

Vivir bien. Cuídate.



Navegando Sus
Beneficios de **2023**



Índice

¡Bienvenido!	3
Elegibilidad	3
Cómo Inscribirse	3
Realizando Cambios	4
Términos y Definiciones Útiles sobre Beneficios	5
Comprensión De Las Opciones De Su Plan	6
Cómo Localizar Un Proveedor En La Red	6
Cobertura Médica En La Que Usted Puede Confiar	7
Planes Médicos De Indemnización*	8
Cobertura de Medicamentos Recetados	9
Cobertura Dental Voluntaria	10
Cobertura De La Visión Voluntaria	10
Cobertura De Seguro De Vida	11
Seguro Voluntario De Vida	11
Seguro De Incapacidad A Corto Plazo (STD) Voluntario	11
Seguro Voluntario contra	
Accidentes y Enfermedades Graves	12
Avisos Importantes	13
¿Preguntas? Sus Contactos de Beneficios	34



Este comunicado resalta los puntos más destacados de sus planes de beneficio. Sus derechos y beneficios actuales son gobernados por los documentos oficiales del plan. Si existe alguna discrepancia entre este comunicado y los documentos oficiales del plan, los documentos del plan prevalecerán. Su empleador reserva el derecho de cambiar cualquier plan de beneficio sin notificación. Los beneficios no son una garantía de empleo.



¡Bienvenido!

¡Bienvenido a sus beneficios para el 2022! Utilice esta guía de beneficios como un recurso para comparar los planes y aprenda más sobre las coberturas disponibles para usted.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios, SISCO está disponible para ayudarle. Llame al (844) 631-6104 o encuentre más información en línea en www2.benefitelect.com/be/swipejobs.

Elegibilidad

Usted es elegible para recibir beneficios el primer día del mes siguiente a los 59 días de empleo.

Puede inscribir a sus dependientes elegibles en los mismos planes que elija para usted. Los dependientes elegibles incluyen a su cónyuge legal y sus hijos hasta los 26 años. Puede inscribirse para la cobertura dentro de los 30 días de su fecha de elegibilidad o durante el período de Inscripción Abierta anual.

Si no se inscribe en la cobertura dentro de los 30 días de su fecha de inicio, no recibirá cobertura de salud durante el año del plan. No podrá renunciar a la cobertura ni cambiar de plan hasta la próxima inscripción abierta a menos que tenga un cambio calificado en la situación familiar (consulte Realizando cambios para obtener más detalles).

Cómo Inscribirse

Para inscribirse usted y sus dependientes en línea, vaya a www2.benefitelect.com/be/swipejobs.

Usuarios Regresando:

1. Ingrese su nombre de usuario (username) y contraseña (password).
2. Siga los pasos para inscribirse.

Nuevos Usuarios:

1. Haga click "Register" y complete el proceso de registración.
2. Haga click "Open Enrollment Site".
3. Update your personal information on the "About You" page. Click "Continue."
4. Actualice su información personal en la página "Acerca de usted". Haga clic en "Continuar".
5. En la página "Inscripción", inscribese o renuncie a la cobertura para usted y sus dependientes.
¡Asegúrese de actualizar la información de su beneficiario!

Revise su información en el Resumen de inscripción. También se generará una declaración de confirmación.

Para inscribirse por teléfono, llame al Centro de Llamadas de CISCO al (844) 631-6104.

Realizando Cambios

Las elecciones que usted haga cuando sea elegible por primera vez continúan en vigor por el resto del año del plan que termina el 31 de diciembre. Una vez se haya inscrito, usted tiene que esperar hasta el próximo período de Inscripción Abierta para cambiar sus beneficios o agregar o cancelar cobertura para dependientes, a no ser que ocurra un cambio calificado en el estatus familiar según lo definido por el IRS. Los siguientes son unos ejemplos:

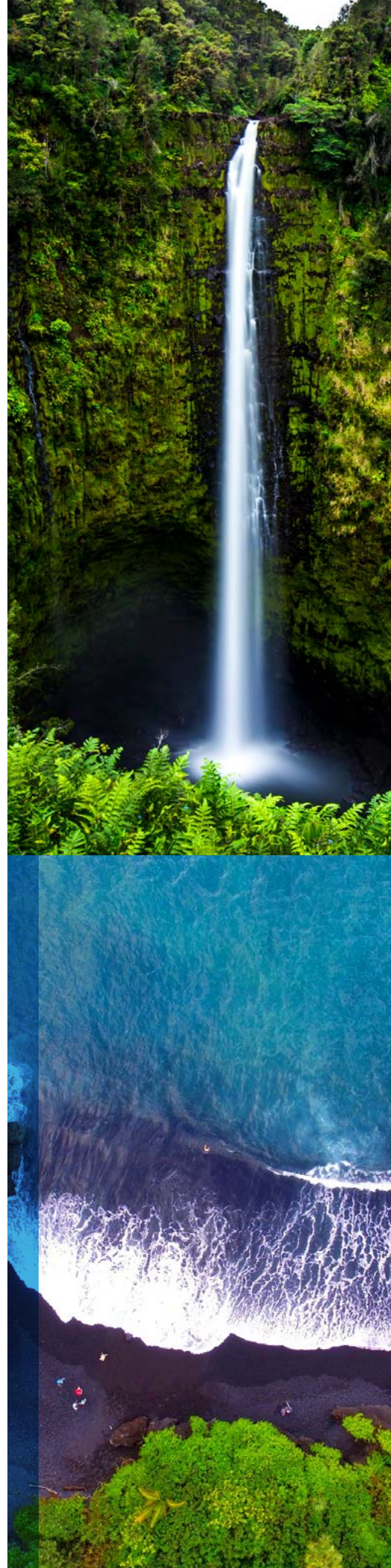
- Matrimonio, divorcio, separación legal, anulación o muerte del cónyuge
- Nacimiento, adopción o colocado para adopción
- Cambio de su residencia o lugar de trabajo (si sus opciones de beneficios cambian)
- Pérdida de otra cobertura del cuidado de la salud
- Cambio en el estatus de elegibilidad de su dependiente debido a la edad, estatus de estudiante o cualquier circunstancia similar

Tiene 30 días para realizar cambios en su cobertura por cualquiera de los eventos de la vida anteriores. **Recuerde:** Cualquier cambio que realice en su cobertura debe ser coherente con el cambio de estado

	Inscrito en un plan médico	NO inscrito en un plan médico
Cómo inscribirse	Llame al (844) 631-6104 para activar o seleccionar la cobertura al inscribirse a través de BenefitElect	Debe estar inscrito en al menos un plan voluntario: Dental o Enfermedades Graves
Copago por Televisita	MEC Plus: Copago de \$0 por televisita MEC: Copago de \$55 por televisita MVP: Copago de \$55 por televisita Plan Médico Principal Buy-Up: Copago de \$0 por televisita	Copago de \$0 por televisita
Costo semanal por empleado	Sin cargo (Incluido en su deducción médica)	\$5.00

Telesalud

Los servicios de telemedicina le brindan una opción para buscar atención médica sin viajar a un centro de atención médica y exponerse potencialmente a un riesgo adicional. El beneficio de Telesalud para una visita virtual será el mismo beneficio si dicho servicio se hubiera brindado en presencia física del médico. Este beneficio de Telesalud es vigente durante el período de emergencia de COVID-19.





Términos y Definiciones Útiles sobre Beneficios

Para comprender mejor su cobertura, es útil estar familiarizado con el vocabulario de beneficios. Tómese un momento para revisar estos términos, a los que puede hacer referencia a lo largo de esta guía.

