plan de salud. Muchos planes de beneficios alientan a los miembros a utilizar proveedores participantes de la red para reducir los gastos de desembolso.

RECETAS POR CORREO: Utilizadas para los medicamentos de mantenimiento, los miembros pueden pedir y renovar sus recetas a través del correo postal, internet, fax o teléfono. Una vez renovadas, las recetas se envían por correo directamente al domicilio del miembro.

MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO:

Medicamento que se prevé tomar regularmente durante varios meses para tratar una enfermedad crónica como la diabetes, la hipertensión arterial y el asma. Esto también incluye los anticonceptivos.

MÁXIMO DE GASTOS DE DESEMBOLSO: Los montos que una persona cubierta debe pagar antes de que sus beneficios sean pagados al 100%. El deducible, los copagos y el coaseguro pueden aplicarse al máximo de gastos de desembolso, dependiendo del plan.

FUERA DE LA RED: El uso de proveedores de atención médica que no tienen contrato con el plan de salud para prestar servicios. Por lo general, los miembros de las HMO no tienen cobertura para los servicios fuera de la red, excepto en situaciones de emergencia. Los miembros inscritos en las Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO) y en la cobertura de Punto de Servicio (POS) pueden acudir fuera de la red, pero pagarán costos de desembolso más altos.

PROVEEDOR PARTICIPANTE: Médicos, hospitales y profesionales de la salud individuales que tienen un contrato para prestar servicios a sus miembros a una tarifa de descuento y que se les paga directamente por los servicios cubiertos.

PCP (MÉDICO DE CABECERA):

Un médico seleccionado por el miembro, que forma parte de la red del plan, que proporciona atención de rutina y coordina otros servicios de atención de especialidad. El PCP debe ser seleccionado de la red que corresponde al plan al que está afiliado. El médico que usted elija como su PCP puede ser un médico de familia o general, internista, ginecólogo o pediatra.

ATENCIÓN PREVENTIVA: Atención prestada por un médico para promover la salud y prevenir futuros problemas de salud para un miembro que no presenta ningún síntoma. Ejemplos de ello son los exámenes físicos de rutina y las vacunas.

DERIVACIÓN: Una recomendación escrita de un médico para que un miembro pueda recibir atención de un médico o centro especializado.

ESPECIALISTA: Un médico participante que proporciona atención no rutinaria, como un dermatólogo u ortopedista.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

MÉDICA		
Anthem Blue Cross Blue Shield	www.anthem.com	866-350-7596
Línea de ayuda de enfermería 24/7	www.anthem.com	888-596-9473
Salud Mental/Abuso de Sustancias (Pre-Certificación)	www.anthem.com	866-776-4793
LiveHealth Online Medical: Visite a un médico 24/7	Livehealthonline.com	888-548-3432
MEDICAMENTOS RECETADOS		
IngenioRx	www.anthem.com	833-284-7515
Autorización previa	www.anthem.com	833-293-0659
Farmacia a domicilio	www.anthem.com	833-203-1742
Farmacia de especialidad	www.anthem.com	833-255-0645
DENTAL		
Delta Dental	www.deltadentalin.com	800-524-0149
VISIÓN		
VSP	www.vsp.com	800-877-7195
DE VIDA VOLUNTARIO, DE VIDA PARA CÓNYUGE/HIJO, AD&D VOLUNTARIO Y POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO		
MetLife	www.metlife.com	800-243-8786
ACCIDENTE Y ENFERMEDAD GRAVE		
AFLAC	www.aflacgroupinsurance.com	800-433-3036
UNIVERSAL LIFE		
Trustmark	www.trustmarksolutions.com	877-201-9373
401K		
Fidelity	www.401k.com	800-835-5097
ASESORES DE MEDICARE		
Agencia Grace	info@graceagency.org	800-791-4840
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)		
LifeWorks	Metliffeap.lifeworks.com	888-319-7819
RECURSOS HUANOS		
Departamento de beneficios	human.resources@heartlandrvs.com	574-266-8726

AVISOS MANDATORIOS

AVISOS IMPORTANTES Y OBLIGATORIOS SOBRE ESTA GUIA ESTAN INCLUIDOS

Las responsabilidades fiduciarias incluyen cerciorarse de que el plan de salud cumpla con ERISA, ACA y otras regulaciones estatales y federales. Incluso si los empleadores utilizan proveedores de servicio externos para gestionar el plan, existen aún ciertas funciones que hacen de un empleador un fiduciario. Se recomienda que los patrocinadores del plan mantengan documentos globales de registro por hasta siete años.

