



  
**HEARTLAND®**  
RECREATIONAL VEHICLES

  
**CRUISERRV**  
Great American Trailers.

  
*Luxury Suites*

2024 | Todos los Empleados

# Guía de Beneficios

Su Salud, Sus Beneficios

Iniciando los Viajes de la Vida





**HEARTLAND<sup>®</sup>**

RECREATIONAL VEHICLES



**CRUISER**RV

Great American Trailers.



## Contenido

Eligibility.....	4
Annual Enrollment .....	6
Dental.....	10
Visión .....	11
Vida/AD&D.....	12
Discapacidad .....	13
Salud Complementaria.....	14
Programa de Asistencia al Empleado .....	15
Plan de Jubilación 401(k) .....	16
Contactos .....	17
Información de Medicare .....	18
Términos de los beneficios .....	19
Plan de Beneficios del Bienestar de Thor Industries, Inc.: Divulgaciones y Avisos Importantes	20

### **Aviso Importante:**

La información descrita en esta guía sólo pretende ser un resumen de sus beneficios. No describe ni incluye todas las disposiciones de los beneficios, limitaciones, exclusiones o requisitos para la cobertura. Consulte el Resumen de la Descripción del Plan para obtener una explicación completa de sus beneficios. Si los beneficios aquí descritos entran en conflicto de algún modo con el Resumen de la Descripción del Plan, prevalecerá el Resumen de la Descripción del Plan. Puede obtener una copia del Resumen de la Descripción del Plan en el Departamento de Recursos Humanos o, para acceder electrónicamente a los Resúmenes de la Descripción del Plan, puede escanear con su teléfono el siguiente código QR.



# Bienvenidos Valiosos Empleados

Este guía examina los beneficios de su empleado para el año del plan comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre, 2024.

Entendemos que su vida se extiende más allá del lugar de trabajo. Por eso le ofrecemos una variedad de beneficios para ayudarle a ser un defensor de su salud y bienestar. Nuestro objetivo es ofrecerle opciones para que usted y su familia estén adecuadamente cubiertos a lo largo de todas las etapas de la vida.

Este documento no es sólo una guía de inscripción; ¡es un recurso para que usted y su familia lo utilicen durante todo el año!



## **Para ver la información más reciente sobre bienestar, beneficios, inscripción, programas y anuncios, por favor visite el Sitio de Beneficios de Heartland.**

Nuestra biblioteca de beneficios online pone la información sobre sus beneficios al alcance de su mano. Este es su recurso online para sus necesidades de beneficios.

## **¡Visite la siguiente URL o escanee el código QR con su smartphone!**

[Heartland.MyBenefitsLibrary.com](https://Heartland.MyBenefitsLibrary.com)





## Elegibilidad

### Elegibilidad del Empleado

Todos los empleados a tiempo completo que trabajen 30 horas semanales o más serán elegibles para los beneficios. Como nuevo empleado, dispone de 30 días a partir de la fecha inicial de incorporación para inscribirse en los beneficios.

Todas las líneas de cobertura comenzarán el día 1 del mes siguiente a los 30 días de empleo. Los beneficios finalizan el último día trabajado.

Las contribuciones al plan y las primas se calculan y deducen sobre una base semanal y no se prorratean.

### Elegibilidad del Dependiente

Si está inscrito en la cobertura, también puede tener la opción de inscribir a sus dependientes en la cobertura.

#### Ejemplos de "Dependientes Elegibles"

- Cónyuge legalmente casado/a
- Hijos Dependientes: incluye hijos naturales, hijastros, acogidos, adoptados u otros niños bajo tutela legal.

La legislación de la reforma de la atención sanitaria restringe la posibilidad de que un plan o emisor deniegue la cobertura a un hijo menor de 26 años.

### Documentación del Evento Calificado

Cuando se inscriba por primera vez y/o si cambia de cobertura a mitad de año debido a un evento calificado, es posible que se le pida que proporcione los documentos aplicables de la siguiente lista: Certificado de matrimonio, certificado de nacimiento, documento judicial/acuerdo de custodia.



**¡Proteja su salud, a su familia, sus ingresos y su cartera!**

- Médica: Anthem Blue Cross Blue Shield
- Dental: Delta Dental
- Visión: VSP
- Discapacidad a corto/largo plazo: MetLife
- Vida Básico / AD&D / Vida Voluntario: MetLife
- Accidente/Enfermedad Grave: Aflac





# Inscripción

## ¿Cuándo puedo solicitar mis beneficios?

- Durante el período inicial de elegibilidad de los nuevos contratados
- Durante el período anual de inscripción abierta
- En los 31 días siguientes a un evento de vida calificado



## Cómo Inscribirse

Para realizar sus elecciones de beneficios debe iniciar sesión en su Portal de Autoservicio del Empleado, ya sea desde la URL de la Empresa o a través de la app móvil en su tienda de aplicaciones. Una vez iniciada la sesión en su portal de autoservicio, vaya a "Mis Beneficios" ("My Benefits") y haga clic en Inscripción de Nuevos Empleados ("New Employee Enrollment"). A partir de ahí, siga las instrucciones paso a paso sobre cómo completar su inscripción a los beneficios.

Si necesita ayuda para iniciar sesión, por favor, póngase en contacto con su departamento de RR.HH. o visite la página web de Beneficios (más información en la pág. 2).

Por favor, revise todos los materiales sobre beneficios. Todos los empleados a tiempo completo deben completar su inscripción online incluso si decide renunciar a la cobertura. Todos los empleados a tiempo completo reciben un seguro de vida gratuito y deben designar un beneficiario en el portal de inscripción.

Si no realiza sus elecciones antes de que finalice el periodo de inscripción para nuevos empleados (el día 1 del mes siguiente a los 30 días de empleo), tendrá que esperar hasta el periodo de inscripción anual que se celebra en otoño (a menos que experimente un evento calificado) para elegir los beneficios.

## Evento de Vida Calificado

Si experimenta alguno de los siguientes eventos de vida: **nacimiento, adopción, pérdida de otra cobertura, cambio de cobertura matrimonial, divorcio o fallecimiento**, puede realizar cambios en sus elecciones de beneficios en un plazo de 31 días a partir de la fecha del evento con la documentación correspondiente. Si no presenta los cambios, junto con la documentación justificante, en el plazo de 31 días, se negará su solicitud para realizar cambios.



El IRS no considera que las dificultades financieras sean un acontecimiento que justifique el abandono de la cobertura.

Todos los cambios deben realizarse en el portal de autoservicio del empleado.



La normativa del IRS establece que las opciones de beneficios no pueden cambiarse en la mitad de un año del plan a menos que experimente un evento de vida calificado.

Los empleados reciben los beneficios fiscales de un Plan de Cafetería de la Sección 125. Este plan le permite pagar sus beneficios de empleado antes de impuestos para deducirlos de su nómina.

# Inscripción Anual 2024

## 23 de octubre - 11 de noviembre, 2023



### INFORMACIÓN IMPORTANTE EN RELACIÓN CON LA INSCRIPCIÓN A LOS BENEFICIOS 2024

Todos los empleados deben efectuar una elección para el año calendario 2024.

- Si se inscribe por primera vez
- Manteniendo todo igual
- Realizando cambios en sus elecciones de beneficios
- Renunciando a todos los beneficios ofrecidos

### ¡LOS BENEFICIOS NO SE REVIERTEN!!

Si no toma medidas, no se le inscribirá en ningún plan de beneficios para el 2024 y tendrá que esperar hasta la próxima Inscripción Anual. (A menos que experimente un evento de vida calificado) SIN EXCEPCIONES.

Prepárese y revise todos los detalles de los beneficios 2024 en esta guía de beneficios. Para obtener recursos útiles, visite el Sitio de Beneficios (pág. 2).

### ¡DECISIONES QUE TENDRÁ QUE TOMAR!

Elija los beneficios, planes y niveles de cobertura que necesite. Se requieren los números de la seguridad social, el sexo y las fechas de nacimiento de todos los dependientes.

Su parte de las primas de los beneficios se detalla a lo largo de esta guía. Las primas se deducirán semanalmente de su nómina.

### Hay dos maneras de inscribirse:

#### 1 Autoservicio del Empleado

- Acceda a su portal de autoservicio para el empleado para completar su inscripción online.
- **Sitio Web:**  
<https://secure2.saashr.com/ta/PayServ172001.login>

App Móvil: UKG Ready

#### 2 Centro de Atención Telefónica

- Llame al centro de inscripción al 866-824-6117 para programar su llamada con un consejero.
- Programe su llamada online aquí:  
<https://heartlandrv.mybenefitsappointment.com>

# Planes Médicos

Localice un proveedor dentro de la red cerca de usted en [www.anthem.com](http://www.anthem.com) o llame al 866-350-7596.

ANTHEM

Esta cobertura le permite visitar a cualquier médico o centro que elija - sin embargo, obtendrá la mejor cobertura cuando elija un proveedor dentro de la red.

