Golden Valley Health Centers

Guía y Resumen de Beneficios para el Período de Inscripción Abierta















Golden Valley Health Centers se dedica a ofrecer un programa integral de beneficios para sus empleados, diseñado para promover su bienestar físico, emocional y profesional, asegurando un equilibrio adecuado entre la vida laboral y personal. A partir del 1 de enero de 2024, los empleados tendrán acceso a un amplio conjunto de beneficios. Para obtener información detallada sobre cada uno de ellos, se recomienda revisar los resúmenes de beneficios adjuntos.

Nota: Este folleto es solo un resumen, consulte la descripción resumida del plan médico y los otros documentos específicos de las aseguradoras para conocer por completo los términos y condiciones.

Manténgase saludable:

- Seguro médico
- Seguro dental
- Seguro de visión

Siéntase seguro:

- Cuenta Flexible de Gastos Médicos
- Seguro de Vida y por Muerte Accidental o Desmembramiento (AD&D) patrocinado por el empleador.
- Seguro de Incapacidad prolongada (LTD) patrocinado por el empleador.
- Seguro Voluntario de Vida y por Muerte Accidental o Desmembramiento (AD&D).

Equilibro entre el trabajo y la vida:

- Programa de Asistencia al Empleado
- Legal Shield
- Teledoc



¿Qué es la Inscripción Abierta?

La Inscripción Abierta es el periodo anual en el que los empleados pueden **agregar, modificar o cancelar su cobertura médica, dental, de visión y los seguros voluntarios de Vida y AD&D**. Además, es el momento para **inscribirse en la Cuenta Flexible de Gastos Médicos**, que requiere una reinscripción anual para participar. El año del plan abarca del 1 de enero al 31 de diciembre, y todos los cambios realizados durante este periodo tendrán efecto a partir del 1 de enero de 2024. Una vez concluido el periodo de inscripción abierta, sólo podrá realizar cambios si ocurre un evento calificativo.

¿Quién es eligible para el seguro?

Un empleado de tiempo completo, definido como aquel que trabaja 30 horas o más por semana, es elegible para los beneficios a partir del primer día del mes que coincida o siga a la fecha en que complete treinta (30) días de empleo activo. Por otro lado, los empleados estacionales, aquellos que trabajan por turnos diarios, contratistas independientes y empleados temporales no califican para estos beneficios. En cuanto a los hijos dependientes, están cubiertos por los seguros médico, dental y de visión hasta los 26 años, sin importar su estado como estudiantes. Al cumplir los 26 años, esta cobertura se extiende hasta el final del mes en que alcancen dicha edad.

¿Cómo inscribirse o cancelar a la cobertura?

Debe realizar el proceso en línea a través del sistema UltiPro. Los cambios que efectúe estarán vigentes hasta el próximo periodo de inscripción abierta, salvo que ocurra un cambio calificado de estado, conocido como "Evento Calificativo" (QE, por sus siglas en inglés), según lo establecido en el Código 125 del Servicio de Impuestos Internos.

- **La fecha límite para completar la inscripción es el lunes 13 de noviembre de 2023.**

¿Cuándo puedo realizar cambios?

Los cambios calificados de estado deben ser gestionados dentro de los 30 días posteriores a su ocurrencia. Estos incluyen situaciones como matrimonio, divorcio o separación legal; nacimiento o adopción de un hijo; cambios en el estado de dependencia de un hijo; fallecimiento del cónyuge, hijo u otro dependiente calificado; y cambio de residencia debido a una transferencia laboral propia, del cónyuge o de la pareja de hecho registrada. También se consideran eventos calificados el inicio o finalización de procedimientos de adopción y los cambios en los beneficios o en el estado laboral del cónyuge o pareja de hecho registrada.

Contribuciones antes de impuestos mediante deducciones de nómina

- Este año, puede completar la inscripción de beneficios de salud y la Cuenta Flexible de Gastos Médicos en línea a través del sistema UltiPro.
- Las deducciones de nómina para la Cuenta Flexible de gastos médicos, que incluyen gastos médicos, dentales y de visión, se realizarán automáticamente antes de impuestos, salvo que se solicite lo contrario por escrito antes del inicio del año del plan (1 de enero de 2024). El plan anual comienza el 1 de enero de 2024 y finaliza el 31 de diciembre de 2024.
- Una vez iniciadas, las deducciones antes de impuestos no pueden ser eliminadas ni modificadas durante el año del plan sin un evento calificado, de acuerdo con el Servicio de Impuestos Internos.
- Las deducciones de nómina se aplicarán a cada cheque de pago del mes, distribuidas en 26 periodos de pago.
- Las deducciones correspondientes al año 2024 comenzarán a reflejarse en el primer cheque de pago de enero de 2024.

¿Qué hay de nuevo en **2024?**



Golden Valley Health Centers se complace en anunciar los detalles de los beneficios para 2024, incluyendo un único cambio significativo:

Médico: La red de proveedores continuará siendo **Blue Shield of California**. **Puede localizar un proveedor médico visitando** www.blueshieldca.com/networkppo**.**

Dental: Ameritas seguirá ofreciendo beneficios tanto dentro como fuera de la red, junto con una amplia red de proveedores dentales. Para más información, visite www.ameritasgroup.com.

Visión: Ameritas/VSP continuará ofreciendo beneficios dentro y fuera de la red, con acceso a una extensa red de proveedores. Para detalles, visite www.vsp.com.

Cuenta Flexible de Gastos (FSA): GVHC seguirá trabajando con BRI como administrador de este beneficio.

Group Life/AD&D: GVHC se complace en continuar ofreciendo beneficios de Life/AD&D a través de **UNUM**. Golden Valley Health Centers pagará el 100% de este beneficio para los empleados elegibles para beneficios de tiempo completo.

Discapacidad a largo plazo: GVHC se complace en continuar ofreciendo beneficios de LTD a través de **UNUM**. Golden Valley Health Centers pagará el 100% de este beneficio para los empleados elegibles para beneficios de tiempo completo.

Vida y AD&D Voluntarios: GVHC continuará ofreciendo el programa de Seguro de Vida Voluntario con **UNUM**, permitiendo a los empleados adquirir seguros de vida adicionales para ellos y sus familiares con tarifas grupales. Este beneficio está disponible mediante deducciones de nómina, hasta una cantidad garantizada de $200,000 sin necesidad de evidencia de asegurabilidad al momento de ser elegible por primera vez. Las solicitudes fuera de este periodo inicial estarán sujetas a la Evidencia de Asegurabilidad (EOI, por sus siglas en inglés).

CAMBIO: El servicio de Teledoc a través de Call A Doctor cambiará a Teledoc a través de Blue Shield. **Debido a este ajuste, será necesario registrarse nuevamente. Consulte la página 8 de la guía para los pasos de registro. Los servicios seguirán siendo gratuitos para los empleados**.

¿Cuánto me costará?

Médico	Quincenal
Empleado	$56.07
Empleado + Cónyuge	$122.13
Empleado + Hijo(s)	$112.42
Familia Completa	$164.69

Dental	Quincenal
Empleado	$11.08
Empleado + Cónyuge	$24.11
Empleado + Hijo(s)	$22.22
Familia Completa	$32.55

Visión	Quincenal
Empleado	$1.66
Empleado + Cónyuge	$3.63
Empleado + Hijo(s)	$3.34
Familia Completa	$4.84

Total: Todos los planes	Quincenal
Empleado	$68.81
Empleado + Cónyuge	$149.87
Empleado + Hijo(s)	$137.98
Familia Completa	$202.08

NOTA: Los beneficios no están 'empaquetados'. Usted tiene la opción de adquirir los beneficios médicos, dentales y/o de visión por separado.

Golden Valley Health Centers
Plan Médico

2024 Plan de Beneficios Beneficios de la Red (Únicamente)	Golden Valley Health Centers Plan Médico
Deducible anual por año calendario Individual Familiar	 $0 $0
Máximo de gastos de bolsillo por año calendario Individual Familiar	 $2,000 $4,000
Visita al consultorio Atención primaria Atención especializada	 $20 copago $20 copago
Atención en urgencias	Hasta $20: copago
Teledoc	Sin cargo **(Deberá volver a hacer el registro el 1 de enero de 2024)**
Cuidado preventivo / Exámenes / Vacunas	Sin cargo
Pruebas diagnósticas (radiografías, análisis de sangre, etc.)	20% coseguro
Imágenes (tomografías CT/PET, resonancias magnéticas)	20% coseguro
Servicios de hospitalización para pacientes internos (instalación)	20% coseguro
Cirugía ambulatoria (Hospital)	20% coseguro
Cirugía ambulatoria (Instalación no hospitalaria)	20% coseguro
Sala de emergencias	$150 copago + 20% coseguro ($150 copago exento, si es admitido)
Deducible anual para medicamentos de marca	Ninguno
Copago para medicamentos genéricos Venta al por menor Pedido por correo (suministro para 3 meses)	 $10 $20
Copago para medicamentos de marca en el formulario Venta al por menor Pedido por correo (suministro para 3 meses)	 $20 $40
Copago de medicamentos de marca no incluidos en el formulario	20% coseguro hasta un copago máximo de $75 por receta
Medicamentos especializados	20% coseguro hasta un copago máximo de $75 por mes

Blue Shield es la red de proveedores de GVHC. Visite www.blueshieldca.com/networkppo para obtener una lista de proveedores participantes.

