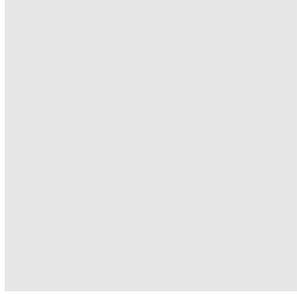


# La decisión es suya.



2021



Guía de  
decisiones sobre  
los beneficios



Backer North America se complace en ofrecer una amplia selección de beneficios que le ofrecen flexibilidad, variedad y la facilidad para hacerse cargo de los gastos de sus beneficios. Por favor lea a continuación la información sobre la elegibilidad, los cambios, la inscripción y el contenido de la guía para decidir sobre el beneficio.

### Quién es elegible...

**Empleados:** Los empleados de tiempo completo de Backer North America que trabajan 30 o más horas a la semana y han cumplido el periodo de espera (primero del mes posterior a un (1) mes de servicio) son elegibles para inscribirse en los beneficios descritos en esta guía.

**Cónyuge legal:** Su cónyuge legal es elegible para inscribirse en un seguro de atención médica, dental, del cuidado de la vista, de enfermedad grave, de accidente, de indemnización por ingreso al hospital y de vida pagado por el empleado.

**Hijos dependientes:** Los hijos dependientes de hasta 26 años son elegibles para recibir beneficios de atención médica, dental, de la vista, de enfermedad grave, de accidente y de indemnización ingreso al hospital. Los hijos dependientes de hasta 19 años (26 si son estudiantes de tiempo completo) son elegibles para inscribirse en el seguro de vida pagado por el empleado.

### Cuándo hacer cambios...

A menos de que usted tenga un cambio de estatus calificado, no podrá hacer cambios a los beneficios que haya elegido que sean antes de impuestos hasta el siguiente periodo de inscripción abierta. Sus beneficios antes de impuestos son de atención médica, dentales y del cuidado de la vista. Todos los demás beneficios se pueden cambiar el cualquier momento haciendo la debida notificación a RH. Los cambios de estatus calificados incluyen: matrimonio, divorcio, separación legal, nacimiento o adopción de un hijo, cambio del estatus dependiente de un hijo, muerte del cónyuge legal, hijo u otro dependiente calificado, cambio de residencia debido al traslado de su empleo o el de su cónyuge legal, inicio o finalización de un proceso de adopción, o cambio en los beneficios o situación laboral de su cónyuge legal. Por favor póngase en contacto con Recursos Humanos en un término de 30 días a partir del cambio en el estatus para hacer cambios a los beneficios.

### Cuándo inscribirse ...

Los beneficios que usted elija durante la inscripción abierta anual estarán vigentes del 1 de enero de 2021.

Para la inscripción abierta anual, el periodo de inscripción abierta anual ocurre dentro de tres (3) meses antes de la fecha de entrada en vigencia, es decir, el 1 de enero.

Para las inscripciones de los recién contratados, se les comunicará el periodo de inscripción con base en la fecha de contratación del empleado.

Las decisiones se DEBEN tomar **A MÁS TARDAR** en la fecha límite asignada.

### Contenido de su Guía para decidir sobre el beneficio:

<b>CONTACTOS</b> .....	Página 2
<b>BENEFICIOS DE SALUD</b>	
Cobertura de atención médica y de medicamentos recetados .....	Página 3
Cuenta de ahorro para gastos médicos .....	Página 8
Seguro médico suplementario.....	Página 10
Seguro de atención dental.....	Página 11
Seguro de cuidado de la vista .....	Página 12
<b>VIDA Y DISCAPACIDAD</b>	
Seguro de vida .....	Página 13
Seguro de discapacidad.....	Página 14
<b>BENEFICIOS ADICIONALES Y RECURSOS</b>	
EAP & Medical Cost Saver .....	Página 15
Recursos para el Coronavirus (COVID-19) .....	Página 15
<b>AVISOS LEGALES</b> .....	Página 16

*En caso de que usted (y/o sus dependientes) tengan Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, la ley federal le brinda más opciones para su cobertura de medicamentos recetados. Para más detalles, por favor lea el Aviso de cobertura de medicamentos recetados acreditable y Medicare en los Avisos legales al reverso de este folleto.*