Médico	Deluxe HSA – Plan 46		Standard PPO – Plan 45	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Deducible Anual</b>				
Individual	\$3,200	\$6,400	\$3,000	\$6,000
Familia	\$6,400	\$12,800	\$6,000	\$12,000
<b>Coseguro</b>	80%	60%	80%	60%
<b>Máximo anual de gastos de su bolsillo</b>				
Individual	\$6,400	\$12,800	\$6,000	\$12,000
Familia	\$12,800	\$25,600	\$12,000	\$24,000
<b>Servicios</b>	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Cuidado Preventivo</b>	Cubierto al 100%; deducible exento	Aplican Deducible y Coseguro	Cubierto al 100%; deducible exento	Aplican Deducible y Coseguro
<b>Visita de Telemedicina</b>	Copago de \$59		Copago de \$59	
<b>Visita al consultorio de atención primaria</b>	80% después del deducible		Copago de \$40	
<b>Visita a la consulta de un especialista</b>	80% después del deducible		Copago de \$60	
<b>Atención Urgente</b>	80% después del deducible		Copago de \$75	
<b>Sala de Emergencias</b>	80% después del deducible		Copago de \$250	
<b>Hospitalización</b>	80% después del deducible		80% después del deducible	
<b>Medicamentos Recetados</b>	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Nivel 1 – Muchos Genéricos</b>	80% después del deducible	No Cubierto	Copago de \$15	No Cubierto
<b>Nivel 2 – Marcas Preferidas</b>			Copago de \$45	
<b>Nivel 3 – Marcas No Preferidas</b>			Copago de \$75	
<b>Nivel 4 – Medicamentos especializados</b>			25% de Coseguro (Máximo hasta \$200)	
<b>Características del Plan</b>	<b>*Asignación combinada dentro y fuera de la red</b>		<b>*Asignación combinada dentro y fuera de la red</b>	
<b>Fisioterapia/Terapia Ocupacional</b>	30 Visitas*		30 Visitas*	
<b>Manipulación Espinal/Quiropráctica</b>	25 Visitas*		25 Visitas*	
<b>Terapia del Habla</b>	20 Visitas*		20 Visitas*	
<b>Atención Médica a Domicilio/Enfermería Especializada</b>	100 Días*		100 Días*	

# Deluxe HSA

Plan 46

## Visión General

El Plan Deluxe es un plan calificado de deducible elevado con una Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA) para ayudar a cubrir los gastos de asistencia médica que aplican al deducible anual y al coseguro. Todos los gastos cubiertos elegibles (excepto los cuidados preventivos) aplican para alcanzar el deducible anual del plan.

Primero deberá alcanzar el deducible anual antes de que el plan comience a pagar. A cambio, pagará generalmente menos en primas que en otros planes médicos y los servicios de atención preventiva están totalmente cubiertos. Una vez alcanzado el deducible, entra en juego el coseguro, que reparte el costo de los gastos cubiertos entre usted y el plan.

## Beneficios HSA

- Una HSA es una forma con ventajas fiscales de pagar gastos médicos calificados. Las contribuciones son antes de impuestos.
- Esta cuenta es suya. Usted la posee, la gestiona y decide cuanto contribuir a través de la deducción en nómina.
- Esta cuenta es flexible. Gaste sus fondos hoy o ahorre para mañana. Su saldo se traspasará de un año a otro y conservará su cuenta y sus fondos si cambia de trabajo o se jubila.

Médica - Deluxe HSA Plan 46	Primas Semanales
Solo el Empleado	\$64.75
Empleado + Cónyuge	\$183.00
Empleado + Hijo(s)	\$148.00
Familia	\$200.75

**\*\* NOTA:** No se efectuarán retenciones en la nómina durante las 4 semanas de inactividad. Las semanas concretas sin primas se comunicarán.

Para ver una lista completa de los gastos médicos actuales elegibles y no elegibles visite el Sitio de Beneficios (detalles en la pág. 2).

## Contribuciones

Las contribuciones a una HSA pueden ser realizadas por un empleado, un empleador o ambos. Las contribuciones de los empleados son voluntarias y pueden realizarse antes de impuestos mediante deducción en nómina. (Consulte a RR.HH. para obtener el formulario). Las contribuciones del empleador serán hechas por Heartland RV a los empleados calificados de enero a octubre en incrementos del 10% en la última nómina de cada mes. Vea las cantidades más abajo. Para ser elegible para las contribuciones del empleador, debe haber elegido el plan médico HSA, haber estado empleado con Heartland durante 12 meses consecutivos (la elegibilidad comienza el día 1 del mes después de 12 meses consecutivos de servicio), y tener una HSA abierta y activa. Por favor, proporcione una prueba de los números de cuenta a RR.HH.

Nivel de Cobertura	Máximos de HSA del IRS para 2024	Contribución de Heartland RV	Contribución máxima del empleado a la HSA 2024
Solo el Empleado	\$4,150	\$750	\$3,400
Empleado + 1 o más dependientes	\$8,300	\$1,500	\$6,800



# Standard PPO

Plan 45

## Visión General

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

La Atención Preventiva está cubierta al 100% sin deducible.

Los medicamentos recetados están cubiertos con un copago.

Existen 4 niveles de tipos de medicamentos y las recetas pueden adquirirse en una farmacia local o a través de la venta por correo.

- Prescripciones de Nivel 1: Copago de \$15
- Prescripciones de Nivel 2: Copago de \$45
- Prescripciones de Nivel 3: Copago de \$75
- Prescripciones de Nivel 4: 25% hasta un máximo de \$200

**\*\* NOTA: No se efectuarán retenciones en la nómina durante las 4 semanas de inactividad. Las semanas concretas sin primas se comunicarán.**

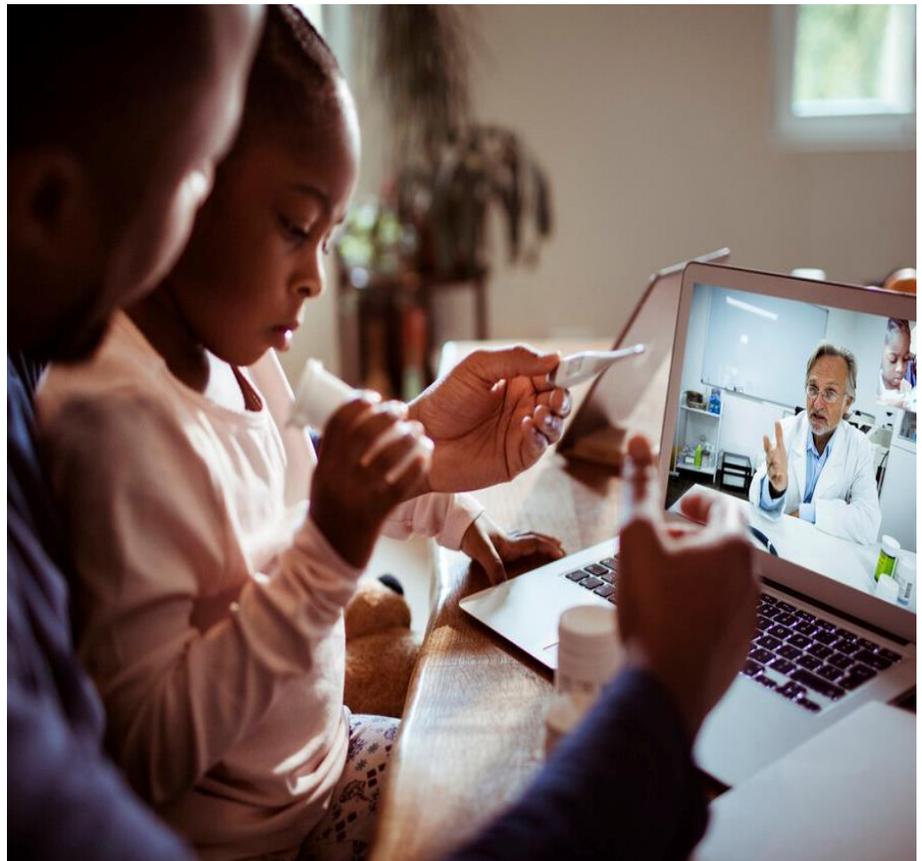
Médico – PPO Plan 45	Primas Semanales
Solo el Empleado	\$94.75
Empleado + Cónyuge	\$200.75
Empleado + Hijo(s)	\$168.75
Familia	\$238.50

## Farmacia CarelonRx

Las prescripciones para 90 días están disponibles a través de la farmacia minorista. Si tiene alguna pregunta sobre los programas de farmacia a su disposición, llame al número del Servicio de Farmacia para Miembros que figura en su tarjeta de identificación.

## App Sydney Health

Anthem ofrece una plataforma digital que ofrece opciones de asistencia médica móvil a sus miembros. La app Sydney Health ofrece chat en directo y visitas virtuales. Puede ponerle en contacto con médicos de la red, con los centros de atención urgente más cercanos y puede buscar farmacias y medicamentos. La app también le permite consultar sus reclamaciones médicas y tarjetas de identificación, todo desde su teléfono. Tome decisiones informadas sobre su asistencia médica y descárguese hoy mismo la app Sydney Health. Para más información, visite [anthem.com](http://anthem.com).





# Dental

Delta Dental

Localice un proveedor dentro de la red cerca de usted en [www.deltadentalin.com](http://www.deltadentalin.com) o llame al 800-524-0149.

Dental	Dentro de la Red
<b>Deducible Anual</b>	\$50 por individuo \$150 por familia
<b>Máximo de Beneficio Anual</b>	\$1,500 (Servicios preventivos NO incluidos en el máximo anual)
<b>Selladores</b>	Cubierto hasta los 16 años
El Plan Paga	Dentro de la Red
<b>Cuidado Preventivo</b> (Deducible exonerado) - Exámenes, limpiezas, flúor, selladores, mantenedores de espacios, biopsia por cepillado, radiografías	100% Cubierto
<b>Básico</b> - Servicios menores de restauración, servicios de endodoncia, servicios de cirugía oral (extracciones y cirugía dental) y otros servicios básicos	80%
<b>Mayor</b> - Rebasamientos y reparaciones (de prótesis), servicios de restauración mayor (coronas) y servicios de prostodoncia (puentes, implantes y dentaduras postizas)	50%
<b>Ortodoncia</b> - Hasta los 26 años	50%

**\*\* NOTA: No se efectuarán retenciones en la nómina durante las 4 semanas de inactividad. Las semanas concretas sin primas se comunicarán.**

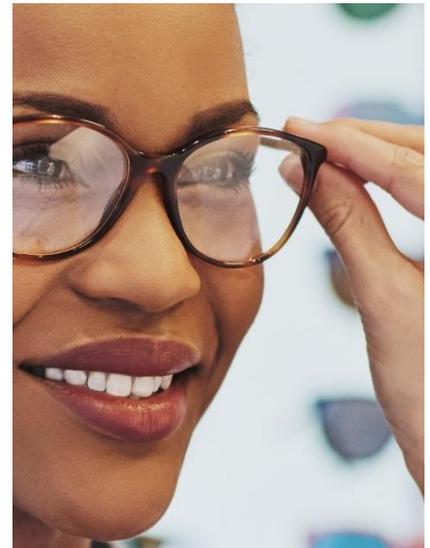
Dental	Primas Semanales
Solo el Empleado	\$5.55
Empleado + Cónyuge	\$11.10
Empleado + Hijo(s)	\$16.17
Familia	\$23.96

Por favor, revise los documentos completos del plan para más detalles, **incluida la cobertura fuera de la red**. Si los beneficios aquí descritos entran en conflicto de alguna manera con el Resumen de la Descripción del Plan, prevalecerá el Resumen de la Descripción del Plan.