Facturación del saldo – Cuando un proveedor de atención médica factura a un paciente la diferencia entre lo que reembolsa el seguro médico del paciente y lo que cobra el proveedor.

Copago – Una cantidad fija en dólares que le paga al proveedor en el momento del servicio; por ejemplo, un copago de \$20 por una visita al consultorio o un copago de \$12 por una receta genérica.

Coaseguro – El porcentaje pagado por un servicio cubierto, compartido por usted y el plan. El coaseguro puede variar según el plan y la red de proveedores. Revise los planes detenidamente para comprender su responsabilidad. Usted es responsable del coaseguro hasta que alcance el gasto máximo de bolsillo de su plan.

Deducible – La cantidad que usted paga cada año calendario antes de que el plan comience a pagar los beneficios. No todos los servicios cubiertos están sujetos al deducible. Por ejemplo, el deducible no se aplica a los servicios de atención preventiva.

Atención en la sala de emergencias – Atención recibida en la sala de emergencias de un hospital por afecciones potencialmente mortales.

Atención dentro de la red – Atención proporcionada por médicos contratados dentro de la red de proveedores del plan. Esto permite a los participantes recibir atención a un precio reducido en comparación con la atención recibida de proveedores fuera de la red.

Atención fuera de la red – Atención proporcionada por un médico o en un centro fuera de la red del plan. Sus costos de bolsillo pueden aumentar y los servicios pueden estar sujetos a la facturación del saldo.

Gasto máximo de bolsillo – La cantidad máxima que usted paga por año antes de que el plan comience a pagar los gastos cubiertos al 100%. Este límite le ayuda a protegerse de gastos catastróficos inesperados.

Prima – El costo completo de sus planes. Usted comparte este costo con la compañía y paga su parte mediante deducciones de nómina regulares.

Atención preventiva – Atención médica de rutina, incluidos exámenes físicos y evaluaciones anuales, para prevenir enfermedades, padecimientos y otras complicaciones de salud. La atención preventiva dentro de la red está cubierta al 100%.

Atención urgente – Visite el centro de atención urgente para enfermedades o lesiones repentinas que no pongan en peligro la vida. Los centros de atención urgente son útiles cuando se necesita atención rápidamente para evitar el desarrollo de dolores o problemas más graves.

Comprensión De Las Opciones De Su Plan

Los empleados tienen acceso a cuatro opciones de planes médicos. Vea a continuación un resumen de cada plan.

MEC

El plan de Cobertura Esencial Mínima (MEC) cumple con el requisito establecido por la Ley del Cuidado de Salud Asequible (ACA) y cubre una multitud de exámenes de detección comunes y servicios preventivos al 100%. DEBE visitar a un proveedor de la red Multiplan/PHCS para que los servicios estén cubiertos. Los servicios de proveedores fuera de la red NO están cubiertos. Tenga en cuenta que no hay cobertura hospitalaria con este plan.

MEC Plus

Este plan brinda cobertura inmediata sin deducible por los servicios cubiertos. Revise la cobertura cuidadosamente porque este plan no cubre ciertos servicios como cirugía u hospitalización. Puede visitar cualquier médico u hospital de su elección; sin embargo, pagará menos dinero si usa un médico u hospital dentro de la red. Para la mayoría de las visitas al médico y al especialista, pagará un copago en el momento del servicio. Los servicios de atención preventiva enumerados generalmente están cubiertos al 100%. Los planes PPO ofrecen más flexibilidad y opciones, y le permiten administrar sus costos de desembolso al permanecer dentro de la red. Tenga en cuenta que no hay cobertura hospitalaria con este plan.

Plan de Valor Mínimo (MVP)

Se trata de un plan médico principal con servicios integrales que incluyen beneficios quirúrgicos y hospitalización. Los servicios de atención preventiva enumerados están cubiertos al 100%. Para otros servicios, incluidas visitas de rutina al consultorio, procedimientos, análisis de laboratorio, medicamentos recetados, etc., no se pagarán beneficios hasta que alcance su deducible anual. Tenga en cuenta que los servicios de proveedores fuera de la red NO están cubiertos.

Plan Médico Principal Buy-Up

El Plan Médico Principal Buy-Up es similar al plan MVP en que este plan también cubre la atención preventiva y los servicios integrales. Esta opción Buy Up utiliza la misma red que el MVP. El deducible del Plan Médico Principal Buy-Up es más bajo que el MVP y hay copagos para recetas cubiertas. De manera similar al plan MVP, sólo se cubren los servicios dentro de la red.

Cómo Localizar Un Proveedor En La Red

Los beneficios de su plan de salud incluyen una amplia variedad de médicos. Para acceder a una lista de proveedores dentro de la red, siga estos sencillos pasos:

MEC y MEC Plus

Elija entre una amplia variedad de médicos y hospitales en www.multiplan.com. Haga clic en “Buscar un proveedor”, luego “Seleccionar red”, luego “PHCS”, luego “Servicios específicos”, y luego busque un médico por nombre, especialidad o tipo de instalación.

MVP y Plan Médico Principal Buy-Up

Busque un proveedor PPO de la amplia red Choice Fund PPO en: Busque un proveedor PPO de la amplia red Choice Fund PPO en: <https://hcpdirectory.cigna.com/web/public/consumer/directory>.



Cobertura Médica En La Que Usted Puede Confiar

Cuide su salud recibiendo el cuidado anual preventivo de su médico. Revise las opciones de planes médicos abajo para elegir el plan que sea mejor para usted basado en sus necesidades médicas y gastos para el año del plan entrante.

Características del Plan	MEC	MEC Plus		MVP	Plan Médico Principal Buy Up
	Sólo en la Red	En la Red	Fuera de la Red	Sólo en la Red	Sólo en la Red
Red	Multiplan/PHCS	Multiplan/PHCS		Cigna Choice Fund PPO	Cigna Choice Fund PPO
Deducible Anual Individual/Familiar	Ninguno	Ninguno	\$500/\$1,000	\$3,000/\$6,000	\$1,100/\$2,200
Desembolso Máximo (Incluye el deducible) Individual/Familiar	\$1,850/\$5,550	\$3,000/\$12,700	Ilimitado	\$6,350/\$12,700	\$6,850/\$13,700 (incluye el deducible)
<div> <div>Usted paga:</div> <div>Usted paga:</div> <div>Usted paga:</div> </div>					
Coaseguro	N/A	0%	60%	40%	30%
Cuidado Preventivo	Cubierto en su totalidad	Cubierto en su totalidad	60% después del deducible	Cubierto en su totalidad	Covered in full
Visita al Médico Primario	Descubierto	\$15 copago	60% después del deducible	40% después del deducible	30% after deductible
Teladoc Telemedicine	\$55 copay	\$0 copay	Not covered	\$55 copay	\$0 copay
Visita al Especialista	Descubierto	\$25 copago	60% después del deducible	40% después del deducible	30% after deductible
Sala de Emergencias	Descubierto	\$400 copago (\$1,500 reembolso máximo por visita a la sala de emergencias)		40% después del deducible	30% after deductible
Atención de urgencias	Descubierto	\$50 copago	60% después del deducible	40% después del deducible	30% after deductible
Rayos X y Laboratorio Diagnóstico	Descubierto	\$50 copago	60% después del deducible	40% después del deducible	30% after deductible
Imágenes Avanzadas	Descubierto	\$400 copago	60% después del deducible	40% después del deducible	30% after deductible
Servicios para Paciente Hospitalizado / Cirugía	Descubierto	Descubierto		40% después del deducible	30% after deductible
Medicamentos Prescritos Genérico	Descubierto	\$15 copago		\$10 después del deducible	\$10 after deductible
De Marca del Formulario	Descubierto	\$25 copago		\$35 después del deducible	\$40 after deductible
No del Formulario	Descubierto	\$75 copago		\$70 después del deducible	\$60 after deductible
Medicamentos Prescritos Genérico	Descubierto	\$37.50 copago		\$20 después del deducible	\$20 after deductible
De Marca del Formulario		\$62.50 copago		\$70 después del deducible	\$80 after deductible
No del Formulario		\$187.50 copago		\$150 después del deducible	\$120 after deductible

Esto es sólo un breve resumen de los planes. Para obtener más detalles, incluyendo, limitaciones y exclusiones, por favor contacte a Recursos Humanos para obtener una Descripción Sumaria del Plan (SPD, por sus siglas en inglés).