Este es solo un resumen breve, para más detalles y exclusiones de beneficios, consulte su SPD.

¡Información Rápida!

¿SABÍA QUE…?

Cuando usted ahorra, la organización también con la reducción de los costos de las primas.

¿Es una emergencia?

- **Visitas No urgentes a la sala de emergencias**
  - Costo promedio de una visita a la sala de emergencias = $6,035
  - Responsabilidad del empleado por una visita a la sala de emergencias = $150 copago más 20% de los cargos restantes
  - Responsabilidad del empleado= ***$1,357***
- **Teledoc (Call A Doc Plus)**
  - Responsabilidad del empleado = ***$0 (sin cargo)***
  - Fácil acceso / Conveniencia / Aplicación móvil
- **Atención de urgencias**
  - Costo promedio de una visita a urgencias = $300
  - Responsabilidad del empleado = hasta $20 de copago.

Imágenes (Resonancia magnética, tomografías CT & PET) ¿Centro independiente o un hospital?

- **Resonancia magnética en un Hospital**
  - Costo promedio de una resonancia magnética en un hospital = $1,268
  - Responsabilidad del empleado = 20%
  - Responsabilidad de los empleados = ***$253***
- **Resonancia magnética en un centro independiente**
  - Costo promedio de una resonancia magnética en un centro independiente = $742
  - Responsabilidad del empleado = 20%
  - Responsabilidad del empleado = ***$148***

Cuidados en los que puede confiar



Obtenga apoyo de médicos con licencia y profesionales de salud mental dondequiera que se encuentre con Teladoc.

Como miembro de Blue Shield, tiene acceso a la red nacional de médicos certificados por la junta de Teladoc en los Estados Unidos.

Atención Médica General: Las citas están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año por teléfono o video.

Los medicos de Teladoc pueden tratar muchas condiciones médicas, incluyendo:

- Síntomas de resfriado y gripe.
- Alergias.
- Infecciones respiratorias.
- Problemas de los senos nasales.

¿Cuánto cuesta la atención médica de Teladoc?
Costo para el afiliado: $0

Atención en Salud Mental: Las citas están disponibles de 7 a.m. a 9 p.m. hora local, los siete días de la semana.

Los profesionales licenciados de Teladoc pueden ayudarle a manejar condiciones de salud mental que incluyen:

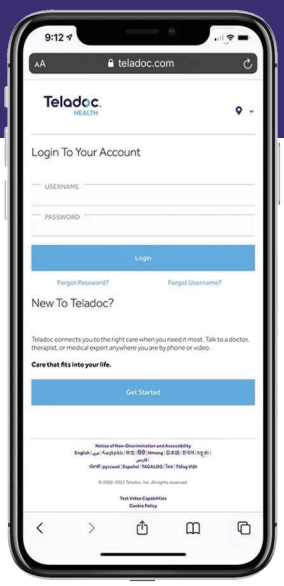
- Depresión
- Ansiedad
- Duelo
- Estrés
- Adicción
- Abuso doméstico
- Y más

¿Cuánto cuesta la atención médica de Teladoc?
Costo para el afiliado: $0

Por favor, tome en cuenta: Este servicio no incluye una línea directa para crisis. Si usted o alguien que conoce está en crisis, llame a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio al **1-800-273-TALK (8255)**. Deberá programar una cita para hablar con un terapeuta con licencia.

Blue Shield of California es un miembro independiente de Blue Shield Association A51473GRP-F_0123

¿Cómo solicitar citas médicas por video o teléfono?



Consultas médicas generales

Las citas están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana y durante todo el año, por teléfono o video.

1. Visite blueshieldca.com/teladoc
2. Regístrese o inicie sesión, puede solicitar una consulta en cualquier momento que necesite atención médica.
3. Descargue la aplicación Blue Shield para acceder a la atención desde cualquier lugar.

Consultas de salud mental

Las citas están disponibles de 7 a. m. a 9 p. m. hora local, los siete días de la semana. Teladoc confirma las citas de salud mental dentro de las 72 horas siguientes.

1. Visite blueshieldca.com/teladoc para registrarse o iniciar sesión y responder algunas preguntas sobre sus necesidades.

2. Solicite una cita.

3. Descargue la aplicación de Blue Shield para acceder a la atención desde cualquier lugar (Tenga en cuenta que las citas de salud mental deben programarse con anticipación).

Si tiene preguntas o necesita ayuda para crear una cuenta, llame al 1-800-Teladoc (835-2362). Los tiempos de espera pueden variar.

Terapia confidencial cuando necesite apoyo

blueshieldca.com/teladoc

© 2023 Teladoc, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y el logotipo de Teladoc son marcas comerciales de Teladoc Health, Inc. Su uso está prohibido sin autorización previa por escrito. Teladoc no sustituye al médico de atención primaria, no garantiza la emisión de recetas médicas y opera en conformidad con regulaciones estatales, lo que puede limitar su disponibilidad en ciertos estados. Teladoc no prescribe sustancias controladas por la DEA, medicamentos no terapéuticos ni otros medicamentos que puedan ser perjudiciales debido a su potencial de abuso. Los médicos de Teladoc se reservan el derecho de negar atención si existe la posibilidad de uso indebido de los servicios.
Puede acceder a servicios médicos dentro de la red de manera presencial o mediante telemedicina, si esta opción está disponible. Para verificar la disponibilidad de telemedicina, comuníquese con su proveedor de atención primaria, especialista tratante o centro de salud. Tanto los servicios presenciales como los de telemedicina dentro de la red están sujetos a los mismos estándares de accesibilidad y oportunidad geográfica. Si su plan incluye beneficios fuera de la red, estos estarán sujetos a costos adicionales y protecciones compartidas según lo estipulado en su plan.

Aviso de asistencia en idiomas

Para obtener asistencia gratuita en inglés o español, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación. También puede solicitar este documento sin costo en otros formatos, como letra grande, braille o audio.

Aviso de no discriminación

La compañía cumple con las leyes federales y estatales de derechos civiles y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a las personas en función de raza, color, origen nacional, grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidades físicas o mentales.

Ameritas – Beneficios del Seguro Dental PPO

Resumen del Plan Dental	Red de Proveedores	Por fuera de la Red (Percentil 90)
Tipo 1 (Preventivo): Limpiezas	100%	100%
Tipo 2 (Básico): Empastes y tratamientos de conductos	90%	80%
Tipo 3 (Avanzado): Coronas y cirugía oral	60%	50%
Deducible (por persona)	Tipo 2 & 3 $50 /año (calendario) Tipo 1 Exento	Tipo 2 & 3 $50 /año (calendario) Tipo 1 Exento
Máximo (por persona)	$2,000 (año calendario)	$2,000 (año calendario)
Ortodoncia para niños	50% = $1,000 máximo vitalicio	50% = $1,000 máximo vitalicio
Periodo de espera para empleados nuevos elegibles	Ninguno	Ninguno

Ameritas/VSP – Beneficios de Seguro de Visión PPO

Tipo de Servicio	Red de Proveedores	Por fuera de la Red
Examen de la vista (cada 12 meses)	$10 copago	$10 copago
Gafas con prescripción	$ 25 copago para monturas / lentes	$25 copago para monturas / lentes (hasta $45)
Lentes (cada 12 meses)	Cobertura Total (Incluye lentes progresivos, lentes de transición, recubrimiento antirreflejo y protección UV)	No Aplica
Montura (cada 12 meses)	$200 asignación	Hasta $70
Lentes de contacto: ajuste y examen	Costo para el afiliado Hasta $60	Sin beneficio

Cuenta Flexible de Gastos Médicos (FSA)

Benefit Resource, Inc. (BRI) es nuestro administrador de la cuenta FSA. Consulte la información de contacto, a continuación:

Portal del Participante: https://participant.briweb.com/login
Teléfono: (800) 473-9595 Lunes a viernes: 8 a.m. – 8 p.m. (Hora del Este)
Email: participantservices@benefitresource.com
Chat en línea EN VIVO: Lunes a viernes (*disponible al iniciar sesión como participante*)

La FSA proporciona una importante ventaja fiscal que le ayuda a pagar gastos de atención médica y cuidado de dependientes con base en ingresos sobre la base de *pre*impuestos. Al anticipar los costos de salud y cuidado de dependientes de su familia para el próximo año, puede reducir su ingreso gravable.

Golden Valley Health Centers contribuye con $100 para empleados y $200 para familias a la FSA de los empleados inscritos en el plan médico.

