

Guía de beneficios

de 2024

Una descripción general de la amplia gama de beneficios que ofrece Hirshfield's Inc. para ayudarlo a disfrutar de un mayor bienestar y seguridad financiera.

Estos beneficios entran en vigencia el 1 de enero de 2024.



Contenido

Hirshfield's Inc. se enorgullece de ofrecer un paquete integral de beneficios para usted y su familia. Este programa está diseñado para cuidarlo cuando lo necesita. Asegúrese de conocer sus opciones para elegir la que mejor se adapte a sus necesidades.

Beneficios ofrecidos

A lo largo de este folleto, trataremos los siguientes beneficios que ofrece Hirshfield's Inc. a los empleados.

- Seguro médico
- Cuenta de ahorros para la salud (HSA)
- Cuenta de gastos flexibles (FSA)
- FSA para el cuidado de dependientes
- Seguro dental
- Seguro de la vista
- Seguro de vida básico
- Seguro de vida voluntario
- Discapacidad a largo plazo
- Programa de asistencia al empleado (EAP)
- Planes 401(k)
- Asesor de Medicare
- Protección legal y de identidad Shield



Este documento no sustituye los folletos de certificados ni las descripciones resumidas del plan (SPD). Los beneficios descritos en este documento son solo resúmenes; en caso de error y para toda adjudicación de reclamos, los contratos maestros prevalecerán. Hirshfield's Inc. se reserva el derechos de cambiar, enmendar, suprimir o alterar cualquier plan en cualquier momento. Consulte sus certificados para obtener más detalles y la información completa.

Elegibilidad para los beneficios

Como empleado de Hirshfield's Inc., puede optar por recibir beneficios anuales para usted y sus dependientes cuando cumpla con ciertos requisitos laborales.

Dependientes elegibles

Además del empleado, los siguientes dependientes son elegibles para recibir beneficios:

Empleado
Cónyuge legalmente
casado Hijos legales
Hijastros



Requisitos laborales

Todos los empleados fijos a tiempo completo con una carga horaria habitual de 30 horas o más a la semana y sus dependientes elegibles califican para el beneficio.

Cuándo comienzan sus beneficios

La cobertura médica, de HSA, para la vista, FSA y FSA para el cuidado de dependientes entra en vigencia el primer día del mes siguiente a los 30 días de empleo. Todos los demás beneficios entran en vigencia el primer día del mes después de 90 días de empleo.

Elecciones del beneficio

Cada año hay un período específico en el que debe realizar sus elecciones de beneficios.



Todos los empleados deben completar la lista de verificación de beneficios para nuevos empleados en el sitio web de Kronos/UKG, independientemente de que se inscriban o renuncien a los beneficios. Se puede acceder a este sitio web desde cualquier lugar.

<https://secure4.saashr.com/ta/6159191.login?rnd=DBN>

Listas de verificación de beneficios para nuevos empleados

Todos los nuevos empleados reciben una lista de verificación de la fecha de vencimiento que se envía por correo electrónico al gerente de la tienda. Los nuevos empleados deben consultar a su gerente por la lista de verificación de la fecha de vencimiento.

Los empleados que NO completen sus listas de verificación en Kronos no podrán inscribirse en ningún beneficio hasta el siguiente período de inscripción abierta

Hirshfield's Connect

Para obtener información más detallada sobre los beneficios, así como información sobre beneficios adicionales para los empleados, visite <https://www.hirshfields-connect.com>

Resumen de beneficios

Hirshfield's Inc. ofrece una serie de beneficios que pueden ayudarlo a disfrutar de un mayor bienestar, lidiar con una enfermedad o accidente inesperado, construir y proteger su seguridad financiera, equilibrar su vida personal y profesional y satisfacer las necesidades diarias. Estos beneficios son asequibles, integrales y competitivos.

La siguiente tabla resume los beneficios disponibles para los empleados elegibles y sus dependientes. Estos beneficios se describen con mayor detalle en este folleto.

¿PREGUNTAS?

Si tiene alguna pregunta sobre sus opciones de beneficios, comuníquese con:

Eva Quist
Directora de Recursos Humanos de
Hirshfield's Inc.
(C) 612-810-0374
(P) 612-374-0223

| Cobertura | Compañía de seguros | N.º de grupo | Teléfono | Sitio web |
|--|-------------------------------------|--------------|----------------|--|
| Médico | Blue Cross Blue Shield de Minnesota | | (866) 873-5943 | www.bluecrossmnonline.com |
| Cuenta de ahorros para la salud (HSA) | Lively | - | (888) 576-4837 | www.livelyme.com |
| Cuenta de gastos flexible (FSA) | Hirshfield's | - | | Ver RR. HH. |
| FSA para el cuidado de dependientes | Hirshfield's | - | | Ver RR. HH. |
| Dental | Delta Dental de Minnesota | 1183 | (800) 448-3815 | www.deltadentalmn.org |
| Vista | EyeMed | 1008426-1001 | (866) 939-3633 | www.eyemed.com |
| Seguro de vida básico | Sun Life | 220648 | (800) 247-6875 | www.sunlife.com |
| Seguro de vida voluntario | Sun Life | 220648 | (800) 247-6875 | www.sunlife.com |
| Discapacidad a largo plazo | Sun Life | 220648 | (800) 247-6875 | www.sunlife.com |
| Programa de asistencia al empleado (EAP) | Sun Life | - | (800) 460-4374 | www.sunlife.com |
| 401k | Fidelity | - | (800) 835-5097 | www.401k.com |
| Protección legal y de identidad | LegalShield | - | (800) 654-7757 | www.legalshield.com |

Términos importantes

Deducible anual (ded.)

La cantidad que debe pagar cada año antes de que el plan comience a pagar una parte de los gastos médicos. Todos los gastos de los miembros de la familia que se cuentan para el deducible de un plan de salud se acumulan en conjunto; sin embargo, cada persona tiene también un límite en sus propios gastos individuales acumulados (el importe varía según el plan).

Máximo de gastos de bolsillo

Esta es la cantidad total que puede pagar de su bolsillo cada año calendario antes de que el plan pague el 100 por ciento de los gastos cubiertos por el resto del año calendario. La mayoría de los gastos que cumplen con los requisitos de la red de proveedores cuentan para el máximo anual de gastos de bolsillo, incluidos los gastos pagados al deducible anual, los copagos y el coseguro.

Copagos y coseguro

Estos gastos son su parte del costo pagado por los servicios de atención médica cubiertos. Los copagos son una cantidad fija en dólares y generalmente deben pagarse en el momento en que recibe la atención. El coseguro es su parte de la cantidad permitida cobrada por un servicio y por lo general se le factura después de que la compañía de seguros de salud concilia la factura con los proveedores.

Red

Los centros, prestadores y proveedores con los que su compañía de seguros o plan de salud tiene un contrato para la prestación de servicios de atención médica.

Prima

La cantidad que usted paga por su seguro de salud cada mes. Además de su prima, por lo general tiene que pagar otros costos de su atención médica, incluidos un deducible, copagos y coseguro.

Atención preventiva

La atención preventiva ayuda a detectar o prevenir enfermedades graves y problemas médicos antes de que puedan llegar a ser importantes. Los chequeos anuales, las vacunas del calendario y las vacunas contra la gripe, así como ciertas pruebas y exámenes de detección, son algunos ejemplos de atención preventiva. Esto también se puede llamar atención de rutina.

Integrado vs. no integrado

Los planes integrados efectivamente tienen dos montos deducibles dentro de un plan; individual y familiar. El deducible individual está integrado en el deducible familiar, por lo que ningún miembro de la familia puede contribuir al deducible familiar con un importe superior al deducible individual.

No integrado significa que se debe cumplir con el deducible familiar completo antes de que el plan pague.

Plan médico



¿Qué es un plan médico?

Un plan médico es un tipo de beneficio que paga la totalidad o una parte de los gastos médicos elegibles si usted o un miembro cubierto de su familia se enferma o lesiona.



¿Cuál es la compañía de seguros?

Sus planes médicos se administran a través de Blue Cross Blue Shield de Minnesota. Las redes específicas entre las que puede elegir son:

Aware
High Value

Blue Cross Blue Shield de Minnesota
(866) 873-5943
www.bluecrossmnonline.com



¿Necesita actuar?

Puede elegir un plan para usted y sus dependientes, incluidos hijos hasta los 26 años. Su opción de plan se puede cambiar una vez al año en el momento de la inscripción anual.

Hirshfield's Inc. paga una parte significativa de su prima total inscrita para el seguro de salud si se inscribe en un plan. La cantidad que aporta, que se paga antes de impuestos mediante deducción del recibo de sueldo, se muestra en la parte inferior de cada opción de plan.

Plan médico

Atención preventiva

Comprender el valor total de los beneficios cubiertos le permite asumir la responsabilidad de mantener una buena salud e incorporar hábitos saludables a su estilo de vida. Algunos ejemplos incluyen hacerse exámenes físicos habituales, mamografías y vacunarse.

A través del plan ofrecido por Hirshfield's Inc., todos los empleados y dependientes cubiertos son elegibles para recibir servicios de bienestar habituales como estos, sin costo alguno. No se aplican copagos, coseguro ni deducibles.

El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (US Preventive Services Task Force) mantiene una lista estándar de servicios recomendados que todos los planes de seguro que cumplen con la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act) (es decir, la Reforma del cuidado de salud) deben cubrir al 100 % para los proveedores incluidos en la red.

La siguiente es una lista de servicios comunes que se incluyen en los planes ofrecidos este año.



Servicios de atención preventiva cubiertos

- Examen físico de rutina
- Atención preventiva para bebés y niños sanos
- Visitas para la mujer sana
- Vacunas
- Prueba de densidad ósea de rutina
- Examen de rutina de los senos
- Examen ginecológico de rutina
- Detección de diabetes gestacional
- Detección y asesoramiento sobre obesidad
- Examen rectal digital de rutina
- Colonoscopia de rutina
- Exámenes rutinarios de detección de cáncer colorrectal
- Prueba rutinaria de próstata
- Procedimientos de laboratorio rutinarios
- Mamografías de rutina
- Prueba de Papanicolaou de rutina
- Programas para dejar de fumar
- Servicios de educación/consejería para la salud
- Consejería de salud para ETS y VIH
- Pruebas para el VPH y el VIH
- Detección y asesoramiento para la violencia doméstica

Plan médico

Resumen de las opciones del plan



Los siguientes planes son sus opciones de seguro médico para el próximo año.

Plan PPO \$2,500-20 % con copago – Red Aware

| Dentro de la red | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------|
| Deducibles (individual/familiar) – Año calendario | \$2,500/\$7,500 | |
| Máximo de gastos de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario | \$5,500/\$11,000 | |
| Atención preventiva | Cubierto al 100 % | |
| Visita de atención primaria | Copago de \$40 | |
| Visita al especialista | Copago de \$40 | |
| Pacientes hospitalizados y ambulatorios | Ded.; luego 20 % de cobertura | |
| Sala de emergencias | Ded.; luego 20 % de cobertura | |
| Atención de urgencia | Copago de \$40 | |
| Farmacia/recetas (suministro para 30 días) | Niveles 1-4: \$20/\$50/\$70/\$120 | |
| Fuera de la red | | |
| Deducibles (individual/familiar) – Año calendario | \$5,000/\$10,000 | |
| Coseguro | 50 % | |
| Máximo de gastos de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario | \$10,000/\$20,000 | |
| Aporte del empleado período de pago quincenal | Contratado antes de 1990 | Contratado DESPUÉS de 1990 |
| Empleado | 30 % \$115.46 | 35 % \$134.71 |
| Empleado + 1 | 30 % \$241.48 | 35 % \$281.72 |
| Empleado + familia | 30 % \$368.23 | 35 % \$429.60 |

Plan médico

Resumen de las opciones del plan



Los siguientes planes son sus opciones de seguro médico para el próximo año.

Plan PPO \$2,500-20% con copago – **Red High Value**

| Dentro de la red | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------|
| Deducibles (individual/familiar) – Año calendario | \$2,500/\$7,500 | |
| Máximo de gastos de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario | \$5,500/\$11,000 | |
| Atención preventiva | Cubierto al 100 % | |
| Visita de atención primaria | Copago de \$40 | |
| Visita al especialista | Copago de \$40 | |
| Pacientes hospitalizados y ambulatorios | Ded.; luego 20 % de cobertura | |
| Sala de emergencias | Ded.; luego 20 % de cobertura | |
| Atención de urgencia | Copago de \$40 | |
| Farmacia/recetas (suministro para 30 días) | Niveles 1-4: \$20/\$50/\$70/\$120 | |
| Fuera de la red | | |
| Deducibles (individual/familiar) – Año calendario | \$5,000/\$10,000 | |
| Coseguro | 50 % | |
| Máximo de gastos de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario | \$10,000/\$20,000 | |
| Aporte del empleado período de pago quincenal | Contratado antes de 1990 | Contratado DESPUÉS de 1990 |
| Empleado | 30 % \$ 105.67 | 35 % \$ 123.28 |
| Empleado + 1 | 30 % \$220.99 | 35 % \$257.82 |
| Empleado + familia | 30 % \$336.99 | 35 % \$393.15 |

Plan médico

Resumen de las opciones del plan



Los siguientes planes son sus opciones de seguro médico para el próximo año.