Insurance Office of America no tiene la intención de que usted utilice esta guía en sustitución de asesoramiento jurídico. Es nuestra recomendación que usted se comunique con su Asesor Legal para obtener mayor orientación en todos los asuntos sobre el cumplimiento. Ya que esta información es un breve resumen, sírvase consultar las regulaciones federales para obtener información específica. Asimismo, sírvase tomar en cuenta que los Estados pueden tener leyes adicionales que protegen más a las personas.

Si usted (y/o sus dependientes) tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le da más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Por favor, consulte las páginas 29 – 30 para más detalles.

Aviso Importante:

Aviso de Cobertura Acreditada de la Parte D de Medicare

Lea este aviso cuidadosamente y manténgalo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual para medicamentos recetados con Thor Motor Coach y sobre sus opciones conforme a la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no unirse al plan de medicamentos de Medicare. Si usted está considerando unirse, usted debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué precio, con la cobertura y costos de los planes que ofrecen cobertura para medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede usted obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura para medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso. Existen dos aspectos importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual y la cobertura para medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura para medicamentos recetados de Medicare se hizo disponible en el año 2006 para todas las personas que cuentan con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si usted se une al Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o a un Plan de Ventajas de Medicare (como HMO o PPO) que ofrecen cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan por lo menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Asimismo, algunos planes pueden ofrecer más cobertura para una prima mensual más elevada.
2. Heartland ha determinado que se espera que la cobertura para medicamentos recetados ofrecida por Anthem, en promedio para todos los participantes del plan, pague la misma cantidad que paga la cobertura para medicamentos recetados de Medicare estándar y por lo tanto se considera Cobertura Acreditada. Debido a que su cobertura existente es una Cobertura Acreditada, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más elevada (una sanción penal) si usted decide más tarde unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo se puede unir a un Plan de Medicamentos de Medicare?

Usted puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando primero sea elegible para Medicare y cada año desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si usted pierde su cobertura actual acreditada para medicamentos recetados, sin que sea culpa suya, usted también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué le sucede a su cobertura actual si usted decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, la cobertura de su plan grupal como empleado, o dependiente o cónyuge de un empleado activo, los planes grupales con <20 vidas no se verán afectados. Hay coordinación de beneficios y Medicare será su cobertura principal y el plan grupal se convertirá en su cobertura secundaria. Hay coordinación de beneficios y Medicare será su cobertura principal y el plan grupal se convertirá en su cobertura secundaria.

No obstante, si usted renuncia a la cobertura actual conforme al plan grupal y se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, usted no podrá volver a inscribirse para la cobertura para medicamentos recetados ni para la cobertura médica hasta el siguiente período de inscripción anual, o tras un evento trascendental de la vida para el que se permite la inscripción, si es con anterioridad (y solo si usted es elegible para la cobertura al momento de que su nueva inscripción se haga efectiva). Asimismo, su cobertura actual paga por los gastos médicos, además de los medicamentos recetados, y si usted elige renunciar a su cobertura para medicamentos recetados, usted también debe renunciar a su cobertura médica.

Si usted (o un dependiente/cónyuge) está cubierto conforme al plan grupal a través de COBRA y luego está cubierto por Medicare, la cobertura para medicamentos recetados y la cobertura médica conforme al plan grupal serán canceladas, si la ley lo permite. Una vez que usted deje de estar cubierto por COBRA, puede que usted no reestablezca su cobertura COBRA conforme al plan grupal.

Por consiguiente, antes de decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare, usted debe comparar cuidadosamente su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos, con la cobertura y costos de los planes de medicamentos de Medicare en su área. Sírvase consultar la descripción del plan resumido del plan grupal para información sobre la cobertura, cómo el plan grupal coordina con Medicare y cuándo termina la cobertura conforme al plan grupal.

¿Cuándo pagará una prima más elevada (sanción penal) para unirse a un Plan de Medicamentos de Medicare?

Usted también debe saber que si usted renuncia o pierde su cobertura actual conforme al plan grupal y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos luego de que termine su cobertura actual, usted puede pagar una prima más elevada (una sanción penal) para unirse más adelante a un plan de medicamentos de Medicare.

Aviso Importante:

Aviso de Cobertura Acreditable de la Parte D de Medicare

Si usted lleva 63 días continuos o más sin una cobertura acreditable para medicamentos recetados, su prima mensual puede incrementarse en por lo menos el 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que usted no contó con esa cobertura.

Por ejemplo, si usted estuvo diecinueve meses sin una cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente por lo menos 19% más elevada que la prima base del beneficiario de Medicare. Puede que usted tenga que pagar esta prima más elevada (una sanción penal) siempre que usted tenga la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Además, usted puede tener que esperar hasta el siguiente octubre para unirse.

Para recibir mayor información sobre este aviso o su cobertura actual para medicamentos recetados.