Reembolso de la FSA por Atención Médica - Monto máximo anual permitido: **$3,050 (incluida la contribución de GVHC mencionada anteriormente)**

Este programa brinda a los empleados de Golden Valley Health Centers la posibilidad de cubrir, sobre una base preimpuestos, diversos gastos médicos autorizados por el Servicio de Impuestos Internos que no están contemplados en el plan de seguro. Para ello, se utiliza la tarjeta de débito "Benny Card", la cual facilita el pago de conceptos tales como:

- Deducibles y copagos del plan médico.
- Servicios de visión, incluidos lentes de contacto, solución para lentes de contacto, exámenes de la vista y gafas.
- Servicios dentales, ortodoncia.
- Servicios quiroprácticos.

Regla "Usarlo o Perderlo": Como lo exige el Servicio de Impuestos Internos, una FSA tiene una disposición de "usarlo o perderlo" que establece que cualquier fondo del plan no utilizado al final del año, se perderá. Sin embargo, tiene la opción de transferir hasta $610, después de finalizado el plan anual (31 de diciembre). Al elegir una FSA durante la inscripción abierta, los empleados deben especificar cuánto desean contribuir al FSA anual, el objetivo es elegir un monto que cubra todos los gastos médicos o de cuidado de dependientes, pero que no sea tan alto que el dinero se pierda. **NOTA: Los empleados son responsables de conservar los recibos en caso de que el Servicio de Impuestos Internos requiera prueba calificada de un gasto médico.**

FSA para Cuidado de Dependientes: (Monto máximo anual permitido: **$5,000**)

La FSA para Cuidado de Dependientes permite a los empleados de Golden Valley Health Centers cubrir gastos calificados relacionados con el cuidado de dependientes, como el cuidado de niños menores de 13 años o el cuidado de adultos mayores. El monto máximo anual que puede contribuir es de $5,000 sobre una base de preimpuestos (o $2,500 si está casado y declara impuestos por separado) por año calendario. Algunos ejemplos incluyen:

- Costo del cuidado de niños o adultos dependientes.
- Costo de una persona para brindar cuidado, ya sea en su casa o fuera de ella.
- Guarderías y preescolares (excepto jardín de infantes).

Seguro de Vida y por Muerte Accidental o Desmembramiento

Seguro de Vida y por Muerte Accidental o Desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés) proporcionado por el empleador:

Tipo 1: Proveedores, Gerencia y Directores: GVHC proporciona a los empleados de tiempo completo, 1.5 veces el salario anual básico, hasta un máximo de $750,000 comuníquese con Recursos Humanos para actualizar la información de su beneficiario.

Clase 2: Otros empleados: GVHC proporciona a los empleados de tiempo completo, 1.5 veces el salario anual básico hasta un máximo de $200,000 comuníquese con Recursos Humanos para actualizar la información de su beneficiario.

Tabla de reducción por edad:
70 años: 65% del monto original
75 años: 40% del monto original
80 años: 20% del monto original

Seguro por incapacidad prolongada

Seguro por incapacidad prolongada proporcionado por el empleador:

Golden Valley Health Centers asume el costo total de esta cobertura, diseñada para complementar los beneficios y satisfacer las necesidades de los empleados de tiempo completo en caso de incapacidad prolongada.

NOTA: La póliza de incapacidad prolongada podrá ser compensada con otros ingresos.

Tipo 1: Proveedores, Gerencia & Directores

	Incapacidad prolongada
Periodo de eliminación	90 días
Beneficio mensual máximo (libre de impuestos)	60% del salario, hasta un máximo de $18,000 por mes

Tipo 2: Otros empleados

	Incapacidad prolongada
Periodo de eliminación	90 días
Beneficio mensual máximo	60% del salario hasta un máximo de $6,000 por mes

BENEFICIOS EN UN VISTAZO

PLAN DE SEGURO DE VIDA

El plan de Seguro de Vida proporciona protección financiera al (los) beneficiario(s) pagando el beneficio en caso de fallecimiento. El monto que reciba(n) el(los) beneficiario(s) dependerá de la cobertura vigente, justo antes de la fecha del fallecimiento, según los términos y disposiciones del plan.

FECHA EFECTIVA ORIGINAL DE INICIO DEL PLAN DEL EMPLEADOR: 1 enero 2018.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 952688 001

GRUPO(S) ELEGIBLE(S): Todos los empleados activos con empleador en Estados Unidos.

REQUISITO DE HORAS MÍNIMAS:

Ejecutivos: Los empleados deben trabajar al menos 28 horas por semana.

Médicos, Dentistas, Enfermeros Practicantes, Asistentes Médicos, Gerentes y Directores, Todos los empleados no elegibles en otro grupo: Los empleados deben trabajar al menos 30 horas por semana.

PERIODO DE ESPERA:

Empleados en un grupo eligible el 1 de enero de 2018: Ninguno

Empleados que ingresen a un grupo eligible después del 1 de enero de 2018: El primer día del mes coincidente a 30 días de empleo activo continuo.

EXONERACIÓN DEL PERIODO DE ESPERA:

Si ha trabajado de forma continua para su empleador durante un tiempo equivalente al período de espera establecido, UNUM eliminará dicho período cuando se incorpore a un grupo elegible.

¿QUIÉN PAGA LA COBERTURA?:

El empleador paga el costo de la cobertura.

PERIODO DE ESPERA:

Exención de prima: *9 meses*

Los beneficios basados en discapacidad comienzan el día después a que UNUM apruebe la reclamación y el periodo de eliminación esté completo.

BENEFICIO DEL SEGURO DE VIDA:

MONTO DEL SEGURO DE VIDA: 1.5 veces los ingresos anuales.

Todos los montos se redondean al siguiente múltiplo más alto de $1,000, si aún no es un múltiplo exacto del mismo.

Monto del Seguro de Vida a ciertas edades o alcanza ciertas edades estando asegurado:

Si ha alcanzado los 70 años, pero no los 75, el monto del Seguro de Vida será*:*

- 65% del monto del seguro de vida que tenía antes de los 70 años; o
- 65% del monto del seguro de vida que se muestra arriba si se asegura a partir de los 70 años, pero antes de los 75 años.

No habrá más aumentos en la cantidad de su seguro de vida.

Si ha cumplido 75 años, pero no los 80 años, el monto de su seguro de vida será:
- 40% del monto del seguro de vida que tenía antes de su primera reducción; o
- 40% del monto del seguro de vida que se muestra arriba si se asegura a partir de los 75 años, pero antes de los 80 años.

No habrá más aumentos en la cantidad de su seguro de vida.

Si ha cumplido 80 años o más, el monto de su seguro de vida será:
- 20% del monto del seguro de vida que tenía antes de su primera reducción; o
- 20% del monto del seguro de vida que se muestra arriba si se asegura a partir de los 80 años.

No habrá más aumentos en la cantidad de su seguro de vida.

MÁXIMO BENEFICIO DEL SEGURO DE VIDA:

Ejecutivos, Médicos, Dentistas, Enfermeros Practicantes, Asistentes Médicos, Gerentes y Directores: $750,000

Todos los empleados no elegibles en otro grupo: $200,000

ALGUNAS PÉRDIDAS PODRÍAN NO ESTAR CUBIERTAS EN ESTE PLAN

Otras características:

Beneficio acelerado
Conversión
Continuidad de cobertura
Portabilidad

Los puntos mencionados anteriormente son únicamente un resumen de este plan. Para obtener una descripción detallada de su cobertura, consulte la sección correspondiente al certificado de cobertura. El plan abarca servicios como inscripción, gestión de riesgos y otras formas de apoyo vinculadas al programa de beneficios proporcionado por su empleador.

BENEFICIOS EN UN VISTAZO

PLAN DE SEGURO MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

El plan de Seguro contra muerte accidental y desmembramiento proporciona protección financiera al(los) beneficiario(s) al pagar un beneficio en caso de fallecimiento o ante cualquier otra pérdida cubierta. El monto que reciba(n) usted o el(los) beneficiario(s) dependerá de la cobertura vigente, justo antes de la fecha del fallecimiento o cualquier otra pérdida cubierta, según los términos y disposiciones del plan.

FECHA EFECTIVA ORIGINAL DE INICIO DEL PLAN DEL EMPLEADOR: 1 enero de 2018.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 952688 001

GRUPO(S) ELEGIBLE(S): Todos los empleados activos con empleador en Estados Unidos.

REQUISITO DE HORAS MÍNIMAS:

Ejecutivos: Los empleados deben trabajar al menos 28 horas por semana.

Médicos, Dentistas, Enfermeros Practicantes, Asistentes Médicos, Gerentes y Directores, Todos los empleados no elegibles en otro grupo: Los empleados deben trabajar al menos 30 horas por semana.

PERIODO DE ESPERA:

Empleados en un grupo eligible el 1 de enero de 2018: Ninguno

Empleados que ingresen a un grupo eligible después del 1 de enero de 2018: El primer día del mes coincidente a 30 días de empleo activo continuo.

EXONERACIÓN DEL PERIODO DE ESPERA:

UNUM exonerará el periodo de espera al ingresar a un grupo elegible. porque el empleado durante un periodo igual al periodo de espera continuamente ha estado empleado por el empleador.

¿QUIÉN PAGA LA COBERTURA?:

El empleador paga el costo de la cobertura.