Planes Médicos De Indemnización*

Accidentes o enfermedades inesperadas pueden ocurrir en cualquier momento. Los empleados y sus familias interesadas en suplementar su cobertura médica para protegerse de los gastos debidos a accidentes o enfermedades cubiertos, pueden inscribirse en uno de los planes de indemnización listados abajo.

Características del Plan	Medical Indemnity Plan 1	Medical Indemnity Plan 2	Medical Indemnity Plan 3
Admisión Hospitalaria 1er Día	\$500 por día, 1 día por año	\$1,000 por día, 1 día por año	\$1,500 por día, 1 día por año
Hospitalización	\$300 por día, 30 días por año	\$500 por día, 30 días por año	\$700 por día, 30 días por año
Unidad de Cuidado Intensivo	Hospitalización Beneficio aplica	Hospitalización Beneficio aplica	Hospitalización Beneficio aplica
Visita a la Sala de Emergencia	\$250 por día, 1 día por año	\$300 por día, 1 día por año	\$500 por día, 1 día por año
Visita al Consultorio del Médico	\$70 por día, 6 días por año	\$80 por día, 6 días por año	\$100 por día, 6 días por año
Paciente Externo – Laboratorio y Rayos X	\$50 por día, 1 día por año	\$75 por día, 1 día por año	\$100 por día, 1 día por año
Paciente Externo- Estudios Avanzados	\$150 por día, 3 días por año	\$200 por día, 3 días por año	\$300 por día, 3 días por año
Paciente Interno – Cirugía	\$1,000 por día, 1 día por año	\$1,500 por día, 1 día por año	\$2,000 por día, 1 día por año
Paciente Interno – Anestesia quirúrgica	\$250 por día, 1 día por año	\$375 por día, 1 día por año	\$500 por día, 1 día por año
Paciente Externo – Quirúrgico	\$500 por día, 1 día por año	\$750 por día, 1 día por año	\$1,000 por día, 1 día por año
Paciente Externo – Cirugía Menor	\$75 por día, 1 día por año	\$100 por día, 1 día por año	\$150 por día, 1 día por año
Paciente Externo – Anestesia	\$125 por día, 1 día por año	\$188 por día, 1 día por año	\$250 por día, 1 día por año

Esto es sólo un breve resumen de los planes. Para obtener más detalles, incluyendo, limitaciones y exclusiones, por favor contacte a Recursos Humanos para obtener una Descripción Sumaria del Plan (SPD, por sus siglas en inglés).

* Estos productos no califican como cobertura [Cobertura Esencial Mínima (MEC, por sus siglas en inglés)] que satisface los requisitos de tener cobertura de salud según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Si usted no tiene Cobertura Esencial Mínima, usted podría deber un pago adicional cuando realice su declaración de impuestos. La terminación o la pérdida de esta póliza no le dan el derecho a un período especial de inscripción para comprar un plan de cuidado de salud que califique como cobertura esencial mínima fuera del período de inscripción abierta. Estos productos podrían incluir una exclusión por condición preexistente.

Tarifas Mensuales de Indemnización Médica:

Nivel	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Empleado:	\$99.02	\$139.19	\$199.55
Empleado + Cónyuge:	\$224.54	\$321.95	\$468.05
Empleado + Hijo(s):	\$159.67	\$226.00	\$326.99
Familia:	\$252.28	\$360.94	\$525.16



Cobertura de Medicamentos Recetados

True Rx para un Enfoque Centrado en el Paciente para Sus Medicamentos

True Rx no es una farmacia; es un proveedor de seguros de farmacia con Representantes de Atención al Paciente que trabajan con usted para asegurarse de que obtenga sus recetas con facilidad y precisión. Continuará recibiendo sus medicamentos en su farmacia local.

Es fácil y conveniente acceder a sus beneficios de farmacia desde cualquier lugar. Acceda instantáneamente a sus beneficios de dos maneras:

1. Regístrese en el portal de membresía en mytruerx.com/member-portal. Haga clic en "Create New Account" (Crear nueva cuenta) para crear un nombre de usuario y una contraseña.
2. Descargue la aplicación móvil buscando True RX Mobile en App Store (iOS) o Google Play (Android).

El portal para miembros y la aplicación móvil de True Rx brindan las siguientes funciones seguras y protegidas:

- Vea su tarjeta de seguro de medicamentos recetados.
- Compare precios en diferentes farmacias.
- Vea su cobertura y deducible.
- Revise su historial de reclamaciones.
- Verifique la información de su medicamento.
- Localice una farmacia conveniente.

¿Preguntas?

Comuníquese con True Rx:
correo electrónico: hello@truerx.com
teléfono: 866-921-4047
sitio web: www.truerx.com

Medicamentos especializados

Si toma un medicamento especializado, un administrador de casos dedicado se comunicará con usted y compartirá información con usted sobre los ahorros potenciales para su medicamento.

Recetas por correo

Su plan de seguro de farmacia ofrece la comodidad de un suministro de medicamentos para 90 días entregado directamente en su puerta a través de Postal Prescription Services (PPS), una farmacia de pedidos por correo. Para pedir sus medicamentos por correo:

1. Vaya a ppsr.com y seleccione "Create an Account" (Crear una cuenta).
2. Ingrese su dirección de correo electrónico, cree una contraseña y haga clic en el botón azul "Create Account" (Crear cuenta).
3. Conecte la cuenta a un perfil de paciente suyo o de alguien que desee administrar en la página "Add a Patient" (Agregar un paciente).

Próximos Pasos

Una vez que reciba su nueva tarjeta de seguro, simplemente lleve su tarjeta a su farmacia local. También puede acceder a su tarjeta en la aplicación móvil. Con el portal para miembros y la aplicación móvil de True Rx, tendrá al alcance de la mano toda la información sobre sus beneficios de farmacia, así como comparaciones de costos y un localizador de farmacias.

Cobertura Dental Voluntaria

Su seguro dental voluntario utiliza la red de proveedores de Companion Life. Elija un dentista dentro de la red en www.companionlife.com o llamando al (800) 753-0404 para obtener la mejor cobertura para que pueda ahorrar dinero en servicios dentales. Los empleados son responsables del 100% de las primas del seguro dental.

Características del Plan	Companion Life (Red DenteMax)	Companion Life (Red DenteMax)
	Plan PPO Bajo	Plan PPO Alto
	Dentro de la red	Dentro de la red
Deducible por año calendario	\$50	\$25
Máximo por año calendario	\$750	\$1500
Servicios de diagnóstico y preventivos (p. ej., radiografías, limpiezas, exámenes)	Cubierto en su totalidad <i>Sin período de espera</i>	Cubierto en su totalidad <i>Sin período de espera</i>
Servicios básicos y restaurativos (p. ej., empastes, tratamientos de conducto)	80% <i>Sin período de espera</i>	80% <i>Sin período de espera</i>
Servicios mayores (p. ej., dentaduras postizas, extracciones, coronas, puentes)	50% <i>Período de espera de 12 meses</i>	50% <i>Sin período de espera</i>
Ortodoncia (adultos y niños) <i>Máximo de por vida de \$1,500</i>	N/A	50% <i>Período de espera de 12 meses</i>

Nota: Si visita a un proveedor fuera de la red, usted es responsable de los cargos que excedan los límites usuales, habituales y razonables (UCR).