# Visión

Localice un proveedor dentro de la red cerca de usted en [www.vsp.com](http://www.vsp.com) o llame al 800-877-7195.

VSP



Visión	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Examen</b>	Copago de \$10	Asignación de \$45
<b>Lentes – Visión Monofocal</b>	\$0 después del copago	Asignación de \$30
- Bifocal	\$0 después del copago	Asignación de \$50
- Trifocal	\$0 después del copago	Asignación de \$60
<b>Imagen Retiniana</b>	\$39 Max (sin copago)	Aplicado a la asignación para examen ocular
<b>Monturas</b>	Asignación de \$140	Asignación de \$55
<b>Lentes de Contacto - Estándar</b>	Copago de \$60 max	Asignación de \$100
- Contactos desechables (optativos)	Asignación de \$120	Asignación de \$100
Frecuencias		
<b>Exámenes</b>	1 por 12 meses	
<b>Lentes</b>	1 por 24 meses	
<b>Contactos</b>	1 por 12 meses	
<b>Monturas</b>	1 por 24 meses	

Visión	Primas Semanales
<b>Solo el Empleado</b>	\$1.26
<b>Empleado + Cónyuge</b>	\$2.53
<b>Empleado + Hijo(s)</b>	\$2.71
<b>Familia</b>	\$4.33

**\*\* NOTA:** No se efectuarán retenciones en la nómina durante las 4 semanas de inactividad. Las semanas concretas sin primas se comunicarán.

VSP ofrece más que sus exámenes básicos de la vista, lentes y monturas; también ofrece extras exclusivos para miembros en productos y servicios de salud, bienestar y estilo de vida. VSP SimpleValues ofrece descuentos y ahorros diarios a los miembros cubiertos por VSP Visión. Visite [vsp.com/simplevalues](http://vsp.com/simplevalues)

Por favor, revise los documentos completos del plan para más detalles, **incluida la cobertura fuera de la red**. Si los beneficios aquí descritos entran en conflicto de alguna manera con el Resumen de la Descripción del Plan, prevalecerá el Resumen de la Descripción del Plan.



# Vida / AD&D

MetLife

El seguro de vida protege económicamente a sus seres queridos en caso de fallecimiento. El seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) proporciona un beneficio adicional si usted fallece o experimenta otra pérdida catastrófica cubierta debido a un accidente cubierto.

## Vida Básico/AD&D

<b>Monto del Beneficio</b>	<b>Empleado:</b> \$20,000*
<b>Reducción por Edad</b>	<b>Después de los 65 años, el monto del beneficio comienza a disminuir:</b> 65 años: \$13,000 (65% de beneficio) 70 años: \$10,000 (50% de beneficio) 75 años: \$7,000 (35% de beneficio)
<b>Costo del Beneficio</b>	Pagado por el empleador - ¡Sin costo para usted!

## Vida a Término Voluntario/AD&D

<b>Monto del Beneficio</b>	<b>Empleado:</b> Hasta \$300.000 o 5 veces el salario (incrementos de \$10.000) <b>Este año solo,</b> elige hasta \$150,000 de cobertura para usted sin responder a ninguna pregunta de salud. <b>Cónyuge:</b> Hasta \$150.000 o hasta el 50% de la Elección EE (incrementos de \$5000) <sup>^</sup> <b>Hijo(s):</b> Hasta \$10,000 <sup>^</sup>
<b>Monto de emisión garantizado<sup>1</sup></b>	<b>Empleado:</b> \$200,000 <b>Cónyuge:</b> \$25,000 <b>Hijo(s):</b> \$10,000 por hijo
<b>Costo del Beneficio</b>	Las tarifas personalizadas se basan en la edad y los ingresos.

Los beneficios pueden reducirse para los empleados mayores de 65 años según la ADEA.

### Requisito de trabajar activamente:

Los nuevos inscritos deben estar trabajando activamente en la fecha efectiva para que la cobertura esté en vigor. De no ser así, la cobertura inscrita entrará en vigor en el momento en que vuelvan a estar activos en el trabajo/estado elegible.

### Definición de "Dependientes Elegibles"

Es responsabilidad del empleado asegurarse de que los dependientes son elegibles para la cobertura de estas pólizas.

- **Cónyuge:** La elegibilidad puede terminar a los 70 años del cónyuge.
- **Hijo:** La elegibilidad finaliza a partir de los 26 años, si se está casado o empleado a tiempo completo, o si ya no se es estudiante a tiempo completo. Las condiciones pueden variar para los hijos con necesidades especiales. Los beneficios pueden ser limitados para los hijos menores de 6 meses.

Por favor, consulte el certificado de la póliza o a RR.HH. para más información.



## Recuerde actualizar sus beneficiarios.

Es importante actualizar sus beneficiarios y asegurarse de que son correctos periódicamente. Tener inscritos beneficiarios desactualizados dificultará el pago del beneficio a la persona correcta en caso de que alguna vez se necesite.

<sup>^</sup> Las elecciones de dependientes requieren la inscripción del empleado y pueden estar limitadas por el volumen de empleados.

<sup>1</sup> Si se inscribe cuando se le ofrezca por primera vez, podrá recibir hasta la cantidad indicada sin tener que responder a preguntas médicas.

**La emisión garantizada sólo aplica durante el período inicial. Si no se inscribe cuando reúna los requisitos inicialmente o como recién contratado, tendrá que rellenar un cuestionario médico/formulario de declaración de salud y posiblemente un examen físico para que le aprueben los beneficios.**

Por favor, revise los documentos completos del plan para conocer los detalles del mismo, incluidas las exclusiones y limitaciones. Este resumen del plan es un resumen proporcionado para ayudarle a comprender la cobertura de su seguro. Los detalles pueden diferir de un estado a otro. Si los términos de este resumen del plan o de su certificado difieren de los de su póliza, prevalecerá la póliza.

# Discapacidad

Para más información, por favor visite [www.Metlife.com](http://www.Metlife.com) o llame al 800-275-4638.

MetLife

Si queda discapacitado debido a una lesión o enfermedad cubierta, los beneficios de ingresos por discapacidad pueden proporcionar un reemplazo parcial de los ingresos perdidos.

Discapacidad a Corto Plazo	Resumen de los Beneficios
<b>Monto del Beneficio</b>	Sustituye el 60% de los ingresos hasta un monto máximo por semana
<b>El Beneficio Comienza</b>	Lesión: después de 15 días Enfermedad: después de 15 días
<b>Duración del Beneficio</b>	Hasta 24 semanas
<b>Limitaciones por afecciones preexistentes</b>	Período retroactivo de 3 meses. Período de exclusión de 12 meses.
<b>Costo del Beneficio</b>	Las tarifas personalizadas se basan en la edad y los ingresos.

**Este año solo:** elige cobertura sin responder a ninguna pregunta de salud - emisión garantizada. Se aplican limitaciones de condiciones preexistentes.

La discapacidad a corto plazo excluye las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Discapacidad a Largo Plazo	Resumen de los Beneficios
<b>Monto del Beneficio</b>	Sustituye el 60% de los ingresos hasta un monto máximo mensual
<b>El Beneficio Comienza</b>	Después de un período de 180 días
<b>Duración del Beneficio</b>	Hasta la edad normal de jubilación de la Seguridad Social (SSNRA)
<b>Limitaciones por afecciones preexistentes</b>	Período retroactivo de 3 meses. Período de exclusión de 12 meses.
<b>Costo del Beneficio</b>	Las tarifas personalizadas se basan en la edad y los ingresos.

**Este año solo:** elige cobertura sin responder a ninguna pregunta de salud - emisión garantizada. Se aplican limitaciones de condiciones preexistentes.

**Limitaciones por afecciones preexistentes:**

Si presenta una reclamación dentro del período de exclusión de 3 meses posterior a la fecha de entrada en vigor de su plan, la aseguradora la revisará para determinar si la afección existía durante el período de 12 meses retroactivo. En caso afirmativo, es posible que se le nieguen los beneficios.

**Requisito de trabajar activamente:**

Los nuevos inscritos deben estar trabajando activamente en la fecha efectiva para que la cobertura esté en vigor. De no ser así, la cobertura inscrita entrará en vigor en el momento en que vuelvan a estar activos en el trabajo/estado elegible.



Por favor, revise los documentos completos del plan para conocer los detalles del mismo, incluidas las exclusiones y limitaciones. Este resumen del plan es un resumen proporcionado para ayudarle a comprender la cobertura de su seguro. Los detalles pueden diferir de un estado a otro. Si los términos de este resumen del plan o de su certificado difieren de los de su póliza, prevalecerá la póliza.

**La emisión garantizada sólo aplica durante el período inicial. Si no se inscribe cuando reúna los requisitos inicialmente o como recién contratado, tendrá que rellenar un cuestionario médico/formulario de declaración de salud y posiblemente un examen físico para que le aprueben los beneficios.**

# Salud Complementaria

AFLAC

Los siguientes beneficios pueden proteger su seguridad financiera en caso de un gasto médico inesperado.

## Accidente

Ayuda a cubrir el costo de los gastos si se lesiona en un accidente cubierto no relacionado con el trabajo.