PERIODO DE ELIMINACIÓN:

Exención de prima: ***9 meses***

Los beneficios basados en discapacidad comienzan el día después a que UNUM apruebe la reclamación y el periodo de eliminación esté completo.

BENEFICIO DEL SEGURO DE AD&D:

Monto completo del Seguro de AD&D**:** 1.5 veces los ingresos anuales.

Todos los montos se redondean al siguiente múltiplo más alto de $1,000, si aún no es un múltiplo exacto del mismo.

Monto del Seguro de AD&D a ciertas edades o alcanza ciertas edades estando asegurado:

Si ha alcanzado los 70 años, pero no los 75, el monto del seguro de AD&D será*:*

- No habrá incrementos adicionales en el monto AD&D. Monto del 65% sobre el monto AD&D que tenía antes de los 70 años (Vale la pena asegurarse a los 70 años, pero no antes de los 75 años)

Si ha cumplido 75 años, pero no los 80 años, el monto de su seguro de AD&D será:
- 40% del monto del seguro de AD&D que tenía antes de su primera reducción; o
- 40% del monto del seguro de AD&D que se muestra arriba si se asegura a partir de los 75 años, pero antes de los 80 años.

No habrá más aumentos en el monto de su seguro de AD&D.

Si ha cumplido 80 años o más, el monto de su seguro de AD&D será:
- 20% del monto del seguro de AD&D que tenía antes de su primera reducción; o
- 20% del monto del seguro de AD&D que se muestra arriba si se asegura a partir de los 80 años.

No habrá más aumentos en el monto de su seguro de AD&D.

MÁXIMO BENEFICIO DEL SEGURO DE AD&D:

Ejecutivos, Médicos, Dentistas, Enfermeros Practicantes, Asistentes Médicos, Gerentes y Directores: $750,000

Todos los empleados no elegibles en otro grupo: $200,000

BENEFICIO DE REPATRIACIÓN:

Monto Máximo del Beneficio: Hasta $5,000

El beneficio de repatriación es independiente de cualquier beneficio AD&D el cual debe ser pagado primero para recibir el beneficio de repatriación.

BENEFICIO POR CINTURÓN DE SEGURIDAD Y BOLSA DE AIRE:

Monto del Beneficio:

Cinturón de seguridad: 10% del monto completo de su beneficio por seguro de muerte accidental y desmembramiento.

Bolsa de aire: 5% del monto completo de su beneficio por seguro de Muerte.

Pago Máximo del Beneficio:

Cinturón(es) de seguridad: $25,000

Airbag: $5,000

El beneficio de cinturón(es) de seguridad y bolsa de aire es independiente de cualquier beneficio AD&D el cual debe ser pagado primero para recibir el beneficio de cinturón(es) de seguridad y airbag.

BENEFICIO CALIFICADO DE LA EDUCACIÓN DEL(LOS) HIJO(S)

Monto del beneficio: Máximo $6,000. Monto 6% sobre el monto AD&D por año académico.

Pagos Máximos del Beneficio: 4 por toda la vida.

Monto Máximo del Beneficio:

$24,000

Periodo Máximo del Beneficio: 6 años desde la fecha en que se realiza el primer pago del beneficio.

El beneficio de educación es independiente del beneficio AD&D el cual debe ser pagado primero para que el(los) beneficiados reciban el beneficio de educación.

BENEFICIO POR EXPOSICIÓN Y DESAPARICIÓN

Monto máximo del beneficio: El monto total.

ALGUNAS PÉRDIDAS PUEDEN NO ESTAR CUBIERTAS POR ESTE PLAN.

Otras características:

Portabilidad

Consulte las características adicionales de beneficios AD&D. La continuidad de la cobertura está disponible bajo este plan.

Los puntos mencionados anteriormente son únicamente un resumen de este plan. Para obtener una descripción detallada de su cobertura, consulte la sección correspondiente al certificado de cobertura. El plan abarca servicios como inscripción, gestión de riesgos y otras formas de apoyo vinculadas al programa de beneficios proporcionado por su empleador.

BENEFICIOS EN UN VISTAZO

PLAN POR INCAPACIDAD PROLONGADA

Este plan por incapacidad prolongada brinda protección financiera pagando los ingresos, antes y mientras se está incapacitado. Bajo la cobertura del empleo, en algunos casos, puede recibir montos por incapacidad.

Todos los términos en negrita están definidos en la sección de GLOSARIO.

FECHA EFECTIVA ORIGINAL DE INICIO DEL PLAN DEL EMPLEADOR: 1 de enero de 2018.

NÚMERO DE PÓLIZA: 952688 002.

GRUPO(S) ELEGIBLE(S): Todos los empleados activos con empleador en Estados Unidos. Quedan excluidos los trabajadores temporales y de temporada.

REQUISITO DE HORAS MÍNIMAS:

Ejecutivos: Los empleados deben trabajar al menos 28 horas por semana.

Médicos, dentistas, enfermeros practicantes, asistentes médicos, gerentes y directores, empleados no elegibles en otro grupo: Los empleados deben trabajar al menos 30 horas por semana.

PERIODO DE ESPERA:

El periodo de espera es un periodo continuo de empleo activo que debe cumplirse, antes de ser elegible para la cobertura.

Empleados en un grupo eligible el 1 de enero de 2018: Ninguno

Empleados que ingresen a un grupo eligible después del 1 de enero de 2018: El primer día del mes coincidente a 30 días de empleo activo continuo.

EXONERACIÓN DEL PERIODO DE ESPERA:

UNUM exonerará el periodo de espera al ingresar a un grupo elegible. porque el empleado durante un periodo igual al periodo de espera continuamente ha estado empleado por el empleador.

¿QUIÉN PAGA LA COBERTURA?:

Ejecutivos, Médicos, Dentistas, Enfermeros Practicantes, Asistentes Médicos, Gerentes y Directores: El empleador paga el costo de la cobertura. Estas contribuciones están incluidas en el ingreso gravable.

Todos los empleados no elegibles en otro grupo: El empleador paga el costo de la cobertura.

PERIODO DE ELIMINACIÓN:

90 días. Este es el periodo de incapacidad que debe cumplirse antes de ser elegible para recibir beneficios.

INCAPACIDAD CUBIERTA:

Incapacidad Total y Parcial

La definición de incapacidad puede ser consultada en: "¿Cuándo está totalmente incapacitado?" y "¿Cuándo está parcialmente incapacitado?" en la sección de Información Sobre Beneficios.

Algunas incapacidades pueden no estar cubiertas o pueden tener cobertura limitada bajo el plan LTD.

BENEFICIO MÁXIMO MENSUAL:

Ejecutivos, Médicos, Dentistas, Enfermeros Practicantes, Asistentes Médicos, Gerentes y Directores: El 60% de los ingresos mensuales previos a la incapacidad, hasta $18,000 de beneficio máximo por mes. El pago reducirá por las reducciones de beneficios y los ingresos por incapacidad. Consulte "¿Cuáles son las reducciones de beneficios?" en la sección de Información Sobre Beneficios para conocer las fuentes de ingresos que califican para las reducciones de beneficios.

Todos los empleados no elegibles en otro grupo: El 60% de los ingresos mensuales previos a la incapacidad, hasta $6,000 de beneficio máximo por mes. El pago reducirá por las reducciones de beneficios y los ingresos por incapacidad. Consulte "¿Cuáles son las reducciones de beneficios?" en la sección de Información Sobre Beneficios para conocer las fuentes de ingresos que califican para reducciones de beneficios.

MÁXIMO PERIODO DE PAGO (discapacidad total, parcial, combinada):

Edad en la discapacidad	**Periodo máximo de pago**
Menor de 62 años	Hasta la edad normal de jubilación de la Seguridad Social
62 años	60 meses
63 años	48 meses
64 años	42 meses
65 años	36 meses
66 años	30 meses
67 años	24 meses
68 años	18 meses
69 años o más	12 meses

No se requieren pagos de primas para la cobertura, mientras reciba pagos bajo el plan LTD.

LÍMITE TOTAL DEL BENEFICIO:

El beneficio mensual total no excederá el 100 % de los ingresos mensuales previos a la discapacidad.

CONDICIÓN PREEXISTENTE:

No se otorgan beneficios por ninguna discapacidad causada por o resultante de una condición preexistente, según lo definido en la póliza. Para determinar si su discapacidad está excluida debido a una condición preexistente, consulte *"¿Qué es una condición preexistente excluida?"* en la sección de *Información Sobre Beneficios.*

Algunas discapacidades pueden no estar cubiertas o tener cobertura limitada bajo el plan LTD.

Los puntos anteriores son solo aspectos destacados del plan LTD, para obtener una descripción completa de la cobertura, continúe leyendo la sección del certificado de cobertura.

Seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento voluntarios

Golden Valley Health Centers ofrece a los empleados de tiempo completo la oportunidad de adquirir un seguro adicional de Vida y AD&D con UNUM. Asegúrese de mantener actualizada la información de beneficiaries, a través del Departamento de Recursos Humanos.