Tarifas Dentales

Nivel	Costo Mensual	
	Plan Bajo	Plan Alto
Empleado Solo	\$21.65	\$30.88
Empleado + Cónyuge	\$42.08	\$61.11
Empleado + Hijo(s)	\$43.45	\$80.72
Familia	\$61.98	\$110.96

Cobertura De La Visión Voluntaria

La cobertura de la vista voluntaria utiliza la red de la vista EyeMed. Consulte a un optometrista en la red para recibir el nivel más alto de cobertura para examen anual y anteojos o lentes de contacto. Localice un proveedor en la red en www.eyemed.com o llame al (866) 939-3633. Los empleados son responsables por pagar el 100% de las primas del seguro de la vista.

Características del Plan	Companion Life (Red EyeMed Vision)	
	En la Red	Fuera de la Red
	Usted Paga:	Plan reembolsa hasta:
Examen (cada 12 meses)	\$10 copago	Reembolsa hasta \$35
Materiales (cada 12 meses)	\$10 copago	Varía dependiendo en el tipo de lentes
Armazones (cada 24 meses)	Cubierto en su totalidad	Reembolsa hasta \$45
Lentes de Contacto - en lugar de armazones (cada 12 meses)	Cubierto en su totalidad	Reembolsa hasta \$64

Tarifas de Visión

Nivel	Costo Mensual
Empleado Solo	\$4.69
Empleado + Cónyuge	\$9.37
Empleado + Hijo(s)	\$10.90
Familia	\$17.41



Cobertura De Seguro De Vida

El seguro de Vida por medio de Companion le ofrece la paz mental y protege a su familia financieramente en caso de una muerte.

Cuando elige la opción de plan MEC Plus, MVP o Médico Principal Buy Up, recibirá \$10,000 de cobertura de Vida Básica sólo para empleados sin costo adicional. Este beneficio no está incluido en la cobertura de indemnización hospitalaria o plan de MEC.

¡Importante!
Revise y actualice la información de su beneficiario en caso de cambios.

Seguro Voluntario De Vida

Usted puede comprar seguro de vida adicional por medio de Companion por tarifas grupales. Considere los gastos funerales, gastos legales, y gastos generales de mantenimiento para los miembros sobrevivientes de su familia cuando seleccione cantidades de cobertura adicional. Empleados pagan el 100% de la prima.

Características de los beneficios	Opciones de vida voluntaria		
	El Empleado	El Cónyuge	Hijos dependientes
Seguro de Vida a Término Voluntario	\$20,000	\$5,000	\$2,500 (6 meses - 26 años) o 10% del beneficio seleccionado (14 días - 6 meses)

Tarifas Mensuales del Seguro Voluntario de Vida por \$1,000

Nivel	Tarifas
Empleado Solo	\$4.60
Empleado + Cónyuge	\$5.51
Empleado + Hijo(s)	\$5.51
Familia	\$5.51

Seguro De Incapacidad A Corto Plazo (STD) Voluntario

Una lesión o enfermedad podría ocurrir en cualquier momento y no permitirle trabajar. Los beneficios de STD pueden compensarse con los beneficios que recibe de los planes de incapacidad exigidos por el estado en California, Nueva Jersey, Nueva York, Rhode Island o el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Los empleados pagan el 100% de la prima del seguro a \$17,00 por mes.

Incapacidad a Corto Plazo (STD)			
Porcentaje de ganancias	Máximo semanal	Período de eliminación	Duración
60%	\$150	7 días	26 por semana

Seguro Voluntario contra Accidentes y Enfermedades Graves

Seguro Voluntario contra Accidentes

El Seguro contra Accidentes en el Lugar de Trabajo de Wellfleet ayuda a compensar los gastos que su seguro de salud puede no cubrir, como los deducibles y los copagos resultantes de accidentes inesperados. El beneficio pagado se basa en la lesión y/o el tratamiento recibido, incluida la atención en la sala de emergencias y las cirugías relacionadas. Una variedad de cobertura está disponible. Solicite una tabla de beneficios para obtener una lista completa de las lesiones y tratamientos cubiertos.

Detalles del Plan de Seguro Base contra Accidentes	Beneficios
Hospitalización Inicial	Up to \$1,000
Hospitalización Diaria	Up to \$150
Cláusula de dislocación/fractura	Up to \$2,500
Cláusula adicional de tratamiento y atención urgente por accidente	Beneficios
Ambulancia terrestre	\$250
Ambulancia aérea	\$1,250
Sala de Emergencias / Atención Urgente	\$200 / \$100
Examen de Diagnóstico (TC/IRM)	\$75 (radiografía) \$200 (diagnóstico)
Hospitalización	\$150 por día hasta 365 días de por vida
Confinamiento en instalaciones de rehabilitación	\$125 por día hasta 90 días de por vida
Conmoción cerebral	\$200
Fracturas	Hasta \$2,500
Alojamiento	\$200 por noche (hasta 30 noches)

Tarifas Mensuales del Seguro Grupal Voluntario contra Accidentes

Nivel	Costo Mensual
Empleado Solo	\$12.18
Empleado + Cónyuge	\$21.02
Empleado + Hijo(s)	\$22.10
Familia	\$30.94

Seguro Voluntario contra Enfermedades Graves

El Seguro contra Enfermedades Graves de Companion Life le ayuda a protegerse de los gastos de un problema de salud grave, como un derrame cerebral, un ataque cardíaco o cáncer. La forma en que elija usar el beneficio en efectivo depende de usted.

Detalles del Plan Base contra Accidentes	Beneficios
Hospitalización Inicial	Hasta \$1,000
Hospitalización diaria	Hasta \$150
Cláusula de dislocación/fractura	Hasta \$2,500
Cláusula adicional de tratamiento de accidentes y atención urgente	Beneficios
Ambulancia terrestre	Hasta \$250
Ambulancia aérea	Hasta \$1,250
Radiografías	Hasta \$75
Atención urgente	Hasta \$100
Cláusula adicional de servicios de sala de emergencias	Hasta \$200
Tratamiento de seguimiento de accidentes	Hasta \$100

Tarifas del Seguro contra Enfermedades Graves

Nivel	Empleado Solo	Empleado + Dependiente
18 - 24	\$1.80	\$3.15
25 - 29	\$2.20	\$3.85
30 - 34	\$3.30	\$5.78
35 - 39	\$5.50	\$9.63
40 - 44	\$8.80	\$15.40
45 - 49	\$13.20	\$23.10
50 - 54	\$19.80	\$34.65
55+	\$26.40	\$46.20

Avisos Importantes

Paquete de avisos de beneficios de salud y bienestar de swipejobs LLC

Para swipejobs LLC

Estimado Empleado,

Adjunto encontrará un paquete de notificaciones y divulgaciones que pertenecen a los planes de salud y bienestar patrocinados por su empleador, según lo exige la ley federal.

Anexos

- ☐ Aviso de cobertura acreditable Medicare Parte D
- ☐ Aviso de derechos de inscripción especial HIPAA
- ☐ Aviso de prácticas de privacidad HIPAA
- ☐ Aviso sobre el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP)
- ☐ Aviso sobre la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)
- ☐ Aviso sobre la Ley para la Protección de la Salud de las Madres y Recién Nacidos (NMHPA)
- ☐ Aviso General sobre Derechos de Continuación de Cobertura COBRA

Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de los avisos, póngase en contacto con nosotros en swipejobs LLC.