# Contactos

BENEFICIO	ADMINISTRADOR	NÚMERO TELEFÓNICO	APLICACIÓN MÓVIL PÁGINA WEB
Medicamentos recetados y atención médica	Cigna	800-244-6224	<a href="http://myCigna.com">myCigna.com</a> myCigna app
Cuenta de ahorro para gastos médicos	Discovery Benefits	866-451-3399	<a href="http://www.discoverybenefits.com">www.discoverybenefits.com</a>
Seguro suplementario: Accidente Enfermedad grave	UNUM	800-635-5597	<a href="http://www.unum.com/employees">www.unum.com/employees</a>
Telesalud	Cigna Telehealth	MDLIVE: 888-726-3171	<a href="http://www.MDLIVEforCigna.com">www.MDLIVEforCigna.com</a>
Cuidado dental	Delta Dental of TN	800-223-3104	<a href="http://www.DeltaDentalTN.com">www.DeltaDentalTN.com</a>
Cuidado de la vista	VSP	800-877-7195	<a href="http://www.vsp.com">www.vsp.com</a>
Seguro de Vida a término/ Muerte accidental y desmembramiento	UNUM	866-679-3054	<a href="http://www.unum.com/employees">www.unum.com/employees</a>
Discapacidad	UNUM	866-679-3054	<a href="http://www.unum.com/employees">www.unum.com/employees</a>
Reclamación por Discapacidad a Corto Plazo y/o Solicitud de licencia	UNUM	866-779-1054	
Programa de asistencia para el empleado	UNUM	800-854-1446	<a href="http://www.unum.com/lifebalance">www.unum.com/lifebalance</a>

# Cobertura de atención médica y de medicamentos recetados

La cobertura de atención médica ofrece valiosos beneficios para ayudarle a estar saludable y pagar por la atención si usted o sus familiares en cobertura se enferman o accidentan. Los planes de atención médica disponibles para usted incluyen una variedad de costos y niveles de cobertura, dándole la flexibilidad para seleccionar el plan ideal para usted. En esta guía encontrará un resumen de cada uno de los planes.

## Ley de cuidado de salud a bajo precio (ACA)

Los planes de atención médica que ofrecemos cumplen con los Estándares de valor mínimo y asequibilidad de la Ley de cuidado de salud a bajo precio (ACA).

## Palabras clave que debe saber de su Plan médico:

A continuación le presentamos ejemplos generales de palabras clave con las que debe familiarizarse. Tenga en cuenta que no son garantía de cobertura. Revise los Documentos de su Plan y los Resúmenes de beneficios para confirmar los beneficios en cobertura.

**Copago:** La cantidad que usted paga por un servicio en cobertura cada vez que usa ese servicio. No aplica para el deducible.

**Deducible:** La cantidad que usted paga antes de que el plan empiece a pagar.

**Gastos no reembolsables:** Gastos que usted paga por su cuenta, como deducibles, copagos, coseguro y servicios que no están en cobertura.

**Máximo no reembolsable:** El monto máximo que usted paga por los servicios en cobertura en un año (es posible que tenga que pagar cantidades adicionales si la cobertura la recibe de un proveedor fuera de la red).

**Coseguro:** Porcentaje del costo que su plan pagará, normalmente después de que haya cumplido el deducible.

## Dentro de la red vs. Fuera de la red:

Su plan ofrece beneficios dentro y fuera de la red que le dan a usted la opción de acudir con cualquier proveedor de su elección dentro o fuera de la red. Sin embargo, ahorrará dinero cuando reciba atención de un proveedor dentro de la red.

## Encuentre a un proveedor de la red:

**Paso 1:** Ingrese a [www.Cigna.com](http://www.Cigna.com), haga clic en *FIND A DOCTOR* (ENCONTRAR UN MÉDICO) en la parte superior de la pantalla.

**Paso 2:** Seleccione el recuadro azul que dice *Employer or School* ("Empleador o Escuela") (Si ya tiene un plan Cigna, inicie sesión en **myCigna**.)