Beneficios	Empleado: Incrementos de $***10,000*** Cónyuge: Incrementos de ***$5,000*** Hijos(as): Cantidades fijas de ***$1,000, $2,000, $4,000, $5,000 o $10,000***
Montos máximos	Empleado: El menor entre 9 veces el salario anual o $500,000 Cónyuge: $500,000 (no puede exceder el 100% del monto del empleado) Hijos(as): ***$10,000***
***Montos garantizados**	Empleado: ***$200,000*** Cónyuge: ***$50,000*** Hijos(as): ***$10,000***

* Deberá completar el formulario de Evidencia de Asegurabilidad (EOI) por cualquier monto solicitado que supere los montos garantizados. Si no recibe el formulario EOI, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos.

Table de reducción por edad:
75 años: 50% del monto original.
80 años: 25% del monto original.
Información de Tarifas:

	Seguro de Vida Mensual para Empleado y Cónyuge Tarifas escalonadas por cada $1,000	**Seguro de Vida Mensual Infantil** Tarifas escalonadas por cada $1,000
Edad		**Tarifa Mensual**
15-24		0.041
25-29		0.041
30-34		0.049
35-39		0.079
40-44		0.150
45-49		0.228
50-54		0.347
55-59		0.539
60-64		0.901
65-69		1.502
70-74		2.872
75+		2.872

**NOTA IMPORTANTE: Si no se inscribe en los beneficios de Vida y AD&D Voluntarios cuando sea inicialmente elegible, podrá inscribirse durante el periodo de inscripción abierta; sin embargo, estará sujeto a una revisión de suscripción, deberá completar el formulario EOI, sin que se garantice la cobertura. No obstante, podrá elegir una cantidad por los montos garantizados (listados anteriormente) durante la inscripción abierta sin necesidad de suscripción ni EOI, cuando fue elegible inicialmente.*

Programa de Asistencia del Empleado (EAP)

Programa de Asistencia del Empleado

El programa EAP con Halcyon ofrece ayuda para resolver asuntos cotidianos mediante conversaciones con un consejero autorizado, incluso temas legales y financieros. El EAP es el primer paso para resolver problemas, ayuda a recuperar el control y mejorar la calidad de vida ¡Completamente GRATUITO!

- Conflictos familiares o maritales.
- Problemas de alcohol o drogas.
- Estrés.
- Depresión.
- Y mucho más...

Se incluyen hasta 6 sesiones de consejería sin costo (3 cada 6 meses) en persona o videollamada.

Definiciones importantes:

- Unidad del hogar
- Por incidente: Cada nuevo problema.
- Por año de beneficio: El año de la cobertura.

La privacidad es fundamental para el éxito del EAP. Toda información es confidencial y no se compartirá con el empleador. Para acceder al programa, llame a Halcyon al (888) 425-4800 o visite www.halcyoneap.com (nombre de usuario: goldenvalleyhealthcenters).

Halcyon EAP

Programa de Asistencia del Empleado de Golden Valley Health Centers
Recursos para el bienestar emocional y el equilibrio entre trabajo y vida personal para mantenerte en tu mejor versión.
Halcyon EAP ofrece orientación experta para ayudarle a usted y a su familia a abordar y resolver problemas cotidianos.

Apoyo Inmediato
Contacte a un médico autorizado por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año para recibir asistencia inmediata.

Asesoramiento Financiero
Consulte y planifique con un asesor financiero.

Consulta Legal
Por teléfono o en persona con un abogado local.

Asesoría de corto plazo
Acceda hasta 6 sesiones (3 cada 6 meses) a un asesoramiento sin costo, presencial o videollamada, para resolver problemas como estrés, depresión, ansiedad, presiones laborales, problemas de pareja o abuso de sustancias.

Recursos Integrales
Referencias para el cuidado infantil y de personas mayores, reparación del hogar, necesidades de vivienda, educación, cuidado de mascotas y mucho más.

Confidencialidad
Estándares estrictos de confidencialidad, garantizan que nadie sabrá que ha utilizado el programa, sin su autorización por escrito, salvo que lo requiera la ley.

Portal web y aplicación móvil
- Un centro integral de servicios del programa, información y más.
- Descubra capacitaciones demandadas de bienestar y equilibrio vital.
- Encuentre motores de búsqueda, calculadoras financieras y recursos profesionales.
- Explore artículos, consejos, autoevaluaciones y videos.

Apoyo efectivo e inmediato
- Textcoach®
  Coaching personalizado con un consejero autorizado en el móvil o el computador de escritorio.
- Animo
  Recursos autoguiados que mejoran la concentración, el bienestar y la actitud emocional.
- Virtual Support Connect
  Sesiones de apoyo grupal por chat en la Plataforma.

Comienza con el Navegador
¡Elimina las conjeturas sobre tu bienestar emocional! Visita tu portal web o aplicación móvil para completar la breve encuesta del Navegador de Salud Mental. Recibirás orientación personalizada para acceder a apoyo y recursos.

¡Descargue la aplicación móvil hoy mismo!

Halcyon EAP

1-888-HAL-4800 (425-4800
Halcyoneap.com
Nombre de Usuario:
goldenvalleyhealthcenters

El estrés de la vida no es un juego

Las soluciones reales están al alcance de tu mano con el Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

unum.com
FN-1917 (11-14)

Programa de Asistencia al Empleado para el Equilibrio entre Trabajo y Vida Personal

Acceso gratuito y disponible las 24 horas
1-800-854-1446: Inglés
1-877-858-2147: Español
1-800-999-3004: TTY/TDD

Acceso en línea

www.lifebalance.net.
Identificación de usuario y contraseña: lifebalance

El Programa de Asistencia al Empleado, diseñado para fomentar el equilibrio entre la vida laboral y personal, se incluye sin costo adicional dentro del plan de beneficios del seguro de la empresa. Este programa brinda apoyo para enfrentar desafíos cotidianos tanto en el ámbito laboral como en el hogar, además de ofrecer recursos para abordar cuestiones relacionadas con el bienestar emocional y físico.

- Referencias para servicios de cuidado infantil y/o cuidado de personas mayores.
- Información y recursos sobre relaciones personales.
- Acceso a información de salud y herramientas en línea.
- Consultas legales con abogados licenciados.
- Asesoramiento en planificación financiera.
- Apoyo en la gestión del estrés.
- Recursos para el desarrollo profesional.

Acceder a la ayuda es un proceso sencillo:
Consultas telefónicas: Converse de manera confidencial con un consultor maestro, quien lo ayudará a aclarar la situación, evaluar las opciones disponibles y desarrollar un plan de acción.
Reuniones presenciales: Programe hasta tres reuniones por tema con un consultor local para abordar y resolver problemas a corto plazo.
Materiales educativos: Explore nuestra biblioteca en línea para acceder a información valiosa, materiales descargables y herramientas interactivas.

Para obtener más información, visite www.lifebalance.net e ingrese con el usuario y contraseña: lifebalance.

El Programa de Asistencia para el Equilibrio entre la Vida Laboral y Personal, proporcionado por Ceridian HCM, se ofrece como parte de ciertas pólizas de seguro de Unum. Los términos y la disponibilidad del servicio están sujetos a cambios. Cabe señalar que el proveedor del servicio no ofrece asesoría legal; para orientación legal específica, debe consultar con su abogado. Además, los servicios dejan de estar disponibles una vez que la cobertura termina. Para obtener detalles adicionales, comuníquese con su representante de Unum.

En los estados de California y Nevada, los empleados tienen la opción de consultar con un asesor local hasta tres veces dentro de un periodo de seis meses.

Productos de seguros asegurados por las subsidiarias de Unum Group.
unum.com
© 2014 Unum Group. Todos los derechos reservados. Unum es una marca registrada y una marca comercial de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.
EN-1917 (11-14) PARA EMPLEADOS

Better benefits at work.

Esta no es una tarjeta de seguro médico

Mantenga esta tarjeta siempre a su alcance, ya que le proporciona acceso inmediato a una amplia variedad de servicios confidenciales enfocados en el bienestar emocional y en el equilibrio entre la vida laboral y personal. Si requiere tarjetas adicionales, póngase en contacto con el administrador del plan en su lugar de trabajo.

unum.com

No olvide este imprescindible de viaje

Lleve consigo el número de asistencia de emergencia en viajes internacionales y deje las preocupaciones en casa

unum.com
EN-1938 (3-15)

Si necesita asistencia de viaje en cualquier lugar del mundo, contáctenos día o noche:
Dentro de los Estados Unidos: 1-800-872-1414
Fuera de los Estados Unidos: (Código de Acceso a los Estados Unidos) +609-986-1234
Por correo electrónico: medservices@assistamerica.com
Número de Referencia: 01-AA-UN-762490

Nombre del Empleado (escribir arriba)

Siempre que viaje a más de 100 millas de su hogar, ya sea a otra ciudad o a otro país, asegúrese de llevar consigo el número de teléfono de asistencia de viaje. Puede recortar y guardar la tarjeta de bolsillo o registrar el número en su teléfono celular para tenerlo siempre disponible. Sin importar la hora, usted y su familia podrán acceder a soporte para servicios médicos, legales y otros tipos de asistencia.