Medicare Parte D
AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE

**Aviso Importante de swipejobs LLC
sobre su Cobertura de Medicamentos con Receta Médica y Medicare**

Sírvase leer este aviso cuidadosamente y conservarlo a la mano. Este Aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con swipejobs LLC y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, le recomendamos comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos tienen cobertura a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su localidad. Al final de este aviso se incluye información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos con receta.

Existen dos aspectos importantes que usted debe conocer acerca de su cobertura y de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. En 2006, la cobertura de medicamentos recetados de Medicare se volvió disponible para todos los inscritos en Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un Plan Advantage de Medicare (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura sujeta a primas mensuales más altas.
2. swipejobs LLC ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que le ofrece swipejobs LLC se espera que, en promedio, pague a todos los participantes del plan una cantidad equivalente a lo que paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y por lo tanto se considerará como cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura acreditable, usted puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (penalización) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos recetados de medicare?

Usted se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare al obtener la elegibilidad inicial para Medicare cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos con receta, mientras no sea por su culpa, también calificará para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para participar en el plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué le ocurre a su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de swipejobs LLC como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura de swipejobs LLC será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta y Medicare el pagador secundario. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare podría disminuir significativamente. Por lo general, Medicare será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta si usted participa en la cobertura de swipejobs LLC como ex empleado.

Además, puede optar por cancelar su cobertura de swipejobs LLC. Tenga presente que si decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare y cancela su cobertura actual de swipejobs LLC, tenga presente que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará usted una prima más alta (penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con swipejobs LLC y no se une al plan de medicamentos de Medicare durante los siguientes 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, podría pagar una prima más alta (penalización) para unirse más tarde a un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar un mínimo de 1% de la prima mensual básica de beneficiario de Medicare por cada mes que usted no haya tenido dicha cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima será consecuentemente al menos 19% mayor que la prima base que pagan los beneficiarios de Medicare. Quizá tenga que pagar esta prima más alta (penalización) siempre que usted tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, quizá tenga que esperar hasta en octubre próximo para inscribirse.

Si desea más información acerca de este Aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos con receta...

Comuníquese con la persona que se indica a continuación para obtener más información. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Además, lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y también si esta cobertura a través de swipejobs LLC cambia. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información acerca de sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare...

El manual "Medicare & You" (Medicare y usted) contiene información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual todos los años. Además, los planes de medicamentos de Medicare quizá se comuniquen directamente con usted.

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

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

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

Date: 11/15/2022
Name of Entity/Sender: Carissa Hunt
Address: 750 N. Saint Paul Street, Suite 250,
PMB 62793, Dallas, TX 75201
Phone Number: 888-412-8073

Aviso sobre inscripción especial HIPAA

Si declina la inscripción en [inserte nombre del empleador] la cobertura de salud de grupo para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la existencia de otro seguro de salud o cobertura de plan de salud de grupo, podrán inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura antedicha (o si el empleador deja de contribuir para dicha cobertura de usted o de sus dependientes). Sin embargo, es necesario solicitar inscripción en un plazo de 30 días después de que termine la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después de que el empleador cese sus contribuciones para dicha cobertura).

Además, si usted obtiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrán inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, es necesario solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Finalmente, usted y/o sus dependientes pueden tener derechos especiales de inscripción si se pierde la cobertura bajo Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal ("CHIP"), o cuando usted y/o sus dependientes obtengan la elegibilidad para recibir asistencia para las primas estatales. Usted dispone de 60 días a partir de la ocurrencia de uno de estos eventos para notificar a la compañía e inscribirse en el plan.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con contacto Recursos Humanos.

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

swipejobs LLC, Inc. ("swipejobs LLC") patrocina ciertos planes de salud de grupo (colectivamente, el "Plan" o "Nosotros") para proporcionar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Proporcionamos esta cobertura mediante varias relaciones con terceros que establecen redes de proveedores, coordinan su atención y procesan las reclamaciones de reembolso por los servicios que usted recibe. Este Aviso de prácticas de privacidad (el "Aviso") describe las obligaciones legales de swipejobs LLC, el Plan y sus derechos legales con respecto a su información de salud protegida en poder del Plan bajo HIPAA. Entre otras cosas, este Aviso describe cómo su información de salud protegida puede ser utilizada o divulgada para realizar tratamientos, pagos, gestiones de cuidado de salud o para cualquier otro propósito que esté permitido o sea requerido por la ley.

Estamos obligados a proporcionarle este Aviso en cumplimiento con la ley HIPAA. La Regla de privacidad de HIPAA protege solamente cierta información médica designada como "información de salud protegida". Generalmente, la información de salud protegida es información de salud individualmente identificable, incluyendo información demográfica, recopilada de usted o creada o recibida por un proveedor de atención médica, un centro de información de atención médica, un plan de salud o de su empleador en nombre de un plan de salud de grupo, que se relaciona con:

- (1) su salud, condición física o mental pasada, presente o futura;
- (2) la prestación de atención médica para usted; o
- (3) el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a usted.

Nota: Si usted está cubierto por uno o más planes de salud de grupo totalmente asegurados que le ofrece swipejobs LLC, recibirá una notificación por separado con respecto a la disponibilidad de un aviso sobre las prácticas de privacidad aplicables a esa cobertura y cómo obtener una copia de la notificación directamente de la compañía de seguros.

Información de contactos

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de HIPAA de swipejobs LLC.

swipejobs LLC, Inc.

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

Date: 11/15/2022
Name of Entity/Sender: Carissa Hunt
Address: 750 N. Saint Paul Street, Suite 250,
PMB 62793, Dallas, TX 75201
Phone Number: 888-412-8073

Fecha de vigencia

Este aviso y sus revisiones entrará en vigor a partir del 1/1/2023

Nuestras responsabilidades

La ley estipula que debemos:

- mantener la privacidad de su información médica protegida;
- proporcionarle ciertos derechos con respecto a su información médica protegida;
- proporcionarle una copia de esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida; y
- cumplir las cláusulas del Aviso que esté actualmente en vigencia.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso y de establecer nuevas provisiones con respecto a su información de salud protegida que mantenemos, según lo permita o requiera la ley. Si realizamos cualquier cambio material a este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad revisado.

También puede obtener una copia de la última versión revisada del Aviso a través del contacto con nuestro Oficial de Privacidad en la información de contactos proporcionada anteriormente. Con excepción de lo dispuesto en este Aviso, no podemos divulgar su información de salud protegida sin su autorización previa.

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida

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

Para el tratamiento

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

Para el pago

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

Para gestiones de cuidados de salud

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

A asociados empresariales

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

Según lo estipule la ley

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

Para prevenir una amenaza grave a la salud o a la seguridad

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

A los patrocinadores del Plan

Para el propósito de administrar el Plan, podemos divulgar a información sobre la salud protegida a ciertos empleados del Empleador. Sin embargo, estos empleados únicamente utilizarán o divulgarán dicha información según sea necesario para realizar funciones administrativas para el Plan o de otra manera que lo requiera la ley HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información de salud protegida no se puede utilizar para fines de empleo si no se cuenta con su autorización específica.

Situaciones especiales

Además de las situaciones antedichas, las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información de salud protegida se incluirán en una de las categorías.

Donación de órganos y tejidos

Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información de salud protegida a organizaciones que manejan la obtención y trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para realizar la donación y trasplante del órgano o tejido.