Plan HSA de \$3,500-0% – Red Aware

| Dentro de la red | | |
|---|--------------------------------|----------------------------|
| Deducibles (individual/familiar) – Año calendario | \$3,500/\$7,000 | |
| Máximo de gastos de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario | \$3,500/\$7,000 | |
| Atención preventiva | Cubierto al 100 % | |
| Visita de atención primaria | Ded.; luego 100 % de cobertura | |
| Visita al especialista | Ded.; luego 100 % de cobertura | |
| Pacientes hospitalizados y ambulatorios | Ded.; luego 100 % de cobertura | |
| Sala de emergencias | Ded.; luego 100 % de cobertura | |
| Atención de urgencia | Ded.; luego 100 % de cobertura | |
| Farmacia/recetas (suministro para 30 días) | Ded.; luego 100 % de cobertura | |
| Fuera de la red | | |
| Deducibles (individual/familiar) – Año calendario | \$5,000/\$10,000 | |
| Coseguro | 50 % | |
| Máximo de gastos de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario | \$10,000/\$20,000 | |
| Aporte del empleado período de pago quincenal | Contratado antes de 1990 | Contratado DESPUÉS de 1990 |
| Empleado | 30 % \$ 107.24 | 35 % \$ 125.11 |
| Empleado + 1 | 30 % \$224.27 | 35 % \$261.65 |
| Empleado + familia | 30 % \$341.99 | 35 % \$398.98 |

Plan médico

Resumen de las opciones del plan



Los siguientes planes son sus opciones de seguro médico para el próximo año.

Plan HSA \$3,500-0 % – Red High Value

| Dentro de la red | | |
|---|--------------------------------|----------------------------|
| Deducibles (individual/familiar) – Año calendario | \$3,500/\$7,000 | |
| Máximo de gastos de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario | \$3,500/\$7,000 | |
| Atención preventiva | Cubierto al 100 % | |
| Visita de atención primaria | Ded.; luego 100 % de cobertura | |
| Visita al especialista | Ded.; luego 100 % de cobertura | |
| Pacientes hospitalizados y ambulatorios | Ded.; luego 100 % de cobertura | |
| Sala de emergencias | Ded.; luego 100 % de cobertura | |
| Atención de urgencia | Ded.; luego 100 % de cobertura | |
| Farmacia/recetas (suministro para 30 días) | Ded.; luego 100 % de cobertura | |
| Fuera de la red | | |
| Deducibles (individual/familiar) – Año calendario | \$5,000/\$10,000 | |
| Coseguro | 50 % | |
| Máximo de gastos de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario | \$10,000/\$20,000 | |
| Aporte del empleado período de pago quincenal | Contratado antes de 1990 | Contratado DESPUÉS de 1990 |
| Empleado | 30 % \$ 96.48 | 35 % \$ 112.56 |
| Empleado + 1 | 30 % \$201.78 | 35 % \$235.41 |
| Empleado + familia | 30 % \$307.69 | 35 % \$358.98 |

Plan médico

Resumen de las opciones del plan



Los siguientes planes son sus opciones de seguro médico para el próximo año.

Plan HSA \$8,050-0 % – Red Aware

| Dentro de la red | |
|---|--------------------------------|
| Deducibles (individual/familiar) – Año calendario | \$8,050/\$16,100 |
| Máximo de gastos de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario | \$8,050/\$16,100 |
| Atención preventiva | Cubierto al 100 % |
| Visita de atención primaria | Ded.; luego 100 % de cobertura |
| Visita al especialista | Ded.; luego 100 % de cobertura |
| Pacientes hospitalizados y ambulatorios | Ded.; luego 100 % de cobertura |
| Sala de emergencias | Ded.; luego 100 % de cobertura |
| Atención de urgencia | Ded.; luego 100 % de cobertura |
| Farmacia/recetas (suministro para 30 días) | Ded.; luego 100 % de cobertura |
| Fuera de la red | |
| Deducibles (individual/familiar) – Año calendario | \$10,000/\$20,000 |
| Coseguro | 50 % |
| Máximo de gastos de bolsillo (individual/familiar) – Año calendario | \$15,000/\$30,000 |
| Aporte del empleado período de pago quincenal | |
| Empleado | \$83.98 |
| Empleado + 1 | \$210.44 |
| Empleado + familia | \$320.90 |

Plan médico

Blue Cross Blue Shield de las redes de Minnesota

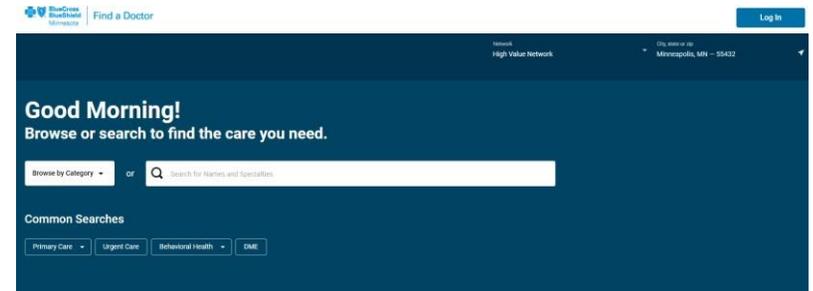


Aware

La red Aware incluye todos los proveedores contratados por Blue Cross Blue Shield, incluido Mayo Clinic Health System.

Para buscar la red Aware, visite:

https://findadoctormn.sapphirecaresselect.com/?ci=bcbsmn&network_id=310&geo_location=45.094896,-93.261556&locale=en_us

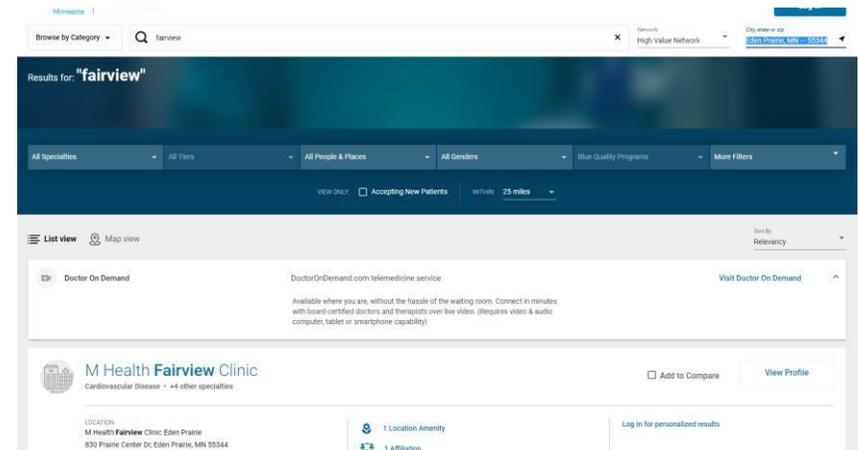


High Value

La red High Value le brinda acceso a una variedad de sistemas de atención médica de calidad en la mayor parte de Minnesota, que incluyen: Allina, Fairview, HealthEast, North Memorial, Ridgeview y U of M Physicians, así como muchos más fuera del área metropolitana. No incluye Mayo Clinic Health System.

Para buscar la red High Value visite:

https://findadoctormn.sapphirecaresselect.com/?ci=bcbsmn&network_id=273&geo_location=45.094896,-93.261556&locale=en_us



Plan médico

Blue Cross Blue Shield de las redes de Minnesota



| | Aware Network | High Value Network |
|------------------------------------|---------------|--------------------|
| METRO | | |
| Allina | X | X |
| Avera | X | |
| CentraCare Health | X | X |
| Children's Hospitals & Clinics | X | X |
| Entira | X | X |
| HealthPartners Health System | X | |
| Hennepin County Medical Center | X | |
| M Health Fairview | X | X |
| Mankato Clinic Ltd | X | X |
| Mayo Health System | X | |
| North Memorial | X | X |
| Northfield Hospital and Clinic | X | X |
| Park Nicollet | X | |
| Ridgeview | X | X |
| St. Croix Regional Medical Center | X | X |
| University of Minnesota Physicians | X | X |
| Veterans Admin Medical Center | X | |

Plan médico

Blue Cross Blue Shield de las redes de Minnesota



| | Aware Network | High Value Network |
|----------------------------------|---------------|--------------------|
| CENTRAL | | |
| Carris Health | X | X |
| CentraCare Health | X | X |
| Cuyuna Regional Medical Center | X | X |
| Essentia | X | |
| HealthPartners Health System | X | |
| Hutchinson Health | X | |
| Integrity Health Network | X | X |
| M Health Fairview | X | X |
| Veterans Admin Medical Center | X | |
| NORTHEAST | | |
| Essentia | X | |
| Welia Health | X | X |
| Grand Itasca Clinic and Hospital | X | X |
| Integrity Health Network | X | X |
| M Health Fairview | X | X |
| St. Luke's | X | X |
| Veterans Admin Medical Center | X | |

Plan médico

Blue Cross Blue Shield de las redes de Minnesota



| | Aware Network | High Value Network |
|-------------------------------------|---------------|--------------------|
| SOUTHEAST | | |
| Allina | X | X |
| Children's Hospitals & Clinics | X | X |
| Gundersen Health System | X | X |
| Mankato Clinic LTD | X | X |
| Mayo Health System | X | |
| Northfield Hospital and Clinics | X | X |
| Olmsted Medical Center | X | X |
| Veterans Admin Medical Center | X | |
| Winona Health | X | X |
| NORTHWEST/SOUTHWEST | | |
| Alomere Health | X | X |
| Altru Health System | X | X |
| Avera | X | |
| Carris Health | X | X |
| Essentia | X | |
| Integrity Health Network | X | X |
| Lake Region Healthcare Corp | X | X |
| Lakewood Health System | X | X |
| Mayo Health System | X | |
| Sanford Health | X | X |
| Swift County Benson Health Services | X | X |

Plan médico

Agregados de valor de Blue Cross Blue Shield de Minnesota

Estos servicios son gratuitos para todos los empleados inscritos en cualquiera de los Planes BlueCross BlueShield ofrecidos por Hirshfield's

Portal en línea para miembros

Acceda a información importante del plan en un solo lugar, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Después de registrarse para obtener una cuenta en bluecrossmn.com, usted puede:

- Buscar proveedores de atención médica con la herramienta en línea "Find a doctor" (Buscar un médico)
- Ver reclamos y explicaciones de beneficios (EOB) para servicios médicos, dentales y oftalmológicos
- Configurar sus cuentas de gastos médicos (si corresponde)
- Enviar correos electrónicos seguros a servicio al cliente
- Ver, imprimir, enviar por correo electrónico o solicitar tarjetas de identificación de miembros
- Acceder a beneficios de salud y bienestar

Learn To Live (Aprenda a vivir)

Los problemas de salud mental son más frecuentes que el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardíacas y, sin embargo, tres de cada cuatro personas no reciben la ayuda que necesitan. Ahora hay una forma fácil de conseguirlo, en la intimidad de su propia casa. Para empezar, visite learntolive.com/partners y utilice el código Blue4.

Manténgase activo

Manténgase activo con Blue Care AdvisorSM gane recompensas por tomar medidas para mejorar su salud. Gane hasta \$240 al año. Disponible para empleados inscritos y su cónyuge inscrito.

Con su nuevo programa Blue Care Advisor Get Active, los pequeños pasos pueden conducir a grandes beneficios y recompensas. Simplemente realice un seguimiento de sus pasos diarios o de su actividad física favorita y gane puntos que se convierten en dólares reales.

Cuando su plan de salud es efectivo.

1. Regístrese en bluecrossmn.com/bca o descargue la aplicación Blue Care Advisor.
2. Complete una breve Evaluación de salud y gane 100 puntos, complete el formulario ubicado en la página de inicio o en "Benefits" (Beneficios) para comenzar a ganar puntos. Según los resultados de su Evaluación de salud, recibirá recomendaciones personalizadas que incluyen consejos y recursos útiles.

Omada

Un programa en línea que puede ayudarle a perder peso, sentirse bien y reducir el riesgo de padecer diabetes de tipo 2 y enfermedades cardíacas gracias a la orientación personalizada de un entrenador de salud profesional y a herramientas interactivas.

Omada combina ciencia y apoyo para ayudarle a desarrollar hábitos saludables que perduren. Obtendrá apoyo personal y herramientas interactivas para aumentar y mantener su motivación. Este programa está disponible sin costo alguno para usted y para los miembros adultos de la familia si usted reúne los requisitos.

Portal en línea para miembros

Acceda a información importante del plan en un solo lugar, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Después de registrarse para obtener una cuenta en bluecrossmn.com, usted puede:

- Buscar proveedores de atención médica con la herramienta en línea “Find a doctor” (Buscar un médico)
- Ver reclamos y explicaciones de beneficios (EOB) para servicios médicos, dentales y de la vista
- Configurar sus cuentas de gastos médicos (si corresponde)
- Enviar correos electrónicos seguros a servicio al cliente
- Ver, imprimir, enviar por correo electrónico o solicitar tarjetas de identificación de miembros
- Acceder a beneficios de salud y bienestar

Learn To Live (Aprenda a vivir)

Los problemas de salud mental son más frecuentes que el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardíacas y, sin embargo, tres de cada cuatro personas no reciben la ayuda que necesitan. Ahora hay una forma fácil de conseguirlo, en la intimidad de su propia casa. Para empezar, visite learntolive.com/partners y utilice el código Blue4.