Beneficios de la Asistencia en Viajes para Emergencias
- Reemplazo de recetas médicas y pasaportes extraviados.
- Referencias a proveedores médicos capacitados en medicina occidental y que hablen inglés.
- Asistencia en la admisión a hospitales.
- Coordinación de evacuaciones médicas de emergencia.
- Organización de transporte para que un amigo o familiar acompañe a un paciente hospitalizado.
- Cuidado y transporte de niños menores que viajen sin acompañantes.
- Referencias legales y servicios de intérprete.

Para más información, solicite al Gerente de Recursos Humanos una copia del certificado de servicio de la empresa.

Los servicios de asistencia de emergencia en viajes internacionales, proporcionados por Assist America, Inc., están disponibles como parte de ciertas ofertas de seguro de Unum. Los términos y la disponibilidad de estos servicios están sujetos a cambios y a los requisitos previos establecidos. Cabe destacar que los servicios dejan de estar disponibles una vez que la cobertura termina. Para obtener más detalles, comuníquese con su representante de Unum.

Toda asistencia de emergencia debe ser organizada exclusivamente por Assist America, quien cubre los costos asociados con los servicios proporcionados, excepto aquellos relacionados con el Seguro de Salud del empleado, como gastos médicos, recetas, honorarios médicos, laboratorios y uso de instalaciones médicas.

* Los dependientes legales son elegibles para estos servicios hasta los 19 años de edad, o hasta la edad máxima especificada en el plan médico. Sin embargo, los cónyuges que viajan por motivos de negocios no califican para este beneficio. Para obtener información detallada sobre los criterios de elegibilidad, comuníquese con el administrador del plan.

** Es posible que se requiera una validación del seguro médico o un anticipo de fondos para las instalaciones médicas en el extranjero. En caso de admisiones hospitalarias de emergencia, cualquier gasto cubierto por Assist America, Inc. deberá ser reembolsado por el usuario en un plazo máximo de 45 días.

© 2014 Unum Group. Todos los derechos reservados. Unum es una marca registrada y una marca comercial de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.

EN-1938 (3-15)

Better benefits at work.

Esta no es una tarjeta de seguro médico

Todos los servicios deben ser proporcionados por Assist America, Inc.
No se aceptarán reclamaciones de reembolso. Estos servicios no son válidos, después de la terminación de la cobertura de la póliza y pueden ser retirados en cualquier momento.

Plan Legal LegalShield

Los problemas legales, previstos e imprevistos, surgen a diario, pero con una pequeña cuota mensual el Plan Legal de LegalShield le brinda acceso a asesoramiento y orientación sobre un número ilimitado de cuestiones legales personales con abogados que tienen un promedio de 19 años de experiencia.

Asesoramiento y Consulta
Asesoramiento
Consultas telefónicas gratuitas con abogado proveedor para cualquier asunto legal, incluso en condiciones preexistentes.

Cartas y llamadas telefónicas en su nombre
Disponibles a discreción del abogado proveedor.

Revisión de contratos y documentos
Revisión de contratos y documentos de hasta 15 páginas.

Asistencia de Emergencia las 24 horas los 7 días de la semana
Consultas legales fuera del horario laboral para emergencias legales cubiertas. La cobertura específica depende del plan, e incluye situaciones como: si es arrestado o detenido, si sufre una lesión grave, si recibe una orden judicial o si el estado intenta quitarte la custodia de su(s) hijo(s).

Asuntos Familiares (únicamente en Plan Familiar)
Asistencia para Cambio de Nombre sin Oposición*
Un (1) cambio de nombre sin oposición preparado por el bufete de abogados proveedor por miembro al año.

Representación en Adopción sin Oposición*
Representación proporcionada por el bufete de abogados proveedor para procedimientos de adopción sin oposición.

Representación en Separación/Divorcio sin Oposición*
Representación proporcionada por el bufete de abogados proveedor para separación legal sin oposición, anulación civil sin oposición y procedimientos de divorcio sin oposición.

Representación
Servicios de Defensa en Juicio
Asistencia para el afiliado y cónyuge en la demanda o acusación que recibieren por una acción civil presentada en el tribunal.

Año	Tiempo antes del juicio	Tiempo en Juicio	Total
1	2.5	57.5	60
2	3	117	120
3	3.5	176.5	180
4	4	236	20
5	4.5	295.5	300

Para más información, contacte a su Asociado Independiente:

Preparación de Documentos
Preparación de testamento estándar
Preparación y revisión, actualizaciones anuales de testamentos para afiliados.
Otros documentos disponibles: Testamento vital, poder notarial para cuidados de la salud.

Asistencia en Documentos de Préstamos de Vivienda (únicamente en Plan Familiar)
Documentos hipotecarios (según lo requerido por la institución prestamista) preparados por el abogado proveedor para la compra de su residencia principal.

Automóviles
Servicios de automóviles
Asistencia para infracciones de tránsito no penales.
Asistencia en casos de cargos penales relacionados con vehículos motorizados.
Hasta 2.5 horas de ayuda para la reinstalación de la licencia de conducir y la recuperación de daños materiales de $5,000 o menos por reclamación.
Disponible 15 días después de la inscripción.
Solo aplicable si el miembro tiene una licencia de conducir válida y conduce un vehículo no comercial.

Servicio de Impuestos Internos, IRS.
Asistencia Legal para Auditorías del IRS
Una hora de consulta, asesoramiento o asistencia al recibir una notificación de auditoría del IRS.
2.5 horas adicionales si no se alcanza un acuerdo dentro de los primeros 30 días.
46.5 horas de servicio legal proporcionadas por el abogado proveedor si el caso llega a la corte.
La cobertura del servicio aplica a la declaración de impuestos presentada el 15 de abril del año en cuestión. .

Beneficios Adicionales
Descuento Preferencial del 25% para Miembros
Puedes seguir utilizando los servicios de tu bufete de abogados proveedor para situaciones legales que excedan la cobertura del plan.
Estos servicios adicionales cuentan con un 25% de descuento sobre las tarifas estándar por hora del bufete. Tu bufete de abogados proveedor te informará cuándo aplica el descuento del 25% y revisará estos costos contigo.

Teri Sherron 559-554-7785
terisherron2011@gmail.com

Su plan cubre:

Plan Familiar:

- **El cónyuge o pareja de hecho del miembro.**
- **Hijos dependientes solteros menores de 26 años que vivan en el hogar.**
- **Hijos dependientes menores de 18 años bajo la tutela legal del miembro.**
- **Hijos dependientes solteros que sean estudiantes universitarios a tiempo completo, hasta los 26 años.**
- **Hijos con discapacidades físicas o mentales que vivan en el hogar.**

Plan Individual:
Se encuentra disponible para aquellos inscritos que no estén casados, no tengan pareja de hecho y no tengan hijos menores o dependientes. Los miembros con un plan individual no tienen acceso a beneficios familiares. Consulte con su Asociado Independiente para más detalles.

**Estos servicios están disponibles después de 90 días consecutivos desde la fecha de activación de su membresía.* Para información detallada sobre los servicios legales que cubren asuntos personales bajo el contrato de LegalShield, visite: http://www.legalshield.com/info/legalplan.
Los asuntos relacionados con negocios no están incluidos en este plan; sin embargo, existen planes disponibles que cubren dichos servicios.

¡Acceso inmediato a LegalShield!

Active su cuenta en mylegalshield.com y descargue nuestra nueva aplicación para teléfonos inteligentes MyLegalSHield. Con nuestra aplicación obtenga acceso a su Firma de Abogados al alcance de su mano.

Descargue la aplicación gratis de la App Store o de Google Play.

LegalShield
MEMBERPERKS

MÁS ALLÁ DE SU MEMBRESÍA

Ahorre con estos increíbles **MEMBERPERKS**

Tu membresía de LegalShield es simplemente increíble. Además de los privilegios que ya disfrutas, hemos agregado estos **MEMBERPERKS**, que incluyen cientos de comerciantes y miles de descuentos. Los miembros pueden acceder a ahorros tanto en empresas nacionales como locales en compras diarias, como boletos, electrónicos, ropa, viajes y mucho más. Los miembros tienen la oportunidad de ahorrar, en promedio, más de $2,000 al año. **MEMBERPERKS** puede ahorrarte lo suficiente como para cubrir el costo de tu membresía por muchos años.

Esperamos que los disfrute, y por favor sepa cuánto lo valoramos por ser parte de la familia LegalShield.

ROPA	**FLORES Y REGALOS**	**OFICINA Y NEGOCIOS**
AUTOMÓVILES	**COMIDA**	**MASCOTAS**
BELLEZA Y FRAGANCIAS	**SALUD Y BIENESTAR**	**BIENES RAÍCES Y SERVICIOS DE MUDANZA**
LIBROS, PELÍCULAS Y MÚSICA	**HOGAR Y JARDÍN**	**DEPORTES Y RECREACIÓN AL AIRE LIBRE**
TELÉFONOS CELULARES	**SERVICIOS DEL HOGAR**	**BOLETOS Y ENTRETENIMIENTO**
DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS	**SEGURO Y SERVICIOS DE PROTECCIÓN**	**JUGUETES, NIÑOS Y BEBÉS**
FINANZAS	**JOYERÍA Y RELOJES**	**VIAJES**

Estos beneficios son exclusivos para miembros de LegalShield. Todas las ofertas o promociones están sujetas a cambios sin previo aviso.