Comuníquese con su Administrador de Beneficios para Empleados de Recursos Humanos para recibir mayor información. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Usted también lo obtendrá antes del siguiente período en el que usted puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare, y si la cobertura del plan grupal cambia. Asimismo, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para recibir mayor información sobre sus opciones conforme a la cobertura para medicamentos recetados de Medicare.

La información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrece la cobertura para medicamentos recetados se encuentra en el manual de "Medicare y Usted". Cada año usted podrá obtener una copia del manual en el correo de Medicare. Usted también puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para recibir mayor información sobre la cobertura para medicamentos recetados de Medicare:

- Visite la Sitio web www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (vea la contraportada de su copia del manual de "Medicare y Usted" para ver su número de teléfono) para buscar ayuda personalizada.
- Llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
- Los usuarios de TTY deben llamar al número 1-877-486-2048.
- Si usted cuenta con ingresos y recursos limitados, se dispone de ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Para mas información sobre esta ayuda adicional, visite la página de internet de la oficina de Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llámelos al número 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

HIPAA Aviso de Derechos de Inscripción Especial

Si usted está rechazando la inscripción para usted mismo o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a otra cobertura del plan de salud grupal o seguro médico, es probable que usted pueda inscribirse a usted mismo o a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para dicha cobertura (o si el empleador deja de contribuir con su otra cobertura o la otra cobertura de sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que su otra cobertura o la de sus dependientes termine.

Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción, o entrega en adopción, usted puede inscribirse a usted mismo y a sus dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del evento calificante.

Si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para la cobertura conforme a Medicaid o al Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) o se vuelve elegible para un subsidio de asistencia para prima conforme a Medicaid o CHIP, usted puede inscribirse a usted mismo y a sus dependientes. Usted debe solicitar inscripción dentro de los 60 días de la pérdida de la cobertura del CHIP o Medicaid o la determinación de la elegibilidad para un subsidio de asistencia para prima.

Los empleados actuales y sus dependientes son elegibles para una inscripción especial si:

- El empleado o el dependiente pierde elegibilidad para otra cobertura debido a que:
 - o La cobertura se ofrece conforme a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA), y el período completo de cobertura conforme a COBRA se agotó;
 - o La cobertura no era una cobertura conforme a COBRA y la cobertura terminó debido a la pérdida de elegibilidad para la cobertura; o
 - o La cobertura no era una cobertura conforme a COBRA y las contribuciones del empleador para la cobertura se terminaron.

Una pérdida de elegibilidad para la cobertura incluye, entre otros, lo siguiente:

- Pérdida de elegibilidad para la cobertura como resultado de una separación legal, divorcio, cese de la condición de dependiente (como cumplir la edad máxima para ser elegible como un hijo dependiente conforme al plan), muerte de un empleado, cese de la relación laboral, reducción en el número de horas de empleo, o cualquier pérdida de elegibilidad para la cobertura luego de un período que se mide por referencia a cualquiera de estos eventos;

AVISOS MANDATORIOS

- En caso de cobertura ofrecida a través de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) en el mercado individual que no proporciona beneficios a personas que ya no residen, viven o trabajan en el área de servicio, pérdida de la cobertura debido a que una persona ya no reside, vive o trabaja en el área de servicio (sea fuera o dentro de la elección de la persona);
- En caso de cobertura ofrecida a través de una HMO en el mercado grupal que no provee beneficios a personas que ya no residen, viven o trabajan en el área de servicio, pérdida de la cobertura debido a que una persona ya no reside, vive o trabaja en el área de servicio (sea fuera o dentro de la elección de la persona); y ningún otro paquete de beneficios está disponible para la persona: y
- Una situación en la que un plan ya no ofrezca ningún beneficio para clases de personas con una situación similar que incluye al individuo.

La pérdida de elegibilidad no incluye una pérdida que resulte del incumplimiento de pago del empleado o dependiente de las primas de manera oportuna o el término de la cobertura por un motivo (como hacer reclamaciones fraudulentas o una declaración falsa intencional de un hecho material relacionado con el plan).

Para solicitar una inscripción especial u obtener mayor información, sírvase contactar a Recursos Humanos.

Modelo de aviso general de los derechos de la cobertura de continuación de COBRA **Derechos de la cobertura de continuación conforme a la ley COBRA**

INTRODUCCIÓN

Le enviamos este aviso porque recientemente obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, el momento en el que usted y su familia pueden recibirla, y lo que usted puede hacer para proteger su derecho a obtenerla. Al ser elegible para la cobertura de COBRA, también puede ser elegible para otras opciones que pueden costarle menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA se originó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985. Usted y otros familiares suyos pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando se termine la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones conforme al Plan y a la ley federal, debe revisar el resumen de la descripción del Plan o comunicarse con el administrador del Plan.