Manténgase activo

Manténgase activo con Blue Care AdvisorSM gane recompensas por tomar medidas para mejorar su salud. Gane hasta \$240 al año. Disponible para empleados inscritos y su cónyuge inscrito.

Con su nuevo programa Blue Care Advisor Get Active, los pequeños pasos pueden conducir a grandes beneficios y recompensas. Simplemente realice un seguimiento de sus pasos diarios o de su actividad física favorita y gane puntos que se convierten en dólares reales.

Cuando su plan de salud es efectivo.

1. Regístrese en bluecrossmn.com/bca o descargue la aplicación Blue Care Advisor.
2. Complete una breve Evaluación de salud y gane 100 puntos, complete el formulario ubicado en la página de inicio o en “Benefits” (Beneficios) para comenzar a ganar puntos. Según los resultados de su Evaluación de salud, recibirá recomendaciones personalizadas que incluyen consejos y recursos útiles.

Omada

Un programa en línea que puede ayudarle a perder peso, sentirse bien y reducir el riesgo de padecer diabetes de tipo 2 y enfermedades cardíacas gracias a la orientación personalizada de un entrenador de salud profesional y a herramientas interactivas.

Omada combina ciencia y apoyo para ayudarle a desarrollar hábitos saludables que perduren. Obtendrá apoyo personal y herramientas interactivas para aumentar y mantener su motivación. Este programa es gratuito para usted y los miembros adultos de su familia si usted reúne los requisitos.

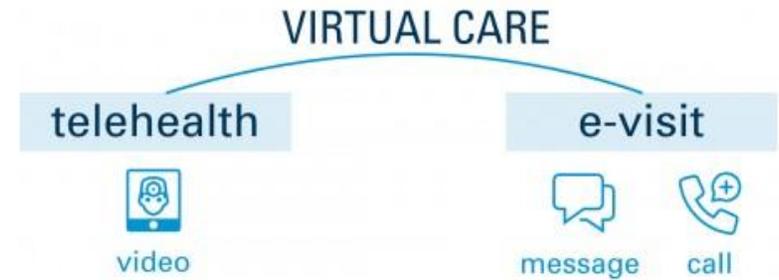
Visite omadahealth.com/bcbsmn1

Plan médico

Agregados de valor de Blue Cross Blue Shield de Minnesota



Cuando se inscribe en el plan médico Blue Cross \$2500-copag de \$40 ofrecido por Hirshfield's, cada miembro cubierto recib **CINCO** visitas electrónicas gratuitas por servicios de **salud general** por año. **Las visitas de Telesalud** están sujetas a un copago.



Tanto las consultas electrónicas como por telesalud están sujetas al deducible en los planes HSA ofrecidos por Hirshfield's.

¿Cuándo debo usar la atención virtual?

La modalidad de telesalud se utiliza para la atención en tiempo real que no es urgente por enfermedades y lesiones comunes. También se puede utilizar para visitas de salud mental.

Las consultas electrónicas se utilizan para la atención no urgente de enfermedades y lesiones comunes a través del teléfono o la mensajería electrónica. La atención puede ser en tiempo real o en diferido.

¿Cómo sé si mi proveedor ofrece atención virtual?

Las opciones de atención virtual, cómo se llaman y cómo se programa una cita varían según el proveedor. Consulte a sus proveedores favoritos para ver qué opciones de atención virtual están disponibles.

P. ej. [North Memorial Health](#) ofrece visitas electrónicas en MyChart y coordinación de una visita virtual de atención primaria o especializada, además de reserva de visitas en el consultorio.

Cuenta de ahorros para la salud



¿Qué es una HSA?

La cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account, HSA) es una cuenta de atención médica y una cuenta de ahorros todo en uno. El propósito principal de esta cuenta es compensar el costo de un plan de salud con deducible alto (high deductible health plan, HDHP) calificado y proporcionar ahorros para sus gastos de atención médica elegibles de bolsillo, que usted y sus dependientes fiscales puedan tener ahora, en el futuro y durante su jubilación.

La HSA es una cuenta “portátil”. Usted es dueño de su HSA. Está incluido en su paquete de beneficios para empleados, pero después de configurar su cuenta, es suya, incluso si cambia de trabajo o se jubila.



¿Quién es el administrador?

Su HSA es administrada por Lively.

Lively
(888) 576-4837

Para inscribirse:
<https://bmo.livelyme.com/signup?partner=BMO12>

Administración en curso: www.livelyme.com



¿Necesita actuar?

Solo ciertos planes de salud son elegibles para HSA. Dependiendo del plan de salud que seleccione, puede o no ser elegible para una HSA.

Si es elegible para una HSA a través de su plan de salud, siga los pasos de la siguiente página para configurar su cuenta. Una vez configurada la cuenta, debe proporcionar su número de cuenta a RR. HH. en equist@hirshfields.com o por fax al 612-930-0203

Cuenta de ahorros para la salud

A continuación se explica cómo puede calificar para recibir aportes de Hirshfield's si está cubierto por un plan de salud con deducible alto (HDHP), así como las instrucciones de configuración de una cuenta HSA.

Hirshfield's proporciona aportes a la cuenta de ahorros para la salud (HSA) de cada empleado que sea un empleado activo y esté inscrito en un plan de salud con deducible alto (HDHP) proporcionado por Hirshfield's ("empleado elegible"). Hirshfield's aporta \$100 en la primera fecha de pago de cada mes al empleado elegible.

Si usted es un empleado elegible, debe hacer lo siguiente para recibir un aporte del empleador, así como para aportar a su cuenta HSA mediante deducciones en el recibo de sueldo:

(1) Establecer una HSA a más tardar el 15^o día del mes anterior para el cual está inscrito activamente en un HDHP:

Empleados contratados a partir del 06/01/2022: a través del enlace Lively que se enviará por correo electrónico a su dirección de correo electrónico que figura en Kronos/UKG al 06/01/2022 mediante Lively.

Ejemplo: si es elegible para inscribirse en un HDHP el 11/01/2022, debe inscribirse en la cuenta Lively HSA a más tardar el 10/15/2022 y proporcionar a RR. HH. la información que se indica a continuación.

(2) Notifique a Eva Quist, directora de RR. HH. sobre la información de su cuenta HSA a más tardar 15 días antes de la fecha de entrada en vigencia de su seguro médico.

a) Las notificaciones se pueden realizar por correo electrónico: equist@hirshfields.com o fax: 612-930-0203 y deben contener la siguiente información

b) Información requerida al menos 15 días calendario antes de la fecha de elegibilidad para el seguro de salud bajo un HDHP:

Apellido, nombre, dirección, fecha de nacimiento, últimos 4 dígitos del n.º de seguro social, número de enrutamiento y número de cuenta de Lively. Tenga en cuenta que no es responsabilidad de Hirshfield's asegurarse de que los datos del número de cuenta que nos facilite sean correctos.

4) Nota para nuevos empleados: si no se contacta o notifica a RR. HH. antes de la fecha de vencimiento requerida, Hirshfield's no realizará ningún aporte a su cuenta HSA durante el resto del año calendario. También se retrasarán los aportes voluntarios mediante deducciones del recibo de sueldo. Es responsabilidad de los nuevos empleados proporcionar la información de la cuenta antes de la fecha de vencimiento.

Si no establece una cuenta HSA antes de la fecha de vencimiento y transmite a RR. HH. la información necesaria (2), y si elige aportar a la HSA, su aporte se retrasará hasta que se reciba dicha información. NO es responsabilidad de Hirshfield's consultar o recordar al empleado que envíe su número de cuenta de Lively a RR. HH.

5) Inscripción abierta: Nota para los empleados activos (y para la inscripción abierta): si no se inscribe en el plan HSA durante el período de inscripción abierta, Hirshfield's no hará ningún aporte a su cuenta HSA durante el año calendario. Es su responsabilidad revisar sus recibos de sueldo para verificar que la información sea precisa y correcta. Renunciar a la opción de HSA durante la inscripción abierta significa que usted renuncia al aporte mensual de Hirshfield's, así como a su propio aporte durante todo el año calendario.

Si tiene alguna duda sobre esta notificación, puede ponerse en contacto con Eva Quist por correo electrónico equist@hirshfields.com o por teléfono al 612-810-0374.

HSA

Descripción general y detalles

Las HSA benefician a todos los que son elegibles para tener esta cuenta: personas solteras, familias y futuros jubilados. Usted ahorra dinero en impuestos de tres maneras:



Depósitos exentos de impuestos

El dinero que aporte a su HSA no está sujeto a impuestos (hasta el límite anual del IRS)



Ganancias exentas de

Sus intereses y las ganancias de la inversión



Retiros exentos de impuestos

El dinero utilizado para gastos de atención médica elegible

Al destinar dinero antes de impuestos a su HSA, pagará menos impuestos y aumentará su salario neto gracias al ahorro fiscal. Usted ahorra en gastos elegibles que está pagando de su bolsillo. La cantidad que ahorre depende de su nivel impositivo. Por ejemplo, si está en la categoría impositiva del 30 por ciento, puede ahorrar \$30 de cada \$100 de gastos elegibles de atención médica.

Puede cambiar el monto de su aporte a HSA en cualquier momento durante el año, sin necesidad de un acontecimiento que califique.

Los fondos de HSA se transfieren de año en año y se acumulan en su cuenta. Con las HSA no existe la regla de “lo usa o lo pierde”, y usted decide cómo y cuándo utilizar los fondos de su HSA, que pueden emplearse para los gastos elegibles que tenga ahora, en el futuro o durante la jubilación. Además, cuando tenga un determinado saldo en su HSA, dispondrá de oportunidades de inversión.



Límites de aportes a la HSA para 2024

Cobertura individual: \$4,150

Cobertura familiar: \$8,300

Si tiene 55 años o más, puede aportar \$1,000 adicionales para “ponerse al día” por encima de los límites enumerados anteriormente

APORTE DEL EMPLEADOR

Hirshfield's hace un aporte mensual a su cuenta HSA en el primer recibo de sueldo de cada mes en el que es elegible.

Los montos de los aportes equivalen a:

Solo para el empleado: \$600 por año
Empleado + una persona: \$700 por año
Familia: \$800 por año

Cuenta de gastos flexible (FSA)



¿Qué es una FSA?

La cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA) es una cuenta que reembolsa al empleado los gastos calificados de atención médica o cuidado de dependientes. Permite al empleado financiar gastos calificados con dinero exento de impuestos deducido del recibo de sueldo del empleado. El empleado puede recibir un reembolso en efectivo hasta el valor total de la cuenta por gastos cubiertos generados durante el año del plan de beneficios y durante cualquier período de gracia que corresponda.



¿Quién es el administrador?

Su FSA es autoadministrada.

Hirshfield's
Consulte a RR. HH. si tiene alguna pregunta sobre la FSA



¿Necesita actuar?

Si desea participar en cualquier tipo de FSA, deberá hacer una elección de inscripción cada año.

FSA

Descripción general y detalles

Recuerde que las FSA son cuentas en las que lo que no se usa se pierde. A diferencia de las HSA, el dinero en la FSA al final del año no se transferirá al próximo año. Por lo tanto, es importante no recargar con demasiados fondos su FSA.

Gastos elegibles para la FSA de salud

- Gastos médicos: copagos, coseguro y deducibles
- Gastos dentales: exámenes, limpiezas, radiografías y aparatos de ortodoncia
- Gastos de visión: exámenes, lentes de contacto y suministros, anteojos y cirugía ocular con láser
- Servicios profesionales: fisioterapia, quiropráctico y acupuntura
- Medicamentos recetados e insulina
- Artículos de atención médica de venta libre: vendajes, kits de prueba de embarazo, monitores de presión arterial, etc.

Gastos elegibles para la FSA limitada

Si está inscrito en un plan de HSA, no puede usar dinero de la FSA para gastos médicos. Pero puede usarlo para lo siguiente:

- Gastos dentales: exámenes, limpiezas, radiografías y aparatos de ortodoncia
- Gastos de visión: exámenes, lentes de contacto y suministros, anteojos y cirugía ocular con láser



FSA médica

Máximo de elección: \$3,050



Uso del dinero de su plan

El plan de gastos flexibles se extiende del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024. Puede transferir hasta \$500 de fondos no utilizados al siguiente año del plan. Los fondos adicionales no reclamados antes del 1 de marzo de 2025 se perderán según las reglas del IRS.

FSA para el cuidado de dependientes



¿Qué es una FSA para el cuidado de dependientes?

La FSA para el cuidado de dependientes es un tipo de cuenta de gastos flexibles (FSA). La FSA para el cuidado de dependientes es una cuenta a nombre de un empleado que reembolsa al empleado por gastos calificados para el cuidado de dependientes. Permite al empleado financiar gastos calificados con dinero exento de impuestos deducido del recibo de sueldo del empleado. El empleado puede recibir un reembolso en efectivo hasta el valor total de la cuenta por gastos cubiertos generados durante el año del plan de beneficios y durante cualquier período de gracia que corresponda.