<b>Monto del Beneficio</b>	Los montos de los beneficios varían según la gravedad. Consulte el cuadro de beneficios para más detalles.	
<b>Beneficio de Bienestar</b>	\$50	
<b>Lesiones comunes cubiertas</b>	Dislocaciones Fracturas	Contusiones Laceraciones
<b>Servicios médicos comunes</b>	Ambulancia Visitas a la sala de emergencias Ingreso hospitalario	Beneficios quirúrgicos Tratamientos de seguimiento
<b>Otros Beneficios</b>	Viajes Alojamiento	Muerte accidental y desmembramiento

## Enfermedad Grave

Ayuda a cubrir los gastos si se le diagnostica una afección cubierta.

<b>Monto del Beneficio</b>	<b>Durante la inscripción podrá elegir el monto de cobertura que necesita.</b>	
<b>Beneficio de Bienestar</b>	\$50	
<b>Limitaciones por afecciones preexistentes</b>	Ninguna	
<b>Afecciones Comunes Cubiertas</b>	Cáncer Infarto de miocardio Accidente cerebrovascular	Insuficiencia orgánica grave Trastornos neurológicos degenerativos



**¡Cobre por cuidar su salud!**

Si está inscrito en la cobertura, puede recibir un pago de beneficios de bienestar cada año cuando se someta a un chequeo o prueba que reúna los requisitos

### Requisito de trabajar activamente:

Los nuevos inscritos deben estar trabajando activamente en la fecha efectiva para que la cobertura esté en vigor. De no ser así, la cobertura inscrita entrará en vigor en el momento en que vuelvan a estar activos en el trabajo/estado elegible

[Sólo se incluye si el beneficio tiene cobertura para dependientes]

### Fecha de Entrada en Vigor Retrasada del Dependiente:

Los dependientes pueden tener una fecha de entrada en vigor retrasada en función de su estado de salud en el momento de la inscripción. Por favor, consulte el certificado de la póliza o a RR.HH. para más detalles.

**Por favor, revise los documentos completos del plan para conocer los detalles del mismo, incluidas las exclusiones y limitaciones.** Este resumen del plan es un resumen proporcionado para ayudarle a comprender la cobertura de su seguro. Los detalles pueden diferir de un estado a otro. Si los términos de este resumen del plan o de su certificado difieren de los de su póliza, prevalecerá la póliza



# Programa de Asistencia al Empleado

MetLife

**Disponible para todos los empleados a tiempo completo.**

En la vida precisamente cuando uno cree que lo tiene todo resuelto, llega un reto. Este programa seguro y confidencial está aquí para usted y puede ayudarle a encontrar soluciones y tranquilidad.

Su programa incluye hasta 5 consultas presenciales, por teléfono o video con consejeros licenciados para usted y los miembros de su hogar elegibles, por asunto, por año calendario.

## Apoyo Confidencial

- Abuso de alcohol o sustancias
- Cuidado de niños
- Cuidado de ancianos
- Problemas financieros
- Adicción al juego
- Duelo y pérdida
- Presiones laborales
- Salud mental
- Preocupaciones legales
- Relaciones de pareja

Póngase en contacto con un consejero.

**1-888-319-7819**

[www.metlifeeap.lifeworks.com](http://www.metlifeeap.lifeworks.com)

Nombre de Usuario: metlifeeap

Contraseña: eap

**¡Póngase también en contacto con el equipo de LifeWorks a través de su app móvil!**

Descargue la app móvil en su tienda de aplicaciones y utilice el mismo nombre de usuario y contraseña anteriores para iniciar sesión.



# Plan de Jubilación 401(k)

Fidelity

Su plan de jubilación es un plan 401(k) que le ofrece una forma de ahorrar para la jubilación mediante contribuciones antes o después de impuestos\*. Ofrecemos un plan 401(k) con una aportación de la empresa para los empleados elegibles. Heartland RV igualará el 25% por dólar de sus aplazamientos semanales hasta un máximo anual de \$600. Los empleados son elegibles para inscribirse en el 401(k) después de 90 días de empleo y pueden hacerlo yendo a [www.401k.com](http://www.401k.com) o llamando a Fidelity por el 1-800-835-5097.

El plan Roth 401K está excluido de la igualación de la empresa.

Ciertos empleados altamente remunerados no pueden acogerse al plan 401(k) ni a la igualación. El IRS fija anualmente los niveles de ingresos en cuanto a quién puede participar en el 401(k). Si no puede participar debido a su nivel de ingresos, se le ofrecerá el **Plan de Compensación Diferida de THOR Industries** y se le proporcionará información sobre dicho programa.

**¡Aproveche al máximo su futuro y empiece a ahorrar hoy mismo!**

Si tiene preguntas o necesita ayuda para empezar, llame a Fidelity por el 1-800-835-5097

## Establezca sus Beneficiarios

Es importante nombrar y revisar y actualizar periódicamente los beneficiarios de sus beneficios del plan de jubilación 401(k) para evitar que los beneficios se paguen de acuerdo con las normas del Plan, que podrían ser diferentes de la designación que usted elegiría.

Por favor, dedique unos momentos hoy a nombrar a sus beneficiarios

(<https://netbenefits.fidelity.com/NBLogin/?option=Beneficiario>) para garantizar que sus beneficios se distribuyan de acuerdo con sus deseos.





# Contactos

## Contacto con los Beneficios de Heartland RV

Recursos Humanos | 574-266-8726 | [Human.resources@heartlandrvs.com](mailto:Human.resources@heartlandrvs.com)

Cobertura	Aseguradora	Número de Teléfono	Sitio WEb/Email
Seguro Médico	Anthem Blue Cross Blue Shield	1-866-350-7596	<a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a>
Línea de ayuda de enfermería 24/7	Anthem Blue Cross Blue Shield	1-888-596-9476	<a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a>
Salud mental/ Abuso de sustancias	Anthem Blue Cross Blue Shield	1-866-766-4793	<a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a>
Visitas médicas online LiveHealth	Anthem Blue Cross Blue Shield	1-888-548-3432	<a href="http://www.livehealthonline.com">www.livehealthonline.com</a>
Medicamentos Recetados	CarelonRx	1-833-284-7515	<a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a>
Seguro Dental	Delta Dental	1-800-524-0149	<a href="http://www.deltadentalin.com">www.deltadentalin.com</a>
Seguro de la Visión	VSP	1-800-877-7195	<a href="http://www.VSP.com">www.VSP.com</a>
Vida Básico, Vida Voluntario, Vida Cónyuge/Hijos, AD&D Voluntario y Discapacidad	MetLife	1-800-243-8796	<a href="http://www.metlife.com">www.metlife.com</a>
Accidente y Enfermedad Grave	AFLAC	1-800-433-3036	<a href="http://www.aflacgroupinsurance.com">www.aflacgroupinsurance.com</a>
401K	Fidelity	1-800-835-5097	<a href="http://www.401k.com">www.401k.com</a>
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	LifeWorks	1-888-319-7819	<a href="http://www.Metlifeeap.lifeworks.com">www.Metlifeeap.lifeworks.com</a>
Asesores de Medicare	Next Level Planning	414-369-6628	<a href="http://www.NLPWM.com">www.NLPWM.com</a>

# Información de Medicare

## ¿Cuáles son mis opciones una vez que cumpla 65 años?

Si aún trabaja a tiempo completo, puede permanecer en el plan médico de la empresa siempre que cumpla los requisitos de elegibilidad. Sin embargo, también es posible que sea elegible para las Partes A, B y D de Medicare, así como para un seguro complementario de Medicare. Lea el resumen que figura a continuación y analice sus opciones para determinar cuál es la mejor para su situación.

**Trabajar después de los 65 años:** Si está comprando un seguro médico a través de su empleador, un plan de Medicare podría ayudarlo a ahorrar dinero en sus gastos de atención médica. Puede que tenga sentido que se inscriba en Medicare en lugar de la cobertura que tiene hoy. Si se inscribe en Medicare y permanece en el plan de salud de la empresa, asegúrese de verificar las normas de coordinación para determinar qué cobertura es la principal.

**Opciones de Medicare:** varias personas que deciden trabajar después de los 65 años se inscriben en la Parte A (seguro hospitalario) porque no tienen que abonar una prima mensual. Puede optar por inscribirse en la Parte B o D de Medicare o en un seguro complementario de Medicare (estas opciones estarán sujetas al pago de una prima mensual).

- Parte B de Medicare: seguro médico
- Parte D de Medicare: cobertura de medicamentos
- Cobertura complementaria: puede incluir coberturas Medigap, planes de empleadores o Medicaid

Se recomienda que explore todas las opciones para determinar cual es la mejor para usted. También puede comprar y cambiar planes cada año según sus necesidades específicas.

**Entendiendo sus opciones:** Los empleados que decidan permanecer en el plan de salud colectivo pueden inscribirse en la Parte A sin primas (si son elegibles) durante o después de que comience su periodo inicial de inscripción. Solo puede inscribirse en la Parte B (o en la Parte A si tiene que comprarla) durante determinados periodos de inscripción dictados por Medicare. Para obtener información adicional sobre las oportunidades de inscripción en Medicare, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o póngase en contacto con la oficina local del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Programs, SHIP) (consulte la sección Recursos de Medicare para obtener la información de contacto).

**Realizar cambios en sus planes de Medicare:** Las necesidades de atención médica pueden cambiar de un año a otro. Asegúrese de revisar sus necesidades (próximas cirugías, medicamentos recetados actuales, nuevos objetivos de bienestar) para que pueda encontrar un plan que los satisfaga mejor.

**Período de inscripción abierta de Medicare:** Puede inscribirse o cambiar su plan una vez al año durante el Período de Inscripción Abierta (OEP, por sus siglas en inglés), incluso si no tiene un evento que califique. El OEP es un período de siete semanas desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

**Jubilarse a partir de los 65 años:** tanto si se jubila como si decide trabajar a tiempo parcial, una vez cumplidos los 65 años será elegible para Medicare (Partes A y B) y para otros planes complementarios de Medicare. Si no tiene una cobertura patrocinada por su empleador, debería considerar la posibilidad de inscribirse durante el periodo inicial de inscripción. Usted tiene un periodo de inscripción de seis meses que comienza tres meses antes del mes en el que cumple 65 años y termina tres meses después de dicha fecha.