Al perder la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros médicos, puede cumplir con los requisitos para tener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Asimismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepta afiliados de último momento.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería terminar debido a un evento determinado de la vida. Este acontecimiento también se conoce como “evento específico”. Los eventos específicos se incluyen más abajo en este aviso. Después de un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un “beneficiario que cumple con los requisitos”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplan con los requisitos si la cobertura del Plan se pierde debido al evento específico. Según el Plan, los beneficiarios que cumplan con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar la cobertura de continuación de COBRA. Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- sus horas de empleo se reducen; o
- su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- su cónyuge muere;
- las horas de empleo de su cónyuge se reducen;
- el empleo de su cónyuge termina por un motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge;
- su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

AVISOS MANDATORIOS

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- el empleado cubierto muere;
- las horas de empleo del empleado cubierto se reducen;
- el empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto;
- el empleado cubierto adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- los padres se divorcian o se separan legalmente; o el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios que cumplan con los requisitos solamente después de que se le informe al administrador del Plan que ha ocurrido un evento específico. El empleador debe notificar los siguientes eventos habilitantes al administrador del Plan:

- la terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo;
- la muerte del empleado;
- el hecho de que el empleado adquiriera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los otros eventos específicos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan en los 60 días (o ingrese el período más prolongado permitido por el Plan) posteriores a que se produzca el evento habilitante. Debe proporcionarle este aviso a: 601 East Beardsley Ave. Elkhart, IN 46514 (574) 970-7460

¿CÓMO SE PROPORCIONA LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Después de que el administrador del Plan recibe el aviso de que se ha producido un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumplan con los requisitos. Cada beneficiario que cumpla con los requisitos tendrá su propio derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA.

Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de su cónyuge y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación temporal de la cobertura debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, y en general dura 18 meses. Determinados eventos específicos, o un segundo evento específico durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay otros motivos por los cuales este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA puede prolongarse:

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia que esté cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le avisa al respecto al administrador del Plan en el plazo correspondiente, usted y toda su familia pueden recibir una extensión adicional de hasta 11 meses de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

Extensión por un segundo evento específico del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si su familia sufre otro evento específico durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se le avisa al Plan como corresponde acerca del segundo evento específico. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA en el caso de que el empleado o ex empleado muera, adquiriera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento específico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento específico.

¿HAY OTRAS OPCIONES DE COBERTURA ADEMÁS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un "período de inscripción especial". Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

AVISOS MANDATORIOS

¿Puedo inscribirme en Medicare, en caso de ser elegible, después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, después del período de inscripción inicial, hay un período de inscripción especial de 8 meses^[1] para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza cuando ocurre lo primero de lo siguiente:

- El mes posterior a la finalización del empleo.
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basada en el empleo actual.

Si elige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y desea inscribirse en Medicare Parte B después de que finalice su cobertura de continuación, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Si se inscribe inicialmente en Medicare Parte A o B después de elegir la cobertura de continuación COBRA, el plan puede terminar su cobertura de continuación (sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede descontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA).

Si está inscrito tanto en COBRA como en Medicare, Medicare será generalmente el pagador principal. Es posible que algunos planes “disminuyan” el monto que Medicare pagaría en caso de ser el pagador principal, incluso si usted no está inscrito.

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

SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Atención Médica (de bajo costo) y la Protección al Paciente, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área, o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA).

Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite www.HealthCare.gov.

INFORME A SU PLAN SI CAMBIA DE DIRECCIÓN

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia, para su registro, de todos los avisos que le envíe al administrador del Plan.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN
Human Resources Benefits Department
Human.resources@heartlandrvs.com

¹www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-period

Continuación de Cobertura Estatal

Debido al tamaño, su plan grupal no se incluye en los lineamientos federales de COBRA. Sin embargo, usted tiene disponible la opción de continuación estatal para usted. Esta opción es similar a la ley COBRA federal en que se le permite mantener su cobertura luego de que su empleo termine. Esta es diferente en que no se requiere que un administrador lo contacte para saber acerca de sus opciones. Por lo tanto, una vez que su cobertura termine, es su responsabilidad contactar a su compañía aseguradora mediante el número de afiliación en la parte trasera de su tarjeta de identidad para hacer los arreglos para que su cobertura continúe. Su empleador no tiene la responsabilidad para concertar la continuación de su cobertura.

Ley de licencia médica y familiar (FMLA)

La Ley de licencia médica y familiar (FMLA) le da derecho a los empleados elegibles de empleadores cubiertos a tomar permisos laborales protegidos, no pagados por razones específicas familiares y médicas con la continuación de la cobertura del seguro médico grupal conforme a los mismos términos y condiciones como si el empleado no se hubiera ido de permiso.