¿Quién es el administrador?

Su FSA para el cuidado de dependientes es administrada por otros.

Hirshfield's
Consulte a RR. HH. si tiene alguna pregunta sobre la FSA para el



¿Necesita actuar?

Si quiere participar en una FSA para el cuidado de dependientes, deberá hacer una elección de inscripción cada año.

FSA para el cuidado de dependientes

Descripción general y detalles

Recuerde que las FSA para el cuidado de dependientes son cuentas en las que lo que no se usa se pierde. A diferencia de las HSA, el dinero en la FSA para el cuidado de dependientes al final del año no se transferirá al próximo año. Por lo tanto, es importante no recargar con demasiados fondos su FSA para el cuidado de dependientes.

Gastos elegibles para la FSA para el cuidado de dependientes

- Cuidado de su hijo menor de 13 años
- Cuidados antes y después de la escuela
- Gastos de niñera
- Guardería y preescolar
- Campamento de verano
- Cuidado de un familiar que es física o mentalmente incapaz de cuidarse por sí mismo y vive en su hogar



FSA para el cuidado de dependientes

Máximo de elección: \$5,000 (\$2,500 si está casado, presentación por separado)



Uso del dinero de su plan

El plan de gastos flexibles se extiende del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024. Los fondos no reclamados antes del 1 de marzo de 2025 se perderán según las reglas del IRS. Todos los gastos de la FSA se deben enviar a RR. HH. a más tardar el 25 de febrero de 2024 para el año del Plan 2023.

Seguro dental



¿Qué es el seguro dental?

El seguro dental está diseñado para pagar una parte de los costos asociados con la atención dental. Al igual que el seguro médico, puede haber copagos, deducibles y coseguro para cierto tipo de servicios. Sin embargo, los servicios preventivos casi siempre están cubiertos al 100 %.



¿Quién es el proveedor?

Su seguro dental es proporcionado por Delta Dental de Minnesota.

Delta Dental de Minnesota
(800) 448-3815
www.deltadentalmn.org



¿Necesita actuar?

Deberá hacer una elección de inscripción cada año para participar en el plan dental.

Seguro dental

Resumen de cobertura



Delta Dental of Minnesota

Los siguientes planes son sus opciones de seguro dental para el próximo año.

| | | Delta Dental | |
|--|--|-------------------------------------|----------------------------|
| Dentro de la red | | PPO y redes Premier | |
| Deducible del año calendario (individual / familiar) | | \$25/\$75 | |
| Máximo del año calendario (por persona, todos los servicios excepto prótesis) | | \$3,000 | |
| Máximo del año calendario (por persona, solo prótesis, este es un monto adicional al máximo de \$1,000 que tiene para todos los demás servicios) | | \$3,000 | |
| Atención preventiva: <i>exámenes, limpiezas, radiografías, mantenedores de espacio y selladores</i> | | 100 % | |
| Servicios básicos: <i>tratamiento paliativo, mantenedores periodontales, empastes, extracciones simples, endodoncia</i> | | 90 % | |
| Servicios principales: <i>cirugía oral, anestesia general, coronas, puentes, dentaduras postizas, implantes</i> | | 90 % | |
| Ortodoncia (por persona, a partir de los 8 años en adelante) | | 50 % Máximo de por vida: \$1,500 | |
| Aporte del empleado por período de pago quincenal | | Contratado antes de 1990 | Contratado DESPUÉS de 1990 |
| Empleado | | 30 % \$ 7.97 | 35 % \$9.30 |
| Empleado + familia | | 30 % \$22.21 | 35 % \$25.91 |



Encontrar un proveedor dentro

Visite <https://www.deltadentalmn.org/find-a-dentist/#/start>

Puede consultar a cualquier dentista de la red PPO o Premier

Seguro de la vista



¿Qué es el seguro de la vista?

El seguro de la vista está diseñado para proporcionar atención preventiva de rutina, como exámenes oculares, lentes y otros servicios de la vista a un precio reducido.



¿Quién es el proveedor?

Su seguro de la vista es proporcionado por EyeMed.

EyeMed
(866) 939-3633
www.eyemed.com



¿Necesita actuar?

Deberá hacer una elección de inscripción cada año para participar en el plan de la vista.

Seguro de la vista

Resumen de cobertura



Los siguientes planes son sus opciones de seguro de la vista para el próximo año.

| Plan de visión solo para materiales de EyeMed | |
|---|---|
| Dentro de la red | Red Insight |
| Lentes (una vez cada 12 meses) | Asignación de \$130 |
| Individual | Copago de \$10 |
| Bifocal | Copago de \$10 |
| Trifocal | Copago de \$10 |
| Progresivo | Copago de \$75-\$120; 20 % de descuento en el precio minorista menos la asignación de \$120 |
| Marcos (una vez cada 24 meses) | \$0 de Copago; 20 % de descuento en el saldo superior a la asignación de \$130 |
| Lentes de contacto optativas (en lugar de lentes y marcos) | \$0 de Copago; 15 % de descuento en el saldo superior a la asignación de \$130 |
| Convencionales | \$0 de Copago; 15 % de descuento en el saldo superior a la asignación de \$130 |
| Desechables | \$0 de Copago; 100 % de descuento en el saldo superior a la asignación de \$130 |
| Lentes de contacto médicamente necesarias (una vez cada 12 meses) | \$0 Copago; pagado en su totalidad |
| Aporte del empleado por período de pago quincenal | |
| Este es su aporte que se paga antes de impuestos mediante deducciones en el recibo de sueldo. | |
| Empleado | \$2.47 |
| Empleado + 1 | \$4.70 |
| Empleado + familia | \$6.90 |



Encontrar un proveedor dentro de la red

Visite <https://www.eyemed.com> y haga clic en “Find an eye doctor” (buscar un oftalmólogo).

Seguro de vida y AD&D



¿Qué es el seguro de vida?

El seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento (accidental death and dismemberment, AD&D) está diseñado para pagar un beneficio específico en caso de muerte de la persona cubierta.



¿Cuál es la compañía de seguros?

Su seguro de vida básico es administrado por Sun Life.

Sun Life
(800) 247-6875
www.sunlife.com

Su seguro de vida voluntario es administrado por Sun Life.

Sun Life
(800) 247-6875
www.sunlife.com



¿Necesita actuar?

Su cobertura básica de seguro de vida es pagada por su empleador. No se necesita ninguna acción de inscripción que no sea cumplir con los requisitos de elegibilidad de su empleador.

Nota: La renovación anual de beneficios es un buen momento para actualizar su beneficiario de seguro de vida.

El empleado paga en su totalidad su cobertura de seguro de vida voluntario. Deberá hacer una elección de inscripción para usted y sus dependientes.

Si no se inscribe en el seguro de vida voluntario cuando es elegible por primera vez y desea agregar la cobertura más adelante, deberá completar una evidencia de asegurabilidad para cualquier monto de cobertura solicitado.

Nota: La renovación anual de beneficios es un buen momento para revisar el monto de su elección de beneficios y actualizar su beneficiario.

Seguro de vida y AD&D

Resumen de cobertura



Hirshfield's Inc. paga el 100 % de las primas de su seguro de vida básico y por muerte accidental y pérdida de miembros (AD&D).

Usted paga el 100 % de las primas por el seguro de vida voluntario y AD&D.

| Características del plan pagado por el empleador | Beneficio |
|--|----------------------------------|
| Monto del beneficio del seguro de vida y AD&D del empleado | 1 vez el salario anual; hasta un |

| Características del plan pagado por el empleado | Beneficio |
|---|--|
| Monto del beneficio del seguro de vida del empleado | 5 veces el salario anual; hasta un máximo de \$500,000 (en incrementos de |
| Emisión de garantía del empleado | \$100,000 |
| Monto del beneficio del seguro de vida del cónyuge | Hasta \$250,000; máximo del 100 % del monto del empleado (en incrementos de \$5,000) |
| Emisión de garantía del cónyuge | \$25,000 |
| Monto del beneficio de seguro de vida por hijo (hijos de 14 días a 23 años de edad si es un estudiante a tiempo completo) | Hasta \$10,000; máximo del 100 % del monto del empleado (en incrementos de \$2,000) |



Emisión de garantía

El monto de la garantía del empleado es el monto del seguro de vida voluntario al que puede optar sin responder ninguna pregunta médica. La emisión de la garantía solo se aplica cuando usted es elegible para la cobertura por primera vez. Después de ese momento, deberá completar la evidencia de asegurabilidad para cualquier monto de cobertura solicitado.

Discapacidad a largo plazo (LTD)



¿Qué es el seguro de discapacidad a largo plazo?

La discapacidad a largo plazo proporciona una parte de sus ingresos si no puede trabajar debido a una discapacidad calificada.



¿Cuál es la compañía de seguros?

Su seguro de discapacidad a largo plazo es administrado por Sun Life.

Sun Life
(800) 247-6875
www.sunlife.com



¿Necesita actuar?

La cobertura por discapacidad a largo plazo es pagada en su totalidad por el empleado. Deberá hacer una elección de inscripción para usted.

Si no se inscribe en el seguro de discapacidad a largo plazo cuando es elegible por primera vez y desea agregar la cobertura más adelante, deberá completar la evidencia de asegurabilidad cuando solicite la cobertura.

Discapacidad a largo plazo

Resumen de cobertura



El siguiente es su beneficio por discapacidad a largo plazo para el próximo año. Usted paga el 100 % del costo de este plan

Características del plan

| | |
|----------------------------------|---|
| Monto del beneficio del empleado | Hasta el 60 % de los ingresos previos a la discapacidad |
| Monto máximo del beneficio | \$5,000 por mes |
| Período de eliminación | 90 días |
| Duración del beneficio | Edad normal de jubilación del seguro social |

Programa de asistencia al empleado (EAP)

Este programa es GRATIS para todos los empleados de Hirshfield's



¿Qué es un EAP?

Su Programa de asistencia al empleado (Employee Assistance Program, EAP) suministrado por Sun Life le proporciona a usted y a los miembros del grupo familiar asistencia gratuita, confidencial, en el momento para ayudar con problemas personales o profesionales que puedan interferir con las responsabilidades laborales o familiares.

Las razones comunes para llamar a su EAP son problemas de relación, nacimiento, muerte, enfermedad, problemas matrimoniales, agotamiento/ira, depresión, ansiedad, abuso de sustancias, desafíos de las responsabilidades diarias y crianza de los hijos. El EAP está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



¿Cuál es la compañía de seguros?

Su EAP es administrado por Sun Life.

Sun Life
(800) 460-4374
En línea: [Guidanceresources.com](https://www.guidanceresources.com)
Aplicación: GuidanceNow
ID web: EAPEssential



¿Necesita actuar?

El EAP es pagado al 100 % por Hirshfield's para todos los empleados, tanto a tiempo parcial como a tiempo completo.

Usted está inscrito automáticamente en esta cobertura, no se necesita ninguna acción de su parte.

EAP – Asistencia confidencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Detalles

Apoyo emocional confidencial

Nuestros médicos altamente capacitados escucharán sus inquietudes y lo ayudarán a usted o a los miembros de su familia ante cualquier problema, que incluye:

- Ansiedad, depresión, estrés
- Duelo, pérdida y cambios en la vida
- Conflictos de pareja/ matrimoniales

Soluciones para la vida laboral y personal

Nuestros especialistas proporcionan referencias y recursos calificados para casi cualquier tema en su lista de tareas pendientes, como:

- Búsqueda de servicios para cuidado de niños y adultos mayores
- Contratación de empresas de mudanzas o contratistas para reparaciones en el hogar
- Planificación de eventos, localización del cuidado de mascotas

Orientación legal

Hable con nuestros abogados para obtener ayuda práctica con sus problemas legales más apremiantes, que incluyen:

- Divorcio, adopción, derecho de familia, testamentos, fideicomisos, etc.

¿Necesita representación? Obtenga una consulta gratuita de 30 minutos y una reducción del 25 % en las tarifas.

Recursos financieros

Nuestros expertos financieros pueden ayudar con una amplia gama de cuestiones. Hable con nosotros sobre:

- Planificación de la jubilación, impuestos
- Reubicación, hipotecas, seguros
- Elaboración de presupuestos, deudas, bancarrota, etc.

Asistencia en línea

GuidanceResources®Online es su enlace las 24 horas del día, los 7 días de la semana para acceder a información vital, herramientas y asistencia. Inicie sesión para:

- Artículos, podcasts, vídeos, presentaciones de diapositivas
- Capacitaciones a pedido
- “Pregunte al experto” para obtener respuestas personales a sus preguntas

¿Qué sucede cuando llamo para pedir ayuda?

Cuando llame, hablará con un GuidanceConsultantSM, un consejero profesional (con título de grado o maestría) que recopilará información general sobre usted y hablará con usted sobre sus necesidades. El GuidanceConsultant le proporcionará el nombre de un consejero que puede ayudarlo. Recibirá asesoramiento a través del EAP hasta 3 sesiones telefónicas por tema, por persona, por año calendario. Entonces puede programar una cita para hablar con el consejero por teléfono.

Información del plan 401(k)



¿Qué es un 401(k)?

