



2025 Guía de beneficios para empleados

¡Obtenga más información sobre sus beneficios!



Contenido

Qué tiene que hacer para inscribirse en ADP	3
¡Nuevo este año!	4
Elegibilidad	5
Contribuciones del empleado	6
Plan médico	7
Aplicación Sydney Health	8
Sepa a dónde acudir para recibir atención	9
Atención virtual: LiveHealth Online	10
Cómo ahorrar en costos médicos ...	11
Cuenta de gastos flexibles	12
Plan dental	13
Plan de la vista	14
Descuentos en audífonos	15
Seguro de vida/AD&D	16
Discapacidad	17
Nota Sobre la Póliza de Indemnización Hospitalaria	18
Salud suplementaria	19
Programa de asistencia al empleado	20
Planes de jubilación 401(k)	21
Información de Medicare	22
Términos de los beneficios	23
Contactos	24

Exención de responsabilidad: la información descrita en esta guía solo tiene como fin ser un resumen de sus beneficios. No describe ni incluye todas las disposiciones, limitaciones ni exclusiones de los beneficios ni calificaciones para la cobertura. Vea una explicación completa de sus beneficios en su descripción resumida del plan. Si los beneficios descritos en la presente son diferentes de algún modo a la descripción resumida del plan, esta última tendrá prevalencia. Puede obtener una copia de la descripción resumida del plan en el Departamento de Recursos Humanos.

Le damos la bienvenida

Entendemos que su vida va más allá del lugar de trabajo. Es por eso que ofrecemos una variedad de beneficios para ayudarlo a ser un promotor de su salud y bienestar. Nuestro objetivo es proporcionar opciones para que usted y su familia tengan cobertura adecuada durante todas las etapas de la vida.

Cómo inscribirse

- **Empleados actuales:** la inscripción abierta, que tendrá lugar entre el **4 de noviembre y el 15 de noviembre**, es su oportunidad única en el año para ajustar las coberturas de beneficios y actualizar las personas a cargo y beneficiarios.
- **Contratados nuevos:** una vez que sea elegible, debe completar su inscripción en el plazo de 60 días. Algunos beneficios tienen “emisión de garantía” solo en su primera oportunidad, así que considere con atención esto antes de renunciar a cualquier cobertura.



Inscribirse en ADP

Escanee el código QR o visite www.workforcenow.adp.com

¿Necesita ayuda?

Programe su cita de inscripción con la EOI



- Llame a EOI: 844-831-5969
- Escanee el código QR o visite: TMC.MyBenefitsAppointment.com

Durante su cita individual y confidencial, el asesor responderá sus preguntas y lo inscribirá en sus beneficios para 2025.

Cómo hacer cambios

A menos que tenga un evento de vida calificado, no puede hacer cambios a sus beneficios hasta el próximo período de inscripción abierta. Los cambios de elecciones se deben hacer en el plazo de 30 días a partir del evento calificado. Entre los ejemplos se incluyen:

- Matrimonio, divorcio, separación legal o fallecimiento de un cónyuge.
- Nacimiento, adopción y fallecimiento de un hijo.
- Cambio en el estado de persona a cargo de un hijo.
- Cambio en la residencia.
- Cambio en el estado de empleo o cambio en la cobertura según otro plan patrocinado por el empleador.

Qué tiene que hacer para inscribirse en ADP

1. ¡Comience en línea o con la aplicación móvil!

Escanee el código QR o visite www.workforcenow.adp.com o descargue la aplicación ADP Mobile Solution.



2. Ingrese su identificación de usuario y su contraseña y, luego, haga clic en "Sign in" (Inscribirse).

Nota: si esta es la primera vez que inicia sesión, haga clic en "New? Get Started" (¿Nuevo? Comenzar). Si no está seguro de su código de registro, comuníquese con su equipo de RR. HH.

3. Seleccione "Benefits" (beneficios) y, luego, haga clic en "Start enrollment" (Comenzar inscripción).

Gestionar personas a cargo.

La página **Gestionar personas a cargo** es donde puede añadir/ver/editar sus personas a cargo y beneficiarios. Seleccione "Add dependent or beneficiary" (Añadir persona a cargo o beneficiario) para añadir un nuevo dependiente/beneficiario. Utilice el ícono de acción de 3 puntos para ver/editar una persona a cargo/beneficiario existente.

Revise y realice cambios a sus beneficios cuando sea necesario.

Al inscribirse, debe designar a la **Persona Cubierta** por este plan haciendo clic en la casilla situada junto al nombre de la persona a cargo. Luego, puede elegir **Seleccionar plan** para la inscripción deseada.

A continuación, aparecerá una pantalla que confirma sus datos de inscripción.

4. Revisar y Enviar.

Tenga en cuenta que sus elecciones de beneficios no se procesarán hasta que haga clic en "Submit" (Enviar) y reciba la confirmación. Si, en cambio, hace clic en "Finish Later" (Finalizar Más Tarde), estas inscripciones no se enviarán a su equipo de RR. HH., sino que se guardarán para más adelante.

Asegúrese de recibir la **nota de confirmación** indicando que sus elecciones fueron presentadas.

Elección y beneficiarios del seguro de vida voluntario:

Cuando elija el **Seguro de Vida Voluntario**, también tendrá que seleccionar a sus beneficiarios.

Para empezar, haga clic en "View Available Plans" (Ver Planes Disponibles) y, luego, seleccione en el menú desplegable el monto de cobertura que desea elegir.

A continuación, introduzca la designación del beneficiario. Incluido el **Primario** y **Secundario**, si corresponde. La suma de todos los porcentajes de delegación de beneficiarios debe ser igual al 100% para cada categoría (Primario o Secundario). Haga clic en "Confirm details" (Confirmar detalles). Luego, haga clic en "Confirm" (Confirmar) para seguir con sus elecciones de inscripción.

Nota: en cualquier momento, puede hacer clic en "Finish Later" (Finalizar Más Tarde) para guardar su información de inscripción. Si comienza el proceso de inscripción en su dispositivo móvil y, luego, pasa al autoservicio en su computadora portátil o de escritorio, la información que guardó en el dispositivo móvil se sincronizará con la computadora.

Continúe con cada paso hasta que todas las elecciones estén completas y se hayan abordado todas las tareas de la sección Acción Requerida. Cuando esté listo para continuar con el paso **Revisar y enviar**, haga clic en "Next" (Siguiente).

¡Nuevo este año!

Aspectos destacados de los beneficios

Los cambios serán efectivos: **01/01/2025**.



Protege tu **Salud**

- **Plan Medico:** Cambio en los números del plan, pero no cambios en el diseño del plan PPO. Ligero aumento de las contribuciones de los empleados.
- **Dental:** Ofrecido a través de Delta Dental de Indiana. Sin cambios en el plan, pero las tarifas incrementaran un poco debido al aumento en el costo de los servicios dentales.
- **Visión:** Ofrecido a través de VSP. Ningún cambio.



Protege tu **Familia**

- **Seguro de Vida/AD&D:** Ahora ofrecido a través de SunLife! THOR Motor Coach ofrece seguro de vida y AD&D para todos los empleados de tiempo completo sin ningún costo para usted! Actualice sus beneficiarios durante el periodo de inscripción.
- **Seguro de Vida/NUEVO AD&D Voluntario:** Ahora ofrecido a través de SunLife! Muerte accidental y Desmembramiento serán incluidos con sus elecciones a partir del año 2025. Esto significa que el beneficio pagara el doble si usted muere a causa de un accidente cubierto por el seguro. **SOLAMENTE ESTE AÑO,** Seleccione hasta \$250,000 de cobertura a través de SunLife sin responder preguntas medicas. También disponible para esposa (\$50,000) y niños (\$10,000) (pueden existir limites).



Protege tu **Sueldo**

- **Incapacidad a corto y a largo plazo:** Ahora ofrecido a través de SunLife! Este seguro ofrece un reemplazo parcial de los ingresos perdidos en caso de que usted no pueda trabajar por enfermedad o lesión. Inscribese durante el periodo de inscripción sin preguntas sobre su salud. Existen limitaciones por condiciones preexistentes.



Protege tu **Cartera**

- **Accident, Critical Illness, and Hospital Indemnity:** Ofrecido a través de SunLife! Reciba dinero en efectivo por accidentes no relacionados con el trabajo, diagnósticos como el cáncer, infarto, o ataque al corazón, o estancia en el hospital incluyendo embarazo rutinario. Cada plan incluye \$100 de beneficio de salud que se paga al completar un examen medico cubierto (paga una vez al año por persona cubierta en el seguro).

Elegibilidad

Elegibilidad de los empleados

Todos los empleados a tiempo completo que trabajen 30 horas o más por semana serán elegibles para beneficios. Como empleado nuevo, tiene 60 días a partir de su fecha de comienzo inicial para inscribirse en beneficios.

- **Cobertura médicos, dentales y de la vista:** estas coberturas entrarán en vigencia el primero del mes luego de 60 días de empleo.
- **Otras coberturas:** * todas las demás coberturas entrarán en vigencia el primero del mes luego de 60 días de empleo.
- **Jubilación 401K:** para participar, debe haber trabajado en TMC de forma ininterrumpida durante más de 90 días.
- **Cuenta de gastos flexible (Flexible Spending Account, FSA):** Para participar, debe haber trabajado en TMC de forma ininterrumpida durante más de 365 días.

***IMPORTANTE:** estos beneficios pueden requerir que los empleados estén activos en el trabajo al momento en que los beneficios entren en vigencia. Revise los documentos de la política o comuníquese con RR. HH. para obtener más información.

Elegibilidad de las personas a cargo

Si está inscrito en cobertura, también puede tener la opción de inscribir a las personas a su cargo en la cobertura.

Definición de “personas a cargo elegibles”

Las personas a cargo para cobertura **médica, dental y de la vista** incluyen:

- **Su cónyuge con quien esté legalmente casado.** Dicho cónyuge debe haber cumplido todos los requisitos de un contrato de matrimonio válido del estado en el que se celebró el matrimonio de dichas partes. A los fines de esta definición, “cónyuge” no significará un concubino ni una pareja de hecho.
- **Sus hijos a cargo menores de 26 años.** Esto incluye hijos biológicos, hijastros, niños de acogida, adoptivos y otras personas incluidas bajo su tutela legal.
- Para obtener más información sobre la elegibilidad, consulte el contrato de la póliza o los documentos del plan resumido.

Otras coberturas: Consulte la página 16 para obtener una definición adicional de una “persona a cargo elegible” debajo de la póliza de vida voluntaria/por muerte accidental y desmembramiento (accidental death and dismemberment, AD&D). Tenga en cuenta que los empleados elegibles para beneficios no se pueden inscribir como “cónyuges” y que los hijos a cargo no pueden tener cobertura más de una vez.

Consulte el certificado de la póliza o a RR. HH. para obtener más información.

Requisito de verificación de personas a cargo

Los empleados que deseen inscribir a una persona a cargo en la cobertura deben presentar documentos de respaldo para comprobar la elegibilidad de dicha persona. **Si no tenemos la documentación de respaldo registrada, la cobertura de la persona a su cargo no se procesará.** Si no está seguro de tener registrados los documentos requeridos, póngase en contacto con Recursos Humanos.

Entre los documentos correspondientes se incluyen los siguientes:

- Certificado de matrimonio (para el cónyuge)
- Certificado de nacimiento (para las personas a cargo)
- Primera página de la declaración de la renta más reciente en la que figuren las personas a cargo cubiertas (para el cónyuge o las personas a cargo)





Contribuciones del empleado

Si elige la cobertura, se realizarán deducciones de su salario para pagar esos beneficios durante **48 períodos de pago**. De este modo, no será necesario efectuar deducciones dobles para las primas de seguro después de los periodos regulares de cierre programados en julio y diciembre. Los empleados administrativos que no tengan periodos de cierre programados no tendrán que pagar las primas durante esas semanas de inactividad.

Plan médico	Plan 36 de Anthem- PPO	Plan 65 de Anthem- PPO
Solo para el empleado	\$89	\$62
Empleado y cónyuge	\$181	\$153
Empleado e hijos	\$171	\$142
Empleado y familia	\$226	\$185

Plan dental	
Solo para el empleado	\$6.21
Empleado y cónyuge	\$12.43
Empleado e hijos	\$18.11
Empleado y familia	\$26.83

Plan de la vista	
Solo para el empleado	\$1.26
Empleado y cónyuge	\$2.52
Empleado e hijos	\$2.69
Empleado y familia	\$4.31

Seguro de vida básico/AD&D	Pagado por el empleador
----------------------------	-------------------------

Seguro de vida voluntario/AD&D Discapacidad Accidente Enfermedad grave Indemnización de hospital	Para ver sus tasas personalizadas, inicie sesión en ADP .
--	--

Plan médico

Anthem |

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

Plan médico	Plan 63- PPO		Plan 65- PPO	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual				
Individual	\$2,500	\$5,000	\$4,000	\$8,000
Familiar	\$5,000	\$10,000	\$8,000	\$16,000
Coseguro (después del deducible)	Usted paga un 20%	Usted paga un 40%	Usted paga un 20%	Usted paga un 40%
Límite anual máximo de gastos de bolsillo				
Individual	\$5,000	\$10,000	\$6,500	\$13,000
Familiar	\$10,000	\$20,000	\$13,000	\$26,000
Servicios	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención preventiva	Cobertura del 100%	Usted paga un 40%	Cobertura del 100%	Usted paga un 40%
Visita al consultorio	Copago de \$40	Usted paga un 40%	Copago de \$40	Usted paga un 40%
Atención de urgencia	Copago de \$50	Copago de \$50	Copago de \$75	Copago de \$75
Especialista	Copago de \$60	Usted paga un 40%	Copago de \$60	Usted paga un 40%
Diagnóstico por imágenes	Usted paga un 20%		Usted paga un 20%	
Sala de emergencias	Copago de \$250		Copago de \$250	
Hospitalización	Usted paga un 20%	Usted paga un 40%	Usted paga un 20%	Usted paga un 40%
Cirugía ambulatoria				
Medicamentos recetados	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Minorista (30 días)	\$15/\$45/\$75		\$15/\$45/\$75	
Pedidos por correo (90 días)	\$30/\$90/\$150		\$30/\$90/\$150	
Medicamentos de especialidad	25% hasta un máximo de \$150		25% hasta un máximo de \$200	



N.º de grupo: 212078

Encuentre un proveedor dentro de la red cerca de usted visitando www.anthem.com, la aplicación de Sydney Health, o llamando al 1-866-350-7596.

Obtenga más información en los documentos completos del plan. Si los beneficios descritos en la presente son diferentes de algún modo a la descripción resumida del plan, esta última tendrá prevalencia.



Aplicación Sydney Health

¡La aplicación de Anthem es sencilla, inteligente, y todo gira en torno a usted!

Todo lo que necesita saber acerca de sus beneficios de Anthem, personalizados y todo en un solo lugar.



¡Descargue la aplicación hoy!

www.sydneyhealth.com/

Disfrute de una experiencia de salud más sencilla y conectada:

- Encuentre atención y compruebe costos
- Consulte los reclamos
- Verifique todos los beneficios
- Consulte y utilice tarjetas de identificación digitales
- Utilice la función de chat interactivo y obtenga respuestas rápidamente

Sydney y Sydney Health son marcas de servicio de CareMarket, Inc.

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de: En Colorado: Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. Los productos HMO suscritos por HMO Colorado, Inc. Las copias de los planes de acceso a la red de Colorado están disponibles solicitándolas a Servicios para afiliados o en anthem.com/co/networkaccess. En Connecticut: Anthem Health Plans, Inc. En Georgia: Blue Cross Blue Shield Healthcare Plan of Georgia, Inc. En Indiana: Anthem Insurance Companies, Inc. En Kentucky: Anthem Health Plans of Kentucky, Inc. En Maine: Anthem Health Plans of Maine, Inc. En Misuri (excepto 30 condados del área de Kansas City): RightCHOICE® Managed Care, Inc. (RIT), Healthy Alliance® Life Insurance Company (HALIC) y HMO Missouri, Inc. RIT y algunas de sus filiales administran beneficios que no son de HMO suscritos por HALIC y beneficios de HMO suscritos por HMO Missouri, Inc. RIT y algunas filiales solo prestan servicios administrativos a planes autofinanciados y no suscriben beneficios. En Nevada: Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. Los productos HMO suscritos por HMO Colorado, Inc., que opera bajo el nombre HMO Nevada. En Nueva Hampshire: Anthem Health Plans of New Hampshire, Inc. Los planes HMO son administrados por Anthem Health Plans of New Hampshire, Inc. y suscritos por Matthew Thornton Health Plan, Inc. En Ohio: Community Insurance Company. En Virginia: Anthem Health Plans of Virginia, Inc. comercia como Anthem Blue Cross and Blue Shield en Virginia, y su área de servicio es todo Virginia, excepto la ciudad de Fairfax, la ciudad de Viena y el área al este de la ruta estatal 123. En Wisconsin: Blue Cross Blue Shield of Wisconsin (BCBSWI), suscribe o administra las pólizas PPO y de indemnización y suscribe los beneficios fuera de la red en las pólizas POS ofrecidas por CompCare Health Services Insurance Corporation (CompCare) o Wisconsin Collaborative Insurance Corporation (WCIC). CompCare suscribe o administra pólizas HMO o POS; WCIC suscribe o administra pólizas HMO o POS de Well Priority. Licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

115994MUMENABS VPOD 02/20



Sepa a dónde acudir para recibir atención

Mantener bajo control sus gastos de atención médica puede ser tan sencillo como tomar la decisión correcta cuando necesite dicha atención. Cuando tiene una enfermedad o sufre una lesión, es comprensible que quiera sentirse mejor rápidamente, pero tomar la decisión equivocada sobre dónde recibir atención puede costarle caro.

Según el Health Care Cost Institute, el costo promedio de una visita a la sala de emergencias (emergency room, ER) ambulatoria es de \$1,917. Esto significa que si acude a la ER cuando en realidad no necesita atención de emergencia, su billetera sufrirá las consecuencias.

¿A dónde debo acudir?

A veces, puede resultar difícil saber dónde trazar la línea a la hora de elegir si debe acudir a la ER, a atención de urgencia o a su médico de cabecera. Aquí encontrará algunas pautas que lo ayudarán a saber dónde acudir la próxima vez que esté enfermo o lesionado.

Sala de emergencias (\$\$\$\$)

Una visita a la ER es el tipo más caro de atención ambulatoria y solo debe producirse si hay una verdadera emergencia, o una enfermedad o lesión que pone en riesgo la vida. Entre las afecciones que deben tratarse en la ER se encuentran las siguientes:

- Dolor en el pecho
- Hemorragia excesiva
- Falta de aire
- Intoxicación



¿A dónde debo acudir para recibir atención?

<http://www.cottinghambutler.com/KnowWhereToGo/>

Atención de urgencia (\$\$\$)

Los centros de atención de urgencia atienden afecciones que no son de emergencia pero requieren atención inmediata, es decir, aquellas cuyo tratamiento tardío podría causar problemas o molestias graves. Las visitas a los centros de atención de urgencia cuestan menos que las visitas a la ER, pero suelen ser más caras que una visita a su médico de atención primaria. Por lo general, las afecciones mencionadas a continuación pueden tratarse en centros de atención de urgencia:

- Esguinces
- Infecciones del oído
- Fiebre

Consultorio del médico (\$\$)

Para la mayoría de las enfermedades o lesiones que no son de emergencia, la mejor opción para recibir atención médica puede ser una visita a su médico de atención primaria. Su médico habitual es quien mejor lo conoce, conoce su historial médico y tiene la experiencia necesaria para diagnosticar y tratar la mayoría de las afecciones. Además, acudir al consultorio del médico suele ser la opción más rentable.

Atención virtual: LiveHealth Online

Salud física y mental

Cuando no se sienta bien, puede obtener la ayuda que necesita fácilmente utilizando **LiveHealth Online**.

Tanto si está resfriado como si tiene ansiedad o necesita ayuda para tomar su medicación, los médicos y profesionales de salud mental están ahí para ayudarlo a sentirse lo mejor posible. Puede tener una visita por video con un médico o psiquiatra certificado, o un terapeuta autorizado desde su teléfono inteligente, tableta o computadora, desde casa o desde cualquier lugar.

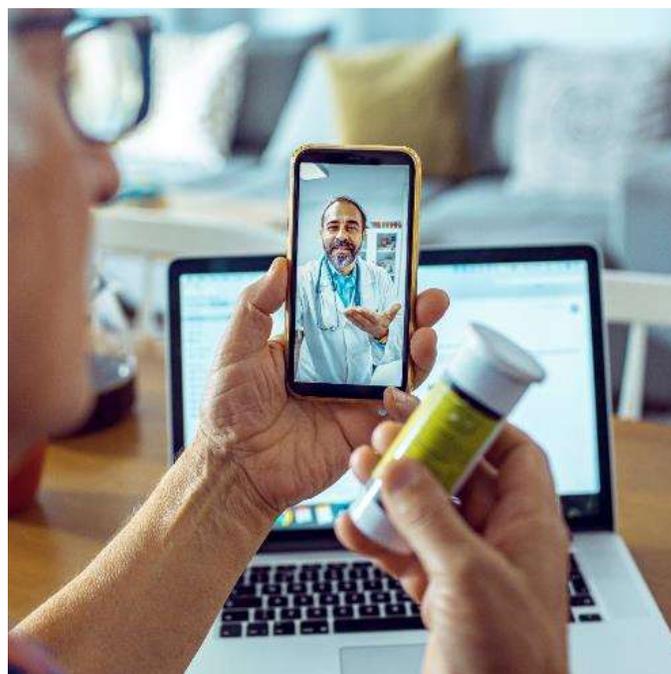
Obtenga ayuda con problemas de salud comunes, como los siguientes:

- Alergias
- Fiebre
- Conjuntivitis
- Resfríos y gripe
- Sarpullido
- Sinusitis

¡Regístrese hoy!

Regístrese hoy mismo para estar preparado para una visita cuando la necesite. Para registrarse, visite www.LiveHealthOnline.com o descargue la aplicación móvil LiveHealth Online. A continuación, haga lo siguiente:

1. Elija **"Sign Up" (Registrarse)** para crear su cuenta LiveHealth Online. Luego, ingrese información como su nombre, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento y cree una contraseña segura.
2. Lea los **"Terms of Use" (Términos de uso)** y marque la casilla para aceptar.
3. Elija su ubicación en el cuadro desplegable de estados.
4. Ingrese su fecha de nacimiento y elegir su sexo.
5. Para la pregunta "¿Tiene seguro?", seleccione **"Yes" (Sí)**. Asegúrese de tener a mano su tarjeta de identificación de miembro de Anthem para completar la información sobre su seguro. Si selecciona **"No"**, puede ingresar los datos de su seguro más adelante.
6. Para el **Plan de salud**, en el cuadro desplegable, seleccione **"Anthem"**.
7. Para la **Identificación del suscriptor**, ingrese su número de identificación, que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro de Anthem. Seleccione **Sí** si es el suscriptor principal o **No** si no lo es.
8. Si tiene una clave de servicio, ingrésela. Si no la tiene, no hay problema, es opcional y no es necesaria para registrarse.
9. Seleccione el botón verde **"Finish" (Finalizar)**.



También puede programar una visita en línea con un terapeuta licenciado o consultar a un psiquiatra certificado si tiene problemas de salud mental.

Dependiendo del plan médico en el que se inscriba, el costo de LiveHealth no superará los **\$59**.



¡Comience hoy!

www.LiveHealthOnline.com

Aplicación móvil de LiveHealth Online

¿Tiene alguna pregunta? Llame al 1-888-548-3432 o envíe un correo electrónico a help@livehealthonline.com.

Cómo ahorrar en costos médicos

Busque un proveedor, compruebe la calidad y compare costos

¿Sabía que distintos médicos y hospitales pueden cobrar montos diferentes por el mismo servicio?

Busque proveedores dentro de la red y compare precios utilizando la herramienta de estimación de costos de Anthem para ver los costos en función de sus propios beneficios médicos antes de recibir atención. También puede comparar la calidad de distintos procedimientos.

Para obtener más información, visite www.anthem.com.

Mantenga bajo el gasto de los medicamentos

Sea un consumidor prudente de atención médica y reduzca posiblemente sus gastos en medicamentos recetados hasta un 90%. Entre las estrategias que lo ayudarán a ahorrar dinero se incluyen las siguientes:

- Comparar precios en las farmacias locales para encontrar el mejor precio
- Preguntar a su médico por alternativas genéricas o de venta libre
- Consulte programas de descuentos en medicamentos con receta como GoodRx www.GoodRx.com o BlinkHealth www.blinkhealth.com

Practique la prevención

La atención preventiva es un tipo de atención médica cuyo propósito es cambiar el enfoque de la atención médica de tratar enfermedades a mantener el bienestar y la buena salud.

La mayoría de los planes de salud cubren una serie de servicios preventivos sin costo alguno para usted, como los siguientes:

- Chequeos anuales
- Exámenes médicos
- Vacunas



Cuenta de gastos flexibles

Anthem

Disponible para los empleados que trabajan en TMC hace más de 365 días.

Las cuentas de gastos flexibles (FSA) pueden ahorrarle dinero en gastos elegibles porque no debe pagar impuestos sobre el monto contribuido a la cuenta. Sin embargo, usar una FSA requiere planificación cuidadosa para obtener los beneficios financieros.

Recordatorio de "úselo o piérdalo": Los fondos de la FSA no utilizados se perderán si no los utiliza antes de fin de año.

FSA de salud

Pague por gastos elegibles médicos, dentales, de visión y de recetas, como:

- Deducibles
- Copagos
- Coseguro
- Otros gastos relacionados con la salud

Límite de contribución anual	\$3,300
------------------------------	---------

Su elegibilidad para una FSA puede malinterpretarse si usted o su cónyuge utilizan actualmente una HSA. Consulte al administrador del plan o a Recursos Humanos para obtener más información.

La cuota semanal de administración para inscribirse en la FSA es de \$1,37 por semana.



¿Es una FSA de salud adecuada para usted?

www.cottinghambutler.com/HealthFSA/



Visite www.irs.gov y busque las publicaciones 502 (médica y dental) del IRS para conocer más acerca de gastos elegibles.



Plan dental

Delta Dental



Recordatorio: no se proporcionan tarjetas de identificación. Proporcione a su proveedor su Número de la Seguridad Social para verificar los beneficios y la cobertura.

Plan dental	Dentro de la red
Deducible anual	\$50 por persona \$150 por familia
Máximo anual de beneficios	\$1,500
Máximo de ortodoncia de por vida	\$1,500
Servicios	Dentro de la red
Atención preventiva (se renuncia al deducible) Exámenes, limpiezas, tratamiento con fluoruro y mantenedores de espacio; selladores dentales para prevenir la caries de los dientes permanentes; biopsia por cepillado para detectar el cáncer oral; radiografías.	Cobertura del 100%
Atención básica Tratamiento paliativo de urgencia para aliviar temporalmente el dolor; servicios menores de restauración (empastes dentales y reparación de coronas); cirugía oral (extracciones y cirugía dental, revestimiento y reparaciones de puentes, implantes y dentaduras postizas).	El plan paga el 80%
Atención de alta complejidad Servicios de endodoncia (tratamientos de conducto, servicios de periodoncia para tratar las enfermedades de las encías); servicios de restauración mayor (coronas); servicios de prostodoncia (puentes, implantes y dentaduras postizas).	El plan paga el 50%
Ortodoncia Aparatos	El plan paga el 50% hasta los 26 años

Obtenga más información en los documentos completos del plan, **inclusive sobre cobertura fuera de la red**. Si los beneficios descritos en la presente son diferentes de algún modo a la descripción resumida del plan, esta última tendrá prevalencia.



N.º de grupo: 1013

Encuentre un dentista de Delta Dental PPO cerca de usted para ahorrar al máximo en www.deltadentalin.com o llame al 1-800-524-0149.

Plan de la vista

VSP |



Recordatorio: no se proporcionan tarjetas de identificación. Proporcione a su proveedor su Número de la Seguridad Social para verificar los beneficios y la cobertura.

Plan de la vista		Dentro de la red		
Servicios para exámenes	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$10 / Cubierto cada 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> WellVision Exam® completo cubierto en su totalidad* 	<ul style="list-style-type: none"> Examen de rutina de retina cubierto tras un copago de no más de \$39 	
Gafas	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$10 / Cubierto cada 12 meses Las gafas monofocales, bifocales forradas, trifocales forradas o lenticulares de cristal o plástico están cubiertas en su totalidad*. 			
Mejoras de la lente	Mejora de la lente Capa antirreflejo De policarbonato: adultos De policarbonato: niños Progresivos Fotocromático Capa a prueba de ralladuras	Lentes monofocales <ul style="list-style-type: none"> \$41 \$31 Cubierto N/C \$75 \$17 	Multifocales <ul style="list-style-type: none"> \$41 \$35 Cubierto Cubierto \$75 \$17 	
Marcos	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$10 / Cubierto cada 24 meses Marcos cubiertos hasta un máximo de \$140. Los miembros que seleccionen una marca destacada de marcos, como Anne Klein, bebe®, Calvin Klein, Flexon, Lacoste, Nike, Nine West y muchas más, recibirán \$20 adicionales para su asignación de marcos. (Las marcas destacadas de marcos están sujetas a cambios). La asignación óptica de Walmart® o Costco® de \$65 es equivalente a la asignación de marcos en los consultorios médicos de VSP y en las cadenas minoristas participantes 20% de descuento en cualquier monto superior a la asignación establecida 			
Par de anteojos adicional	En los 12 meses posteriores al examen: 20% de descuento en pares adicionales ilimitados de anteojos recetados o anteojos de sol no recetados de cualquier médico de VSP			
Lentes de contacto optativas (en lugar de marcos y cristales)	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$10 / Cubierto cada 12 meses Examen de lentes de contacto (evaluación y prueba): las pruebas estándar y premium están cubiertos en su totalidad después del copago. El miembro recibe un 15% de descuento en los servicios de examen de lentes de contacto y el copago del miembro nunca superará los \$60. Los materiales para lentes de contacto recetadas están cubiertos en su totalidad hasta el límite de \$140 (en lugar del marco y los cristales). 			
Plan KidsCare	El plan KidsCare de VSP ofrece a los niños dos exámenes completos de la vista, hasta dos pares de lentes (con cambio de receta) y un marco cada año, incluso cuando el plan del miembro suscriptor solo ofrezca cobertura para anteojos cada dos años. El plan KidsCare de VSP también ofrece cobertura para lentes de contacto en lugar de anteojos			
Programa Laser VisionCare	Descuentos promedio entre el 15 y el 20% o del 5% en una oferta promocional para cirugía láser, incluidas PRK, LASIK, Custom LASIK y IntraLase.			



N.º de grupo: 30100875

Encuentre un proveedor dentro de la red de **VSP Advantage** cerca de usted visitando www.vsp.com/eye-doctor o llamando al **1-800-877-7195**.

Obtenga más información en los documentos completos del plan, **inclusive sobre cobertura fuera de la red**. Si los beneficios descritos en la presente son diferentes de algún modo a la descripción resumida del plan, esta última tendrá prevalencia.



Descuentos en audífonos

TruHearing a través del programa exclusivo para miembros de VSP

Disponible para todos los miembros de VSP® Vision Care

Ahorre hasta un 60% en audífonos de marca

Al igual que la pérdida de visión, la pérdida de audición puede tener enormes consecuencias en su calidad de vida. Sin embargo, el costo de un par de audífonos de calidad suele superar los \$5,000, y pocas personas tienen cobertura de seguro para audífonos.

TruHearing® hace que los audífonos sean asequibles al brindar descuentos exclusivos a todos los miembros de VSP® Vision Care. Con TruHearing, puede ahorrar hasta un 60% en un par de audífonos. Además, las personas a su cargo e incluso otros familiares también son elegibles.

Además de excelentes precios, TruHearing ofrece lo siguiente:

- Tres visitas al proveedor para pruebas y ajustes
- 45 días de prueba
- Tres años de garantía del fabricante para reparaciones y
- reemplazo único por pérdida y daños
- 48 pilas gratis por audífono para los modelos no recargables

Además, con TruHearing obtendrá lo siguiente:

- Acceso a una red nacional de más de 6,000 proveedores de la salud auditiva
- Precios con descuento en una amplia selección de audífonos de marcas de moda
- Pilas de alta calidad y bajo costo entregadas a su domicilio

Lo mejor de todo es que, si ya cuenta con una asignación para audífonos de parte de su plan de salud o empleador, puede combinarla con los precios de TruHearing para reducir aún más los gastos de su bolsillo.

Así es como funciona.

Póngase en contacto con TruHearing.

Llame al 877.396.7194. Tanto usted como los miembros de su familia deben mencionar a VSP.

Programe el examen.

TruHearing responderá sus preguntas y programará un examen auditivo con un proveedor local.

Asista a la cita.

El proveedor le realizará un examen auditivo, le hará una recomendación, pedirá los audífonos a través de TruHearing y los adaptará para usted.



Obtenga más información sobre este Extra Exclusivo para Miembros de VSP en www.truhearing.com/vsp o llame al 877.396.7194 si tiene preguntas.

Seguro de vida/AD&D

SunLife

El seguro de vida protege financieramente a sus seres queridos en caso de que usted fallezca. El seguro AD&D proporciona un beneficio extra si usted fallece o sufre otra pérdida catastrófica cubierta debido a un accidente cubierto.

Seguro de vida básico/AD&D

Monto del beneficio	Empleado: \$15,000*
Costo del beneficio	Pagado por el empleador —¡sin costo para usted!

Seguro de vida a término voluntario

Monto del beneficio	<p>Empleado: Hasta \$500,000 o 5 veces su salario, lo que sea menor. En incrementos de \$10,000.</p> <p>Cónyuge: Hasta el 100% del monto del empleado hasta \$150,000 en incrementos de \$10,000.</p> <p>Hijos: Piso \$10,000</p>
Monto de emisión garantizada¹	<p>Empleado: Hasta \$250,000</p> <p>Cónyuge: Hasta \$50,000</p> <p>Hijos: Hasta \$10,000</p>
Costo del beneficio	Para ver sus tasas personalizadas, inicie sesión en ADP .

Los beneficios pueden reducirse para empleados mayores de 65 años según la Ley contra la Discriminación por Edad en el Empleo (ADEA).

Requisito de estar activo en el trabajo:

Los inscritos nuevos deben estar trabajando activamente en la fecha de entrada en vigencia para que la cobertura esté en vigor. En caso contrario, la cobertura suscrita entrará en vigor en el momento en que el inscrito vuelva a estar activo en el trabajo o pase a ser elegible.

Fecha de entrada en vigencia demorada para personas a cargo:

Las personas a cargo pueden tener una fecha de entrada en vigencia demorada con base en su estado de salud al momento de la inscripción. Consulte el certificado de la póliza o a RR. HH. para obtener más información.



Recuerde actualizar sus beneficiarios.

Es importante actualizar sus beneficiarios y asegurarse de que sean precisos de manera periódica. Tener beneficiarios desactualizados listados hará que sea difícil pagar el beneficio a la persona correcta en caso de que alguna vez se necesite.

Definición de “personas a cargo elegibles”

Es responsabilidad del empleado asegurarse de que las personas a cargo sean elegibles para cobertura en virtud de estas pólizas.

- **Cónyuge:** persona con la cual está legalmente casado; la elegibilidad puede terminar a la edad de 70 años.
- **Hijos:** la elegibilidad finaliza a los 26 años. Los términos pueden variar para hijos con necesidades especiales. Los beneficios pueden estar limitados para niños menores de 6 meses.

Consulte el certificado de la póliza o a RR. HH. para obtener más información.

[^] Las elecciones de las personas a cargo requieren la inscripción de los empleados y pueden estar limitadas por el volumen de empleados.

¹ Si se inscribe cuando se le ofrece por primera vez, puede recibir hasta el monto indicado sin tener que responder a preguntas médicas.

Consulte los documentos completos del plan para conocer todos los datos del plan, incluidas las exclusiones y limitaciones. Este documento de aspectos destacados del plan es un resumen que se le proporciona para ayudarlo a entender su cobertura de seguro. Los detalles pueden variar de un estado a otro. Si los términos de este resumen de aspectos destacados del plan o su certificado difieren de los de su póliza, prevalecerá la póliza.



Política #963553

www.sunlife.com/us/en/

1-800-247-6875

Discapacidad

SunLife

Si queda discapacitado por una lesión o enfermedad cubiertas, los beneficios de ingresos por discapacidad pueden proporcionar un reemplazo parcial del ingreso perdido.

Seguro por discapacidad a corto plazo		Empleados asalariados y de ventas	Por hora Empleados
Monto del beneficio		Reemplaza el 60% de los ingresos mensuales, hasta \$1,000 por semana	
Inicio del beneficio	Lesión	Tras 7 días consecutivos de discapacidad	Tras 14 días consecutivos de discapacidad
	Enfermedad		
Duración del beneficio		Hasta 12 semanas	Hasta 11 semanas
Limitaciones por afecciones preexistentes		Período retroactivo de 3 meses. Período de exclusión de 12 meses	

El seguro por discapacidad a corto plazo excluye lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo.

Seguro por discapacidad a largo plazo		Empleados asalariados y de ventas	Por hora Empleados
Monto del beneficio		Reemplaza el 60 % de ingresos, hasta \$5,000 por mes	Reemplaza el 60 % de ingresos, hasta \$2,000 por mes
Inicio del beneficio		Tras un período de 90 días o el fin del período de discapacidad a corto plazo	
Duración del beneficio		Duración reducida del beneficio hasta la edad normal de jubilación de la Seguridad Social (SSNRA)	
Limitaciones por afecciones preexistentes		Período retroactivo de 3 meses. Período de exclusión de 12 meses.	



Política #963553
www.sunlife.com/us/en/
 1-800-247-6875



Costo del empleado con discapacidad

Para ver sus tasas personalizadas, inicie sesión en ADP.

Limitaciones por afecciones preexistentes:

Si presenta un reclamo dentro del período de exclusión luego de la fecha de entrada en vigencia de su plan, la aseguradora hará una revisión para determinar si la afección existía durante el período retroactivo. Si fuera así, los beneficios se pueden denegar.

Requisito de estar activo en el trabajo:

Los inscritos nuevos deben estar trabajando activamente en la fecha de entrada en vigencia para que la cobertura esté en vigor. En caso contrario, la cobertura suscrita entrará en vigor en el momento en que el inscrito vuelva a estar activo en el trabajo o pase a ser elegible.

Consulte los documentos completos del plan para conocer todos los datos del plan, incluidas las exclusiones y limitaciones.

Este documento de aspectos destacados del plan es un resumen que se le proporciona para ayudarlo a entender su cobertura de seguro. Los detalles pueden variar de un estado a otro. Si los términos de este resumen de aspectos destacados del plan o su certificado difieren de los de su póliza, prevalecerá la póliza.

Nota Sobre la Póliza de Indemnización Hospitalaria

IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO un seguro médico.

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle una cantidad limitada en dólares si está enfermo u hospitalizado. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que recibe no se basa en el tamaño de su factura médica.
- Puede haber un límite sobre cuánto pagará esta póliza cada año.
- Esta póliza no sustituye al seguro médico integral.
- Dado que esta póliza no es un seguro médico, no tiene por qué incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican al seguro médico.

¿Está usted buscando un seguro médico integral?

- Visite HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura médica.
- Para saber si puede obtener seguro médico a través de su trabajo o del trabajo de un miembro de su familia, comuníquese con el empleador.

¿Preguntas sobre la póliza?

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros de su estado. Encuentre su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (naic.org) en "Departamentos de seguros".

Si tiene esta póliza a través de su trabajo o del trabajo de un miembro de su familia, comuníquese con el empleador.



Salud suplementaria

SunLife

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

Accidente

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

Monto del beneficio	El monto del beneficio varía en función de la gravedad. Consulte el programa de beneficios para obtener más detalles.	
Beneficio de bienestar	\$100	
Afecciones comunes cubiertas	Luxaciones Fracturas	Conmociones cerebrales Laceraciones
Servicios médicos comunes	Visitas a la sala de emergencias Ingreso en el hospital	Beneficios quirúrgicos Tratamiento de seguimiento Ambulancia
Otros beneficios	Viajes Alojamiento	Seguro de muerte accidental y desmembramiento

Enfermedad grave

Ayuda a cubrir el costo de gastos si le diagnostican una afección cubierta.

Monto del beneficio	Empleado: Hasta \$40,000 (en incrementos de \$10,000) Cónyuge: Hasta el 100% del monto del empleado (incrementos de \$10,000) Hijos: Hasta \$20,000 (en incrementos de \$5,000); no puede exceder el 50% del monto del empleado.	
Beneficio de bienestar	\$100	
Limitaciones por afecciones preexistentes	Ninguno	
Afecciones comunes cubiertas	Cáncer Infarto de miocardio	Insuficiencia orgánica grave Accidente cerebrovascular



¡Gane dinero por cuidar su salud!

Si está inscrito a la cobertura, puede recibir un beneficio de bienestar cada año cuando se someta a un examen o prueba de aptitud.

Indemnización de hospital

Ayuda a cubrir los costos de las estadías en un hospital, incluidos el embarazo y el parto.

Monto del beneficio	Beneficio de admisión hospitalaria de \$1,000 Prestación por Confinamiento Diario: - Hospital: \$100/día hasta 30 días - UCI: \$100/día hasta 30 días
Beneficio de bienestar	\$100
Limitaciones por afecciones preexistentes	Ninguno

Costo de la salud suplementaria para empleados

Para ver sus tasas personalizadas, inicie sesión en **ADP**.

Requisito de estar activo en el trabajo:

Los inscritos nuevos deben estar trabajando activamente en la fecha de entrada en vigencia para que la cobertura esté en vigor. En caso contrario, la cobertura suscrita entrará en vigor en el momento en que el inscrito vuelva a estar activo en el trabajo o pase a ser elegible.

Fecha de entrada en vigencia demorada para personas a cargo:

Las personas a cargo pueden tener una fecha de entrada en vigencia demorada con base en su estado de salud al momento de la inscripción. Consulte el certificado de la póliza o a RR. HH. para obtener más información.

Consulte los documentos completos del plan para conocer todos los datos del plan, incluidas las exclusiones y limitaciones. Este documento de aspectos destacados del plan es un resumen que se le proporciona para ayudarlo a entender su cobertura de seguro. Los detalles pueden variar de un estado a otro. Si los términos de este resumen de aspectos destacados del plan o su certificado difieren de los de su póliza, prevalecerá la póliza.



Política #963553

www.sunlife.com/us/en/

1-866-806-3619



Programa de asistencia al empleado

SunLife- Compsych

Disponible para empleados de tiempo completo y sus familiares inmediatos; incluyendo el cónyuge y los hijos dependientes (solteros y menores de 26 años) que residen con el empleado.

La vida. Justo cuando pensaba que tenía todo resultado, aparece un desafío. Este programa seguro y confidencial está aquí para usted y puede ayudar a usted y su familia a encontrar soluciones y tranquilidad.

¡Reciba hasta 5 consultas GRATUITAS por persona cada año calendario!

Si necesita más apoyo, el equipo del Programa de Ayuda al Empleado (Employee Assistance Program, EAP) tratará de derivarlo a recursos que sean asequibles o estén cubiertos por su seguro médico.

Apoyo confidencial

- Abuso de alcohol y drogas
- Problemas de niños y adolescentes
- Preocupaciones por atención de adultos mayores
- Preocupaciones financieras
- Duelo y pérdida
- Cambios en eventos de vida
- Relaciones
- Estrés



**Conéctese con un consejero
24/7**

Solicite soporte por teléfono o formulario en línea.

¡Soporte telefónico disponible en más de 120 idiomas!

877-595-5284

www.guidanceresources.com

Aplicación: GuidanceNow

Sitio Web: EAPComplete

Planes de jubilación 401(k)

Fidelity

Su plan de jubilación es un plan 401(k) que le ofrece una forma de ahorrar para la jubilación a través de contribuciones antes o después de impuestos*. Ofrecemos un plan 401(k) con una contribución de la empresa para empleados elegibles. Estos recibirán \$0.30 por cada dólar, hasta un máximo de \$1,000 al año. Los empleados son elegibles para inscribirse en el plan 401(k) después de 90 días de trabajo y pueden hacerlo visitando www.401k.com o llamando a Fidelity al 1-800-835-5097.

Algunos empleados con remuneraciones altas no son elegibles para recibir el plan 401(k) ni para la contribución de la empresa. El IRS fija anualmente los niveles de ingresos en cuanto a quién puede participar en el 401(k). Si no puede participar a raíz del nivel de sus ingresos, se le ofrecerá el **Plan de compensación diferida de THOR Industries** y recibirá información sobre dicho programa.

Inscripción sencilla

Elija hoy el método de ahorro que más le convenga y ajústelo en cualquier momento para adaptarlo a sus necesidades cambiantes. Puede actualizar sus contribuciones en línea en Netbenefits.com/easy.

Designe a sus beneficiarios

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

Dedique hoy unos minutos a nombrar a sus beneficiarios (<https://netbenefits.fidelity.com/NBLogin/?option=Beneficiar>) para asegurarse de que sus beneficios se distribuirán conforme a sus deseos.

Para navegar hasta sus designaciones de beneficiarios en línea:

1. Inicie sesión en su cuenta en www.netbenefits.com.
2. Haga clic en el enlace "Your Profile" (Su perfil).
3. Seleccione "Beneficiaries" (Beneficiarios) y siga las instrucciones en línea.

Una vez que haya completado la designación de beneficiarios, podrá consultarla en NetBenefits®. Asegúrese de revisar sus elecciones periódicamente y de actualizarlas después de determinados eventos de vida, como el matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo o fallecimiento de un miembro de la familia.



* Ciertas personas que ganan más de un umbral específico anualmente (la cantidad varía cada año y es fijada por el IRS) no son elegibles para participar en el plan 401K, pero son elegibles para nuestro Plan de compensación diferida. Si este es su caso, se lo comunicaremos para que pueda tomar una decisión sobre su inscripción.



www.netbenefits.com

1-800-835-5097

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 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.

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
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, llamar al 877-839-2675 o enviar un correo electrónico a: 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.

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 - es mucho más fácil cuando usted entiende 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.
- **Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés)**—Un resumen fácil de leer que le permite comparar costos y coberturas entre planes de salud.

Siglas

- **ACA**—Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible
- **CDHC**—Atención médica determinada por el consumidor
- **CDHP**—Plan de Salud Dirigido al Consumidor
- **CHIP**—Programa de Seguro Médico para Niños. Un programa que provee seguro de salud a niños de bajos recursos, y en algunos estados, a las mujeres embarazadas que no califican para Medicaid pero no pueden comprar cobertura de salud privada.
- **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.
- **QHP**—Plan médico calificado. Un plan de salud calificado que brinda un paquete de beneficios médicos esenciales. Ofrecido por una empresa de seguros de salud autorizada.



Contactos

Contactos de beneficios

Departamento de RR. HH. 574-266-1111 humanresources@tmcrv.com

Cobertura	Aseguradora	Teléfono	Sitio web
Servicios médicos y de farmacia			
Servicios para miembros	Anthem	1-866-350-7596	www.anthem.com
Línea de ayuda de enfermería disponible 24/7	Anthem	1-888-596-9476	www.anthem.com
Salud mental/abuso de sustancias (precertificación)	Anthem	1-866-766-4793	www.anthem.com
Cobertura durante los viajes	Anthem	1-800-810-2583	www.anthem.com
Plan dental	Delta Dental	1-800-524-0149	www.deltadentalin.com
Plan de la vista	VSP	1-800-877-7195	www.vsp.com
Cuenta de gastos flexibles	Anthem	1-866-350-7596	www.anthem.com
Seguro de vida voluntario/AD&D	SunLife	1-800-247-6875	www.sunlife.com/us/en/
Discapacidad	SunLife	1-800-247-6875	www.sunlife.com/us/en/
El seguro de indemnización hospitalaria, accidente y enfermedad grave	Sun Life	1-866-806-3619	www.sunlife.com/us/en/
Programa de Ayuda al Empleado (EAP)	SunLife	1-877-595-5284	www.sunlife.com/us/en/

Plan de salud de grupo Thor Motor Coach: 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.

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/ 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 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 2024. V 0.4.0. 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
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

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

Programa de pago de primas de seguro de salud
 Todos los demás son Medicaid
 Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>
<https://www.in.gov/fssa/df/>
 Administración de familias y servicios sociales
 Teléfono: 1-800-403-0864
 Teléfono de servicios para miembros:
 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid>
 Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366
 Sitio web de Hawki: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki>
 Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
 Sitio web de HIPP: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/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: KIHIPPROGRAM@ky.gov
 Sitio web de KCHIP: <https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx>
 Teléfono: 1-877-524-4718
 Sitio web de Medicaid de Kentucky:
<https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/la hipp
 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
 Teléfono: 1-800-442-6003
 TTY: Maine relay 711sss
 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
 Por correo electrónico:
masspreassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>
 Teléfono: 1-800-657-3672

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: HHSHIPProgram@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://dhcftp.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. 15218
 Por correo electrónico:
DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NEW JERSEY – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>
 Teléfono: 1-800-356-1561
 Teléfono de asistencia de prima de CHIP:
 609-631-2392
 Sitio web de CHIP:
<http://www.nifamilycare.org/index.html>
 Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)

NEW YORK – Medicaid

Sitio web: https://es.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.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>
 Teléfono: 1-800-692-7462
 Sitio web de CHIP: <https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html>
 Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (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/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico>
 Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIP

Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP)
 Sitio web: <https://medicaid.utah.gov/upp/>
 Por correo electrónico: upp@utah.gov
 Teléfono: 1-888-222-2542
 Sitio web de expansión para adultos:
<https://medicaid.utah.gov/expansion/>
 Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah:
<https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>
 Sitio web de CHIP: <https://chip.utah.gov/espanol/>

VERMONT – Medicaid

Sitio web: <https://dvhv.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 2024, 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
1-866-444-EBSA (3272)

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

Aviso de Protección al Paciente

Si el Plan de salud de grupo Thor Motor Coach 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 como 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 8.39% 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 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 Thor Motor Coach, que incluye coberturas médicas dental y FSA ofrecidas por los Planes de Thor Motor Coach, 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 Thor Motor Coach 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

Thor Motor Coach 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 Thor Motor

Coach, 701 County Road 15, Elkhart, Indiana 46516, (574) 584-2133.

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 Thor Motor Coach, 701 County Road 15, Elkhart, Indiana 46516, (574) 584-2133. 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 Thor Motor Coach, 701 County Road 15, Elkhart, Indiana 46516, (574) 584-2133. 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 Thor Motor Coach, 701 County Road 15, Elkhart, Indiana 46516, (574) 584-2133. 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 comunique 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 Thor Motor Coach, 701 County Road 15, Elkhart, Indiana 46516, (574) 584-2133. 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 Thor Motor Coach, 701 County Road 15, Elkhart, Indiana 46516, (574) 584-2133 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 Thor Motor Coach, 701 County Road 15, Elkhart, Indiana 46516, (574) 584-2133. 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 salud de grupo Thor Motor Coach 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 Thor Motor Coach 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. Thor Motor Coach ha determinado que la

cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan de Thor Motor Coach 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 Thor Motor Coach no se verá afectada.

Si decide afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare y abandonar su cobertura actual de Thor Motor Coach, 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 Thor Motor Coach 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 Thor Motor Coach. 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
- 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, 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: 1/1/2025

Nombre de la Entidad/Remitente: Thor Motor Coach

Contacto--Posición/Oficina: Recursos Humanos
Dirección: 701 County Road 15, Elkhart, Indiana 46516

Número de teléfono: (574) 584-2133 ❖