La FMLA aplica para:

- Empleadores privados con 50 o más empleados en al menos 20 semanas del año calendario actual o anterior;
- Agencias públicas, incluyendo empleadores estatales, locales y federales; y
- Agencias de educación local (cubiertas conforme con las disposiciones especiales).

Un empleado es elegible para el permiso de FMLA si él o ella:

- Trabajó para el empleador por al menos 12 meses (que no necesita ser de manera consecutiva);
- Haber trabajado por lo menos 1,250 horas para el empleador durante el período de 12 meses inmediatamente antes del permiso; y
- Es empleado en una ubicación donde el empleador tiene por lo menos 50 empleados dentro de un radio de 75 millas.

La cobertura del plan de salud grupal durante el permiso de FMLA se mantiene en los mismos términos como si el empleado hubiera continuado trabajando, si estos beneficios se proporcionaron antes de que se tomará el permiso. Un empleado puede requerir pagar la porción regular de primas durante el permiso de FMLA.

AVISOS MANDATORIOS

Ley de los Derechos del Empleo y Re-empleo de los Servicios Uniformados (USERRA)

La Ley de los Derechos del Empleo y Re-empleo de los Servicios Uniformados (USERRA) protege los derechos laborales de las personas que voluntariamente o involuntariamente dejan sus puestos de trabajo para cumplir el servicio militar o cierto tipo de servicio en el Sistema Médico Nacional de Desastres. USERRA también prohíbe que los empleadores discriminen en contra de los miembros de los servicios uniformados anteriores y presentes, y los candidatos para ingresar a los servicios uniformados.

USERRA aplica para todos los empleadores, independientemente de su dimensión (incluyendo los empleadores gubernamentales estatales, locales y federales). Si usted deja su trabajo para realizar servicio militar, usted tiene el derecho a elegir continuar con su cobertura del plan de salud existente con base en el empleador para usted y sus dependientes por hasta 24 meses mientras se encuentra cumpliendo su servicio militar.

Incluso si usted elige continuar la cobertura durante su servicio militar, usted tiene el derecho a ser restablecido en el plan de salud de su empleador cuando se le vuelva a contratar generalmente sin esperar ningún período de espera o exclusiones (por ejemplo, exclusiones de condición preexistente) excepto por lesiones o enfermedades conectadas al servicio.

Si se ausenta del trabajo por menos de 31 días, no se le exige que pague más por la cobertura que la parte que se cobra a los empleados que trabajan activamente. Para ausencias más prolongadas, se le puede cobrar no más que el 102 por ciento de la prima completa o el costo para el plan.

Health Insurance Marketplace

La ley de reforma de atención médica crea un nuevo Marketplace para adquirir la cobertura del seguro de salud, también denominado un intercambio. Los subsidios federales para personas elegibles estarán disponibles a través de Marketplace. La elegibilidad se determina con base en muchos factores, incluyendo los ingresos como el acceso a otra cobertura. Usted no será elegible para los subsidios si se le ofreció una cobertura a través de su empleador que se consideró "asequible" y proporciona un "valor mínimo" de acuerdo con las regulaciones. Para asegurar que los contribuyentes reciban el monto de subsidio correcto, Marketplace reporta cierta información al IRS. Al final del año, el monto del subsidio se volverá a calcular utilizando el ingreso familiar del contribuyente tal como se reportó en su declaración de impuestos, y cualquier diferencia en los montos se reconciliará. Si el ingreso del contribuyente ha aumentado del monto que él o ella reportó a Marketplace, y como resultado recibió un subsidio mucho mayor al que él o ella tuvo derecho, dicha persona puede tener que reembolsar parte de su subsidio.

El período de inscripción abierta de Marketplace puede o no corresponder con el período de inscripción abierta de su empleador. La adquisición de cobertura a través de Marketplace puede o no ser un evento calificante para cambiar o renunciar a su cobertura a través de su empleador. Sírvase consultar con Recursos Humanos para recibir detalles adicionales.

Si usted compra un plan de salud a través del Marketplace en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, entonces usted puede perder la contribución del empleador (si existe) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador (así como su contribución del empleado a la cobertura ofrecida por el empleador) a menudo se excluye de los ingresos para propósitos de impuestos federales y estatales. Sus pagos para la cobertura a través del Marketplace se hacen sobre una base después de impuestos.

Ciertos eventos le pueden permitir inscribirse en Marketplace luego del período de inscripción abierta. Estos eventos incluyen, entre otros: pérdida de la cobertura esencial mínima, matrimonio, nacimiento, o entrega en adopción, cobertura del empleador que es no calificado, obtención de la ciudadanía o situación migratoria calificada.

Más información sobre la ley de reforma de atención médica y Marketplace está disponible en la Sitio web www.healthcare.gov. Se puede proporcionar una copia del Aviso de Marketplace completo por Recursos Humanos.