## Recursos disponibles de Medicare

### Planificación y gestión del patrimonio al siguiente nivel

- Obtenga asesoramiento de agentes de seguros con licencia sin costo alguno ni obligación de inscripción.
- Obtenga más información sobre Medicare y lo guiaremos a lo largo del proceso.
- Asistencia personalizada para la planificación financiera y de beneficios.
- Analice los planes de numerosas compañías de seguros médicos.
- Llame al (414) 369-6628 o visite [www.NLPWM.com](http://www.NLPWM.com).

**Nuestra biblioteca de Medicare está disponible en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana.** Aquí puede buscar videos, descargar guías/presentaciones, escuchar a un agente y acceder a la información a su conveniencia.

Visite: [www.employeenavigator.com/benefits/Account/Login](http://www.employeenavigator.com/benefits/Account/Login)  
Inicie sesión con las siguientes credenciales:

- NOMBRE DE USUARIO: Medicare
- CONTRASEÑA: Benefits65



También puede completar el [Formulario de Permiso para Contactar](#) para hablar con el agente y recibir ayuda con preguntas relacionadas con Medicare, así como explorar opciones asequibles disponibles según sus necesidades específicas.

Es importante tener en cuenta que los **recursos y las opciones de Medicare varían según el estado**. Cada estado tiene un **SHIP** (Programa de Información sobre Seguros Médicos para Personas Mayores, por sus siglas en inglés) que ofrece educación y asistencia gratuita específicas para su estado. Para encontrar su recurso estatal y obtener el número para hablar con un consejero autorizado, puede visitar: [www.shiptacenter.org](http://www.shiptacenter.org), llamar al 877-839-2675 o enviar un correo electrónico a: [info@shiptacenter.org](mailto:info@shiptacenter.org).

### Información Adicional (recursos Gubernamentales):

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana o visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

# Términos de los beneficios

En el mundo de los seguros médicos existen muchos términos que pueden ser confusos. Comprender sus costos y sus beneficios - y calcular el precio de una visita al médico - se hace mucho más fácil una vez que se puede dar sentido a la terminología.

## Definiciones

- **Límite anual**—Límite en los beneficios que su empresa aseguradora pagará en un año dado mientras esté inscripto en un plan de salud de seguros de salud en particular.
- **Reclamo**—Factura por servicios médicos prestados.
- **Participación en gastos**—Los costos del proveedor de atención médica por los cuales el paciente es responsable bajo los términos de un plan de salud. Esto incluye deducibles, coseguros y copagos.
- **Coseguro**—su participación en los gastos de un servicio de atención médica cubierto calculado como un porcentaje del monto permitido por el servicio.
- **Copago**—Una suma fija que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio.
- **Deducible**—El monto que usted debe por servicios de atención médica todos los años antes de que la empresa de seguro médico comience a pagar. Ejemplo: Juan tiene un plan médico con un monto deducible anual de \$1.000. Juan se cae del techo y debe hacerse tres cirugías de rodilla, la primera de las cuales cuesta \$800. Como Juan aún no ha pagado nada de su deducible este año, y como la cirugía de \$800 no llega al monto deducible, Juan debe pagar el 100% de su primera cirugía.
- **Cobertura para personas a cargo**—Cobertura extendida para el cónyuge y los hijos del miembro principal asegurado. Se pueden aplicar restricciones de edad.
- **Explicación de Beneficios (EOB)**—Una declaración enviada por la empresa de seguros de salud a un miembro detallando los servicios facturados por un proveedor, la forma en que dichos cargos fueron procesados y el monto total de lo que el paciente debe pagar.
- **Plan de Salud Grupal**—Un plan de salud que provee beneficios para los miembros de una empresa.
- **Proveedor de la red**—Proveedor contratado con su empresa de seguros de salud para proveer servicios a los afiliados del plan a tarifas negociadas con anterioridad.
- **Atención Médica en Internación**—Atención médica prestada en un hospital cuando la duración de la estadía en el mismo es de 24 horas como mínimo.
- **Aseguradora**—La empresa de seguros que provee la cobertura..
- **Asegurado**—La persona que tiene la cobertura de salud. En los seguros de salud grupales, generalmente el empleador es el titular de la póliza y usted sería el asegurado.
- **Periodo de inscripción abierta**—Período de tiempo durante el cual las personas elegibles pueden optar por la inscripción a la cobertura de un plan de salud grupal.
- **Proveedor fuera de red**—Proveedor no contratado con su empresa de seguros de salud.
- **Máximo de gastos de bolsillo (OOPM, por sus siglas en inglés)**—El monto máximo que debe tener para pagar su atención médica durante un año, sin incluir la prima mensual. Luego de alcanzar el OOPM anual, su seguro o plan de salud comienza a pagar el 100 por ciento del monto permitido por los servicios o elementos de atención médica por el resto del año.

- **Atención ambulatoria**—Atención médica prestada en una institución médica que no requiere admisión de una noche ni una estadía en el hospital de más de 24 horas.
- **Titular de la póliza**—La persona o entidad que tiene una relación contractual con la empresa aseguradora.
- **Prima**—Monto de dinero asignado por una empresa de seguros para obtener cobertura.
- **Atención preventiva**—Revisiones médicas y análisis, vacunaciones y servicios de asesoramiento usados para evitar enfermedades crónicas.
- **Proveedor**—Clínica, hospital, médico, laboratorio, profesional de atención médica o farmacia.
- **Suceso de vida calificante**—Acontecimiento de vida designado por el Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) que le permite modificar su plan actual o inscribirse en un nuevo seguro de salud. Los eventos de vida más comunes son matrimonio, divorcio, y nacimiento o adopción de un hijo.
- **Gastos médicos calificados**—Gastos definidos por el IRS como costos ligados al diagnóstico, la cura, el alivio, el tratamiento o la prevención de enfermedades, o que tienen como objetivo afectar alguna estructura o función del cuerpo.

## Siglas

- **ACA**—Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asegurable
- **CPT Code**—Código de terminología de procedimiento actual. Un conjunto de códigos médicos que se utiliza para informar procedimientos y servicios médicos, quirúrgicos y diagnósticos a entidades, como por ejemplo médicos, empresa de seguros de salud y organizaciones de acreditación.
- **FPL**—Nivel de pobreza federal. Medida de nivel de ingresos emitida anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) y utilizada para determinar la elegibilidad para ciertos programas y beneficios.
- **FSA**—Cuentas de gastos flexibles Una cuenta de ahorro respaldada por el empleados para gastos de atención médica.
- **HDHP**—Plan de salud con deducible alto
- **HMO**—Organización del mantenimiento de la salud
- **HRA**—Acuerdo de reembolso de salud. Un acuerdo financiado por el empleador que reintegra a los empleados determinados gastos médicos.
- **HSA**—Cuenta de ahorros para gastos médicos. Una cuenta de ahorros con ventajas impositivas que acompaña a los HDHP.
- **OOP**—Límite de gastos de bolsillo. El monto máximo que tiene que pagar por los servicios cubiertos en un año plan.
- **PCE**—Exclusión por enfermedad preexistente. Una disposición del plan que impone la exclusión de beneficios por una enfermedad preexistente.
- **PPO**—Organización de proveedores preferidos. Un tipo de plan médico que contrata a proveedores de salud (médicos y hospitales) para crear una red de proveedores participantes. Usted paga menos cuando usa los proveedores de la red, pero puede usar proveedores externos a ella por un costo adicional.

# Plan de Beneficios del Bienestar de Thor Industries, Inc.:

## Divulgaciones y Avisos Importantes

### Aviso sobre la ley conocida como “Michelle’s Law”

Si el plan ofrece una cobertura para dependientes basada en la condición de estudiante a tiempo completo del dependiente, aplica este Aviso de la Ley Michelle. Si es médicamente necesario tomarse una licencia de una institución superior o se debe realizar otro cambio en la matriculación: (1) que comienza cuando el niño dependiente sufre una enfermedad o lesión grave; (2) el médico certifica que esto es médicamente necesario; y (3) provoca que el niño dependiente pierda el estado de estudiante a efectos de la cobertura bajo el plan, el niño puede mantener la elegibilidad de dependiente hasta por un año. Si el médico tratante no proporciona documentación por escrito, cuando es solicitada por el Administrador del Plan, que establezca la continuidad de la enfermedad o lesión grave, lo cual hace que la licencia por enfermedad sea médicamente necesaria, el plan dejará de proporcionar cobertura. ❖

### Beneficios durante un Permiso de Ausencia

Sus beneficios médicos pueden ser protegidos y mantenidos durante un permiso de ausencia, como un permiso que califica bajo la Ley de Permiso Médico Familiar. Sin embargo, otros permisos pueden hacer que no pueda participar en el plan médico. Si se pierde la cobertura debido a un permiso de ausencia, es posible que tenga derecho a continuar la cobertura bajo COBRA. Del mismo modo, si deja de tener derecho a los beneficios médicos debido a un permiso de ausencia por motivos militares, puede tener derecho a continuar esa cobertura bajo la ley USERRA. Por favor, póngase en contacto con su Departamento de Recursos Humanos o con su gerente para obtener más información sobre que beneficios están protegidos y se mantienen durante un permiso de ausencia y para obtener más información sobre FMLA, COBRA y USERRA. ❖

### Asistencia para el Pago de Primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)

Si un Empleado o el niño de un Empleado son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para obtener la cobertura médica de un empleador, el estado puede tener un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas

de Medicaid o CHIP. Si un empleado o su niño/a no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero quizás puedan comprar una cobertura de seguro individual mediante el Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite [www.cuidadodesalud.gov](http://www.cuidadodesalud.gov).

Si un empleado o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los Estados que se mencionan a continuación, pueden ponerse en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si está disponible la asistencia para el pago de primas.