Empiece ahora

Para registrarte, simplemente visite mylegalshield.com, haga clic en la pestaña Recursos y luego seleccione MEMBERPERKS. Si aún no tiene una cuenta, siga las sencillas instrucciones en pantalla para crear una utilizando su correo personal o laboral y su número de membresía de LegalShield.

IDShield

Servicios de Consultoría en Identidad
Los afiliados cuentan con acceso ilimitado a servicios especializados de consultoría en identidad, ofrecidos por investigadores privados certificados por Kroll. Estos profesionales brindan asesoramiento personalizado, diseñando estrategias óptimas de gestión de identidad adaptadas a las necesidades particulares de cada caso.

Mejores Prácticas de Privacidad y Seguridad
- Proporcionar orientación sobre el uso adecuado y la protección del número de Seguro Social y la Información Personalmente Identificable (PII, por sus siglas en inglés).
- Brindar asesoramiento actualizado sobre tendencias emergentes, estafas y esquemas vinculados al robo de identidad y fraudes.
- Discutir estrategias recomendadas para realizar transacciones financieras seguras, mantener actividades en línea protegidas y preservar la privacidad del consumidor.
- Capacitar al afiliado para prevenir el robo de identidad, asegurando que conozca sus derechos según las leyes federales y estatales aplicables.
- Ofrecer asistencia en la interpretación y análisis del informe crediticio, incluyendo recomendaciones para minimizar las ofertas de crédito preaprobadas.
- Orientar en la consulta de registros públicos, la realización de búsquedas de antecedentes y la implementación de congelaciones de crédito para fortalecer la seguridad personal.
Soporte de Consulta Basado en Eventos
Asistencia en caso de pérdida o robo de cartera.
Exposición de datos y Brecha de datos.
Salvaguardias.

Alertas y Notificaciones
- Envío de actualizaciones educativas mensuales enfocadas en estrategias de protección contra el robo de identidad.
- Emisión de notificaciones oportunas en caso de brechas de datos que puedan comprometer la información personal del afiliado.

Alcance de los Servicios de Consulta
Los servicios de consulta están restringidos a soluciones, mejores prácticas, legislación y procedimientos organizacionales e industriales vigentes en Estados Unidos y Canadá. Estas recomendaciones serán determinadas como beneficiosas o productivas por un investigador privado certificado por Kroll.

Monitoreo de Privacidad
- Vigilancia de Sitios Web del Mercado Negro (Monitoreo en Línea):
Supervisión global de sitios web del mercado negro, canales de IRC, salas de chat, redes de intercambio entre pares y redes sociales. El objetivo es detectar la presencia de Información Personalmente Identificable (PII) asociada al afiliado, incluyendo nombre, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, hasta 10 direcciones de correo electrónico, 10 números de teléfono, número de licencia de conducir, número de pasaporte y hasta 10 números de identificación médica.

Verificación de Cambio de Dirección:
Monitoreo de una dirección postal personal con alertas inmediatas ante cualquier solicitud de cambio de dirección registrada a través del Servicio Postal de los Estados Unidos.

Monitoreo de Seguridad
- Vigilancia de Sitios Web del Mercado Negro (Monitoreo en Línea):
Supervisión global de sitios web del mercado negro, canales de IRC, salas de chat, redes de intercambio entre pares y redes sociales. Se realiza una búsqueda exhaustiva para identificar posibles coincidencias con la Información Personalmente Identificable (PII) del afiliado, incluyendo número de Seguro Social, hasta 10 números de tarjeta de crédito y 10 números de cuentas bancarias.

Monitoreo de Registros Judiciales:
Inspección de registros judiciales para detectar actividad criminal que pudiera vincularse con la información personal del afiliado. Este monitoreo genera alertas oportunas ante posibles indicios de robo de identidad.

Monitoreo de Crédito
Los afiliados reciben alertas inmediatas sobre actividades relacionadas con su crédito, incluyendo cuentas nuevas en mora, alertas de fraude, modificaciones en cuentas existentes, aperturas de nuevas cuentas, cambios de dirección, registros de quiebras, nuevos empleos, consultas de crédito y registros públicos recientes.

Alertas de Consulta de Crédito:
Notificaciones por correo electrónico cada vez que un acreedor solicita el archivo de crédito del afiliado a través de TransUnion. Estas alertas incluyen propósitos como la apertura de una nueva cuenta de crédito, obligaciones financieras, contratos de arrendamiento, cuentas de telefonía móvil o solicitudes hipotecarias.

Rastreador Trimestral de Puntuación de Crédito:
Un informe trimestral proporcionado por TransUnion que incluye un gráfico con la evolución de la puntuación de crédito del afiliado, permitiendo un seguimiento claro de su desempeño financiero.

Monitoreo de Préstamos de Día de Pago:
Alertas específicas sobre el uso de la información personal del afiliado asociada con préstamos a corto plazo, asegurando su protección frente a posibles riesgos.

Cobertura del Plan Familiar para Empleados
Protección de identidad de menores.
(Anteriormente Protección de Menores. Plan familiar)
Este servicio permite a los padres o tutores legales monitorear posibles actividades fraudulentas asociadas con el número de Seguro Social de hasta 8 dependientes menores de 18 años. Se identifican nombres, alias y direcciones no autorizadas vinculadas al nombre y la fecha de nacimiento del menor. El monitoreo abarca registros públicos en los 50 estados, incluyendo información sobre bienes raíces, nuevos residentes, propiedad y escrituras, datos de evaluadores y registradores del condado, licencias ocupacionales y estatales, sitios de empleo en línea, información de votantes, registros judiciales, quiebras, embargos y sentencias. Los padres o tutores reciben un análisis inicial, además de alertas y notificaciones continuas.

Protección contra el Robo de Identidad para Dependientes (Edades de 18 a 26 – Únicamente en Plan Familiar):
Dependientes entre 18 y 26 años que vivan en el hogar, sean estudiantes de tiempo completo y no hayan contraído matrimonio son elegibles para esta cobertura. Incluye consultas ilimitadas y servicios completos de restauración proporcionados por investigadores privados certificados por Kroll. Es importante destacar que el monitoreo no está disponible para esta categoría.

Restauración de Identidad
Los investigadores privados certificados por Kroll asumen la mayor parte del trabajo necesario para restaurar la identidad del afiliado, devolviéndola a su estado original antes del incidente.

Garantía de Servicio IDShield:
Nos comprometemos plenamente a trabajar hasta que la identidad del afiliado sea completamente restaurada.

Es obligatorio que el afiliado disponga de una dirección de correo electrónico válida para adquirir el servicio.

Teri Sherron 559-554-7785 Email:
terisherron@legalshieldassociate.com

Los siguientes casos están excluidos de los servicios: Cualquier situación de robo de identidad en la que el miembro no desee o no pueda iniciar acciones legales, ya sean civiles o penales, contra la persona responsable o razonablemente sospechosa de haber cometido el fraude o generado sus consecuencias. También se excluyen los eventos en los que el miembro afectado haya participado directa o indirectamente en actos deshonestos, criminales, maliciosos o fraudulentos, ya sea como autor, cómplice o teniendo conocimiento previo de los mismos. No se contempla la cobertura de pérdidas financieras, sean estas directas o indirectas, asociadas a un evento de robo de identidad. Esto incluye, entre otros, dinero sustraído de una billetera, compras no autorizadas de bienes o servicios realizadas en línea, por teléfono, correo o de manera presencial. Sin embargo, las situaciones que impliquen únicamente la exposición o pérdida no autorizada de identificadores personales, como datos de tarjetas de crédito o débito, en un evento de violación de datos, sin evidencias de uso indebido o robo de identidad, no están sujetas a esta exclusión. Asimismo, no se incluye la cobertura para el robo o uso no autorizado de nombres comerciales, DBA u otros métodos de identificación relacionados con actividades empresariales, diferenciándose claramente de aquellas situaciones vinculadas a la actividad personal. Por último, los servicios de restauración no solucionan problemas relacionados con terceros que no estén sujetos a las leyes de los Estados Unidos o Canadá, como instituciones financieras, agencias gubernamentales y otras entidades afectadas por el evento de robo de identidad.

Comercializado por: Pre-Paid Legal Services, Inc. operando como LegalShield® y sus subsidiarias; Pre-Paid Legal CasualtySM, Inc.; Pre-Paid Legal Access, Inc.; en Florida: Pre-Paid Legal Services, Inc. of Florida; en Virginia: Legal Service Plans of Virginia, Inc.; y PPL Legal Care of Canada Corporation.
SHEET.IDSB2BGROUP 96006 (7/16) ©2016 LegalShield®, Ada, OK.

Golden Valley Health Centers
Beneficios de Inscripción Abierta

¿A quién contactar?