Derechos de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Movilidad del Seguro de Salud (HIPAA)

Las Normas de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Movilidad del Seguro de Salud (HIPAA) establecen un nivel de protección de la privacidad uniforme y mínimo para toda la información médica. Las normas permiten a los proveedores de atención médica, planes de salud, y consorcios de atención de salud (Entidades cubiertas) utilizar y divulgar su información de salud personalmente identificable (PHI) para fines del tratamiento, pago o de las operaciones de la atención médica.

En general, cualquier uso o divulgación no considerada tratamiento, pago o una operación de atención médica requiere su autorización escrita, a menos que se aplique una excepción.

Si usted cuenta con la cobertura de seguro de salud, la compañía aseguradora o el plan de salud también proporcionará un Aviso de Prácticas de Privacidad inmediatamente después de que usted se inscriba en el plan. Es importante que usted lea el Aviso de Prácticas de Privacidad para entender sus derechos y para que conozca con quién comunicarse si usted siente que se han violado sus derechos de privacidad. Comuníquese con Recursos Humanos para solicitar una copia del aviso de privacidad de la HIPAA.

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998

Si usted está inscrito en un plan de salud que cubre los costos quirúrgicos y médicos de una mastectomía, la WHCRA establece que su plan también debe cubrir los costos de ciertas cirugías reconstructivas y otros beneficios posteriores a la mastectomía.

Si usted ha tenido o va a tener una mastectomía, usted puede tener derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados a la mastectomía, se proporcionará la cobertura de una manera determinada en colaboración con el médico responsable y el paciente, para:

AVISOS MANDATORIOS

- Todas las etapas de reconstrucción de mama en la se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados conforme a este plan. Por lo tanto, los deducibles y los coseguros del plan en el que se inscribió se aplicarán.

Si le gustaría recibir más información sobre los beneficios de WHCRA, comuníquese con su administrador del plan o Recursos Humanos.

Declaración de los Derechos conforme a la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Mamás

La Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Mamás (NMHPA) le brinda protección a las mamás y a sus hijos recién nacidos con respecto a la duración de la estancia hospitalaria luego del parto. El NMHPA establece límites sobre los beneficios que se proporcionan para las estancias hospitalarias luego del parto. Sin embargo, nada en la ley o regulaciones requiere que una madre dando a luz en un hospital o que la estancia hospitalaria sea por un período de tiempo específico luego del parto. Además, es posible que no se requiera que los planes de salud grupales brinden beneficios para la estancia hospitalaria relacionados con el parto. Sin embargo, si el plan proporciona estos beneficios, debe cumplir con los requisitos mínimos de la NMHPA.

Los planes de salud grupal y las compañías de seguro médico generalmente no pueden, conforme con la ley federal, restringir los beneficios de cualquier duración de estancia hospitalaria en relación con el parto para la madre o el hijo recién nacido a menos de 48 horas luego de un parto vaginal, o a menos de 96 horas luego de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o recién nacido, luego de consultarlo con la madre, darle de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según corresponda). De acuerdo con la ley federal, los planes y las compañías de seguro médico, en ningún caso, podrán exigirle al proveedor que obtenga autorización del plan o de la compañía de seguro médico para prescribir una duración de estancia hospitalaria que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

La NMHPA y las regulaciones finales no aplican para la cobertura de seguro médico (y los planes de salud grupal que proporcionan beneficios solo a través de la cobertura de seguro médico) en ciertos estados que han adoptado leyes similares a la NMHPA. Comuníquese con su Administrador del Plan o Recursos Humanos para recibir detalles específicos con respecto a su cobertura.

Ley de Michelle

El 1 de enero de 2010 entró en vigor una nueva ley importante. La nueva ley, conocida como la “Ley de Michelle”, expande la cobertura y las obligaciones de notificación para los estudiantes universitarios elegibles.

¿Qué requiere la ley? Todos los planes de salud grupal deben permitir que un estudiante universitario con una “lesión o enfermedad seria” permanezca elegible para la cobertura de dependientes activos por 12 meses, incluso si él o ella ya no califica como un estudiante a tiempo completo. Los requisitos específicos son:

- La persona debe estar cubierta como un estudiante a tiempo completo, como se define en el plan, en una institución educativa postsecundaria inmediatamente antes de cualquier enfermedad o lesión seria.
- El estudiante debe experimentar una lesión o enfermedad seria que requiera un permiso para ausentarse necesario desde el punto de vista médico o un cambio en el estado de inscripción de tiempo completo a medio tiempo necesario desde el punto de vista médico.
- Un médico debe verificar la enfermedad o lesión por escrito y certificar el permiso o cambio en el estado de inscripción como médicamente necesario.
- El Plan de Salud debe permitir que el estudiante permanezca cubierto como un participante/dependiente activo 12 meses después de que comience el permiso para ausentarse. La prima regular aplicará durante estos 12 meses.
- Sin embargo, los 12 meses no extienden la cobertura más allá de otro evento independiente que terminaría el estado activo/ dependiente, como el cese de la relación laboral del padre o que el estudiante exceda el límite de edad del plan.
- La cobertura de COBRA no se ofrecería hasta después de que el período especial de 12 meses haya expirado, a menos que el estudiante regrese al estado de tiempo completo y siga siendo elegible conforme a los otros términos del plan.