Si un Empleado o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y piensan que ellos (o cualquiera de sus dependientes) pueden ser elegibles para cualquiera de estos programas, pueden ponerse en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o llamar al **1-877-KIDS NOW** (1-877-543-7669) o visitar [espanol.insurekidsnow.gov/](http://espanol.insurekidsnow.gov/) para averiguar cómo solicitar este servicio. Si califican, deben preguntar si el estado tiene un programa que pueda ayudar a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si un Empleado o sus dependientes son elegibles para la asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o CHIP, así como también son elegibles para obtener el plan de su empleador, el empleador debe permitirle al Empleado inscribirse en el plan del empleador si todavía no están inscritos. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y el **Empleado debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días en que se determine que es elegible para recibir la asistencia para el pago de primas**. Si el empleado tiene preguntas sobre la inscripción en el plan del empleador, debe ponerse en contacto con el Departamento de Trabajo en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llamar al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Los empleados que viven en uno de los siguientes estados pueden ser elegibles para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud del empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2023. V O.2.0. El aviso de CHIP más reciente se puede encontrar en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/chipra>. Comuníquese con el estado respectivo para obtener más información sobre la elegibilidad:

**ALABAMA – Medicaid**  
Sitio web: <http://myalhipp.com>  
Teléfono: 1-855-692-5447

**ALASKA – Medicaid**  
El Programa de Pago de AK primas del seguro médico  
Sitio web: <http://myakhipp.com>  
Teléfono: 1-866-251-4861  
Por correo electrónico: [CustomerService@MyAKHIPP.com](mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com)  
Elegibilidad de Medicaid: <https://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

**ARKANSAS – Medicaid**  
Sitio web: <http://myarhipp.com/>  
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

**CALIFORNIA – Medicaid**  
Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program  
Sitio web: <http://dhcs.ca.gov/hipp>  
Teléfono: 916-445-8322  
Fax: 916-440-5676  
Por correo electrónico: [hipp@dhcs.ca.gov](mailto:hipp@dhcs.ca.gov)

**COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)**  
Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/es>  
Centro de atención al cliente de Health First Colorado:  
1-800-221-3943/retransmisor del estado: 711  
Sitio web de CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>  
Atención al cliente de CHP+:  
1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711  
Sitio web del programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): <https://www.mycohibi.com/>  
Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

**FLORIDA – Medicaid**  
Sitio web: <https://www.flmedicaidtprrecovery.com/flmedicaidtprrecovery.com/hipp/index.html>  
Teléfono: 1-877-357-3268

**GEORGIA – Medicaid**  
Sitio web de GA HIPP: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>  
Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1  
Sitio web de GA CHIPRA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>  
Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2

**INDIANA – Medicaid**

Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64

Sitio web: <http://www.in.gov/fssa/hip/>

Teléfono: 1-877-438-4479

Todos los demás Medicaid

Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>

Teléfono: 1-800-457-4584

**IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)**

Sitio web de Medicaid:

<https://dhs.iowa.gov/ime/members>

Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366

Sitio web de Hawki: <http://dhs.iowa.gov/Hawki>

Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563

Sitio web de HIPP: <https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp>

Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562

**KANSAS – Medicaid**

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>

Teléfono: 1-800-792-4884

Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

**KENTUCKY – Medicaid**

Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP):

<https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>

Teléfono: 1-855-459-6328

Por correo electrónico: [KIHIPPPROGRAM@ky.gov](mailto:KIHIPPPROGRAM@ky.gov)

Sitio web de KCHIP:

<https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/index.aspx>

Teléfono: 1-877-524-4718

Sitio web de Medicaid de Kentucky:

<https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

**LOUISIANA – Medicaid**

Sitio web: [www.medicaid.la.gov](http://www.medicaid.la.gov) o

[www.ldh.la.gov/lahipp](http://www.ldh.la.gov/lahipp)

Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

**MAINE – Medicaid**

Sitio web por inscripción:

[https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en\\_US](https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US)

Teléfono: 1-800-442-6003

TTY: Maine relay 711

Página web por primos de seguro de salud privado:

<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>

Teléfono: 1-800-977-6740

TTY: Maine relay 711

**MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP**

Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>

Teléfono: 1-800-862-4840

TTY: 711

**MINNESOTA – Medicaid**

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp>

Teléfono: 1-800-657-3739

**MISSOURI – Medicaid**

Sitio web: <https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>

Teléfono: 573-751-2005

**MONTANA – Medicaid**

Sitio web: <https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>

Teléfono: 1-800-694-3084

Por correo electrónico: [HHSHIPPProgram@mt.gov](mailto:HHSHIPPProgram@mt.gov)

**NEBRASKA – Medicaid**

Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>

Teléfono: 1-855-632-7633

Lincoln: 402-473-7000

Omaha: 402-595-1178

**NEVADA – Medicaid**

Sitio web de Medicaid: <http://dhcfp.nv.gov>

Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

**NEW HAMPSHIRE – Medicaid**

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>

Teléfono: 603-271-5218

Teléfono gratuito para el programa de HIPP:

1-800-852-3345, ext. 5218

**NEW JERSEY – Medicaid y CHIP**

Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>

Teléfono de Medicaid: 609-631-2392

Sitio web de CHIP:

<http://www.nifamilycare.org/index.html>

Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710

**NEW YORK – Medicaid**

Sitio web: [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/)

Teléfono: 1-800-541-2831

**NORTH CAROLINA – Medicaid**

Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>

Teléfono: 919-855-4100

**NORTH DAKOTA – Medicaid**

Sitio web: <http://www.hhs.nd.gov/healthcare>

Teléfono: 1-844-854-4825

**OKLAHOMA – Medicaid y CHIP**

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>

Teléfono: 1-888-365-3742

**OREGON – Medicaid**

Sitio web: <https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx>

Teléfono: 1-800-699-9075

**PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP**

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-JIDS (5437)

**RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP**

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>

Teléfono: 1-855-697-4347 o

401-462-0311 (Direct Rlta Share Line)

**SOUTH CAROLINA – Medicaid**

Sitio web: <https://www.scdhhs.gov>

Teléfono: 1-888-549-0820

**SOUTH DAKOTA – Medicaid y CHIP**

Sitio web: <https://dss.sd.gov>

Teléfono: 1-888-828-0059

**TEXAS – Medicaid**

Sitio web: <https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico>

Teléfono: 1-800-440-0493

**UTAH – Medicaid y CHIP**

Sitio web de Medicaid:

<https://medicaid.utah.gov/spanish-language>

Sitio web de CHIP:

<https://chip.health.utah.gov/espanol/>

Teléfono: 1-877-543-7669

**VERMONT – Medicaid**

Sitio web: <https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program>

Teléfono: 1-800-250-8427

**VIRGINIA – Medicaid y CHIP**

Sitio web: <https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>

<https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>

Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924

**WASHINGTON – Medicaid**

Sitio web: <http://www.hca.wa.gov/>

Teléfono: 1-800-562-3022

**WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP**

Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/http://mywvhipp.com/>

Teléfono de Medicaid: 304-558-1700

Teléfono gratuito de CHIP:

1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

**WISCONSIN – Medicaid y CHIP**

Sitio web: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>

Teléfono: 1-800-362-3002

**WYOMING – Medicaid**

Sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>

Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.  
Administración de Seguridad de Beneficios  
de los Empleados  
[www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol](http://www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol)  
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos  
de EE.UU.  
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565 ❖

## Aviso de Protección al Paciente

Si el Plan de Beneficios del Bienestar de Thor Industries, Inc. generalmente requiere 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 aceptarle a usted o a sus familiares. Si el plan o la cobertura del seguro médico designa automáticamente un proveedor de atención primaria, usted podrá designar un nuevo proveedor. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria, y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, póngase en contacto con Recursos Humanos. ❖

## Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés). Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y el paciente para:

- Todas las fases de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
- La cirugía y reconstrucción de la otra mama para conseguir un aspecto simétrico.
- Prótesis.
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. ❖

## Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

Los planes de salud colectivos y los emisores de seguros médicos que ofrecen una cobertura de seguro médico colectivo generalmente no pueden, de acuerdo con la ley federal, restringir las prestaciones de estancias en el hospital, que estén relacionadas con el alumbramiento, para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas luego de un parto natural o menos de 96 horas luego de una cesárea. Sin embargo, la ley federal no le prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, luego de consultarlo con la madre,

darle el alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 o 96 horas, según corresponda. Además, ningún plan de salud colectivo o emisor puede solicitar que un proveedor obtenga una autorización del Plan o del emisor de seguro para recetar una estancia que no excede las 48 horas (o 96 horas). ❖

## Órdenes de Manutención Médica de Menores

Un Plan de Prestaciones Íntegro debe reconocer ciertos documentos jurídicos presentados al Administrador del Plan por los participantes o sus representantes. El Administrador del Plan puede recibir órdenes judiciales que solicitan la manutención de niños, incluida la cobertura de los beneficios de salud. El Patrocinador del Plan debe reconocer una Orden Calificada de Manutención Médica de Menores (QMCSO, por sus siglas en inglés), de acuerdo a la sección 609(a)(2)(B) de ERISA, bajo cualquier Plan de Prestaciones Íntegro que proporcione cobertura de beneficios de salud.

Una QMCSO es una orden emitida por una corte estatal o un órgano administrativo que exige al plan médico del empleador que le proporcione prestaciones al hijo de un empleado que tiene cobertura o es elegible para obtener cobertura bajo el plan del empleador. Las QMCSO generalmente se aplican a hijos extramatrimoniales o cuyos padres están divorciados. Si la QMCSO es aplicable, el empleado debe pagar la cobertura médica del niño y deberá afiliarse al Plan si todavía no está inscripto.