Militares y veteranos

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud protegida según lo requieran las autoridades del comando militar. Además, podemos divulgar información de salud protegida acerca de personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Seguro de compensación a los trabajadores

Podemos divulgar su información de salud protegida para los fines del seguro de compensación a los trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de salud pública

Podemos divulgar su información de salud protegida para acciones de salud pública. Estas acciones por lo general incluyen lo siguiente:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- reportar nacimientos y fallecimientos;
- reportar abuso o abandono infantil;
- reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a personas sobre la retirada del mercado de productos que puedan estar consumiendo;
- para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- notificar a la autoridad gubernamental pertinente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo, o cuando así lo requiera o lo autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud

Podemos divulgar su información de salud protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamientos de licencias. El gobierno necesita estas actividades para supervisar el sistema de atención de salud y los programas gubernamentales, y para velar por el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas judiciales y disputas

Si usted está involucrado en una demanda judicial o en una disputa, podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una citatorio, solicitud de descubrimiento u otro proceso judicial por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Cumplimiento de la ley

Podemos divulgar su información de salud protegida si así lo solicita un funcionario del orden público,

- en respuesta a una orden judicial, citatorio, requerimiento judicial, emplazamientos o procesos legales similares;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- sobre la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la víctima;
- acerca de una muerte que consideramos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- acerca de una conducta delictiva; y
- en circunstancias de emergencia para reportar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores funerarios

Podemos divulgar información de salud protegida a un juez de instrucción o a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. Además, podemos divulgar la información de salud de pacientes para ayudar a un director funerario según sea necesario para llevar a cabo sus obligaciones.

Actividades de seguridad nacional y servicios de inteligencia

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

Internos o reclusos

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

Investigación

Podemos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando:

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

Divulgaciones necesarias

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

Auditorías gubernamentales

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

Divulgaciones a usted

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

Notificación de una infracción

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

Otras divulgaciones

Representantes personales

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

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

Cónyuges y otros familiares

Salvo excepciones limitadas, enviaremos todo correo al empleado. Esto incluye el correo relacionado con el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia que están cubiertos por el Plan, e incluye el correo con información sobre el uso de los beneficios del Plan por el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia e información sobre la denegación de cualquier beneficio del Plan al cónyuge del empleado y otros miembros de la familia. Si una persona cubierta por el Plan ha solicitado Restricciones o Comunicaciones Confidenciales (ver más adelante bajo "Sus derechos"), y si hemos aceptado la solicitud, le enviaremos un correo electrónico según lo estipulado en la solicitud de Restricciones o Comunicaciones Confidenciales.

Autorizaciones

No se harán sin su autorización por escrito otros usos ni divulgaciones de su información de salud protegida no descritos anteriormente, incluyendo el uso y divulgación de notas de psicoterapia y el uso o divulgación de información de salud protegida para propósitos de recaudación de fondos o comercialización. Usted puede revocar su autorización escrita en cualquier momento, siempre que dicha revocatoria se haga por escrito. Una vez que el Plan reciba su revocatoria de autorización por escrito, esta causará efecto únicamente en las divulgaciones y usos futuros. No será aplicable a ninguna otra información que haya sido utilizada o divulgada en función de la autorización escrita y antes de recibir su revocatoria por escrito. Usted puede optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de nuestra parte en cualquier momento.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida:

Derecho de inspeccionar y copiar

Usted tiene derecho de inspeccionar y copiar cierta información de salud que se pueda utilizar para tomar decisiones acerca de sus beneficios de atención médica. Para inspeccionar y copiar su información de salud protegida, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copiado, envío por correo u otros materiales relacionados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud protegida en muy limitadas circunstancias. Si se le niega el acceso a su información de salud, puede tener derecho a solicitar que se revise la denegación y se le proporcionarán detalles sobre cómo hacerlo.

Derecho de enmienda

Si usted considera que la información de salud protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre que la información sea mantenida por o para el Plan. Para solicitar una enmienda, debe presentar su solicitud por escrito y enviarla al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Además, usted deberá proporcionar al menos un motivo que respalde su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de enmienda si no se efectúa por escrito o si no incluye un motivo para respaldar la solicitud. Además, podemos rechazar su solicitud si usted nos solicita enmendar información que:

- No es parte de la información de salud conservada por, o para el plan;
- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para efectuar la enmienda;
- No es parte de la información a la que usted se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- ya es exacta y completa.

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

Derecho de ver el registro de las divulgaciones

Usted tiene el derecho de solicitar un "listado" o reporte de ciertas divulgaciones de su información personal de salud protegida. El listado no incluirá (1) divulgaciones para fines de tratamiento, pago o gestiones de atención médica; (2) divulgaciones hechas a usted; (3) divulgaciones hechas de conformidad con su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones para fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones que de otra manera serían permisibles.

Para solicitar este listado o informe de divulgaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo no mayor de seis años (tres años para expedientes médicos electrónicos) o el periodo que swipecare LLC haya estado sujeta a las reglas de privacidad HIPAA, si es menor.

Su solicitud debe indicar en qué forma desea el listado (por ejemplo: impreso o en formato electrónico). Intentaremos proporcionar el listado en el formato que usted lo solicitó o en otro formato acordado mutuamente si el formato solicitado no es razonablemente factible. El primer listado que solicite dentro de un período de 12 meses se le proporcionará sin costo alguno. Para listados adicionales, podemos cobrarle los costos para suministrar cada listado. Le informaremos sobre el costo involucrado y usted podrá retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en algún costo.

Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre cuánta de su información de salud protegida podemos usar o divulgar para gestiones de tratamiento, pago o atención de salud. Además, tiene el derecho de solicitar un límite sobre su información de salud protegida que divulguemos a alguien que esté involucrado en su atención de salud o en el pago de esta, tal como un familiar o un amigo. Por ejemplo, usted podría solicitarnos que no usemos ni divulguemos información acerca de una cirugía que usted tuvo.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si estamos de acuerdo con la solicitud, respetaremos la restricción hasta que usted la revoque o se lo notifiquemos de manera diferente. Para solicitar restricciones, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales

Usted tiene el derecho de solicitar que, para asuntos médicos, nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierta localidad. Por ejemplo, usted puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud deberá especificar cómo o dónde desea que se le contacte. Nos acomodaremos a todas las solicitudes razonables si usted proporciona claramente información de que la divulgación parcial o total de su información protegida podría ponerlo en peligro a usted.

Derecho a recibir copia impresa de este aviso

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. En cualquier momento, puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este aviso. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, llame por teléfono o escriba al Oficial de Privacidad según se indica en la sección Información de contactos.

Si desea obtener más información, consulte [Sus derechos en virtud de HIPAA](#).

Quejas

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido infringidos, puede presentar una queja ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede presentar una reclamación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por medio de una carta dirigida a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, puede llamar al 1-877-696-6775, o visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

Para presentar una queja ante el Plan, llame por teléfono y escriba al Oficial de Privacidad según se indica más arriba en Información de contactos. Usted no recibirá penalización alguna, ni represalias de ningún tipo, por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante el Plan. Le sugerimos conservar para sus registros una copia de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan o al Oficial de Privacidad.