Expansión de la Cobertura de Atención Preventiva para las Mujeres

La Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) requiere que los planes de salud cubran ciertos servicios de atención preventiva para los participantes sin costo extra, incluso si no se ha cumplido el deducible. Este requisito incluye atención preventiva adicional para las mujeres.

Los siguientes puntos se incluyen en esta cobertura:

- Visitas de bienestar de la mujer (visitas de atención preventiva anual en las que las mujeres menores a los 65 años de edad obtienen servicios preventivos recomendados)
- Exámenes para detectar diabetes gestacional para los mujeres de 24 a 28 semanas de embarazo, y a las mujeres que se consideran en alto riesgo

AVISOS MANDATORIOS

- Prueba para detectar el virus del papiloma humano (VPH) para las mujeres con 30 años de edad y mayores, una vez cada tres años
- Asesoramiento anual para VIH e infecciones de transmisión sexual, más una prueba anual para detectar VIH para todas las mujeres sexualmente activas
- Anticonceptivos y asesoramiento sobre anticonceptivos. (No se requiere que ciertos empleadores religiosos, como iglesias, cubran los métodos anticonceptivos)
- Apoyo, suministro y asesoramiento para la lactancia materna
- Evaluación y asesoramiento de la violencia doméstica

Asegúrese de verificar las normas específicas de su plan antes de recibir atención. Las normas de atención preventiva no aplican a los planes de salud que tienen un estado de “derechos adquiridos” conforme a la ACA.

A pesar de que se requiere que los planes proporcionen estos servicios gratuitamente, ellos tienen la opción de utilizar medidas de control de costos, como requerir que un paciente pague por un fármaco de marca incluso si se dispone de un fármaco genérico similar, o cobrar un copago por los servicios preventivos recibidos en centros fuera de la red.

Comuníquese con su Administrador del Plan o Recursos Humanos para recibir una lista completa de servicios de salud preventivos.

Aviso de Protección al Paciente

Cuando sea aplicable, es importante que las personas inscritas en un plan o cobertura de seguro médico sepan sus derechos a (1) elegir un proveedor de atención primaria o un pediatra cuando un plan o compañía de seguro médico requiera la designación de un médico de atención primaria; u (2) obtener atención ginecológica u obstétrica sin autorización previa. Anthem generalmente permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene el derecho a designar cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo o aceptar a los miembros de su familia. Hasta que usted realice esta designación, Anthem designará uno para usted. Para recibir información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria, y para recibir una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con el administrador del plan. Para los planes y compañías de seguro médico que requieren o permiten la designación de un proveedor de atención primaria para un niño, agregue: Para niños, usted puede designar un pediatra como el proveedor de atención primaria. Para los planes y compañías de seguro médico que proporcionan cobertura para atención obstétrica o ginecológica y que requieren la designación de un proveedor de atención primaria por un participante o beneficiario, agregue: Usted no necesita la autorización previa de Anthem o de cualquier otra persona (incluyendo un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención de la salud en nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología.

Sin embargo, el profesional de atención de la salud puede requerir cumplir con ciertos procedimientos, incluyendo obtener la autorización previa para ciertos servicios, luego de un plan de tratamiento preaprobado, o procedimiento para realizar las referencias. Para recibir una lista de profesionales de atención de salud que se especialicen en obstetricia o ginecología, comuníquese con el administrador del plan.

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

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

www.cuidadodesalud.gov.

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

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

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

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2021. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

AVISOS MANDATORIOS

ALABAMA – Medicaid Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	KENTUCKY – Medicaid Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx
ALASKA – Medicaid El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	LOUISIANA – Medicaid Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
ARKANSAS – Medicaid Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	MAINE – Medicaid Sitio web por inscripción: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 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 Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711
CALIFORNIA – Medicaid Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ Teléfono: 1-800-862-4840
COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Plan de Salud Infantil Plus (CHP+) Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943 / retransmisor del estado: 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991 / retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	MINNESOTA – Medicaid Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739
FLORIDA – Medicaid Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268	MISSOURI – Medicaid Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
GEORGIA – Medicaid Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext. 2131	MONTANA – Medicaid Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084
INDIANA – Medicaid Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584	NEBRASKA – Medicaid Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: (855) 632-7633 Lincoln: (402) 473-7000 Omaha: (402) 595-1178
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki) Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562	NEVADA – Medicaid Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
KANSAS – Medicaid Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm Teléfono: 1-800-792-4884	NUEVO HAMPSHIRE - Medicaid Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oi/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218