El Administrador del Plan, cuando recibe una QMCSO, debe notificar al empleado y al niño de inmediato que la orden ha sido recibida y qué procedimientos se llevarán a cabo para determinar si la orden es "calificada". Si el Administrador del Plan determina que la orden es calificada y que el empleado debe proporcionar cobertura para el niño conforme a la QMCSO, las contribuciones para dicha cobertura serán deducidas del salario del empleado en la cantidad que sea necesaria para pagar dicha cobertura. El empleado afectado será notificado una vez que se determine que la orden es calificada. Los participantes y beneficiarios pueden solicitarle al Administrador del Plan, sin cargo, una copia del procedimiento que rige las determinaciones de la QMCSO. ❖

## Nuevas Opciones de Cobertura del Mercado de Seguros Médicos y Su Cobertura de Salud

### PARTE A: Información General

Cuando las partes principales de la ley de salud entraron en vigencia en 2014, surgió una nueva forma de comprar seguros médicos: el Mercado de Seguros Médicos. Para asistir a los Empleados a evaluar las opciones para ellos y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado y la cobertura de salud laboral ofrecida por el empleador.

### ¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudar a los individuos y familias a encontrar seguros médicos que satisfagan sus necesidades y se adapten a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único de compra" donde puede encontrar y comparar las diferentes opciones de seguros médicos privados. Los empleados también pueden ser elegibles para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce la prima mensual inmediatamente. El período de inscripción abierta para la cobertura de seguro médico mediante el Mercado comenzó el 15 de noviembre y terminó el 15 de diciembre. Los individuos deben inscribirse o cambiar los planes antes del 15 de diciembre, para la cobertura que comienza a partir del 1 de enero. Después del 15 de diciembre, los individuos pueden obtener cobertura mediante el Mercado sólo si califican para un período especial de inscripción.

### ¿Los Individuos Pueden Ahorrar Dinero en las Primas de Seguros Médicos en el Mercado?

Los individuos pueden calificar para ahorrar dinero y reducir las primas mensuales, pero sólo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en las primas dependerán de los ingresos familiares.

### ¿La Cobertura de Salud del Empleador Afecta la Elegibilidad para Ahorrar en las Primas mediante el Mercado?

Sí. Si el Empleado tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador y esta cumple ciertos estándares, no serán elegibles para obtener un crédito fiscal mediante el Mercado y puede que deseen inscribirse en el plan de salud del empleador. Sin embargo, un individuo puede ser elegible para obtener un crédito fiscal que reduce su prima mensual u obtener una reducción en los costos compartidos si el empleador no ofrece ninguna cobertura o no ofrece una cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo del plan de un empleador que cubrirá al Empleado (y a ningún otro miembro de su familia) sobrepasa el 9.12% del ingreso familiar anual, o si la cobertura que el empleador proporciona no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley del Cuidado de Salud Asequible, el Empleado puede ser elegible para recibir un crédito fiscal.\*

**Nota:** Si compra un plan de salud mediante el Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud de un empleador, el Empleado puede perder la contribución del empleador (si la hay) para la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador – así como también la contribución del empleado a la cobertura ofrecida por el empleador – a menudo se realizan antes de deducir el impuesto federal y estatal sobre el ingreso. Los pagos del Empleado para la cobertura mediante el Mercado se realizan después de deducir impuestos.

### ¿Cómo pueden obtener más información los individuos?

Para obtener más información sobre la cobertura ofrecida por el Empleador, verifique la descripción resumida del plan o póngase en contacto con Recursos Humanos.

El Mercado lo puede ayudar a evaluar las opciones de cobertura, incluida la elegibilidad para obtener cobertura mediante el Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) para obtener más información, incluida la solicitud en línea para obtener la cobertura de seguro médico y la información de contacto del Mercado de Seguros Médicos en el área.

\*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales permitidos del beneficio cubierto por el plan no es menos que el 60% de dichos costos. ❖

## Derechos Especiales de Inscripción

Si un empleado rechaza la inscripción para él/ella o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que tiene otra cobertura de seguro médico, pueden inscribirse a sí mismos o a sus dependientes en este Plan en el futuro, siempre y cuando soliciten la inscripción dentro de los 30 días después de que finalice su cobertura. La cobertura comenzará conforme a este Plan a más tardar el primer día del primer mes a partir de la fecha en que el plan reciba una solicitud oportuna de inscripción.

Si un empleado adquiere un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse él mismo y sus dependientes siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción. Si un empleado agrega cobertura bajo estas circunstancias, puede agregar cobertura a mitad de año. Para un nuevo cónyuge o dependiente adquirido por matrimonio, la cobertura es efectiva a más tardar el primer día del primer mes a partir de la fecha en que el plan recibe una solicitud oportuna para la inscripción. Cuando se adquiere un nuevo dependiente por nacimiento, adopción o colocación para adopción, la cobertura entrará en vigencia retroactiva a la fecha del nacimiento, adopción o colocación para adopción. El plan no permite adiciones de cobertura a mitad de año, excepto para personas elegibles recientemente y afiliados especiales.

### Los individuos que ganan o pierden la Cobertura Medicaid o el Seguro Médico Estatal para Niños (SCHIP)

Si un empleado o su dependiente:

1. estaba cubierto por Medicaid o un programa de seguro médico para niños y dicha cobertura finalizó debido a una pérdida de elegibilidad, o
2. es elegible para obtener asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o el programa de seguro médico estatal para niños, se aplicará un período especial de inscripción bajo este Plan.

El empleado debe solicitar cobertura bajo este Plan dentro de los 60 días después de finalizada dicha cobertura de Medicaid o SCHIP, o dentro de los 60 días de ser elegible para recibir la asistencia para pagos de prima de Medicaid o SCHIP. La cobertura del plan entrará en vigencia en la fecha de finalización de la elegibilidad de

Medicaid/programa de seguro médico estatal para niños o la fecha de elegibilidad para recibir la asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o SCHIP. ❖

## Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE UTILIZA Y DIVULGA LA INFORMACIÓN MÉDICA INDIVIDUAL Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO ATENTAMENTE.**

### Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

El Plan de Salud Colectivo (el "Plan") de Heartland RV, que incluye coberturas médicas y dental ofrecidas por los Planes de Heartland RV, están obligados por ley (bajo la disposición sobre Simplificación Administrativa de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996, la norma de privacidad de HIPAA) a adoptar medidas razonables para garantizar la privacidad de información de salud personalmente identificable. Se proporciona este Aviso para informarles a los empleados (y sus dependientes) sobre las políticas y procedimientos que Heartland RV ha implementado y los derechos allí provistos, así como también bajo HIPAA. Estas políticas están destinadas a evitar cualquier divulgación innecesaria de información de salud personal.

Uso y Divulgación de Información de Salud personalmente identificable por parte del Plan que No Necesita la Autorización del Individuo: El plan puede usar o divulgar información de salud (eso quiere decir información de salud protegida (PHI), según lo define la norma de privacidad de HIPAA) para:

**1. Pago y Operaciones del Cuidado de la Salud:** para poder tomar determinaciones sobre la cobertura y el pago (incluido, entre otros, facturación, gestión de reclamaciones, subrogación y reembolso del plan). Por ejemplo, el Plan puede proporcionar información sobre la cobertura de un individuo o el tratamiento de salud a otros planes de salud para coordinar el pago de las

prestaciones. La información de salud también puede ser usada o divulgada para llevar a cabo operaciones del Plan, como la administración del Plan y para proporcionar cobertura y servicios a los participantes del Plan. Por ejemplo, el Plan puede utilizar la información de salud para proyectar los costos de las prestaciones futuras, para determinar las primas, realizar u organizar la gestión de casos o revisiones médicas, para quejas internas, para realizar auditorías, actividades de planificación y gestión empresarial como la planificación relacionada al análisis, o para contratar una cobertura de contención de pérdidas. Conforme a la Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA), el Plan no usa o divulga información genética a los efectos de la contratación de seguros.

**2. Divulgación al Patrocinador del Plan:** conforme a lo solicitado para poder administrar los beneficios del Plan. El Plan también puede proporcionar información de salud al patrocinador del plan para permitirle al patrocinador del plan solicitar las mejores licitaciones de las aseguradoras de salud para modificar el Plan o para enmendar el Plan.

**3. Requisitos de la Ley:** cuando así lo establezca una ley federal, estatal o local.

**4. Actividades de Supervisión de la Salud:** a un organismo de supervisión de la salud para realizar actividades como auditorías, investigaciones, inspecciones, certificaciones u otros procedimientos relacionados a la supervisión de un plan de salud.

**5. Amenazas a la Salud o Seguridad:** según lo establecido por la ley, a autoridades de salud pública si el Plan, de buena fe, cree que la divulgación es necesaria para evitar o reducir una amenaza grave o inminente hacia la salud o seguridad de un individuo o hacia la salud o seguridad del público.

**6. Procedimientos Judiciales y Administrativos:** durante cualquier procedimiento administrativo o judicial en respuesta a una orden de una corte o

tribunal administrativo, en respuesta a una citación, pedido de presentación de prueba u otro proceso similar. El Plan realizará un intento de buena fe de proporcionar un aviso por escrito al individuo para permitirle presentar objeciones.

**7. Con el Propósito de Hacer Cumplir la Ley:** a un oficial del orden público con el propósito de hacer cumplir ciertas leyes, incluido entre otros, el propósito de identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.

**8. Forenses, Examinadores Médicos o Directores de Funerarias:** con el fin de identificar una persona fallecida, determinar la causa de muerte u otras tareas según lo autorizado por la ley.

**9. Donación de Órganos o Tejido:** si la persona es un donante de órganos o tejido, para los fines relacionados a esa donación.

**10. Funciones Específicas del Gobierno:** para actividades militares, de seguridad nacional e inteligencia, servicios de protección e instituciones penitenciarias y presos.

**11. Compensación para Trabajadores:** según sea necesario para cumplir con la compensación para trabajadores u otros programas similares.

**12. Distribución de Beneficios y Servicios Relacionados a la Salud:** para proporcionar información al individuo sobre los beneficios y servicios relacionados a la salud que pueden serle de interés.