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

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

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

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

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

Si usted reside en uno de los estados siguientes, quizá sea elegible para recibir ayuda para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La lista de estados a continuación está en vigor desde el 31 de enero de 2022. Comuníquese con la oficina en su estado para obtener más información sobre elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
<p>Sitio web: http://myalhipp.com/</p> <p>Teléfono: 1-855-692-5447</p>	<p>Sitio web: Programa de Pago de las primas del seguro médico (Health Insurance Premium Payment, HIPP)</p> <p>http://dhcs.ca.gov/hipp</p> <p>Teléfono: 916-445-8322</p> <p>Fax: 916-440-5676</p> <p>Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov</p>
ALASKA – Medicaid	COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
<p>El Programa de Pagos de la Prima de Seguros Médicos de AK (AK Health Insurance Premium Payment Program)</p> <p>Sitio web: http://myakhipp.com/</p> <p>Teléfono: 1-866-251-4861</p> <p>Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com</p> <p>Elegibilidad de Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/mcicaid/default.aspx</p>	<p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/</p> <p>Centro de Contacto con el Miembro de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Retransmisión estatal 711</p> <p>CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus</p> <p>Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Retransmisión estatal 711</p> <p>Programa Buy-In de Seguro Médico (Health Insurance Buy-In Program, HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program</p> <p>Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>
ARKANSAS – Medicaid	FLORIDA – Medicaid
<p>Sitio web: http://myarhipp.com/</p> <p>Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html</p> <p>Teléfono: 1-877-357-3268</p>
GEORGIA – Medicaid	MAINE – Medicaid
<p>Sitio web de A HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</p> <p>Teléfono: 678-564-1162, presione 1</p> <p>Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</p> <p>Teléfono: 678-564-1162, presione 2</p>	<p>Sitio web de inscripciones: https://www.maine.gov/dhhs/ofl/applications-forms</p> <p>Teléfono: 1-800-442-6003</p> <p>TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711</p> <p>Página web de la prima del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofl/applications-forms</p> <p>Teléfono: 1-800-977-6740</p> <p>TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711</p>

INDIANA – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
<p>Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos 19-64</p> <p>Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/</p> <p>Teléfono: 1-877-438-4479</p> <p>Todos los demás de Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/</p> <p>Teléfono: 1-800-457-4584</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa</p> <p>Teléfono: 1-800-862-4840</p>
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	MINNESOTA – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid:</p> <p>https://dhs.iowa.gov/ime/members</p> <p>Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366</p> <p>Sitio web de Hawki:</p> <p>Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563</p> <p>Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp</p> <p>Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web:</p> <p>https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</p> <p>Teléfono: 1-800-657-3739</p>
KANSAS – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/</p> <p>Teléfono: 1-800-792-4884</p>	<p>Sitio web:</p> <p>http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</p> <p>Teléfono: 573-751-2005</p>
KENTUCKY – Medicaid	MONTANA – Medicaid
<p>Sitio web del Programa Integrado de Pago de las Primas del Seguro médico de Kentucky (Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program, KI-HIPP):</p> <p>https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</p> <p>Teléfono: 1-855-459-6328</p> <p>Correo electrónico: KIHIPPI.PROGRAM@ky.gov</p> <p>Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</p> <p>Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Kentucky Medicaid: https://chfs.ky.gov</p>	<p>Sitio web:</p> <p>http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</p> <p>Teléfono: 1-800-694-3084</p>

LOUISIANA – Medicaid	NEBRASKA – 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)	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	SOUTH CAROLINA – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
NEW HAMPSHIRE – Medicaid	SOUTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Número sin costo para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
NEW JERSEY – Medicaid y CHIP	TEXAS – Medicaid
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	Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
NEW YORK – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
NORTH CAROLINA – Medicaid	VERMONT – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
NORTH DAKOTA – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825	Sitio web: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022

OREGON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/http://mywvhpp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Línea telefónica sin costo de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699- 8447)
PENNSYLVANIA – Medicaid	WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa Rlte Share)	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de ayuda de primas desde el 31 de enero de 2022, o para obtener más información sobre derechos especiales de inscripción, puede comunicarse con cualquiera de los siguientes:

U.S. Department of Labor
 Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
 1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
 Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
 1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

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

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

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

Aviso sobre la ley para la Protección de la Salud de las Madres y los Recién Nacidos (NMHPA)

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

**** Derechos de continuación de cobertura en virtud de COBRA****

Introducción

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

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

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

¿Qué es la continuación de cobertura COBRA?

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

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

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

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

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

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

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

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura COBRA?

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

- **El cese de empleo o la reducción de horas de empleo;**
- **Fallecimiento del empleado;**
- **El empleado es ahora elegible para recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas).**

Para todos los otros eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y del cónyuge o si un hijo pierde la elegibilidad de cobertura como hijo dependiente), usted debe notificarlo al Administrador del Plan dentro de los 60 días después de ocurrido el evento calificado. Usted debe proporcionar esta notificación a.

¿Cómo se proporciona la continuación de cobertura COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación que ha ocurrido un evento calificado, se ofrecerá la continuación de cobertura COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente para elegir la continuación de cobertura COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de cobertura COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura temporal que dura por lo general 18 meses debido al cese de empleo o a la reducción de horas de trabajo. Algunos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir a un beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que este período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA pueda ser prorrogado:

Prórroga por incapacidad del período de 18 meses de la continuación de cobertura COBRA

Si usted o alguien en su familia, cubiertos en virtud del Plan, recibe una determinación de incapacidad por parte del Seguro Social y usted lo notifica al Administrador del Plan en forma oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta por un máximo de 29 meses. La incapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de cobertura COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA.

Segundo evento calificado para la prórroga del período de 18 meses de continuación de cobertura

Si su familia tiene otro evento calificado durante los 18 meses de la continuación de cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta un máximo de 36 meses, si el Plan recibe la notificación correspondiente del segundo evento calificado. Esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y para cualesquier hijos dependientes que estén recibiendo la continuación de cobertura COBRA si el empleado o ex empleado fallece, adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas) se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta prórroga está disponible únicamente si el segundo evento calificado habría provocado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiesen la cobertura en virtud del Plan si el primer evento calificado no hubiese ocurrido.

¿Existen otras opciones a parte de la continuación de cobertura COBRA?

Sí. En vez de inscribirse en la continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, [el Programa de Seguro de Salud Infantil \(CHIP\)](#), u otras opciones de cobertura de un plan de salud de grupo (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina “período de inscripción especial”. Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA. Puede conocer más sobre muchas de esas opciones en www.HealthCare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de continuar la cobertura de COBRA después de que termine la cobertura de mi plan de salud de grupo?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, dispone de un período de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza en la más temprana de las fechas siguientes:

- El mes siguiente a la terminación de su empleo; o
- El mes siguiente a la terminación de la cobertura del plan de salud de grupo basado en el empleo actual.

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

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

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

Si tiene preguntas

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

Mantenga informado a su Plan sobre los cambios de dirección

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

Información de contactos del Plan

Date:	11/15/2022
Name of Entity/Sender:	Carissa Hunt
Address:	750 N. Saint Paul Street, Suite 250, PMB 62793, Dallas, TX 75201
Phone Number:	888-412-8073

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

**Aviso Importante de swipejobs LLC
sobre su Cobertura de Medicamentos con Receta Médica y Medicare**

Sírvase leer este aviso cuidadosamente y conservarlo a la mano. Este Aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con swipejobs LLC y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Al final de este aviso se incluye información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos con receta.

Existen tres aspectos importantes que usted debe conocer acerca de su cobertura y de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. En 2006, la cobertura de medicamentos recetados de Medicare se volvió disponible para todos los inscritos en Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un Plan Advantage de Medicare (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura sujeta a primas mensuales más altas.
2. swipejobs LLC ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que le ofrece swipejobs LLC NO se espera que, en promedio, pague a todos los participantes del plan una cantidad equivalente a lo que paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Por lo tanto, su cobertura se considera como Cobertura no acreditable. Esto es importante porque, muy probablemente, usted recibirá más ayuda con sus costos de medicamentos si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, que si solo tiene cobertura de medicamentos con receta de swipejobs LLC. Esto también es importante porque puede significar que usted puede pagar una prima más alta (una penalización) si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez.
3. Puede conservar su cobertura actual de swipejobs LLC. Sin embargo, debido a que su cobertura no es acreditable, usted tiene que tomar decisiones sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare que pueden afectar cuánto paga usted por esa cobertura, dependiendo de si se inscribe en un plan de medicamentos y cuándo. Al tomar su decisión, le recomendamos comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos tienen cobertura, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su localidad. Lea este aviso cuidadosamente, le explica sus opciones.

¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare?

Usted se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare al obtener la elegibilidad inicial para Medicare cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

Sin embargo, si decide cancelar su cobertura actual con swipejobs LLC, ya que es una cobertura de grupo patrocinada por el empleador o por el sindicato, usted será elegible para un período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses en los que podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare; sin embargo, también puede pagar una prima más alta (una penalización) porque no tenía cobertura acreditable bajo swipejobs LLC.

¿Qué le ocurre a su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de swipejobs LLC como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura de swipejobs LLC será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta y Medicare el pagador secundario. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare puede reducirse significativamente. Por lo general, Medicare será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta si usted participa en la cobertura de swipejobs LLC como ex empleado.

Además, puede optar por cancelar su cobertura de swipejobs LLC. Tenga presente que si decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare y cancela su cobertura actual de swipejobs LLC, tenga presente que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará usted una prima más alta (penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Debido a que la cobertura de swipejobs LLC no es acreditable, usted puede pagar una penalización por inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare dependiendo de cuánto tiempo pase sin cobertura acreditable de medicamentos con receta. A partir del último día del último mes en que fue elegible por primera vez para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare pero no lo hizo, si pasa 63 días continuos o más sin cobertura de medicamentos con receta que sea acreditable, su prima mensual puede aumentar un mínimo de un 1% sobre la prima mensual base del beneficiario de Medicare por cada mes en el que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima será consecuentemente al menos 19% mayor que la prima base que pagan los beneficiarios de Medicare. Quizá tenga que pagar esta prima más alta (penalización) siempre que usted tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, quizá tenga que esperar hasta en octubre próximo para inscribirse.

Para obtener más información acerca de este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos con receta...

Comuníquese con la persona que se indica al pie de esta nota para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. Además, lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y también si esta cobertura a través de swipejobs LLC cambia. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información acerca de sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

El manual "Medicare & You" (Medicare y usted) contiene información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual todos los años. Además, los planes de medicamentos de Medicare quizá se comuniquen directamente con usted.

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

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

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

Date:	11/15/2022
Name of Entity/Sender:	Carissa Hunt
Address:	750 N. Saint Paul Street, Suite 250, PMB 62793, Dallas, TX 75201
Phone Number:	888-412-8073

Aviso HIPAA de disponibilidad del
Aviso de prácticas de privacidad

El Plan de salud de grupo de swipejobs LLC (el Plan) mantiene un Aviso de prácticas de privacidad que brindan información a personas cuya información de salud protegida (PHI) será utilizada o mantenida por el Plan. Si desea una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan, comuníquese con Recursos humanos.

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, usted está protegido contra la facturación médica sorpresa (también llamada facturación de saldos).

¿Qué es la “facturación de saldos” (algunas veces llamada “facturación médica sorpresa”)?

Cuando consulta a un médico o a otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, el coseguro y/o un deducible. Si consulta a un proveedor o visita una instalación de atención médica que no se encuentra en la red de su plan médico, podría tener otros gastos o tener que pagar toda la factura.

“Fuera de la red” describe a los proveedores y a las instalaciones que no han firmado un contrato con su plan médico. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red que le facturen la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y la cantidad total que se cobra por un servicio. A esto se le llama “facturación de saldos”. Esta cantidad es posiblemente mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio, y podrían no contar para su límite anual de gastos del bolsillo.

La “facturación médica sorpresa” es una factura inesperada. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en una instalación dentro de la red pero inesperadamente recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red.

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

Servicios de emergencia

Si tiene una situación médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o de una instalación fuera de la red, lo más que el proveedor o la instalación pueden facturarle es la cantidad de los costos compartidos dentro de la red de su plan (como los copagos y el coseguro). **No se le puede** facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que puede recibir cuando se encuentre en una condición estable, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos de estos servicios que se le brindan después de su estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, ciertos proveedores podrían estar fuera de la red. En estos casos, la cantidad mayor que estos proveedores podrían facturarle es la cantidad de costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto aplica a los servicios de medicina, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, de un cirujano asistente, un hospitalista o un especialista en pacientes críticamente enfermos. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no** le pueden pedir que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos.

Si recibe otros servicios en estas instalaciones fuera de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le requerirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco requiere recibir atención fuera de la red. Usted puede elegir a un proveedor o instalación que pertenezca a la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldos, usted también cuenta con las siguientes protecciones:

- Usted es el único responsable de pagar sus costos compartidos (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o la instalación perteneciera a la red). Su plan médico pagará directamente a los proveedores y a las instalaciones fuera de la red.

- Por lo general, su plan debe:
- Cubrir los servicios de emergencia sin requerirle obtener la aprobación anticipada de los servicios (autorización previa).
- Cubrir los servicios de emergencia proporcionados por proveedores fuera de la red.
- Basar lo que usted debe al proveedor o a la instalación (costos compartidos) en lo que pagaría a un proveedor o en una instalación dentro de la red, y mostrarle esta cantidad en su explicación de los beneficios.
- Considerar cualquier cantidad que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y su límite de gastos del bolsillo.

Si cree que lo facturaron erróneamente, tiene disponibles la siguiente información y recursos que lo ayudarán a entender sus derechos:

Asistencia por teléfono – Puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al (800) 985-3059 para preguntar si tiene derechos de protección contra la facturación del saldo en su situación.

Asistencia disponible en línea – También puede visitar el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de EE. UU. para [obtener más información sobre las protecciones contra las facturaciones médicas del saldo](#) y para obtener [la información de contacto del departamento estatal del seguro o de otra agencia o recurso similar en su estado](#) y saber si tiene derechos en virtud de la ley estatal aplicable. En el mapa, haga clic en su estado para ver la información de contacto.

¿Preguntas? Sus Contactos de Beneficios

Beneficios	Contacto	Teléfono	Sitio web
Información General sobre los Beneficios	SISCO Call Center	(855) 447-4726 x 4448	N/A
Online Enrollment	BenefitElect	(844) 631-6104	www2.benefitlect.com/be/swipejobs
Medical	SISCO Call Center	(855) 447-4726 x 4448	N/A
Telemedicina	SISCO Call Center	(844) 631-6104	www.siscobenefits.com
Medicamentos Prescritos	True Rx	(866) 921-4047	www.truerx.com
Voluntario Dental	SISCO Call Center	(844) 631-6104	www.siscobenefits.com
Voluntario Visión	SISCO Call Center	(844) 631-6104	www.siscobenefits.com
Seguro de Vida Básico	SISCO Call Center	(844) 631-6104	www.siscobenefits.com
Voluntary STD & Critical Illness	SISCO Call Center	(844) 631-6104	www.siscobenefits.com
COBRA	SISCO Call Center	(844) 631-6104	www.siscobenefits.com

Este comunicado resalta los puntos más destacados de sus planes de beneficio. Sus derechos y beneficios actuales son gobernados por los documentos oficiales del plan. Si existe alguna discrepancia entre este comunicado y los documentos oficiales del plan, los documentos del plan prevalecerán. Su empleador reserva el derecho de cambiar cualquier plan de beneficio sin notificación. Los beneficios no son una garantía de empleo.