El plan 401(k) es un plan de ahorro para la jubilación patrocinado por su empleador. Le permite ahorrar e invertir una parte de su sueldo antes de que se apliquen impuestos. Los impuestos no se pagan hasta que el dinero se retira de la cuenta. Generalmente, el participante de un plan 401(k) puede comenzar a retirar dinero de su plan después de alcanzar los 59 años y medio de edad sin penalización.



¿Quién es el proveedor?

Su proveedor del plan 401(k) es Fidelity.

Fidelity
800-835-5097
www.401k.com



¿Necesita actuar?

Se creará automáticamente una cuenta 401(k) para usted, y se depositará el 4 % de su salario por período de pago. Esa cantidad aumentará automáticamente cada año hasta un 10 %. Podrá cambiar esto en cualquier momento.

Plan 401(k)

Detalles



Requisitos de elegibilidad

Los empleados deben tener 21 años de edad y tener 3 (tres) meses de servicio en Hirshfield's con ingreso mensual. Puede cambiar el monto de su aplazamiento en cualquier momento después de que se completen los requisitos de elegibilidad iniciales.

Por favor, verifique la información de su beneficiario visitando este enlace al sitio web de Fidelity:

<https://www.fidelity.com/customer-service/how-to-update-account-beneficiaries?urltype=https://>

Límites de aportes

Actualmente, el aporte máximo al plan 401(k) es de \$22,500 por persona. Si tiene más de 50 años antes del 31 de diciembre, puede realizar un aporte adicional de "recuperación" de hasta \$7,500 (\$30,000 en total). Nota: el IRS puede actualizar este límite de contribución a su discreción.

Adjudicación

El aporte del empleador se adjudica al 100 % de inmediato

Trasposos

Se aceptan trasposos de planes de jubilación calificados (401(k), participación en las ganancias, pensión) y cuentas de retiro individual (IRA) tradicionales o antes de impuestos.

Retiros

Puede hacer un retiro de su cuenta 401(k) en caso de un evento de distribución que califique: jubilación, muerte, discapacidad, terminación del servicio, dificultades económicas (según lo define el Código de Rentas Internas).

Aporte del empleador

Hirshfield's hará aportes equivalentes a \$0.35 por cada \$1.00 diferido en el primer 12 % de los ahorros salariales en su plan 401(k).



Información de contacto

Fidelity
800-835-5097
www.401k.com

También tiene acceso a un asesor de inversiones financieras de 401k gratuito en Christensen Group. Puede comunicarse con Spencer Rose al 952-653-1047 o srose@cgfinancial.com

Plan 401(k)

Detalles: Fidelity

Información de NetBenefits®

Si ya se ha registrado en Fidelity.com, NetBenefits o eWorkplace, no es necesario que se registre de nuevo. Utilice su nombre de usuario y contraseña existentes para acceder a su nueva cuenta.

New user registration

During the new user registration process, you may be asked to take an additional security step to help us authenticate your account.

1 Verify your identity

Enter information in the following required fields:

- Your first and last name
- Your date of birth
- Last four digits of your Social Security number

Select the **Submit** button.

2 Set up your username

We require that you create a **unique username**.

- Use 6–15 characters, including at least two letters.

Select **Check Availability** to ensure the username is not already in use.

You may **not** use:

- Special characters or symbols
- Sequences (e.g., 12345 or 11111)
- Personal info (SSN, phone #, DOB)

3 Create a password

Your password protects your account from unauthorized users.

- Use 6–20 characters.
- Letters are case sensitive.

You may **not** use:

- `*#&*<>{}[]"`
- Sequences (e.g., 12345 or 11111)
- Personal info (SSN, phone #, DOB)
- A password you've used before

After confirming your password, select **Submit**.



1 Verify Your Identity

Before you set up online access, let's confirm some basic information about your account.

All fields are required.

First Name Last Name

Date of Birth: Month , Day , Year

Last 4 Digits of SSN

Submit



Registration

Create a username and password for online access to your account.

2 Enter a username

Check Availability

Use 6–15 characters, including at least two letters.

You may not use:

- Special characters or symbols
- Sequences (e.g., 12345 or 11111)
- Personal info (SSN, phone #, DOB)

3 Create a new password

Password Strength: Weak

Use 6–20 characters, letters are case sensitive.

You may not use:

- "123456"
- Sequences (e.g., 12345 or 11111)
- Personal info (SSN, phone #, DOB)
- A password you've used before

Confirm your password

Submit

For illustrative purposes only.

Plan 401(k)

Detalles: Fidelity

4 Select a security question

If you ever forget your password, you can reset it after Fidelity verifies your identity using your new or updated security question and answer.

Pick a security question you can easily answer and enter your answer.

- Answers must be between 3 and 31 characters
- Answers are not case sensitive

Select **Submit**.

5 New user registration confirmed

You have successfully registered. If you have other accounts through Fidelity.com, NetBenefits, or eWorkplace, your new login information applies to these accounts, as well as to accessing your account by phone.

6 When you log in to NetBenefits, you'll be asked to provide your email address, email preferences, and mobile phone number.

Fidelity uses the contact information you provide to send you important communications about your benefits, as well as timely service-related and legal notifications, including messages about educational and new service offerings.

For illustrative purposes only.

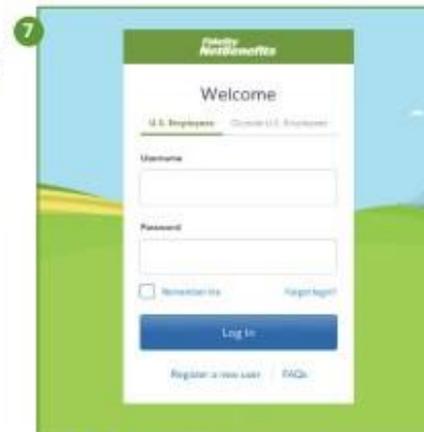
Plan 401(k)

Detalles: Fidelity

7 Begin using NetBenefits

After you log in with your new account username and password, and update your email address, email preferences, and mobile phone number, you can:

- Enroll in your plan, if you haven't already
- Check your account balances
- Update how much you set aside to save from your paycheck
- Make changes to your investments
- Visit the Planning & Guidance Center and set up important financial goals, such as saving for retirement, college, and other personal goals (e.g., buying a home)
- Access educational resources in the NetBenefits Library to improve your financial know-how on a wide range of topics (Social Security, loans, budgeting, etc.)



For illustrative purposes only.

Need help setting up your account?
Call your Plan's toll-free number.

Plan 401(k)

Detalles: Fidelity NetBenefits® Aplicación móvil

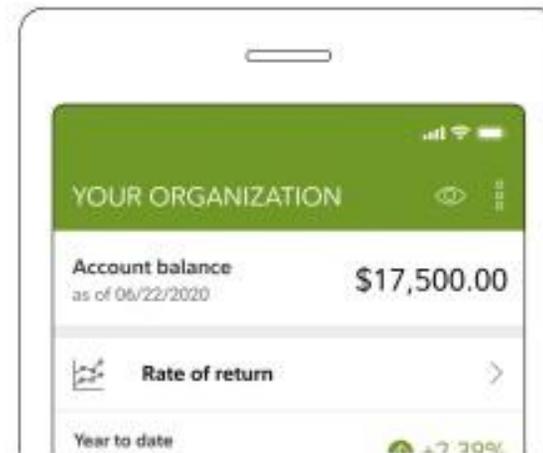
Take NetBenefits with you

Get instant access to balances, investments, educational resources, and more.

Download our mobile app today.



NetBenefits® smartphone and iPad® app



Screenshots and graphics are for illustrative purposes only. Apple, the Apple logo, iPad, iPhone, and iMac are trademarks of Apple Inc., registered in the United States and other countries. App Store is a service mark of Apple Inc. Android and Google Play are trademarks of Google Inc.



[Go to NetBenefits.com](https://www.netbenefits.com)

Asesor de Medicare

Este programa es GRATIS para todos los empleados de Hirshfield's



¿Qué es un asesor de Medicare?

Si usted es elegible para Medicare, o lo será pronto, Lauren Miller de Christensen Group puede ayudarlo a decidir cuáles son sus mejores opciones de beneficios.

Lauren tiene acceso a la descripción general de los beneficios de Hirshfield's (incluido el costo) para que pueda brindarle una comparación completa entre las opciones de Medicare y Hirshfield's disponibles para usted.



¿Quién es el contacto?

Lauren Miller
lmiller@christensengroup.com
952-653-1134

Hanna Barr
hbarr@christensengroup.com
952-653-1307



¿Necesita actuar?

Este servicio opcional es gratuito para todos Los empleados de Hirshfield's y sus familias.

Si usted (o su familia) es elegible para Medicare o lo será pronto, puede programar una cita con Lauren visitando:
<https://calendly.com/lamillercg>

Protección legal y por robo de identidad



¿Qué significa protección legal y de la identidad? ¿Seguro de robo?

La protección legal le brinda la posibilidad de hablar con un abogado sin preocuparse por los altos costos por hora. Usted paga una cuota mensual para acceder a asesoramiento legal, preparación de testamentos y otros servicios legales.

La protección contra el robo de identidad brinda cobertura si se produce un robo de su identidad y para el control de crédito con alertas.



¿Quién es el administrador?

Su seguro legal y por robo de identidad es administrado por Legal Shield.

Legal Shield
(800) 654-7757
www.legalshield.com



¿Necesita actuar?

Deberá hacer una elección de inscripción cada año para participar en el plan de asistencia legal o por robo de identidad.

Asistencia legal y robo de identidad

Resumen de cobertura



Este plan, administrado por Legal Shield, brinda cobertura para asesoría legal, preparación de testamentos y acceso a formularios legales en línea. Luego de inscribirse, recibirá un directorio de abogados y una lista de las áreas del derecho en las que se especializan.

| Características del plan | Aporte del empleado por período de pago quincenal |
|---|---|
| Servicios legales individuales | \$8.48 |
| Servicios legales para el grupo familiar | \$9.48 |
| ID Shield individual | \$4.49 |
| ID Shield del grupo familiar | \$8.48 |
| ID Shield individual y servicios legales individuales | \$12.96 |
| ID Shield y servicio legales para el grupo familiar | \$16.95 |



Acercas del robo de identidad

El robo de identidad ocurre cuando otros obtienen y usan su información personal sin su permiso. Una vez que se obtiene su información personal, los usurpadores pueden usar tarjetas de crédito existentes o abrir nuevas a su nombre, emitir cheques sin fondos o pedir préstamos.

Antes de que se entere de que su identidad ha sido robada, su crédito puede verse afectado y los ladrones pueden haber acumulado una deuda significativa, todo a su nombre.

Avisos legales

Asistencia para el pago de primas de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)

Si usted o sus hijos son elegibles para acceder a Medicaid o a CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para acceder a Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero es posible que pueda contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en un estado enumerado abajo, contáctese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si la ayuda para pagar primas está disponible.

Si usted o sus dependientes no están inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes pueden ser elegibles para cualquiera de estos programas, contáctese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o marque 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar una solicitud. Si califica, averigüe si su estado cuenta con un programa que pueda ayudarle a pagar las primas para un plan empleador-patrocinador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP, así como para el plan de su empleador, este último debería permitirle que se inscriba en el plan si es que todavía no lo hizo. Esto se conoce como oportunidad de "inscripción especial" y **usted debe solicitar cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado su elegibilidad para la asistencia para el pago de primas**. Si tiene preguntas acerca de la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede que sea elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2023. Para más información sobre elegibilidad contáctese con su estado.

| | |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">ALABAMA-Medicaid</p> <p>Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447</p> | <p style="text-align: center;">CALIFORNIA-Medicaid</p> <p>Sitio web del Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud (HIPP, por sus siglas en inglés): http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov</p> |
| <p style="text-align: center;">ALASKA-Medicaid</p> <p>Sitio web del programa AK Health Insurance Premium Payment: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx</p> | <p style="text-align: center;">COLORADO-Health First Colorado(Programa Medicaidde Colorado)yChildHealth Plan Plus(CHP+)</p> <p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto de miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943 / Retransmisión del estado 711 CHP+: https://www.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Retransmisión del estado 711 Programa de Afiliación al Seguro de Salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p> |
| <p style="text-align: center;">ARKANSAS-Medicaid</p> <p>Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p> | <p style="text-align: center;">FLORIDA-Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p> |
| <p style="text-align: center;">GEORGIA-Medicaid</p> <p>Sitio web de HIPP de Georgia: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, opción 1 GA CHIPRA Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, opción 2</p> | <p style="text-align: center;">MAINE-Medicaid</p> <p>Sitio web para inscribirse: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003/TTY: Retransmisión de Maine 711 Sitio web sobre la Prima del Seguro de Salud Privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 800-977-6740/TTY: Retransmisión de Maine 711</p> |