Para consultas relacionadas con el sistema UltiPro, comuníquese con:

Jenna Cruz
Gerente de Beneficios y Reconocimientos
Golden Valley Health Centers
Teléfono: 209-384-6541
Correo electrónico: hrbenefits@gvhc.org

Si necesita nuevas tarjetas de identificación médica o tiene preguntas sobre el plan médico, contacte a:

Compass Health Administrators
Teléfono: 888-277-2912
Correo electrónico: customerservice@compasshealthadministrators.com
Sitio web: https://gvhc-compass.com/

Para consultas generales sobre beneficios, comuníquese con:

Nicole Logan, Dan Ward o Jenni Villane
Villane Ward Insurance Services (a Relation Company)
Teléfono: 559-243-4440
Correos electrónicos:

- nlogan@villaneward.com
- dward@villaneward.com
- jvillane@villaneward.com

Aviso de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer
(REQUISITO de HIPAA)

"¿Sabía que, según lo dispuesto por la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998, el plan incluye beneficios para servicios relacionados con mastectomías? Estos servicios abarcan reconstrucción, cirugía para lograr simetría entre los senos, prótesis y el tratamiento de complicaciones derivadas de una mastectomía, como el linfedema. Para obtener más información, comuníquese con el administrador del plan."

¿Qué es la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA)?

La Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA, por sus siglas en inglés), promulgada el 21 de octubre de 1998, ofrece importantes protecciones para las personas que optan por la reconstrucción mamaria tras una mastectomía. Esta ley enmendó la Ley de Seguridad de Ingreso de Retiro de Empleados de 1974 (ERISA) y la Ley de Servicios de Salud Pública (PHS Act). Su administración está a cargo de los Departamentos de Trabajo, Salud y Servicios Humanos.

He sido diagnosticada con cáncer de mama y planeo realizarme una mastectomía ¿Cómo afectará la WHCRA mis beneficios?

Bajo la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA), los planes de salud, las compañías de seguros y las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) que ofrezcan cobertura para mastectomías están obligados a proporcionar cobertura para cirugía reconstructiva. Esta cobertura se determina en consulta con el médico tratante y el paciente. Incluye la reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía, la cirugía para lograr una apariencia simétrica en el otro seno, las prótesis necesarias y el tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas. Para obtener más detalles sobre sus derechos y beneficios, comuníquese con su administrador del plan.

¿La WHCRA exige que todos los planes de salud, compañías de seguros y HMO brinden beneficios de cirugía reconstructiva?

Sí, todos los planes de salud, compañías de seguros y HMOs que ofrezcan cobertura para beneficios médicos y quirúrgicos relacionados con una mastectomía están obligados a cumplir con los requisitos establecidos por la WHCRA.

¿Pueden los planes de salud, compañías de seguros y HMO imponer deducibles o requisitos de coseguro para la cirugía reconstructiva en relación con una mastectomía según la WHCRA?

Sí, pero únicamente si son consistentes con los términos aplicados a otros beneficios bajo la cobertura del plan.

¿Cuándo entran en vigor estos requisitos?

Los requisitos para la cirugía reconstructiva establecidos por la WHCRA se aplican a los planes de salud anuales emitidos desde el 21 de octubre de 1998. Para conocer el año de inicio de la cobertura específica de su plan, consulte la Descripción Resumida del Plan (SPD) o comuníquese con el administrador del plan. Además, estos requisitos también se aplican a las pólizas de seguro de salud individual que hayan sido ofrecidas, vendidas, emitidas, renovadas, vigentes u operadas desde el 21 de octubre de 1998. Estos lineamientos fueron incorporados en la Ley de Servicios de Salud Pública (PHS Act) y están bajo la jurisdicción del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Mi estado exige cobertura para la reconstrucción mamaria conforme a la WHCRA y también requiere estadías hospitalarias mínimas relacionadas con una mastectomía, algo que no está contemplado por la WHCRA. Si me someto a una mastectomía y reconstrucción mamaria, ¿tengo derecho a la estadía hospitalaria mínima?

La respuesta depende. La WHCRA permite que las protecciones de las leyes estatales se apliquen a ciertos planes de salud, siempre que estas sean compatibles con la fecha de promulgación de la ley, el 21 de octubre de 1998. A nivel federal, la WHCRA incorpora la cobertura estatal para la cirugía reconstructiva mamaria.

Si la ley estatal cumple con esta fecha y la cobertura de salud es proporcionada por una compañía de seguros o una HMO ("cobertura asegurada"), tendrá derecho a la estadía hospitalaria mínima establecida por la legislación estatal. Sin embargo, si obtuvo la cobertura a través de su empleador y esta no es proporcionada por una compañía de seguros o una HMO (es decir, el empleador "autoasegura" la cobertura), la ley estatal no será aplicable. En este caso, solo se aplicarán las disposiciones de la WHCRA a nivel federal, que no incluyen el requisito de estadías hospitalarias mínimas. Para determinar si su cobertura es "asegurada" o "autoasegurada", revise la Descripción Resumida del Plan (SPD) o comuníquese con el administrador del plan.

Si obtuvo la cobertura a través de una póliza de seguro de salud individual privada, y no mediante su empleador, comuníquese con la Oficina del Comisionado de Seguros de su estado para confirmar si la ley estatal es aplicable en su caso.

Asistencia para el Pago de Primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y también califican para la cobertura de salud ofrecida por su empleador, es posible que su estado disponga de un programa de asistencia de primas. Este programa podría ayudarle a cubrir el costo de la cobertura utilizando fondos provenientes de Medicaid o CHIP. En caso de que usted o sus hijos no sean elegibles para Medicaid o CHIP, no podrán acceder a la asistencia de primas. Sin embargo, aún tienen la opción de adquirir un seguro de salud individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y residen en alguno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para verificar si existe un programa de asistencia de primas disponible.

Si usted o sus dependientes no están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, pero cree que podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, llame al 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov.

Si resulta elegible, consulte con su estado si dispone de un programa de asistencia de primas para planes de salud patrocinados por el empleador.

Si usted o sus dependientes califican para asistencia de primas a través de Medicaid o CHIP y también son elegibles para el plan de salud ofrecido por su empleador, este debe permitir su inscripción. Esta situación se conoce como una "oportunidad de inscripción especial". Usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de elegibilidad para la asistencia de primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan del empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo visitando www.askebsa.dol.gov o llamando al 1-866-444-EBSA (3272). .

Si usted vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia de primas en el plan de salud patrocinado por el empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2023. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud de Alaska Sito web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	**CALIFORNIA – Medicaid**
Sito web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP, por sus siglas en inglés) Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	**FLORIDA – Medicaid**
Sitio web Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com Centro de contacto para afiliados de Health First Colorado: 1-800-221-3943/State Relay 711 Sitio web CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente CHP+: 1-800-359-1991/State Relay 711 Programa de Compra de Seguro de Salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Press 1 Sitio web GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization- act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presione número 2	Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás servicios de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	**KANSAS – Medicaid**
Sitio web Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono HIPP: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	**LOUISIANA – Medicaid**
Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro de Salud de Kentucky (KI-HIPP) Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web Medicaid en Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	**MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP**
Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web sobre primas de seguros privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	**MISSOURI – Medicaid**
Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739	Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	**NEBRASKA – Medicaid**
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Email: HHSHIPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218
NEW JERSEY – Medicaid y CHIP	**NEW YORK – Medicaid**
Sitio web Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono Medicaid: 609-631-2392 Sitio web CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono CHIP: 1-800-701-0710	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid	**NORTH DAKOTA – Medicaid**
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	**OREGON – Medicaid**
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP	**RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web CHIP: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Línea direct RIte Share)
SOUTH CAROLINA – Medicaid	**SOUTH DAKOTA - Medicaid**
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	**UTAH – Medicaid and CHIP**
Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) | Servicios de Salud y Humanos de Texas: - Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT– Medicaid	**VIRGINIA – Medicaid and CHIP**
Sitio web Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) | Departamento de Acceso a la Salud de Vermont: - Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	**WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para verificar si otros estados han añadido un programa de asistencia de primas desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de EE. UU
Administración de Beneficios de Seguridad para los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa www.cms.hhs.gov
1-866-444-EBSA (3272)

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

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información si esta no muestra un número de control válido emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). Según lo establecido, una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información sin la aprobación de la OMB conforme a la PRA, y dicha recopilación debe incluir un número de control actualmente válido. Asimismo, el público no tiene la obligación de responder si no se cumple este requisito. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, y sin perjuicio de cualquier otra disposición legal, ninguna persona puede ser sancionada por no cumplir con una recopilación de información que no muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3512.

La carga de presentación de informes públicos asociada a esta recopilación de información se estima en aproximadamente siete minutos por encuestado. Se invita a las partes interesadas a enviar comentarios relacionados con esta estimación de carga u otros aspectos de la recopilación, incluidas propuestas para reducirla, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de Autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También puede enviar comentarios por correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov, haciendo referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control OMB 1210-0137 (vence 31/01/2026)

Por favor, conserve este aviso en un lugar seguro junto con los otros materiales del plan de salud.