**Aviso en Caso de Incumplimiento**  
Heartland RV está obligada a mantener la privacidad de la PHI; a proporcionarles a los individuos este aviso sobre las obligaciones legales del plan y las prácticas de privacidad con respecto a la PHI; y de notificar a los individuos sobre cualquier violación de su PHI.

**Uso y Divulgación de Información de Salud Personal por parte del Plan que Sí Necesita la Autorización del Individuo:**

salvo por lo establecido anteriormente, el Plan no usará o divulgará información sin su autorización por escrito. Usted puede cancelar su autorización por escrito en cualquier momento, y el Plan ya no podrá usar o divulgar la información de salud. Sin embargo, el Plan no podrá recuperar cualquier divulgación ya realizada de acuerdo con la Autorización provista antes de ser cancelada. Los siguientes usos y divulgaciones se realizarán sólo con la autorización del individuo: (i) la mayoría de los usos y divulgaciones de los informes de psicoterapia (si son registrados por una entidad cubierta); (ii) usos y divulgaciones de la PHI para fines de marketing, incluidas comunicaciones sobre un tratamiento subsidiado; (iii) divulgaciones que constituyen una venta de la PHI; y (iv) otros usos y divulgaciones que no están descritas en este aviso.

**Derechos del Individuo con Respecto a la Información de Salud Personal:** todos los individuos tienen los siguientes derechos bajo las políticas y procedimientos del Plan y según lo exige la norma de privacidad de HIPAA:

**Derecho a Solicitar Restricciones sobre Ciertos Usos y Divulgaciones:** un individuo puede solicitarle al Plan que restrinja el uso y la divulgación de su información de salud. El Plan respetará las solicitudes razonables, sin embargo no está obligado a cumplir dicha solicitud a menos que sea por servicios pagados completamente por el individuo de su propio bolsillo. Si desea solicitar una restricción, debe enviar la solicitud por escrito a un Oficial de Privacidad de HIPAA, en Heartland RV , 2831 Dexter Drive Elkhart, IN 46514 , 574-266-8726].

**Derecho a Examinar y Copiar Información de Salud:** un individuo puede examinar y obtener una copia de su información de salud personal conservada por el Plan. La información solicitada será provista dentro de los 30 días si la información es conservada en el sitio o dentro de los 60 días si la información es conservada fuera del

sitio. Sólo se permite una única prolongación de 30 días si el Plan no puede cumplir con el plazo. Se debe presentar una solicitud por escrito a un Oficial de Privacidad de HIPAA en Heartland RV , 2831 Dexter Drive Elkhart, IN 46514 , 574-266-8726]. Si el individuo solicita una copia de su información de salud, el Plan puede cobrar un precio razonable por los costos de copiado, ensamble y gastos de envío, si corresponde, asociados con su solicitud.

**Derecho a Enmendar su Información de Salud:** usted le puede solicitar al Plan que enmiende su información de salud si usted siente que es incorrecta o incompleta. El Plan tiene 60 días luego de realizada la solicitud para realizar la modificación. Sólo se permite una única prolongación de 30 días si el Plan no puede cumplir con el plazo. Se debe presentar una solicitud por escrito a un Oficial de Privacidad de HIPAA, en Heartland RV , 2831 Dexter Drive Elkhart, IN 46514 , 574-266-8726]. La solicitud puede ser denegada total o parcialmente y, si esto sucede, el Plan le proporcionará una explicación por escrito de por qué fue denegada.

**Derecho a un Informe sobre los Datos Divulgados:** un individuo puede solicitar una lista de las divulgaciones que el Plan realizó sobre su información de salud durante los seis años previos a su solicitud (o por un período de tiempo específico más corto). Sin embargo, la lista no incluirá las divulgaciones realizadas: (1) para llevar a cabo un tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud; (2) divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2004; (3) a individuos sobre su propia información de salud; y (4) divulgaciones para las cuales el individuo proporcionó una autorización válida.

Se debe utilizar un formulario de informe sobre los datos divulgados para realizar la solicitud y este puede obtenerse si se pone en contacto con un Oficial de Privacidad de HIPAA en Heartland RV , 2831 Dexter Drive Elkhart, IN 46514 , 574-266-8726]. El

informe será provisto dentro de los 60 días de presentado el formulario de solicitud. Se permiten 30 días adicionales si no se puede cumplir con este plazo.

#### **Derecho a Recibir Comunicaciones**

**Confidenciales:** un individuo puede solicitar que el Plan se comuniquen con él de cierta forma o en cierto lugar sobre la información de salud si sienten que la divulgación podría ponerlos en peligro. El individuo debe proporcionar la solicitud por escrito a un Oficial de Privacidad de HIPAA en Heartland RV , 2831 Dexter Drive Elkhart, IN 46514 , 574-266-8726]. El Plan intentará respetar todas las solicitudes razonables.

#### **Derecho a una Copia Impresa de este**

**Aviso:** los individuos pueden solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si han acordado recibir este Aviso de manera electrónica. Deben ponerse en contacto con su Oficial de Privacidad de HIPAA en Heartland RV , 2831 Dexter Drive Elkhart, IN 46514 , 574-266-8726] para realizar esta solicitud.

**Las Obligaciones del Plan:** el Plan está obligado por ley a mantener la privacidad de la información de salud personal según se describe en este Aviso y a proporcionar este Aviso sobre sus obligaciones y prácticas de privacidad. El Plan está obligado a cumplir con los términos de este Aviso, que pueden ser enmendados de vez en cuando. El Plan se reserva el derecho a cambiar los términos de este Aviso y de hacer efectivas las nuevas disposiciones del Aviso para toda la información de salud que conserva.

**Quejas y Persona de Contacto:** si un individuo desea ejercer sus derechos provistos en este Aviso, comunicarse con el Plan sobre sus políticas y procedimientos de privacidad o presentar una queja con el Plan, deben ponerse en contacto con la Persona de Contacto de HIPAA, en Heartland RV , 2831 Dexter Drive Elkhart, IN 46514 , 574-266-8726]. También pueden presentar una queja con el Secretario de Salud y Servicios Humanos si creen que

se han violado sus derechos de privacidad. ❖

## **Aviso Importante de Plan de Beneficios del Bienestar de Thor Industries, Inc. Sobre su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare (Cobertura Acreditable)**

Por favor, lea este aviso cuidadosamente y manténgalo siempre a mano. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Heartland RV y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información lo puede ayudar a decidir si quiere o no afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare. Si usted está considerando afiliarse, debe comparar su cobertura actual, incluido qué medicamentos están cubiertos y a qué costos, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones

sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Hay dos cosas importantes que usted debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible desde el 2006 para todas las personas que poseen Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se afilia al Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o si se afilia a un Plan de Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrece la cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan, como mínimo, un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer cobertura por una prima mensual más elevada.

2. Heartland RV ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan de Heartland RV prevé, en promedio para todos los participantes, pagar tanto como paga la cobertura de

medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se la considera una Cobertura Acreditable. Ya que su cobertura actual es una Cobertura Acreditable, usted puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más elevada (una sanción) si más adelante decide afiliarse al plan de medicamentos de Medicare.

#### ¿Cuándo puede Afiliarse al Plan de Medicamentos de Medicare?

Usted puede afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare la primera vez que es elegible para obtener cobertura de Medicare y todos los años desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si usted pierde su cobertura acreditable actual para medicamentos recetados, por motivos ajenos a usted, también será elegible para afiliarse al plan de medicamentos de Medicare por un Período Especial de Inscripción (SEP) de dos (2) meses.

#### ¿Qué Ocurre con su Cobertura Actual si Decide Afiliarse a un Plan de Medicamentos de Medicare?

Si decide afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Heartland RV no se verá afectada.

Si decide afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare y abandonar su cobertura actual de Heartland RV, tenga en cuenta que usted y sus

dependientes podrán volver a obtener esta cobertura.

#### ¿Cuándo Pagará una Prima Más Elevada (Sanción) para Afiliarse a un Plan de Medicamentos de Medicare?

También debería saber que si abandona o pierde su cobertura actual con Heartland RV y no se afilia a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días consecutivos después de finalizada la cobertura, usted puede pagar una prima más elevada (una sanción) para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si usted pasa 63 días consecutivos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede incrementar, como mínimo, un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes, por cada mes que usted no tuvo cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin una cobertura acreditable, su prima puede ser al menos un 19% más elevada que la prima base del beneficiario de Medicare. Puede que usted deba pagar esta prima más elevada (una sanción) mientras tenga una cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, usted puede tener que esperar hasta el mes de octubre siguiente para afiliarse.

#### Para Obtener Más Información sobre este Aviso o su Cobertura Actual de Medicamentos Recetados

Póngase en contacto con la persona que se menciona abajo para obtener información adicional. **NOTA:** Usted recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del siguiente período en que puede afiliarse al plan de medicamentos de Medicare y si cambia la cobertura de Heartland RV. Usted también puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

#### Para Obtener Más Información sobre sus Opciones Bajo la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare

Puede encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de

medicamentos recetados en el manual de "Medicare y Usted". Usted recibirá, por parte de Medicare, una copia de este manual en su correo todos los años. Usted también puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte el interior de la contratapa de su copia del manual de "Medicare y Usted" para obtener el número de teléfono) para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si usted tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible una ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la página web [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov), o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**Recuerde: conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide afiliarse a alguno de los planes de medicamentos de Medicare, puede que se le solicite proporcionar una copia de este aviso cuando se afilia para mostrar si usted tiene o no una cobertura acreditable y, por consiguiente, si debe pagar una prima más elevada (una sanción).**

Fecha: 01/01/2024

Nombre de la Entidad/Remitente: Heartland RV  
 Contacto--Posición/Oficina: Recursos Humanos  
 Dirección: 2831 Dexter Drive Elkhart, IN 46514  
 Número de teléfono: 574-266-8726] ❖



**HEARTLAND®**

RECREATIONAL VEHICLES



**CRUISERRV**  
Great American Trailers.



## 2024 Guía de Beneficios