AVISOS MANDATORIOS

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ . Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710
NUEVA YORK - Medicaid
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://dma.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100
CAROLINA DEL SUR - Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825
DAKOTA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
OREGÓN – Medicaid
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx o http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462
RHODE ISLAND – Medicaid
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov . Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-262-0311(Direct Rite Share Line)
TEXAS – Medicaid
Sitio web: http://pontehiptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT– Medicaid
Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.coverva.org/es/famis-select https://www.coverva.org/es/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924

VIRGINIA OCCIDENTAL– Medicaid
Sitio web: http://mywvhipp.com/ Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022
WISCONSIN - Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf Teléfono: 1-800-362-3002
WYOMING - Medicaid
Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2020, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (EE.UU.) Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Centros para Servicios de Medicare y Medicaid www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Opción del menú 4, Ext. 61565

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

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

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

AVISOS MANDATORIOS

AVISOS SOBRE LOS CAMBIOS AL WELFARE BENEFIT PLAN DE THOR INDUSTRIES, INC.

Para lograr bajar los costos anuales, el estado de Michigan promulgó recientemente cambios significativos al seguro Sin Culpa de vehículos motorizados (No-Fault motor vehicle Insurance)

En Michigan la ley permite que los residentes que también participan en un plan de salud, mantengan una cobertura sin límites o que seleccionen Seguro de Lesiones de Protección Personal con siglas en inglés (PIP) Personal Injury Protection con gradas de \$250,000 a \$500,000.

Como residente de Michigan usted tiene la opción de declinar el seguro Médico y seguro Sin Culpa de vehículos motorizados (No-Fault motor vehicle Insurance) siempre y cuando usted tenga (1) un plan médico que sea "qualified health coverage". Esto significa que el plan debe tener como deducible \$6,000 anuales o menos por individuo y (2) no excluya cobertura de lesiones accidente de auto.

Usted debe tener en cuenta que no obstante la coordinación de cobertura que los planes médicos tienen, existen algunos que no cubren (PIP) Seguro de Lesiones de Protección Personal incluyendo pero no limitándose a: cuidado extenso, pérdida de ingreso, beneficios al sobreviviente, modificaciones de vivienda y/o vehículo. Cabe destacar que los beneficios de (PIP) Seguro de Lesiones de Protección Personal duran indefinidamente mientras que los beneficios de los planes médicos tienen cierto periodo dependiendo de circunstancia no anticipadas, cambios de elegibilidad y terminaciones.

En respuesta a los cambios, Thor Industries, Inc Welfare Plan ("Plan") se convierte en su (PIP) Seguro de Lesiones de Protección Personal junto al seguro Sin Culpa de vehículos motorizados (No-Fault motor vehicle Insurance). En términos generales, estos cambios significan que si usted o (dependiente cubierto) son residentes de Michigan y se lesionan en un accidente de auto:

1. El Plan no pagará los primeros \$250,000.00 de gastos médicos.
2. Deberá tener por lo menos \$250,000.00 en cobertura con su (PIP) Seguro de Lesiones de Protección Personal bajo la póliza de (No-Fault motor vehicle Insurance) seguro Sin Culpa de vehículos motorizados. (Bajo la ley anterior de Michigan en la cual era requerido tener un (PIP) Seguro de Lesiones de Protección Personal con cobertura ilimitada).
3. Gastos mayores a \$250,000,000 serán considerados por el plan y cargos remanentes que su (PIP) Seguro de Lesiones de Protección Personal no haya pagado serán pagados de manera secundaria con la coordinación de beneficios.

El documento del Plan será enmendado para brindar estos nuevos requisitos. Aunque gran cantidad de conductores serán requeridos tener un mínimo de \$250,000.00 en (PIP) Seguro de Lesiones de Protección Personal efectivo 1 de Julio 2020, algunos calificarán para \$50,000.000 o menos.

Usted deberá analizar cuidadosamente antes de seleccionar el (PIP) Seguro de Lesiones de Protección Personal menor que \$250,000.000 bajo su seguro de auto y considerar elegir el (PIP) Seguro de Lesiones de Protección Personal mayor a \$250,000.000.

Para más información sobre estos cambios en Michigan de (No-Fault motor vehicle Insurance) seguro Sin Culpa de vehículos motorizados, consulte con su proveedor de seguro de auto o comuníquese con la Administración de Plan, Thor Industries, Inc., at (574) 970-7460.



CRUISERRV
Great American Trailers.



HEARTLAND®

RECREATIONAL VEHICLES



Notas:
