



Empleados de
tiempo completo

GUÍA DE BENEFICIOS

CONTENIDO



Estimado colega de NOVA Parks:

NOVA Parks se preocupa por la salud y bienestar de usted y su familia, y hemos asumido el compromiso de brindarle un paquete integral de beneficios. Los invitamos a usted y a sus dependientes a familiarizarse con los recursos y proveedores que se detallan en esta guía de beneficios.

Como empleado activo de tiempo completo, usted reúne los requisitos para recibir una gran variedad de valiosos beneficios, como seguro médico, beneficios dentales y de la vista, planes de gastos flexibles y un programa de ayuda para empleados. NOVA Parks también se complace en brindar seguro de vida, seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D, por sus siglas en inglés), y seguro por discapacidad a corto y largo plazo pagados por el empleador, así como acceso a beneficios voluntarios opcionales pagados por el empleado que incluyen seguro de vida y seguro AD&D adicionales. Las primas para los beneficios médicos, dentales y de la vista se deducen en forma quincenal, antes de impuestos, en 26 períodos de pago. Las primas por coberturas adicionales de seguro de vida, accidentes, enfermedades críticas y mascotas se deducen en 24 períodos de pago.

Analice atentamente sus opciones de beneficios antes de hacer sus elecciones. Los beneficios que escoja entrarán en vigencia a partir de su fecha de elegibilidad hasta el final del año calendario, a menos que durante el año tenga un evento calificado según lo define el Servicio de Rentas Internas (IRS), como matrimonio, nacimiento, fallecimiento, etc. Es responsabilidad del empleado notificar a Recursos Humanos cualquier evento calificado que tenga lugar en el transcurso del año y que afecte su cobertura, en un plazo no mayor a 30 días luego de ocurrido el evento.

BenefitsVIP® 3

Cobertura médica 4

Cobertura dental 7

Cobertura de Vision 8

Cuenta FSA 10

Seguro contra Accidentes y
Enfermedades Graves 11

Beneficios para Mascotas 12

Seguro de vida y por
discapacidad 13

Jubilación 14

Programa de Asistencia para
la Vida 15

Programa de Ayuda
para Empleados 16

tiempo libre & asistencia en
el pago de los estudios 17

Un Pase Para el Parque 18

Medicare Part D 19

Divulgaciones 20

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA? Llame a BenefitsVIP al
866.293.9736



LA AYUDA COMIENZA AQUÍ

BenefitsVIP es un centro de contacto integral con gran capacidad de respuesta atendido por profesionales expertos. Su equipo dedicado de promotores de beneficios para el empleado está listo para ayudarlos a usted y a su familia a resolver problemas relacionados con sus beneficios de Kaiser, MetLife, Pet Benefit Solutions, Avēsis, Renaissance, isolved e INOVA EAP.

Para recibir un servicio confidencial y que responda a sus necesidades, comuníquese llamando al:

866.293.9736

De lunes a viernes

De 8:30 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Este)

Fax: 856.996.2755

solutions@benefitsvip.com

RESPUESTAS A SUS PREGUNTAS AQUÍ

¡COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL! Sus promotores dedicados de BenefitsVIP entienden sus planes de beneficios y pueden responder preguntas sobre beneficios y resolver reclamos y problemas de elegibilidad con rapidez. La mayoría de las consultas se resuelven en el mismo día, y todas las llamadas cumplen con las mejores prácticas de privacidad.

Tenga en cuenta que BenefitsVIP tiene capacidad limitada para responder preguntas y atender inquietudes referentes a los planes médicos de Cigna y los planes de cuidado de la vista de EyeMed.

BenefitsVIP.com

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA? Llame a BenefitsVIP al 866.293.9736

ADVOCACY



SITIO WEB

Manténgase informado con las últimas novedades de salud, herramientas biométricas, calculadoras e información en benefitsvip.com.



BLOG

HealthDiscovery.org es un blog sobre estilo de vida con artículos sobre bienestar, consejos prácticos, tests, recetas y mucho más.

COBERTURA MÉDICA



PLANES CIGNA

NOVA Parks ofrece dos planes médicos administrados por Cigna. Estos planes ofrecen cobertura fuera de la red e incluyen beneficios para la atención de la vista (pág. 9). Para encontrar un médico, inicie sesión www.mycigna.com.

COSEGURO

La parte que paga Cigna del costo de un servicio de salud cubierto, calculada como un porcentaje del monto permitido para el servicio. Usted paga el resto del coseguro, los copagos y cualquier deducible que adeude.

OAP CON COSEGURO DE 80%

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Médico de atención primaria	80%*	60%*
Atención de especialistas	80%*	60%*
Deducible anual	\$500 individual \$1,000 familiar	\$1,000 Individual \$2,000 Familiar
Máximo de gastos de bolsillo	\$3,000 individual \$6,000 familiar	\$6,000 Individual \$12,000 Familiar
Atención preventiva—todas las edades Atención preventiva de rutina Vacunas Mamografía, PAP, pruebas de PSA	100%	Hasta los 17 años de edad: 70% Adultos de 18 años y mayores: 60%*
Centro para hospitalización	80%*	60%*
Centro hospitalario de atención ambulatoria	80%*	60%*
Servicio profesional para pacientes ambulatorios	80%*	60%*
Atención quiropráctica	80%*	60%* ¹
Audífonos	80%* ²	80%* ²
Sala de emergencias	80%*	80%*
Centro de atención de urgencia	80%*	80%*
Tratamiento con hospitalización por abuso de sustancias y salud mental	80%*	60%*
Deducible anual por medicamentos recetados		\$200 individual \$400 familiar
Medicamentos recetados anuales Máximo de gastos de bolsillo		\$2,500 individual \$5,000 familiar
Medicamentos recetados Farmacia minorista 30 días de suministro	Medicamento genérico: Copago de \$10* Marca preferida: 80%* (máx. \$55) No preferida: 65%* (máx. \$110)	70%*
Medicamentos recetados Entrega a domicilio 90 días de suministro	Genéricos de mantenimiento: Copago de \$0* Genéricos no de mantenimiento: Copago de \$20* Marca preferida: 80%* (máx. \$110) No preferida: 65%* (máx. \$220)	Sin cobertura
APORTES QUINCENALES	EMPLEADO	NOVA PARKS
Solo empleado	\$56.34	\$319.30
Empleado + 1 dependiente	\$183.12	\$549.38
Empleado + familia	\$273.27	\$819.83

* Después del deducible aplicable

¹ Máximo 12 visitas por año

² El beneficio máximo es \$3,000 cada 24 meses

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA? Llame a BenefitsVIP al 866.293.973



COBERTURA MÉDICA

OAP CON COSEGURO DE 90%



BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Médico de atención primaria	90%*	70%*
Atención de especialistas	90%*	70%*
Deducible anual	\$350 individual \$700 familiar	\$700 individual \$1,400 familiar
Máximo de gastos de bolsillo	\$2,500 individual \$5,000 familiar	\$5,000 individual \$10,000 familiar
Atención preventiva—todas las edades Atención preventiva de rutina Vacunas Mamografía, PAP, pruebas de PSA	100%	Hasta los 17 años de edad: 70% Adultos de 18 años y mayores: 70%*
Centro hospitalario	90%*	70%*
Centro hospitalario de atención ambulatoria	90%*	70%*
Servicio profesional para pacientes ambulatorios	90%*	70%*
Atención quiropráctica	90%*	70%* ¹
Audífonos	90%* ²	90%* ²
Sala de emergencias	90%*	90%*
Centro de atención de urgencia	90%*	90%*
Tratamiento con hospitalización por abuso de sustancias y salud mental	90%*	70%*
Deducible anual por medicamentos recetados		\$75 individual \$150 familiar
Medicamentos recetados anuales Máximo de gastos de bolsillo		\$2,000 individual \$4,000 familiar
Medicamentos recetados Farmacia minorista 30 días de suministro	Medicamento genérico: Copago de \$7* Marca preferida: 80%* (máx. \$50) No preferida: 65%* (máx. \$100)	70%*
Medicamentos recetados Entrega a domicilio 90 días de suministro	Genéricos de mantenimiento: Copago de \$0* Genéricos no de mantenimiento: Copago de \$14* Marca preferida: 80%* (máx. \$100) No preferida: 65%* (máx. \$200)	Sin cobertura
APORTES QUINCENALES	EMPLEADO	NOVA PARKS
Solo empleado	\$81.23	\$460.35
Empleado + 1 dependiente	\$266.04	\$798.14
Empleado + familia	\$391.33	\$1,174.00

MEDICAMENTOS RECETADOS DE CIGNA

La mayoría de los medicamentos y suministros para diabéticos son gratuitos para los participantes de todos los planes administrados por Cigna cuando la receta se surte a través de una farmacia con entrega a domicilio o en una farmacia minorista.

Los medicamentos preventivos genéricos están cubiertos al 100% y están eximidos del deducible.

El suministro para 90 días de una farmacia minorista solo está disponible en una farmacia participante de Cigna 90 Now.

* Después del deducible aplicable

¹ Máximo 12 visitas por año

² El beneficio máximo es \$3,000 cada 24 meses

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA? Llame a BenefitsVIP al 866.293.9736

COBERTURA MÉDICA



PLANES DE SEGURO DE KAISER PERMANENTE

NOVA Parks ofrece dos planes de seguro de Kaiser Permanente: HMO Signature y HMO Select. Estos planes solo proporcionan cobertura dentro de la red; **no hay beneficios disponibles fuera de la red.**

El plan HMO Select tiene los mismos beneficios que el plan HMO Signature, pero ofrece una red más amplia de médicos para elegir. En otras palabras, el plan HMO Select no requiere que usted o sus dependientes se atiendan en un centro médico de Kaiser Permanente, mientras que el plan HMO Signature está basado en centros médicos de una organización de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) local.

Visite www.kp.org o llame al 1.855.249.5018 para obtener una lista de proveedores de la red.



BENEFICIO	HMO SIGNATURE		HMO SELECT	
	SOLO DENTRO DE LA RED		SOLO DENTRO DE LA RED	
Médico de atención primaria	Copago de \$10 ¹		Copago de \$10 ¹	
Atención de especialistas	Copago de \$20		Copago de \$20	
Deducible anual	Ninguno		Ninguno	
Máximo de gastos de bolsillo	\$3,500 individual \$9,400 familiar		\$3,500 individual \$9,400 familiar	
Atención preventiva—todas las edades Atención preventiva de rutina Vacunas Mamografía, PAP, pruebas de PSA	Sin costo		Sin costo	
Centro hospitalario	\$100 por admisión		\$100 por admisión	
Centro hospitalario de atención ambulatoria	\$50 por visita		\$50 por visita	
Servicio profesional para pacientes ambulatorios	Copago de \$50		Copago de \$50	
Atención quiropráctica	Sin cobertura		Sin cobertura	
Audífonos	Sin cobertura		Sin cobertura	
Sala de emergencias	Copago de \$50 ²		Copago de \$50 ²	
Centro de atención de urgencia	Copago de \$20		Copago de \$20	
Disfunción temporomandibular, cirugía y tratamiento no quirúrgico Consultorio de un médico	Los costos del copago varían según la ubicación del servicio		Los costos del copago varían según la ubicación del servicio	
Tratamiento con hospitalización por abuso de sustancias y salud mental	\$100 por admisión ³		\$100 por admisión ³	
Deducible anual por medicamentos recetados	Ninguno		Ninguno	
Medicamentos recetados anuales Máximo de gastos de bolsillo	Combinado con la cobertura médica		Combinado con la cobertura médica	
Medicamentos recetados Farmacia de Kaiser 30 días de suministro	Medicamento genérico: Copago de \$10 Marca preferida: Copago de \$20 No preferida: Copago de \$35 Pedido por correo postal: \$20/\$40/\$70		Medicamento genérico: Copago de \$10 Marca preferida: Copago de \$20 No preferida: Copago de \$35 Pedido por correo postal: \$20/\$40/\$70	
Medicamentos recetados Farmacia de la comunidad 30 días de suministro	Medicamento genérico: Copago de \$20 Marca preferida: Copago de \$40 No preferida: Copago de \$55		Medicamento genérico: Copago de \$20 Marca preferida: Copago de \$40 No preferida: Copago de \$55	
APORTES QUINCENALES	EMPLEADO	NOVA PARKS	EMPLEADO	NOVA PARKS
Solo empleado	\$50.37	\$285.44	\$52.60	\$298.07
Empleado + 1 dependiente	\$167.90	\$503.71	\$175.33	\$526.00
Empleado + familia	\$243.45	\$730.38	\$254.23	\$762.70

¹Sin costo para niños menores de 5 años de edad
²Copago exento en caso de admisión

³Tratamiento ambulatorio: \$10 por visita individual/\$5 por visita grupal
⁴90 días de suministro



COBERTURA DENTAL



PLAN CON DEDUCIBLE BAJO

PLAN CON DEDUCIBLE ALTO

BENEFICIO	PLAN CON DEDUCIBLE BAJO		PLAN CON DEDUCIBLE ALTO	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual	Individual: \$50 Familiar: \$150	Individual: \$50 Familiar: \$150	Individual: \$50 Familiar: \$150	Individual: \$50 Familiar: \$150
Máximo anual	\$1,000		\$2,000	
Servicios diagnósticos y preventivos Profilaxis (limpiezas, hasta 4 por año del plan), exámenes bucales, flúor tópico (hasta los 14 años de edad), aleta de mordida, radiografías	100%	60%	100%	100%
Servicios básicos Exámenes enfocados en problemas; empastes; extracciones; cirugía bucal; endodoncia; raspado dental, alisado radicular y cirugía periodontal; anestesia; reparaciones; selladores y mantenedores de espacio (hasta los 14 años de edad)	80%*	40%*	90%*	90%*
Servicios más avanzados Puentes y dentaduras postizas; coronas, incrustaciones intracoronarias (inlay), incrustaciones extracoronarias (onlay), implantes; consultas	50%*	10%*	60%*	60%*
Servicios de ortodoncia	Sin cobertura		Sin cobertura	
APORTES QUINCENALES	EMPLEADO		EMPLEADO	
Solo empleado	\$12.76		\$19.39	
Empleado + 1 dependiente	\$26.11		\$39.48	
Empleado + familia	\$45.14		\$66.77	

PLANES DENTALES DE METLIFE

NOVA Parks ofrece dos planes dentales de MetLife: el plan bajo y un **nuevo y mejorado** plan alto. Para localizar un dentista, visite www.metlife.com/dental o llame al 1.800.275.4638.

Puede elegir un dentista dentro o fuera de la red. Sin embargo, si elige un dentista fuera de la red, es posible que sus gastos de bolsillo sean mayores. Antes de recibir el servicio, MetLife recomienda que solicite una estimación previa al tratamiento para los servicios que superen los \$300. Su dentista puede enviar una solicitud en línea a www.metdental.com o puede llamar al 1.877.MET.DDS9. Usted y su dentista recibirán una estimación del beneficio para la mayoría de los procedimientos mientras aún se encuentre en el consultorio.

* Después del deducible

COBERTURA DE VISION



AVESIS VISION

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen de la vista	Copago de \$10	Reembolso de hasta \$35
Frecuencia Examen/lentes para anteojos o lentes de contacto/monturas	12 /12 /12 meses	
Monturas	Asignación de \$120 ¹	Reembolso de hasta \$45
Lentes		
Monofocales	Copago de \$15	Reembolso de hasta \$25
Bifocales	Copago de \$15	Reembolso de hasta \$40
Trifocales	Copago de \$15	Reembolso de hasta \$50
Lentes de Policarbonato (Simple/Multifocal)	Cubierto en su totalidad	Reembolso de hasta \$10
Recubrimiento Estándar Resistente a Rayones	Cubierto en su totalidad	Reembolso de hasta \$5
Proyección Ultravioleta	Cubierto en su totalidad	Reembolso de hasta \$6
Tinte Sólido o Degradado	Cubierto en su totalidad	Reembolso de hasta \$4
Recubrimiento Antirreflectante Estándar	Cubierto en su totalidad	Reembolso de hasta \$24
Nivel 1 Progresivo	Copago de \$75	Reembolso de hasta \$40
Nivel 2 Progresivo	Copago de \$110	Reembolso de hasta \$40
Todos los demás Progresivos	Asignación de \$50	Reembolso de hasta \$40
Transiciones (Simple/Multifocal)	Asignación de \$70/\$80	N/C
Polarizado	Copago de \$75	N/C
PGX/PBX	Copago de \$45	N/C
Otras Opciones de Lentes	Hasta 20 de descuento	N/C
Lentes de contacto²		
Pruebas y seguimiento de lentes de contacto estándar	Copago máximo de \$50	n/c
Lentes de contacto electivos	Asignación de \$110	Reembolso de hasta \$85
Lentes de contacto médicamente necesarios ³	Cubierto en su totalidad	Reembolso de hasta \$250
APORTES QUINCENALES	EMPLEADO	
Solo empleado	\$3.65	
Empleado + cónyuge	\$7.01	
Empleado + hijo(s)	\$7.65	
Empleado + familia	\$9.88	

¹ Descuento de hasta un 20% por encima de la asignación para armazones

² En lugar armazones o lentes

³ Se requiere autorización previa para lentes de contacto médicamente necesarios

AVESIS

Para localizar proveedores de la red, llame al 800.828.9341 o visite www.avesis.com. Los miembros que utilicen un proveedor fuera de la red deberán pagarle al proveedor el importe completo al momento de recibir el servicio y enviar una reclamación a Avësis para obtener un reembolso.



COBERTURA DE VISION



EYEMED



KP*

BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	SOLO COBERTURA DE DEPENDIENTES Y DENTRO DE LA RED
Examen oftalmológico	Sin costo	Reembolso de hasta \$40	Copago de \$10-20 ¹
Frecuencia Examen/monturas y lentes para anteojos/lentes de contacto	12/12/12 meses		12/12/12 meses ^{2,3}
Monturas	Asignación de \$150 ⁴	Reembolso de hasta \$50	Sin costo ⁵
Lentes			
Lentes monofocales	Sin costo	Reembolso de hasta \$50	Sin costo ⁵
Lentes bifocales	Sin costo	Reembolso de hasta \$75	Sin costo ⁵
Lentes trifocales	Sin costo	Reembolso de hasta \$100	Sin cobertura
Lentes de contacto			
Ajuste y seguimiento estándar	Copago de hasta \$40	Sin cobertura	Sin cobertura
Ajuste y seguimiento superiores	Descuento del 10% del precio minorista	Sin cobertura	Sin cobertura
Lentes convencionales	Asignación de \$150 ⁶	Reembolso de hasta \$140	1 par cubierto en su totalidad
Lentes desechables	Asignación de \$150	Reembolso de hasta \$140	1 par cubierto en su totalidad 2 pares cubiertos en su totalidad
Lentes médicamente necesarios ⁷	Sin costo	Reembolso de hasta \$225	

* Sin cobertura para 19 años de edad y más, descuentos disponibles
 1 Copago de \$10 para el optometrista/copago de \$20 para el oftalmólogo
 2 Armazones y lentes en lugar de lentes de contacto
 3 Lentes de contacto en lugar de armazones y lentes

4 20% de descuento en montos superiores a \$150
 5 Se aplican algunas limitaciones
 6 15% de descuento en montos superiores a \$150
 7 Los lentes médicamente necesarios requieren aprobación previa



EYEMED VISION

Si está inscrito en un plan de seguro de Cigna, el seguro para atención de la vista proporcionado por EyeMed está incluido. Tiene acceso a proveedores como Target Optical, LensCrafters, MyEyeDr, y America's Best. Para encontrar un proveedor de servicios para la vista o información sobre descuentos, visite www.eyemed.com.



BENEFICIOS PARA ATENCIÓN DE LA VISTA DE KAISER PERMANENTE (KP)

Si sus dependientes menores de 19 años están inscritos en el plan de seguro de Kaiser Permanente que ofrece NOVA Parks, tienen beneficios oftalmológicos incluidos. Usted y sus dependientes mayores de 19 años tienen un beneficio de examen incluido en su seguro médico. Se aplica un copago de \$10 para los exámenes de rutina. Es posible que usted sea elegible para obtener un descuento en cristales de anteojos, lentes de contacto y marcos. Visite www.kp.org para obtener más información.

CUENTA FSA



PRESUPUESTE CORRECTAMENTE

Las cuentas de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) son programas del tipo “se usan o se pierden”, lo que significa que si no utiliza todos los fondos que decide aportar a su FSA durante el año de vigencia del plan, perderá los fondos restantes. Por esta razón, es importante que presupueste correctamente y que use todos los fondos dentro del año del plan de la FSA. Con una FSA para atención médica, reunirá los requisitos para traspasar montos de hasta \$660* al siguiente año del plan. El único momento en que puede hacer un cambio en el monto de su contribución es durante la inscripción abierta o si experimenta un cambio calificado en su situación de conformidad con el IRS.

Las regulaciones impositivas del IRS exigen que los participantes hagan una nueva elección todos los años. En otras palabras, deberá completar un nuevo formulario de inscripción todos los años.



¿QUÉ ES UNA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES?

Una cuenta de gastos flexibles (FSA) le permite disponer de dólares libres de impuestos de su pago que se pueden utilizar para cubrir los gastos de atención médica que debe pagar de su bolsillo en los que hayan incurrido usted o sus dependientes, así como gastos de cuidado diurno de dependientes, durante todo el año.

GUARDE TODOS LOS RECIBOS

Debe guardar todos los recibos de las compras efectuadas con su tarjeta de débito de la FSA, si le proporcionaron una. iSolved puede pedirle que justifique las compras que haya realizado con la tarjeta de la FSA para atención médica.

TIPO DE CUENTA	EJEMPLOS DE GASTOS ELEGIBLES	LÍMITES DE CONTRIBUCIÓN	ACCESO A LOS FONDOS	BENEFICIO ANTES DE IMPUESTOS
FSA para atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • Deducibles del plan médico • La mayoría de los copagos de los seguros • Medicamentos recetados • Exámenes de la vista • Anteojos/lentes de contacto • Cirugía ocular láser • Gastos dentales • Ortodoncia (frenillos) 	La contribución máxima para 2025 es \$3,300* por año	Permite el acceso inmediato a todo el monto del aporte desde el primer día del año del beneficio, antes de que se hayan efectuado todos los aportes programados.	<p>Ahorre entre un 20% y un 40% en sus gastos de atención médica</p> <p>Ahorre en compras no cubiertas por el seguro</p> <p>Reduzca su ingreso sujeto a impuestos</p>
FSA para cuidado de dependientes	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado diurno • Campamento diurno de verano • Cuidado de personas mayores • Cuidado antes y después de la escuela 	La contribución máxima para 2025 es \$5,000 por año (\$2,500 si la persona está casada y presenta una declaración de impuestos separada de su	Podrá presentar reclamos hasta el monto acumulado en su cuenta desde el inicio del año hasta la fecha (Solo se le reembolsará en función de sus montos de contribución acumulados)	<p>Ahorre 20% - 40% en sus gastos de cuidado de dependientes</p> <p>Reduzca su ingreso sujeto a impuestos</p>

*Tenga en cuenta que los montos que se muestran en esta página son proyecciones y se confirmarán cuando el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Services, IRS) publique los montos finales.

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA? Llame a BenefitsVIP al 866.293.9736



AEGURO CONTRA ACCIDENTES Y ENFERMEDADES GRAVES



Seguro voluntario contra accidentes y enfermedades graves

NOVA Parks ofrece a los empleados la oportunidad de inscribirse en la cobertura contra accidentes y enfermedades graves a través de MetLife. Incluso con un seguro médico, usted podría estar sujeto a gastos de bolsillo inesperados en forma de copagos, deducibles y coseguro. Los beneficios voluntarios proporcionan pagos únicos que se utilizarán para sus gastos de atención médica o como considere conveniente.

Tenga en cuenta que la disponibilidad de estas coberturas depende de que NOVA Parks cumpla con los requisitos de participación mínima.

Seguro contra accidentes

El seguro contra accidentes es un nivel adicional de protección que le brinda un pago en efectivo para cubrir los gastos de bolsillo cuando sufre un accidente inesperado que califica. Este complemento proporciona un beneficio único cuando sufre un accidente, como una quemadura grave, una fractura ósea o una visita a la sala de emergencias. Este es un beneficio voluntario. Los empleados son responsables del costo de este beneficio.

ACCIDENTES (CONTRIBUCIONES POR PERÍODO DE PAGO)	PLAN BAJO	PLAN ALTO
Solo empleado	\$4.48	\$5.88
Empleado + cónyuge	\$8.87	\$11.59
Empleado + hijo(s)	\$10.60	\$13.81
Familiar	\$12.56	\$16.37

Seguro contra enfermedades graves

El seguro contra enfermedades graves está diseñado para pagar gastos que el seguro médico no cubre relacionados con una enfermedad grave como cáncer, ataque cardíaco o accidente cerebrovascular. Esta es una póliza complementaria para ayudar a las personas que ya están cubiertas por un seguro médico a cubrir gastos como deducibles, tratamientos y costos de vida. Este es un beneficio voluntario. Los empleados son responsables del costo de este beneficio.

Las primas por enfermedades graves varían según la edad, el nivel y el monto del beneficio. El plan para enfermedades graves permite elegir un beneficio de \$15,000 o \$30,000 para el empleado, con un monto de beneficio para cónyuge e hijos del 50 % de la elección del empleado.

Las primas se pueden obtener de Recursos Humanos.

BENEFICIOS PARA MASCOTAS



Pet Benefit Solutions (PBS)

NOVA Parks ofrece a los empleados la oportunidad de inscribirse en los beneficios para mascotas a través de PBS, porque las mascotas también son parte de la familia. Los planes Total Pet y Wishbone incluyen una variedad de beneficios para

Plan Total Pet - (video introductorio del plan Total Pet)

- **ASKVET** Póngase en contacto con un veterinario con licencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana y acceda a apoyo veterinario en tiempo real, incluso cuando el consultorio esté cerrado. AskVet proporciona apoyo ilimitado en la salud, el bienestar y el comportamiento de su mascota, entre otros servicios. Cubre perros y gatos.
- **PET ASSURE** Plan de descuento veterinario que proporciona un 25 % de descuento en servicios médicos internos de cualquier veterinario participante y servicio de recuperación de mascotas perdidas de ThePetTag. Puede buscar consultorios participantes en www.petbenefits.com/search. Mencione que es miembro de Pet Assure cuando llame para programar una cita. Si un veterinario que le gustaría visitar no participa, puede invitarlo a unirse haciendo clic en el botón "Invite to Pet Assure" (Invitar a Pet Assure). Pet Assure no ofrece exclusiones por tipo, raza, edad o afecciones preexistentes. Cubre todas las mascotas.
- **PETPLUS** Obtenga precios exclusivos para miembros (hasta un 40 % de descuento) en medicamentos recetados, preventivos, alimentos, juguetes, premios y más. El envío es siempre gratuito y la recogida en el mismo día está disponible para medicamentos de uso humano. PetPlus cubre perros y gatos.
- **PETTAG** Se puede escanear una placa de identificación duradera desde cualquier teléfono inteligente para acceder a su información de contacto. Actualice la información de contacto en línea al instante, incluso después de que su mascota se pierda. Pet-Tag cubre a cualquier mascota que use collar.

TARIFAS DEL PLAN TOTAL PET	CONTRIBUCIONES POR PERÍODO DE PAGO
1 mascota	\$5.88
2+ Más de 2 mascotas	\$9.25

TARIFAS DE WISHBONE WELLNESS	PAGO DIRECTO
Essential	\$14 por mes
Premium	\$25 por mes

Plan Wishbone contra accidentes y enfermedades de mascotas- (Video introductorio de Wishbone)

- **Beneficios** Reembolso del 80% (90% si también está inscrito en Wishbone Wellness) y deducible de \$250, lo que significa que su mascota recibirá atención de calidad a un precio adecuado para usted.
- **PETTAG** Se puede escanear una placa de identificación duradera desde cualquier teléfono inteligente para acceder a su información de contacto. Actualice la información de contacto en línea al instante, incluso después de que su mascota se pierda. PetTag cubre a cualquier mascota que use collar.
- **ASKVET** Obtenga ayuda de un veterinario AskVet en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana a través de un chat en vivo.

Planes Wishbone Wellness:

- **Planes** Dos opciones de planes de atención con hasta \$575 en beneficios anuales; no se requiere cobertura contra accidentes y enfermedades para inscribirse.
- **Beneficios** Reciba un reembolso por visitas de bienestar, vacunas, servicios preventivos y más.

Tarifas de Wishbone por accidentes y enfermedades:

Las tarifas de Wishbone por accidentes y enfermedades varían y se basan en el código postal, la edad de la mascota y otros factores, y pueden ser desde \$12 por mes.

Inscripción en Wishbone y pago directo:

Las inscripciones y los pagos de los planes de Wishbone Wellness y los Planes contra accidentes y enfermedades se realizan directamente en www.wishboneinsurance.com/novaparks.

Inscripción en Wishbone y pago directo:

Las inscripciones y los pagos de los planes de Wishbone Wellness y los Planes contra accidentes y enfermedades se realizan directamente en: customercare@petbenefits.com or call (800) 891-2565.

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA? Llame a BenefitsVIP al 866.293.9736



SEGURO DE VIDA Y POR DISCAPACIDAD



SEGURO DE VIDA A TÉRMINO Y SEGURO POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (AD&D)

La cobertura del seguro de vida proporciona una importante protección financiera para su familia en el caso de que usted fallezca. La cobertura de seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D) brinda protección financiera en caso de fallecimiento o de pérdida de las manos, los pies y/o la vista debido a un accidente cubierto. NOVA Parks proporciona a todos los empleados activos de tiempo completo cobertura de seguro de vida a término y seguro AD&D a través de Renaissance. El monto del beneficio es su salario anual redondeado a la cifra de mil más cercana que no supere los \$100,000. Las reducciones de beneficios comienzan cuando el empleado llega a los 65 años de edad. NOVA Parks paga el costo completo de este beneficio.

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO A TÉRMINO Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

Los empleados de tiempo completo son elegibles para adquirir un seguro de vida voluntario a través de Renaissance en incrementos de \$10,000, con un beneficio general de hasta cinco veces su salario anual o \$500,000, lo que sea menor. El seguro para cónyuges está disponible en incrementos de \$5,000, hasta un máximo de \$100,000, sin superar el 50 % del monto del empleado. Los hijos dependientes pueden tener montos de cobertura en incrementos de \$1,000, hasta \$10,000. Durante la inscripción abierta, Renaissance permite que los empleados con cobertura existente aumenten su elección en \$10,000 (hasta \$100,000) sin necesidad de completar un cuestionario médico. Se requiere una evaluación médica para todos los demás aumentos que no se realicen durante el período de inscripción inicial o las elecciones iniciales y superen los \$100,000. El empleado deberá hacerse cargo de cualquier costo asociado con las solicitudes de registros o pruebas para la evaluación médica. Las primas se establecen en función de la edad del empleado y el monto de cobertura elegido. Los empleados son responsables del 100 % del costo de este beneficio.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO (¡Ahora con un beneficio máximo mejorado!)



El seguro por discapacidad a corto plazo (STD, por sus siglas en inglés) está diseñado para proporcionar un reemplazo de los ingresos si usted queda discapacitado debido a un accidente o una enfermedad y no puede trabajar. NOVA Parks proporciona a todos los empleados activos de tiempo completo cobertura STD a través de Renaissance. El beneficio por discapacidad a corto plazo (Short-Term Disability, STD) reemplaza el 60 % de nuestro salario bruto con un nuevo máximo de \$1200 por semana.

DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

El seguro por discapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés) está diseñado para proporcionar un reemplazo de los ingresos si usted queda discapacitado debido a un accidente o una enfermedad prolongada y no puede trabajar. NOVA Parks proporciona a todos los empleados activos de tiempo completo cobertura LTD a través de Renaissance. El beneficio LTD reemplaza el 60% de su salario bruto hasta un máximo de \$5,000 por mes. NOVA Parks paga el costo completo de este beneficio.

JUBILACIÓN

MissionSquare RETIREMENT

ELEGIBILIDAD PARA LA COMPENSACIÓN DIFERIDA

Los empleados reúnen los requisitos para inscribirse en cualquier momento. Puede realizar cambios a los montos que aporta en forma quincenal.

Cabe destacar que no tiene permitido pedir prestado ni retirar fondos de esta cuenta mientras esté empleado en NOVA Parks.

ELEGIBILIDAD PARA EL PLAN DE JUBILACIÓN

Los empleados de tiempo completo están automáticamente inscritos y cubiertos.

RETENCIONES OBLIGATORIAS DEL PLAN DE JUBILACIÓN

Los empleados aportan un 5% de su salario a través de 26 deducciones de nómina quincenales, antes de impuestos, por año calendario.



COMPENSACIÓN DIFERIDA

El Plan de Compensación Diferida de NOVA Parks es administrado por MissionSquare Retirement. Este plan brinda a los empleados la oportunidad de ahorrar una parte de su salario para la jubilación antes de impuestos. El programa se rige por la Sección 457 del Código de Renta Interna y está diseñado para complementar el plan de jubilación con beneficios definidos de NOVA Parks.

Todos los años se establece el límite de diferimiento anual, y algunos empleados reúnen los requisitos para efectuar contribuciones para ponerse al día. Si tiene preguntas sobre su cuenta o sus contribuciones para ponerse al día, comuníquese con Recursos Humanos o directamente con MissionSquare Retirement en www.missionsq.org o llamando al 1.800.669.7400.

PLAN DE JUBILACIÓN CON BENEFICIOS DEFINIDOS

El Plan de Jubilación con Beneficios Definidos de NOVA Parks es una anualidad anual (que se paga todos los meses) equivalente a la compensación final promedio del empleado multiplicada por la cantidad de años de servicio acreditable y el 1.9% o 2.1%.* Hay diversas formas de anualidad disponibles, que incluyen beneficios para el sobreviviente para jubilados casados. Hay opciones tanto para jubilación anticipada como para jubilación normal. Puede encontrar información detallada en el documento del Plan de jubilación.

* 1.9% para empleados contratados después del 1 de julio de 2002 y 2.1% para empleados contratados antes del 1 de julio de 2002.

SEGURO DE SALUD PARA JUBILADO

Los jubilados que reúnen los requisitos pueden participar en el programa de seguro de salud. Los jubilados están sujetos a los mismos procedimientos y reglas que los empleados activos. El Plan de jubilación pagará una parte de la prima, sin superar el límite, según los años de servicio.



PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA VIDA



ASISTENCIA DE VIAJES

Ya sea que los empleados viajen por negocios o por placer, una enfermedad inesperada, la exposición a un virus, un dolor de muelas o la pérdida de su equipaje puede arruinarles el viaje. Con los servicios de asistencia de viajes, usted tiene acceso a transporte de emergencia, apoyo para el viaje, asistencia personal y de seguridad, y servicios de asistente durante su viaje. La asistencia de viajes está presente en 200 países y territorios, y cuenta con centros de asistencia que funcionan las 24 horas del día, los 365 días del año, atendidos por coordinadores de asistencia multilingües, gestores de casos y personal médico y de seguridad, que le ayudarán a obtener la atención que necesita en caso de emergencia mientras viaja. Si tiene una emergencia que ponga en peligro su vida, llame primero a las autoridades de emergencia locales para recibir asistencia inmediata y luego póngase en contacto con Generali Global Assistance (GGA).

ASISTENCIA PARA LA RESOLUCIÓN DE ROBOS DE IDENTIDAD

Como consecuencia del aumento de los riesgos de ciberseguridad y el estrés considerable que puede suponer el robo de la identidad, los empleados pueden beneficiarse de un recurso que les ayudará a restaurar su identidad si son víctimas de este tipo de robo.

- Especialistas certificados en resolución de incidentes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudar a resolver cualquier problema que surja
- Asistencia en la presentación de declaraciones juradas, utilizadas para impugnar cualquier actividad fraudulenta ante las autoridades, las oficinas de crédito y los acreedores en nombre de un afiliado
- Notificación a los acreedores, impugnación y seguimiento de los acreedores
- Asistencia en la notificación de actividades fraudulentas a las autoridades judiciales y policiales y en el envío de informes a los acreedores

ASISTENCIA A LA PAREJA DEL BENEFICIARIO

Es posible que muchas personas que han perdido a un ser querido no quieran hacer llamadas telefónicas ni gestionar el papeleo mientras se enfrentan a esa pérdida. Nuestra asistencia a las parejas de los beneficiarios les ayuda a atender los detalles administrativos para terminar de resolver los asuntos de un ser querido, y alivia el estrés del papeleo, lo que permite a los beneficiarios enfocarse en su proceso de sanación.

- Asesoramiento y orientación las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Protección de la identidad y asistencia para la resolución de incidentes en caso de robo
- Asistencia en notificaciones, comunicaciones con terceros proveedores y bancos, cierre de redes sociales
- Asistencia en la gestión de seguros y los asuntos finales de un ser querido

Para ponerse en contacto con Life Assist, llame a su línea de asistencia que funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al **1.213.338.6614** (número local/directo) o al **1.833.960.1152** (línea telefónica gratuita)

PROGRAMA DE AYUDA PARA EMPLEADOS



EAP EN MOVIMIENTO

iConnectYou es su aplicación del Programa de Ayuda para Empleados (EAP, por sus siglas en inglés) que lo conecta al instante con profesionales para recibir apoyo inmediato y ayuda para encontrar recursos para usted y su familia.

Características de la aplicación:

- Llamadas
- Mensajería instantánea
- Video
- Programación de citas
- Su historial de aplicaciones
- Recursos y artículos de autoayuda
- Información de la cuenta

Para acceder a iConnectYou, descargue la aplicación del App Store (iPhone) o Google Play (Android) y regístrese con el código de acceso de iCY: 28185.

PROGRAMA DE AYUDA PARA EMPLEADOS

El Programa de Ayuda para Empleados (EAP) es un servicio gratuito y confidencial de ayuda para empleados que ofrece soluciones prácticas del mundo real para ayudarle a resolver problemas antes de que afecten de manera adversa su vida personal, su salud y su rendimiento laboral. Los empleados de tiempo completo y los miembros de su familia reúnen los requisitos para recibir servicios de EAP. EAP incluye:

- **Asesoramiento confidencial**
Los servicios de asesoramiento a corto plazo pueden ayudarle a encontrar soluciones a problemas que varían desde frustraciones familiares o del lugar de trabajo hasta consumo de drogas o alcohol. Los asesores profesionales definen el problema, brindan apoyo y ofrecen orientación y derivaciones.
- **Servicios legales**
Una consulta gratuita de 30 minutos con un abogado de la red y un 25% de descuento en la tarifa por hora del abogado si decide contratar a ese abogado. Acceda a testamentos, directivas avanzadas y otros documentos legales en línea.
- **Servicios financieros**
Hable con un profesional financiero sin costo alguno sobre problemas tales como planificación de la jubilación, consolidación de deuda, financiamiento de la educación universitaria de un hijo, opciones de préstamos hipotecarios y muchas otras preocupaciones financieras. Las personas que llaman reciben hasta 60 minutos de consulta telefónica por problema. Hay información financiera, herramientas y calculadores disponibles en línea.
- **Servicios de referencia para conciliación de la vida laboral y familiar**
Los consejeros en conciliación de la vida laboral y familiar evaluarán sus necesidades, identificarán los recursos apropiados y sugerirán pautas para evaluar dichos recursos. Los consejeros pueden localizar recursos en diversas áreas, que incluyen cuidado de niños; cuidado de ancianos; robo de identidad; información sobre educación, salud y bienestar; servicios para mascotas y más.
- **Recursos en línea**
Un servicio web interactivo que brinda acceso las 24 horas del día a una extensa biblioteca de recursos y herramientas interactivas sobre conciliación de la vida laboral y familiar en todo el país.

Llame al 1.800.346.0110 o inicie sesión en www.inova.org/eap para obtener apoyo, referencias y recursos. Nombre de usuario: NVRPA Contraseña: NVRPA



VACACIONES

- Menos de 3 años de servicio: 4 horas por período de pago (equivalente a 13 días por año)
- 3 años pero menos de 15 años de servicio: 6 horas por período de pago más 4 horas en la fecha de aniversario (equivalente a 20 días por año)
- 15 años de servicio o más: 8 horas por período de pago (equivalente a 26 días por año)

LICENCIA POR ENFERMEDAD

- 4 horas por período de pago (equivalente a 13 días por año)

Feriatos:

- Día de Año Nuevo
- Día de Martin Luther King, Jr.
- Día de la Inauguración
- Día del Presidente
- Día de los Caídos
- Juneteenth
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de los Veteranos
- Día de Acción de Gracias y día siguiente
- Nochebuena (medio día)
- Día de Navidad

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA MATRÍCULA

NOVA Parks ofrece beneficios para empleados elegibles de tiempo completo en virtud de un programa de asistencia para la matrícula. Este programa le proporciona asistencia para la matrícula para realizar cursos universitarios o de posgrado de instituciones educativas acreditadas, siempre y cuando el curso se relacione con sus tareas laborales actuales, oportunidades de ascenso/promoción en NOVA Parks, o sea necesario como curso principal para completar un título relacionado con el trabajo.

Los empleados de tiempo completo elegibles son los que trabajan regularmente 40 horas por semana y han trabajado 12 meses consecutivos. Si es elegible, puede solicitar un reembolso de hasta 9 horas de crédito por año fiscal. Este reembolso es un beneficio libre de impuestos.

Si tiene preguntas o desea solicitar asistencia para la matrícula, comuníquese con Danielle.

UN PASE PARA EL PARQUE



Los empleados de tiempo completo de NOVA Parks son elegibles para recibir un Pase de uso de parque (Park Use Pass) para ellos, su cónyuge y sus hijos menores de 18 años. Los empleados pueden ir acompañados por un invitado cuando utilicen el Pase de uso de parque para uno de los servicios gratuitos. Los familiares no pueden ir acompañados por un invitado gratis.

Servicios gratuitos:

Los titulares del Pase tendrán acceso gratuito a los siguientes servicios. Estos servicios están sujetos a límites de disponibilidad, capacidad de las instalaciones y momento del día.

- Ingreso a parques acuáticos
- Ingreso a Carlyle House
- Ingreso al Jardín Botánico Meadowlark
- Ingreso al Festival of Lights, Meadowlark's Winter Walk of Lights, y Ice & Lights.
- Ingreso al Temple Hall Fall Festival
- Ingreso a programas de interpretación de NOVA Parks
- Mini Golf
- Jaulas de práctica de bateo
- Circuito de cuerdas Climb Upton
- Rondas de golf, carrito y alquiler de palos (de lunes a jueves en cualquier horario, fines de semana después de las 12:00)
- Campo de práctica de golf
- Disc Golf
- Alquiler de armas en el Centro de tiro y curso para Aprender a disparar. No se incluyen los costos de municiones ni de blancos.
- Alquiler o lanzamiento de lanchas y kayaks o tablas de surf a remo
- Campamento para carpas o vehículos recreativos (RV)

Servicios con descuento:

A los titulares de Pases también se les ofrecen los siguientes descuentos por servicios que utilicen directamente. El titular de un Pase no puede ceder los descuentos a otras personas que no sean titulares del Pase. Estos servicios están sujetos a límites de disponibilidad, capacidad de las instalaciones y momento del día o del año.

Descuento del 40 % sobre el precio actual para:

- Alquileres de refugios para pícnic; no incluye los pabellones corporativos ni Eagle's Nest.
- Alquiler de casas de campo y cabañas durante las temporadas bajas o los días de semana (de lunes a jueves) durante las temporadas altas.

Alquiler de espacios para eventos en The Atrium, The River View, Rust y The Woodlands. Los descuentos solo se aplican a los alquileres de espacios para eventos de lunes a jueves durante los meses de marzo a octubre, y viernes o domingos durante los meses de noviembre a febrero.

Descuento del 25 % sobre el precio actual para:

- Servicios de catering (solo catering grupal; no se aplica a las ventas individuales de alimentos) Paquetes de cumpleaños
- Campamentos de verano

Productos y servicios en los que no se ofrecen descuentos:

A menos que se indique lo contrario, el servicio de guardado de embarcaciones y vehículos recreativos, los artículos minoristas como las ventas individuales de alimentos o artículos minoristas disponibles en nuestra tienda profesional, tienda de regalos, tienda del campamento, tienda en línea u otros puntos de venta minoristas, se adquieren al precio indicado. Los Administradores del parque pueden autorizar un descuento a ciertos alimentos para los empleados del parque.

Organizaciones externas producen muchos eventos especiales que se llevan a cabo dentro de las instalaciones de NOVA Parks. Los titulares de Pases no tienen descuento o ingreso gratuito a dichos eventos organizados por un grupo externo.



MEDICARE PART D

AVISO IMPORTANTE DE NOVA PARKS ACERCA DE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

Si usted o sus dependientes cubiertos no son elegibles para Medicare, este documento es solo para fines informativos.

Sin embargo, si alguno de sus dependientes cubiertos es elegible para Medicare, lea atentamente esta información para que usted y sus dependientes puedan tomar una decisión informada respecto a sus medicamentos recetados.

Lea este aviso detenidamente y consérvelo en un lugar en el que pueda encontrarlo.

Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con NOVA Parks y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea incorporarse o no a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando participar, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos a qué costo, 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 debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un plan de medicamentos recetados de Medicare o si se une a un plan de ventajas de Medicare (como un plan de organización de mantenimiento de salud [health maintenance organization, HMO] o un plan de organización de proveedores preferidos [preferred provider organization, PPO]) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. NOVA Parks ha determinado que se espera que para la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por Cigna y Kaiser Permanente, en promedio para todos los participantes del plan, se pague la misma cantidad que se paga para la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es una cobertura acreditable, puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (una sanción) si decide posteriormente unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados, no por su culpa, también será elegible para un período de inscripción especial (Special Enrollment Period, SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual del plan de salud grupal de NOVA Parks puede verse afectada.

Tiene las siguientes opciones con respecto a su cobertura de salud y de medicamentos recetados:

Mantener su cobertura actual del plan de salud de NOVA Parks (que incluye cobertura de medicamentos recetados) y no inscribirse en un plan diferente de la Parte D de Medicare; o

Cancelar la cobertura actual del plan de salud de NOVA Parks (que incluye cobertura de medicamentos recetados) y no inscribirse en un plan diferente de la Parte D de Medicare. No podrá recuperar la cobertura de su plan de salud de NOVA Parks si opta por cancelarla, a menos que (como dependiente) sea elegible para volver a inscribirse debido a un evento de cambio de estado que califique.

Recuerde: Su cobertura de salud actual de NOVA Parks cubre otros gastos de salud, además de los medicamentos recetados y usted no será elegible para recibir todos sus beneficios de salud y medicamentos recetados actuales si se inscribe a un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente y cancela su cobertura de salud con NOVA Parks.

¿Cuándo pagará una prima más alta (sanción) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con NOVA Parks y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una sanción) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar, al menos, un 1 % de la prima base del beneficiario de Medicare por mes para cada mes en el que no tenía esa cobertura. Por ejemplo, si tiene diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser, de manera consistente, al menos un 19 % más alta que la prima del beneficiario de la base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una sanción) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el siguiente octubre para participar.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados

Comuníquese con Recursos Humanos de NOVA Parks al (703) 352-5900 para obtener más información o llame a CIGNA al (800) 244-6224 o a Kaiser Permanente al (800) 777-7902. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que se pueda unir a un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura cambia mediante NOVA Parks. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

En el manual "Medicare & You" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Recibirá de Medicare una copia del manual en el correo cada año. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

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

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su programa estatal de asistencia en seguros médicos (consulte la contraportada del manual "Medicare & You" para ver su número telefónico) para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la web en www.socialsecurity.gov o llame al

1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

DIVULGACIONES

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES DE 1996 (LEY DEL RECIÉN NACIDO)

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros médicos generalmente no pueden, en virtud de la ley federal, restringir los beneficios para cualquier duración de la estadía en el hospital en relación con el parto, para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, en virtud de la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para recetar una duración de la estadía que no supere las 48 horas (o 96 horas).

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LAS MUJERES DE 1998 (WHCRA, TAMBIÉN CONOCIDA COMO LEY DE JANET)

En virtud de la ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA), los planes de salud grupales, las compañías de seguros y las organizaciones de mantenimiento de la salud (health maintenance organizations, HMO) que ofrecen cobertura de mastectomía también deben proporcionar cobertura para cirugía reconstructiva de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente. La cobertura incluye reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía, cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico, y prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos edemas linfáticos. Llame al administrador de su plan para obtener más información.

ORDEN DE MANUTENCIÓN MÉDICA CALIFICADA PARA NIÑOS (QMCSO)

La Orden de Manutención Médica Calificada para Niños (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO) es una orden de manutención médica infantil emitida en virtud de la ley estatal que crea o reconoce la existencia del derecho de un "receptor alternativo" a recibir beneficios para los cuales un participante o beneficiario es elegible en virtud de un plan de salud grupal. Un "receptor alternativo" es cualquier hijo de un participante (incluido un hijo adoptado o asignado con fines de adopción a un participante de un plan de salud grupal) que se reconoce en virtud de una orden de manutención médica para niños que tiene derecho a la inscripción en un plan de salud grupal con respecto a dicho participante. Una vez recibido, el administrador del plan de salud

grupal debe determinar, dentro de un período razonable, si la orden de manutención médica para niños es calificada, y administrar los beneficios de acuerdo con los términos aplicables de cada orden calificada. En caso de que reciba una notificación para proporcionar cobertura médica a un hijo dependiente como resultado de una determinación legal, puede obtener información de su empleador sobre las reglas para procurar promulgar dicha cobertura. Estas reglas se proporcionan sin costo alguno para usted y pueden solicitarse a su empleador en cualquier momento.

DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN (HIPAA)

Si anteriormente rechazó la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) por tener otra cobertura de seguro médico, es posible que en el futuro pueda inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o asignación con fines de adopción, es posible que pueda inscribirse usted mismo y a sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o asignación con fines de adopción.

DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN CHIPRA – PLAN DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS

Usted y sus dependientes elegibles para la cobertura, pero no inscritos, tienen derecho a elegir la cobertura durante el año del plan en dos circunstancias:

La cobertura estatal de Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) cuya o de su dependiente finalizó porque usted dejó de ser elegible.

Usted se vuelve elegible para un subsidio para el pago de primas del CHIP en virtud de Medicaid o CHIP estatal.

Usted debe solicitar una inscripción especial dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura o dentro de los 60 días posteriores a la determinación de elegibilidad para el subsidio para el pago de primas.

DERECHOS DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN VIRTUD DE LA LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLERO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA)

Si deja su trabajo para prestar servicio militar, tiene derecho a elegir continuar con su cobertura del plan de salud existente subsidiada por el empleador para usted y sus dependientes (incluido su cónyuge) durante un máximo de 24 meses mientras se encuentre en el ejército. Incluso si no elige continuar con la cobertura durante su servicio militar, tiene

derecho a ser reincorporado al plan de salud de su empleador cuando sea recontratado, generalmente sin períodos de espera ni exclusiones por afecciones preexistentes, excepto por lesiones o enfermedades relacionadas con el servicio.

LEY DE MICHELLE

La ley de Michelle permite que los estudiantes universitarios gravemente enfermos o lesionados continúen con la cobertura en virtud de un plan de salud grupal cuando deben abandonar la escuela a tiempo completo debido a su lesión o enfermedad y, de otro modo, perderían la cobertura.

La continuación de la cobertura se aplica a la licencia de un hijo dependiente (u otro cambio en la inscripción) de una institución educativa postsecundaria (universidad) debido a una enfermedad o lesión grave, mientras esté cubierta por un plan de salud. De otro modo, esto haría que el hijo perdiera la condición de dependiente en virtud de los términos del plan. La cobertura continuará hasta:

1. que pase un año desde el inicio de la licencia médicamente necesaria, o
2. la fecha en la que la cobertura finalizaría de otro modo en virtud de los términos del plan de salud, lo que ocurra primero.

LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL Y EQUIDAD DE ADICIONES DE 2008

Esta ley amplía los requisitos de paridad de salud mental en la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación del Empleado, el Código de Impuestos Internos y la Ley de Servicios de Salud Pública al imponer nuevos mandatos a los planes de salud grupales que proporcionan beneficios médicos y quirúrgicos y beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias. Entre los nuevos requisitos, dichos planes (o la cobertura de seguro médico ofrecida en relación con dichos planes) deben garantizar lo siguiente:

que los requisitos financieros aplicables a los beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias no son más restrictivos que los requisitos financieros predominantes aplicados a sustancialmente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan (o la cobertura), y que no hay requisitos de reparto de costos separados que sean aplicables solo con respecto a los beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias.

LEY DE NO DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA (GINA)

La Ley de No Discriminación por Información Genética (Genetic Information Non-discrimination Act, GINA) prohíbe ampliamente a los empleadores cubiertos discriminar a un empleado, individuo o miembro debido a la "información genética" del empleado, que se define ampliamente en la ley GINA como



DIVULGACIONES

(1) pruebas genéticas del individuo, (2) pruebas genéticas de familiares del individuo y (3) la manifestación de una enfermedad o un trastorno en familiares de dicho individuo. La ley GINA también prohíbe a los empleadores solicitar, exigir o comprar información genética de un empleado. Esta prohibición no se extiende a la información que se solicita o requiere para cumplir con los requisitos de certificación de las leyes de licencia familiar y médica, o a la información obtenida involuntariamente a través de consultas legítimas en virtud de, por ejemplo, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), siempre que el empleador no utilice la información de ninguna manera discriminatoria. En caso de que un empleador cubierto adquiera información genética de manera legítima (o involuntaria), la información debe conservarse en un archivo separado y tratarse como un registro médico confidencial, y puede divulgarse a terceros solo en situaciones muy limitadas.

LEY DE FACTURACIÓN SIN SORPRESAS

Cuando recibe atención de emergencia o le atiende un proveedor fuera de la red de su plan en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red de su plan, está protegido frente a la facturación de saldo. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, coseguros o deducibles de su plan.

¿Qué es la "facturación de saldo" (a veces denominada "facturación sorpresa")?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar algunos gastos por cuenta propia, como un copago, coseguro o deducible. Puede tener costos adicionales o tener que pagar la totalidad de la factura si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud. "Fuera de la red" se refiere a proveedores y centros que no han firmado un contrato de prestación de servicios con su plan de salud. Es posible que a los proveedores fuera de la red se les permita facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se denomina "facturación de saldo". Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y podría no contar para el deducible de su plan o el límite anual de gastos por cuenta propia.

La "facturación sorpresa" es una facturación de saldo inesperada. Puede ocurrir cuando no tiene control sobre quién se involucra en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una consulta en un centro dentro de la red, pero recibe tratamiento inesperado de un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa podrían implicar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

Usted está protegido contra la facturación de

saldos por:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el monto de reparto de costos dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro y deducibles). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de que se establece su condición, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones frente a la facturación de saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

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

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

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones. Nunca se le exige que renuncie a sus protecciones frente a la facturación de saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro dentro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldo, usted también tiene estas protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará los costos adicionales directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe:
 - o Cubrir los servicios de emergencia sin requerir que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (también conocida como "autorización previa").
 - o Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - o Calcular lo que debe al proveedor o centro (reparto de costos) en función de lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese importe en la explicación de los beneficios.
 - o Contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y límite de gastos por cuenta propia.

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS PROPORCIONADA POR LOS PROGRAMAS DE MEDICAID Y DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al 1-877-KIDS NOW o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

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

ALASKA – Medicaid

DIVULGACIONES

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://health.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
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
CHP+: <https://hcpt.colorado.gov/child-health-plan-plus>
Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/
retransmisor del estado: 711
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.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.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/dfr>
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](https://www.hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki)
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:
KIHIPP.PROGRAM@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/lahipp
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid
Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: Maine relay 711
Página web por primos de seguro de salud privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofl/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:
masspremassistance@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:
HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
Teléfono: 1-855-632-7633
Lincoln: 402-473-7000
Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid
Sitio web de Medicaid: <http://dhcfp.nv.gov>
Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NUEVO 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

NUEVA 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.njfamilycare.org/index.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)

NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web: https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Teléfono: 1-800-541-2831

CAROLINA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov>
Teléfono: 919-855-4100

DAKOTA DEL NORTE – 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

PENSILVANIA – 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:

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA? Llame a BenefitsVIP al 866.293.9736



DIVULGACIONES

<https://www.pa.gov/en/agencias/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
Rita Share Line)

CAROLINA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: <https://www.scdhhs.gov>
Teléfono: 1-888-549-0820

DAKOTA DEL SUR – Medicaid y CHIP
Sitio web: <http://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://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program>
Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: <https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>
<https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>
Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: <http://www.hca.wa.gov>
Teléfono: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/>
<http://mywvhipp.com/>
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700
Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>
Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING – Medicaid
Sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>
Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 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/agencias/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

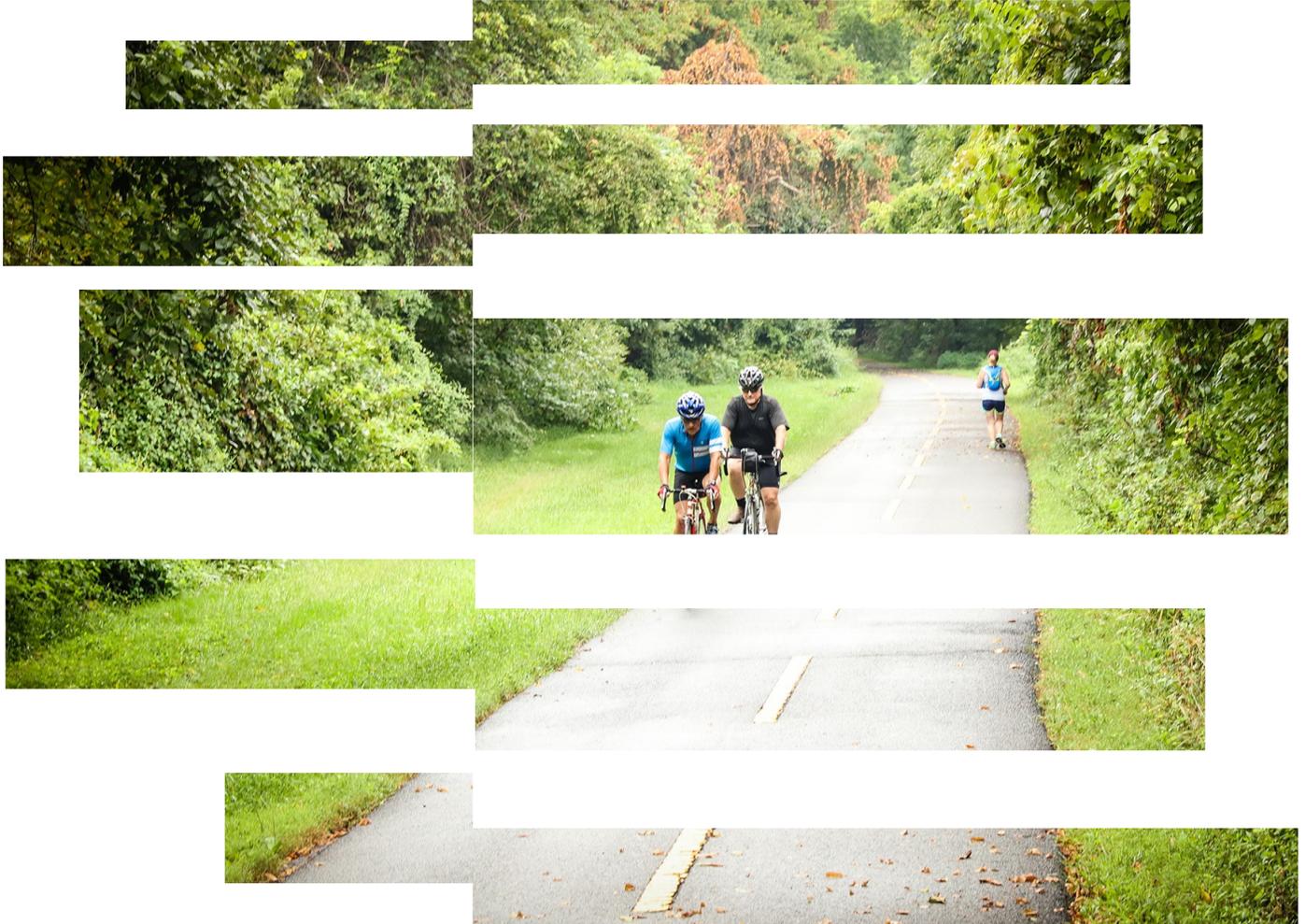
DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718,

Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)



Este resumen de beneficios presenta los aspectos más destacados del programa de beneficios disponible para los empleados. No es un documento legal y no será interpretado como una garantía de beneficios ni de empleo continuo. Todos los planes de beneficios se rigen por pólizas, contratos y documentos de planes maestros. Cualquier discrepancia entre la información proporcionada en este resumen y los términos reales de estas pólizas, contratos y documentos de planes se regirá por los términos de dichas pólizas, contratos y documentos de planes. Nuestra compañía se reserva el derecho de modificar, suspender o poner fin a cualquier plan de beneficios, en su totalidad o en parte, en cualquier momento. La autoridad para realizar dichos cambios recae en el Administrador del Plan.