Avisos legales

| | |
|--|--|
| <p align="center">INDIANA-Medicaid</p> <p>Plan Healthy Indiana para adultos de 19 a 64 años con bajos ingresos Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Sitio web de todos los demás programas de Medicaid: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584</p> | <p align="center">MASSACHUSETTS-MedicaidyCHIP</p> <p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspreassistance@accenture.com</p> |
| <p align="center">IOWA-MedicaidyCHIP(Hawki)</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p> | <p align="center">MINNESOTA-Medicaid</p> <p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p> |
| <p align="center">KANSAS-Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p> | <p align="center">MISSOURI-Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p> |
| <p align="center">KENTUCKY-Medicaid</p> <p>Sitio web del Programa Integrado de Pago de Primas del Seguro Médico de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Kentucky Medicaid: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p> | <p align="center">MONTANA-Medicaid</p> <p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p> |
| <p align="center">LOUISIANA-Medicaid</p> <p>Sitio web: www.medicaid.la.gov www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p> | <p align="center">NEBRASKA-Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p> |
| <p align="center">NEVADA-Medicaid</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfnv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p> | <p align="center">CAROLINA DELSUR-Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p> |
| <p align="center">NUEVOHAMPSHIRE-Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/Medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Línea gratuita para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p> | <p align="center">DAKOTADEL SUR-Medicaid</p> <p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p> |

Avisos legales

| | |
|---|--|
| <p align="center">NUEVAJERSEY-MedicaidyCHIP</p> <p>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</p> | <p align="center">TEXAS-Medicaid</p> <p>Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) Acceso a la Salud del Departamento de Vermont Teléfono: 1-800-440-0493</p> |
| <p align="center">NUEVAYORK-Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p> | <p align="center">UTAH-Medicaid yCHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669</p> |
| <p align="center">CAROLINA DELNORTE-Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p> | <p align="center">VERMONT-Medicaid</p> <p>Sitio web: Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud (HIPP) Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: 1-800-250-8427</p> |
| <p align="center">DAKOTA DELNORTE-Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p> | <p align="center">VIRGINIA-Medicaid yCHIP</p> <p>Sitio web: https://www.coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924</p> |
| <p align="center">OKLAHOMA-MedicaidyCHIP</p> <p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p> | <p align="center">WASHINGTON-Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022</p> |
| <p align="center">OREGON-Medicaid</p> <p>Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p> | <p align="center">VIRGINIA OCCIDENTAL-MedicaidyCHIP</p> <p>Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhpp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p> |
| <p align="center">PENSILVANIA-Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p> | <p align="center">WISCONSIN-Medicaid yCHIP</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002</p> |
| <p align="center">RHODE ISLAND-MedicaidyCHIP</p> <p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa RI te Share)</p> | <p align="center">WYOMING-Medicaid</p> <p>Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269</p> |

Avisos legales

Para ver si otros estados han agregado un programa de ayuda para pagar primas desde el 31 de julio de 2023, o para más información acerca de los derechos de inscripción especial, póngase en contacto con:

| | |
|---|--|
| <p>Departamento de Trabajo de los EE. UU. Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados www.dol.gov/agencies/ebsa 1-866-444-EBSA (3272)</p> | <p>Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid www.cms.hhs.gov 1-877-267-2323, Opción 4 del menú, ext. 61565</p> |
|---|--|

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento señala que un organismo federal no puede dirigir ni auspiciar la recolección de datos, a menos que esté autorizado por la OMB bajo la PRA y exhiba un número de control vigente emitido por la OMB, y el público no tiene la obligación de responder a un instrumento de recolección de datos a menos que exhiba un número de control vigente emitido por la OMB. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición legal, ninguna persona podrá ser sancionada por no cumplir con una recopilación de datos si ésta no exhibe un número de control de la OMB válido y vigente. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga que supone para el público esta recopilación de datos es de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de datos, así como sugerencias para reducir esta carga, a U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o por correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov indicando el número de control OMB 1210-0137.

Número de control emitido por la OMB 1210-0137 (vencimiento 31/1/2026)

Avisos legales

Aviso general sobre derechos de continuidad de la cobertura COBRA (Para uso de planes de salud grupales de un solo empleador)

** Derechos de continuidad de la cobertura conforme a la ley COBRA **

Presentación

Usted recibe este aviso porque recientemente ha obtenido cobertura a través de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuidad de la cobertura COBRA, que es una prórroga temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la continuación de la cobertura COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a recibirla.** Cuando usted pasa a ser elegible para COBRA, también puede pasar a ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura COBRA.

El derecho a la continuidad de la cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Conciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuidad de la cobertura COBRA puede estar a su disposición y a la de otros miembros de su familia cuando, de lo contrario, finalizaría la cobertura de salud grupal. Si desea más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la legislación federal, consulte la Descripción Resumida del Plan o póngase en contacto con el Administrador del Plan.

Puede que tenga otras opciones disponibles cuando se queda sin cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para contratar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, usted podría calificar para acceder a costos más bajos en sus primas mensuales y menores costos de bolsillo. Además, es posible que pueda optar por un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el que reúna los requisitos (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan no suele aceptar inscripciones tardías.

¿Qué es la continuación de la cobertura COBRA?

La continuación de la cobertura COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando, de lo contrario, ésta finalizaría debido a una circunstancia de la vida. Esto a veces se denomina “evento que califica”. Más abajo se enumeran los eventos específicos que califican. Tras un evento que califica, debe ofrecerse la continuación de la cobertura COBRA a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura conforme al Plan debido al evento que califica. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que elijan la continuación de la cobertura COBRA deben pagar por la continuidad de dicha cobertura.

Si usted es un empleado, pasará a ser un beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan a causa de los siguientes eventos que califican:

- Se le reducen sus horas de trabajo, o
- Se pone fin a su relación laboral por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es cónyuge de un empleado, pasará a ser un beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan a causa de los siguientes eventos que califican:

- Su cónyuge fallece;
- Se le reducen las horas de trabajo a su cónyuge;
- Se pone fin a la relación laboral de su cónyuge por cualquier motivo que no sea una falta grave de su cónyuge;
- Su cónyuge adquiere derechos a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes serán beneficiarios calificados si pierden la cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- El progenitor-empleado fallece;
- Se le reducen las horas de trabajo al progenitor-empleado;
- Se pone fin a la relación laboral del progenitor-empleado por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte;
- El progenitor-empleado adquiere derechos a recibir beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El/la hijo/a deja de ser elegible para la cobertura bajo el Plan como “hijo/a dependiente”.

Avisos legales

Aviso general sobre derechos de continuidad de la cobertura COBRA (Para uso de planes de salud grupales de un solo empleador)

¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura COBRA?

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

- Terminación de la relación laboral o reducción de las horas de trabajo;
- Muerte del empleado; o
- El empleado adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o pérdida de elegibilidad para la cobertura de un hijo/a dependiente), usted debe notificarle al Administrador del Plan en un plazo de 60 días luego de que ocurra el evento que califica. Debe proporcionarle este aviso a su empleador.

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura COBRA?

Luego de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ocurrió un evento que califica, se ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a cada beneficiario calificado. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho individual de elegir la continuación de la cobertura COBRA. El empleado cubierto puede elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de su cónyuge, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación temporal de la cobertura que suele durar 18 meses debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento que califica durante el período inicial de cobertura, puede permitirle al beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

También existen formas de ampliar este período de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA:

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

Si la Seguridad Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted lo notifica oportunamente al Administrador del Plan, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, hasta un máximo de 29 meses. La discapacidad deberá haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura COBRA y deberá durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA.

Avisos legales

Aviso general sobre derechos de continuidad de la cobertura COBRA (Para uso de planes de salud grupales de un solo empleador)

Prórroga del período de 18 meses de continuación de la cobertura por segundo evento que califica

Si su familia tiene otro evento que califica durante los 18 meses de continuación de la cobertura COBRA, el o la cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, hasta un máximo de 36 meses, si se notifica al Plan el segundo evento que califica en tiempo y forma. Esta prórroga puede estar disponible para el o la cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de la cobertura COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta prórroga solo está disponible si el segundo evento que califica hubiera hecho que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si no se hubiera producido el primer evento que califica.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la Continuación de la Cobertura COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, [el Programa de Seguro Médico para Niños \(CHIP\)](#), u otras opciones de cobertura bajo planes de salud grupales (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 la cobertura COBRA. Puede consultar más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de la cobertura COBRA una vez que finalice la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si usted 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 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, a partir de la primera de las siguientes fechas:

- El mes siguiente a la finalización de su relación laboral; o bien
- El mes siguiente a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basado en su empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y, en cambio, elige la continuación de la cobertura de COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y que tenga una interrupción en la cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura COBRA y posteriormente se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura COBRA, el Plan puede dar por terminada la continuación de su cobertura. No obstante, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no podrá interrumpirse por tener derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de la cobertura COBRA como en Medicare, por lo general Medicare pagará en primer lugar (pagador principal) y la continuación de la cobertura COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, aunque usted no esté inscrito en Medicare.

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

Si tiene alguna pregunta

Las preguntas relativas a su Plan o a sus derechos de continuación de la cobertura COBRA deben dirigirse a los contactos indicados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley sobre Protección al Paciente y Atención de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, póngase en contacto con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. más cercana a su zona o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de la EBSA pueden consultarse en el sitio web de la EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga informado al Plan acerca de sus cambios de domicilio

Para proteger los derechos de su familia, comuníquese al Administrador del Plan cualquier cambio de domicilio de los miembros de su familia. Además, debe conservar una copia, para sus registros, de todas las notificaciones que envíe al Administrador del Plan.

Avisos legales

Ley de Licencias Médicas y Familiares (FMLA, por sus siglas en inglés)

¿Quién es elegible para la licencia conforme a la FMLA?

Un empleado es elegible para una licencia conforme a la FMLA si ha estado contratado por un empleador cubierto durante al menos 12 meses y ha trabajado al menos 1.250 horas para ese empleador durante el período anterior de 12 meses. Además, debe estar empleado en un lugar de trabajo en el que la empresa emplee al menos a 50 trabajadores en un radio de 75 millas alrededor del lugar de trabajo.

A los efectos de determinar si un empleado que es miembro de la tripulación de vuelo cumple con el requisito de horas de servicio anterior, se considerará que el empleado cumple con el requisito si:

- Ha trabajado o cobrado no menos del 60 por ciento de la garantía mensual total aplicable durante el período anterior de 12 meses; y
- Ha trabajado o cobrado no menos de 504 horas durante el período anterior de 12 meses.

¿Cuáles son los motivos que dan derecho a una licencia conforme a la FMLA?

Las siguientes circunstancias dan derecho a **12 semanas laborables** de licencia en virtud de la FMLA:

- ✓ Nacimiento y cuidado de un hijo o hija del empleado;
- ✓ Entrega de un hijo o hija en adopción o guarda al empleado;
- ✓ Cuidado del cónyuge, hijo, hija o padre o madre de un empleado que tenga un problema de salud grave;
- ✓ Un problema de salud grave del propio empleado que lo incapacite para desempeñar cualquiera de las funciones esenciales de su puesto; o
- ✓ Cualquier urgencia admisible derivada del hecho de que un miembro de la familia (cónyuge, hijo, hija o padre o madre del empleado) sea un militar cubierto en servicio activo cubierto o que haya sido notificado de una inminente convocatoria u orden de servicio activo cubierto en las Fuerzas Armadas.

Además, los empleados elegibles podrán gozar de **26 semanas laborables** de licencia en un mismo período de 12 meses para cuidar de un cónyuge, hijo, hija, padre, madre o familiar cercano que sea miembro del servicio cubierto y sufra una lesión o enfermedad grave.

¿Qué es una "afección de salud grave" según la FMLA?

Una afección de salud grave es una enfermedad, lesión, impedimento o afección física o mental que requiere **atención hospitalaria** o tratamiento continuo **por parte** de un profesional de la salud. La FMLA no se aplica a exámenes médicos de rutina, como un chequeo médico, ni a afecciones médicas comunes, como un malestar estomacal, a menos que surjan complicaciones.

Para todas las afecciones, se entiende por "incapacidad" la incapacidad para trabajar, incluida la incapacidad para desempeñar cualquiera de las funciones esenciales del puesto del trabajador, o la imposibilidad de asistir a la escuela, o de realizar otras actividades cotidianas habituales debido a la afección de salud grave, al tratamiento de la afección de salud grave o a la recuperación de la afección de salud grave. El término "tratamiento" incluye, a mero título enunciativo, exámenes para determinar si existe una afección de salud grave y evaluaciones de dicha afección.

Se consideran afecciones de salud graves las que requieren hospitalización o las que requieren una o varias visitas al médico y un tratamiento continuo. Las afecciones crónicas y los períodos de incapacidad prolongados o permanentes también pueden cumplir los requisitos. Ciertas afecciones que requieren múltiples tratamientos también pueden cumplir los requisitos de la FMLA.

Avisos legales

Ley de Licencias Médicas y Familiares (FMLA, por sus siglas en inglés)

¿Cuándo debe un empleado notificar su necesidad de una licencia conforme a la FMLA?

Los empleados deben notificar a sus empleadores con la mayor antelación posible cuando soliciten una licencia conforme a la FMLA. Aunque no es obligatorio utilizar el término "FMLA" al solicitar la licencia, el empleado debe brindar suficiente información para que el empleador determine si la licencia reúne los requisitos para la protección de la FMLA. Cuando un empleado solicita licencia por un motivo que cumple los requisitos de la FMLA y por el que el empleador ha concedido previamente una licencia amparada por la FMLA, el empleado debe hacer referencia específica al motivo que cumple los requisitos para la licencia al notificárselo al empleador.

Si la licencia es previsible por el nacimiento de un hijo, para adoptar o recibir a un niño en régimen de guarda, para el tratamiento médico previsto de una afección de salud grave del empleado o de un familiar, o para el tratamiento médico previsto de una lesión o enfermedad grave de un miembro del servicio cubierto, el empleado debe notificar al empleador **al menos 30 días** antes del comienzo de la licencia. Si no se notifica con 30 días de antelación, el empleador tiene derecho a diferir el inicio de la licencia conforme a la FMLA hasta que se curse el preaviso de 30 días.

Cuando la licencia vaya a comenzar en menos de 30 días, el empleado debe notificar al empleador tan pronto como sea posible.

En el caso de una licencia previsible por una urgencia que califica, la notificación debe efectuarse tan pronto como sea posible, independientemente de la antelación con la que se prevea la licencia.

Avisos legales

Notificación conforme a Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

El 21 de octubre de 1998, el Congreso sancionó la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998. De acuerdo con lo establecido en la Ley, si usted o un familiar cubierto se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés). En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas en todas las fases de la mastectomía, incluido el linfedema.

La cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente. Los deducibles y coseguros establecidos para otros beneficios de su plan también se aplican a estos beneficios de cirugía reconstructiva.

Derechos conforme a la USERRA

Si usted, su cónyuge o dependiente se ausenta del trabajo para prestar servicio uniformado, puede tener derecho a seguir participando en el Plan en virtud de la Ley de Derechos de Empleo y Reinserción Laboral de los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés). La ley USERRA tiene por objeto reducir las dificultades que pueden surgir si tiene que ausentarse de su empleo civil para prestar servicios uniformados en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos. La USERRA busca garantizar que quienes sirven a su país puedan conservar su empleo civil y sus beneficios, y puedan buscar su reinserción laboral sin discriminación por razón de su servicio.

En virtud de la ley USERRA, los empleados que se ausenten para prestar servicio uniformado (y su cónyuge y dependientes cubiertos) tienen derecho a la continuación de la cobertura durante el período de servicio (más el tiempo permitido por la ley USERRA para solicitar la reincorporación al empleo) o durante un plazo máximo de veinticuatro (24) meses, el que sea menor. Si su período de servicio es inferior a treinta y un (31) días, el plan puede cobrar únicamente su parte de la prima mensual de cobertura médica. Si la duración de su servicio es mayor de treinta y un (31) días, su empleador puede cobrarle la prima íntegra más un 2 % (hasta un total del 102 % de la prima). Usted puede tener derechos tanto en virtud de la ley COBRA como de la ley USERRA y tiene derecho a la cobertura continua que le proporcione el beneficio más favorable.

Una persona que esté prestando servicio en las Fuerzas Armadas se considerará en situación de licencia y tendrá derecho a todos los derechos y beneficios no determinados por la antigüedad que se proporcionan por norma general a los empleados en situación similar que estén de licencia u otros tipos de licencia.

El período de continuación de la cobertura en virtud de la ley USERRA se computará como parte de cualquier período de continuación de la cobertura disponible simultáneamente en virtud de la ley COBRA.

Avisos legales

Ley de Paridad en la Salud Mental y Equidad en las Adicciones de 2008

Según la Ley de Paridad en la Salud Mental y Equidad en las Adicciones de 2008, las condiciones (por ejemplo, copagos y deducibles) y limitaciones de tratamiento para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias no deben ser, por regla general, más restrictivas que las aplicables a procedimientos médicos y quirúrgicos. Consulte los documentos de su plan para conocer más información sobre la cobertura de salud mental.

Ley de Michelle

Ciertos dependientes cubiertos pueden ser elegibles para prorrogar la cobertura de su plan durante un período de tiempo limitado cuando dicha cobertura de otro modo cesaría debido a la pérdida de la condición de estudiante.

En virtud de la Ley de Michelle, el Plan no puede dar por terminada la cobertura de un hijo dependiente cuya inscripción en un plan requiera la condición de estudiante en una institución de educación postsecundaria, si dicha condición se pierde debido a una licencia por necesidad médica. En este caso, el Plan continuará proporcionando cobertura al dependiente hasta la primera de las siguientes fechas:

La fecha en la que se cumpla un año desde el primer día de la licencia por necesidad médica.

La fecha en la que, de lo contrario, cesaría la cobertura del dependiente según las condiciones del Plan.

Un dependiente que se encuentre en esta situación será elegible para la continuación de la cobertura del Plan en virtud de la Ley de Michelle si usted proporciona al Plan un certificado por escrito del médico tratante del dependiente donde conste que:

El dependiente padece una enfermedad o lesión grave.

La licencia (u otro cambio en la matriculación) obedece a una necesidad médica.

Por licencia por necesidad médica se entiende una licencia de una institución de educación postsecundaria, o cualquier otro cambio en la matriculación del dependiente en la institución, que:

Comienza mientras el dependiente padece una enfermedad o lesión grave.

Hace que el dependiente pierda la condición de estudiante a los efectos de la cobertura según las condiciones del Plan.

Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

En general, los planes de salud grupales no pueden restringir la estancia hospitalaria de la madre o el bebé en relación con el parto a menos de cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal o menos de noventa y seis (96) horas después de un parto por cesárea. Los planes de salud grupales no pueden exigir que el médico tratante reciba autorización del plan para que la madre y el bebé permanezcan hospitalizados más de cuarenta y ocho (48) horas tras un parto vaginal o noventa y seis (96) horas tras un parto por cesárea. El médico tratante puede consultar con la madre y decidir dar de alta a la madre y al bebé antes de que transcurran cuarenta y ocho (48) horas tras un parto vaginal o noventa y seis (96) horas tras un parto por cesárea.

Avisos legales

Aviso de Prácticas de Privacidad conforme a la HIPAA (1 de 5)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE

La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA", por sus siglas en inglés) impone numerosos requisitos a los planes de salud de las empresas en relación con la forma en que puede utilizarse y divulgarse determinada información de salud que permite la identificación personal, denominada información de salud protegida o PHI (por sus siglas en inglés). Este Aviso describe la forma en que el plan, y cualquier tercero que colabore en la administración del plan, puede utilizar y divulgar su información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica y para otros fines autorizados o exigidos por la ley. Este Aviso también describe sus derechos de acceso y control de su información de salud protegida. "Información de salud protegida" es la información mantenida o transmitida por los Planes, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o estado físico o mental pasado, presente o futuro y con los servicios de atención médica relacionados.

Utilizaremos PHI en la medida mínima necesaria para lograr el propósito previsto del uso, divulgación o solicitud de la misma. Se aplicarán los Avisos sobre Prácticas de Privacidad de nuestras aseguradoras, excepto en el caso de la información médica limitada que recibamos de usted y conservemos cuando nos pida que le ayudemos a tramitar un reclamo o una controversia sobre la determinación de beneficios, la información relacionada con su inscripción o baja del plan y cierta información médica resumida.

Su médico o proveedor de atención de salud personal puede tener políticas o avisos diferentes en relación con el uso y la divulgación de su información médica.

La ley nos obliga a cumplir con los términos de este aviso para:

- Asegurarnos de que la información médica que lo identifica se mantenga privada.
- Notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica relativa a su persona.
- Cumplir con los términos del Aviso que se encuentra actualmente en vigencia.

Es importante tener en cuenta que estas normas se aplican a los Planes, no a la empresa como empleador.

1. **Cómo podemos utilizar y divulgar su información médica** La HIPAA autoriza en términos generales el uso y la divulgación de su información médica sin su permiso para fines de tratamiento médico, actividades de pago y operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones se describen en mayor detalle a continuación. Tenga en cuenta que este Aviso no enumera todos los usos o divulgaciones, sino que brinda ejemplos de los usos y divulgaciones más comunes.
 - **Tratamiento:** Cuando y según corresponda, la información médica puede utilizarse o divulgarse para facilitar el tratamiento o los servicios médicos por parte de los proveedores.
 - **Pago:** Cuando y según corresponda, la información médica puede utilizarse y divulgarse con el fin de determinar su derecho a recibir beneficios de los Planes, facilitar el pago del tratamiento y los servicios que reciba de los proveedores de atención médica, determinar la responsabilidad por los beneficios y la cobertura del plan, o coordinar su cobertura.
 - **Operaciones de atención médica:** Cuando y según corresponda, la información médica puede utilizarse y divulgarse para las operaciones del plan, según sea necesario. Su información genética no se utilizará ni divulgará con fines de suscripción de seguros.
 - El plan siempre tratará de garantizar que la información médica utilizada o divulgada se limite a un "Conjunto de Registros Designados" y a la regla del "Mínimo Necesario", que incluye un "conjunto de datos limitados", tal como se define en la ley para estos fines.

Avisos legales

Aviso de Prácticas de Privacidad conforme a la HIPAA (2 de 5)

OTROS USOS Y DIVULGACIONES AUTORIZADOS

- **Divulgación a terceros que intervienen en su atención:** La información médica puede revelarse a un familiar, a un amigo o a cualquier otra persona que usted identifique, siempre que la información esté directamente relacionada con la intervención de dicha persona en su atención médica o en el pago de dicha atención.
- **Divulgación al patrocinador del plan de salud:** La información puede divulgarse a otro plan de salud con el fin de facilitar las solicitudes de pago bajo ese plan. Además, la información médica puede divulgarse al personal con el propósito exclusivo de administrar los beneficios del plan.
- **Indemnizaciones laborales:** Podemos divulgar información médica relativa a su persona en relación con una indemnización laboral o programas similares. Estos programas proporcionan prestaciones por accidentes o enfermedades laborales.
- **Para cumplir con requisitos federales y estatales:** Se divulgará información médica cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.
- **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad:** Podrá divulgarse información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad pública o de un tercero. No obstante, cualquier divulgación solo se efectuará a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
- **Militares y veteranos:** Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, la información médica puede divulgarse según lo requieran las autoridades de mando militar.
- **Socios comerciales:** La información médica puede divulgarse a socios comerciales. Hemos celebrado contratos con entidades (definidas como "socios comerciales" en virtud de la HIPAA) para que nos ayuden a administrar sus beneficios. Celebraremos contratos con estas entidades en los que se les exigirá que solo utilicen y divulguen su información de salud en la medida en que así nos lo autorice la HIPAA.
- **Otros usos:** Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su información médica a organizaciones que se encargan de conseguir órganos o de realizar trasplantes de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos. Podemos revelar su información médica a un médico forense o médico legista. Si usted es un recluso de un centro penitenciario correccional o se encuentra bajo la custodia de una autoridad policial, es posible que suministremos su información médica al centro penitenciario correccional o a la autoridad policial.

En general, todo uso y divulgación que no sean los que se describen en este aviso requerirán su autorización por escrito. Se requiere su autorización por escrito para: la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; usos y divulgaciones de PHI con fines de marketing; y divulgaciones que constituyan una venta de PHI. Puede revocar su autorización en cualquier momento, pero no podrá hacerlo si los Planes ya han actuado en consecuencia.

Es posible que las leyes de privacidad de un estado en particular u otras leyes federales impongan una norma de privacidad más estricta. Si se aplican estas leyes más estrictas y no son sustituidas por normas federales de prelación en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA), el plan cumplirá con la ley más estricta.

2. **Sus derechos en relación con su información médica.** Usted tiene los siguientes derechos en relación con la información médica que conservamos sobre usted:

Derecho de inspección y copia: Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre sus beneficios en virtud de los Planes. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros materiales relacionados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en determinadas circunstancias muy limitadas. Si se le deniega el acceso a la información médica, podrá solicitar que se reconsidere la denegación. Si los Planes no conservan la información médica, pero saben dónde se conserva, se le informará a dónde dirigir su solicitud.

Avisos legales

Aviso de Prácticas de Privacidad conforme a la HIPAA (3 de 5)

- **Derecho de modificación:** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Asimismo, deberá indicar un motivo que justifique su solicitud. Podemos denegar su solicitud de modificación si no la presenta por escrito o no incluye un motivo que la justifique. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos cualquiera de los siguientes datos:
 - Información que no forma parte de la información médica conservada por o para el plan.
 - Información que no hayamos creado nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación.
 - Información que no forma parte de la información que usted podría inspeccionar y copiar.
 - Información que sea correcta y completa.
- **Derecho a un informe de divulgaciones:** Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones" (es decir, una lista de ciertas divulgaciones que el plan ha efectuado de su información médica). Por regla general, puede recibir un informe de las divulgaciones si la divulgación es exigida por la ley, si se efectúa en relación con actividades de salud pública o en situaciones similares a las enumeradas anteriormente como "Otros usos y divulgaciones autorizadas". Usted no tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones que se hayan efectuado:
 - Para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
 - A usted acerca de su propia información de salud.
 - De forma accesoria a otras divulgaciones autorizadas.
 - Cuando se haya dado autorización.
 - A familiares o amigos que intervengan en su atención (cuando la divulgación esté permitida sin autorización).
 - Con fines de seguridad nacional o inteligencia, o a instituciones penitenciarias o funcionarios de las fuerzas del orden en determinadas circunstancias.
 - Como parte de un conjunto de datos limitado en el que la información divulgada excluye información identificativa.

Para pedir esta lista o un informe de divulgaciones, deberá presentar su solicitud, en la que deberá indicar un período de tiempo, que no podrá ser mayor de seis años ni incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. En su solicitud deberá indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónico). La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de facilitarle la lista. Sin perjuicio de lo anterior, puede solicitar un informe de las divulgaciones de cualquier "historia clínica electrónica" (es decir, un registro electrónico de información relacionada con su salud que sea creado, recopilado, gestionado y consultado por profesionales médicos y personal de salud autorizados). Para ello, sin embargo, deberá presentar su solicitud e indicar un período de tiempo, que no podrá ser mayor de tres años anteriores a la fecha en que se solicite el informe.

Avisos legales

Aviso de Prácticas de Privacidad conforme a la HIPAA (4 de 5)

- Su derecho a solicitar restricciones: Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que utilizamos o divulgamos acerca de su persona para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar que se limite la información médica que divulgamos sobre su persona a alguien que intervenga en su atención o en el pago de la misma, como un familiar o amigo. Si los Planes aceptan una solicitud, cualquier restricción podrá anularse más adelante mediante solicitud por escrito, por acuerdo entre usted y los Planes (incluso verbalmente) o por decisión unilateral de los Planes en el caso de información de salud creada o recibida después de que los Planes le hayan notificado a usted que han eliminado las restricciones y en el caso de tratamientos de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacerlo por escrito y proporcionarnos los siguientes datos:
 - Qué información desea limitar.
 - Si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos.
 - A quién o quiénes desea que se apliquen las restricciones (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge).
 - Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene derecho a solicitar que, cuando nos comuniquemos con usted con respecto a cuestiones médicas, lo hagamos de una determinada manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedirnos que nos comuniquemos con usted únicamente a su trabajo o por correo.
3. Notificación de vulneraciones de seguridad. De conformidad con los cambios en la HIPAA exigidos por la Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica de 2009 y sus reglamentos de aplicación (en forma conjunta, "Ley HITECH", por sus siglas en inglés) en virtud de la Ley de Recuperación y Reinversión de los Estados Unidos de 2009 ("ARRA", por sus siglas en inglés), este Aviso también refleja los requisitos federales en materia de notificación de vulneraciones impuestos a los Planes en caso de que su información de salud protegida "no segura" (según se define en la Ley HITECH) sea obtenida por un tercero no autorizado.
- El plan le notificará tras el descubrimiento de cualquier "vulneración" de su información de salud protegida no segura, tal como se define en la Ley HITECH (la "Notificación de Vulneración"). La Notificación de Vulneración se efectuará por escrito y se enviará por correo certificado o, alternativamente, por correo electrónico si usted ha aceptado con anterioridad recibir dichas notificaciones por vía electrónica. Si la vulneración afecta a:
 - 10 o más personas de las que no dispongamos de información de contacto suficiente o actualizada, enviaremos una Notificación de Vulneración individual sustitutiva publicando la notificación en el sitio web de beneficios de la intranet de la empresa o enviando la notificación a medios de comunicación impresos o audiovisuales de gran difusión de los lugares en los que probablemente residan las personas afectadas.
 - Menos de 10 personas de las que no dispongamos de información de contacto suficiente o actualizada, enviaremos una Notificación de Vulneración sustitutiva mediante un formulario alternativo.

Avisos legales

Aviso de Prácticas de Privacidad conforme a la HIPAA (5 de 5)

La Notificación de Vulneración se le enviará sin demora injustificada y en ningún caso más de 60 días después de descubrirse una vulneración e incluirá, en la medida de lo posible:

- Una descripción de la vulneración.
- Una descripción del tipo de información afectada por la vulneración.
- Las medidas que debe adoptar para protegerse de posibles daños.
- Una breve descripción de lo que estamos haciendo para investigar la vulneración, mitigar el daño y prevenir nuevas vulneraciones.
- Información de contacto pertinente.

Además, en el caso de cualquier Notificación de Vulneración sustitutiva realizada a través de la web o de medios de comunicación impresos o audiovisuales de gran difusión, la Notificación de Vulneración incluirá un número de teléfono gratuito para que pueda ponerse en contacto con nosotros y determinar si su información de salud protegida se vio afectada por la vulneración.

4. Modificaciones a este Aviso Podremos modificar los términos de este aviso en cualquier momento. En ese caso, los nuevos términos y políticas entrarán en vigencia para toda la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Le enviaremos una copia del aviso actualizado.
5. Quejas Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el plan o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Todas las quejas deben presentarse por escrito.

No se le impondrá ninguna sanción por presentar una queja.

6. Otros usos de información médica. Cualquier otro uso o divulgación de la información médica que no esté contemplado en el presente aviso o en las leyes que nos rigen se realizará únicamente con su autorización por escrito. Si nos concede permiso para utilizar o divulgar información médica sobre su persona, podrá revocar dicho permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, dejaremos de utilizar o divulgar información médica sobre su persona por los motivos contemplados en su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos anular ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que es posible que estemos obligados a conservar nuestros registros relacionados con sus determinaciones de beneficios e inscripción.

Avisos legales

Notificación inicial conforme a la HIPAA sobre los derechos de inscripción especial

Este aviso tiene por objeto informarle acerca de su derecho, en virtud de una ley federal denominada Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA), a inscribirse en el Plan en fechas distintas a los plazos anuales de inscripción abierta del Plan, en caso de que se produzcan determinados acontecimientos (por ejemplo, si tiene un bebé). Estos períodos de inscripción se conocen como oportunidades de "inscripción especial". Por lo general, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días o según se especifique en los documentos del plan.

- Si usted o sus dependientes dejan de ser elegibles para otra cobertura en la que estaban inscritos, es posible que puedan inscribirse en este plan.
- Si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción, o entrega en adopción, puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en el Plan.
- Si usted, su cónyuge o sus dependientes reúnen los requisitos para recibir asistencia de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico para niños, o pierden la cobertura de dicho programa, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse en el Plan.

Beneficios del Plan durante una licencia conforme a la ley FMLA

Si se toma una licencia que no es una licencia familiar o médica según la Ley de Licencias Médicas y Familiares de 1993 (FMLA), la forma en que participa en el Plan dependerá de si sigue o no cobrando un sueldo de su empleador mientras está de licencia. Si su empleador no le paga mientras está de licencia, su participación en el Plan se tratará de la misma manera que si hubiera cesado su relación laboral, a menos que pague por los beneficios, después de deducir los impuestos, mientras esté de licencia. Cuando se reincorpore al trabajo, se reanudarán sus beneficios anteriores.

Si se toma una licencia familiar o médica en virtud de la FMLA, debe ponerse en contacto con el empleador para conversar sobre la continuidad de su participación en el Plan durante la licencia. En general, si se toma una licencia familiar o médica no remunerada en virtud de la FMLA, podrá seguir participando en el Plan, pero es posible que tenga que seguir realizando aportes.

Póngase en contacto con la empresa en cuanto sepa que va a tomarse una Licencia Familiar o Médica.

Órdenes de manutención médica de los hijos (QMCSO)

El administrador del plan puede facilitarle, sin ningún costo, una descripción de los procedimientos que rigen las órdenes de manutención médica de los hijos (QMCSO, por sus siglas en inglés).

Planes de bienestar

Su plan de salud tiene el compromiso de ayudarle a alcanzar su mejor estado de salud. Hay recompensas disponibles para todos los empleados por participar en un programa de bienestar. Si cree que quizás no pueda cumplir algún requisito para obtener una recompensa en el marco de este programa de bienestar, es posible que pueda tener la oportunidad de obtener la misma recompensa por otros medios. Póngase en contacto con su empleador y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted teniendo en cuenta su estado de salud".

Avisos legales

Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA)

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA, por sus siglas en inglés) prohíbe a los empleadores alcanzados por la ley solicitar o requerir información genética de una persona o de un miembro de su familia, excepto en los casos específicamente permitidos por la ley. Los requisitos de no discriminación en el empleo establecidos por la ley GINA prohíben a la empresa discriminar a cualquier empleado o postulante con respecto a la contratación, despido, remuneración, términos, condiciones o privilegios en el empleo basados en la información genética del empleado o postulante. En consecuencia, la empresa no dejará de contratar ni se negará a hacerlo, ni despedirá a ningún empleado o postulante a causa de su información genética. La empresa no limitará, segregará ni clasificará a los empleados o postulantes de ninguna manera que los prive o tienda a privarlos de oportunidades de empleo o perjudique su condición de empleados debido a la información genética relativa a los empleados o postulantes. La empresa no discriminará ni tomará represalias contra las personas que se opongan a prácticas ilegales en virtud de la GINA, o que presenten una acusación, testifiquen, colaboren o participen en cualquier investigación, procedimiento o audiencia relacionados con los requisitos de no discriminación en el empleo. Sin embargo, la empresa no infringirá la GINA si limita o restringe las funciones laborales de un empleado basándose en información genética porque así se lo exija una ley o reglamento que obligue al control genético.

La "información genética", según se define en la GINA, incluye los antecedentes médicos familiares de una persona, los resultados de las pruebas genéticas de una persona o de un familiar, el hecho de que una persona o un familiar de la persona haya solicitado o recibido servicios genéticos, y la información genética de un feto gestado por una persona o un familiar de la persona o de un embrión conservado conforme a la ley por una persona o un familiar que reciba servicios de reproducción asistida.

Asimismo, por regla general, el plan:

- No solicitará ni exigirá que las personas o sus familiares se sometan a pruebas genéticas.
- No utilizará información genética para decidir si una persona es elegible para la cobertura o para imponer exclusiones por afecciones preexistentes.
- No recopilará información genética con fines de suscripción de seguros o con respecto a cualquier persona antes de su inscripción o cobertura.
- No ajustará las primas grupales o los importes de los aportes sobre la base de información genética.

Aviso relativo a la designación de proveedores de atención primaria

El plan puede permitir o incluso exigir la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de atención primaria y para ver una lista de los proveedores de atención primaria que participan, póngase en contacto con su empleador. Para los niños, puede designar un pediatra como proveedor de atención primaria.

Aviso sobre la cobertura de la atención obstétrica o ginecológica

Usted no necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red y que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, se le puede requerir al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos, incluida la previa obtención de autorización para llevar a cabo ciertos servicios, luego de un plan de tratamiento previamente autorizado, o procedimientos para realizar derivaciones. Póngase en contacto con el plan para obtener una lista de profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología.

Avisos legales

Sus derechos y protecciones frente a facturas médicas sorpresivas (1 de 2)

Cuando recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor de fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, está protegido de la facturación sorpresiva o de saldos.

¿Qué es la "facturación de saldos" (a veces llamada "facturación sorpresiva")?

Cuando consulta con un médico u otro profesional de la salud, es posible que tenga que pagar ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, un coseguro y/o un deducible. También puede tener otros gastos o tener que pagar la totalidad de la factura si consulta a un proveedor o acude a un centro médico que no pertenece a la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" se refiere a los proveedores y centros que no tienen un contrato con su plan de salud. Es posible que los proveedores fuera de la red estén autorizados a facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el importe total cobrado por un servicio. Esto se denomina "**facturación de saldos**". Es probable que este importe sea superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no computarse para el límite anual de gastos de bolsillo.

La "facturación sorpresiva" es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red pero inesperadamente es atendido en un centro fuera de la red pero inesperadamente es atendido por un proveedor fuera de la red.

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

Servicios de emergencia

Si tiene una emergencia médica y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el importe de los costos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). **No** se le puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facturen los saldos de estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, ciertos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de los costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no pueden** pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo.

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

Avisos legales

Sus derechos y protecciones frente a facturas médicas sorpresivas (2 de 2)

La ley de Minnesota prohíbe la facturación de saldos

Un proveedor de la red tiene prohibido facturarle cualquier suma que supere la suma permitida que la compañía de seguros tiene contratada con el proveedor como pago total por el servicio de atención médica. Un proveedor de la red puede facturarle el copago, deducible o coseguro aprobado. Un proveedor de la red puede facturarle servicios no cubiertos por su plan de salud siempre que usted acepte por escrito y por adelantado, antes de que se preste el servicio, pagar por el servicio no cubierto.

Nunca tendrá que renunciar a la protección frente a la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando la facturación de saldos no está permitida, también tiene las siguientes protecciones:

Usted solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.

Por lo general, su plan de salud debe:

- Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
- Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
- Basar lo que usted le adeuda al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro de la red y reflejar ese importe en la explicación de beneficios.
- Computar cualquier suma que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red a cuenta del deducible y del límite de gastos de bolsillo.

Si cree que le han facturado indebidamente, puede ponerse en contacto con el servicio de ayuda No Surprise Help Desk (NSHD) al teléfono 1-800-985-3059 o con la Oficina del Fiscal General de Minnesota en: 445 Minnesota St., Ste. 1400, St. Paul, MN 55101; (800) 657-3787.

Visite [cms.gov/nosurprises](https://www.cms.gov/nosurprises) para más información sobre los derechos que le otorga la legislación federal.

Visite <https://www.ag.state.mn.us/consumer/publications/MedicalBillingPointers.asp> para consultar más información sobre sus derechos en virtud de la legislación del estado de Minnesota. Para obtener información sobre quejas relacionadas con la atención médica, visite <https://www.health.state.mn.us/facilities/insurance/clearinghouse/complaints.html>.