**Paso 3:** Ingrese la ubicación geográfica que quiere buscar.

**Paso 4:** Elija lo que está buscando: *Doctors by type* (Médicos por tipo), *Doctor by Name* (Médico por nombre) o *Locations* (Ubicaciones).

**Paso 5:** Inicie sesión, Regístrese o Continúe como invitado

**Paso 6:** Revise los resultados

**Cigna One Guide 24/7 customer assistance:** Haga clic, llame o chatee. Su guía personal está lista y esperando para ayudarle en **myCigna.com**, la aplicación **myCigna** y/o en el número **800.Cigna24**.

Cigna One Guide es una extensión del servicio al cliente las 24 horas del día, los siete días de la semana. Puede comunicarse con su representante de Cigna One Guide para que le ayude a entender bien su plan, recibir atención, ahorrar y ganar dinero. Permita que Cigna le ayude a obtener respuestas a sus preguntas sobre salud, reclamos y beneficios, solicitar tarjetas de identificación, actualizar y verificar el estatus de los reclamos. Pida hablar con un representante de servicio que hable español o alguien que pueda traducir a uno de los 200 idiomas disponibles.

## **¡Lo dice la Ley!**

Como parte de la Ley de cuidado de salud a bajo precio, la mayoría de los norteamericanos debe tener un seguro médico o pagar una multa fiscal federal. Asegúrese de tener cobertura, ya sea a través de un plan patrocinado por su empleador o a través de otra opción disponible para usted, como los beneficios del empleador de su cónyuge o un programa del gobierno como Medicare o Medicaid.

# Cobertura de atención médica y de medicamentos recetados

**Cigna**

## RESUMEN DEL PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA

	Opción 1: \$2,500 HDHP No integrado		Opción 2: \$4,000 HDHP Integrado	
	Dentro de la red Open Access Plus (OAP)	Fuera de la red	Dentro de la red Open Access Plus (OAP)	Fuera de la red
<b>Elegible para la HSA</b>	Sí		Yes	
<b>Dentro de la red</b>				
Visitas de atención preventiva	Cubierto al 100%, no aplica deducible	Usted paga 40% después del deducible	Cubierto al 100%, no aplica deducible	Usted paga 40% después del deducible
Deducible individual/familiar	\$2,500 / \$5,000	\$6,000 / \$12,000	\$4,000 / \$8,000	\$9,000 / \$18,000
Coseguro del miembro	20%	40%	20%	40%
*Máximo no reembolsable individual/	\$4,900 / \$7,350	\$10,000 / \$20,000	\$6,000 / \$12,000	\$12,000 / \$24,000
Visita al consultorio (Atención primaria/ Especialista)	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 40% después del deducible
<b>Medicamentos de venta al menudeo</b>	Menudeo / Cigna90 Now		Menudeo / Cigna90 Now	
Medicamentos preventivos	Sin costo compartido para algunos medicamentos de prevención		Sin costo compartido para algunos medicamentos de prevención	
Nivel 1 Genéricos	\$15 de copago** / \$30 de copago	Usted paga 40% del costo después del deducible	15 de copago** / \$30 de copago	Usted paga 40% del costo después del deducible
Nivel 2 Marca preferida	\$30 de copago** / \$60 de copago	Usted paga 40% del costo después del deducible	\$30 de copago** / \$60 de copago**	Usted paga 40% del costo después del deducible
Nivel 3 Marca no preferida	\$60 de copago** / \$120 de copago	Usted paga 40% del costo después del deducible	\$60 de copago** / \$120 de copago**	Usted paga 40% del costo después del deducible
Nivel 4*** Especialidad	\$100 de copago** / no incluido	Usted paga 40% del costo después del deducible	\$100 de copago** / no incluido	Usted paga 40% del costo después del deducible
<b>Medicamentos enviados por correo</b>				
Nivel 1 Genéricos	\$30 de copago**	No aplica	\$30 de copago**	No aplica
Nivel 2 Marca preferida	\$60 de copago**	No aplica	\$60 de copago**	No aplica
Nivel 3 Marca no preferida	\$120 de copago**	No aplica	\$120 de copago**	No aplica
Nivel 4 Especialidad	\$100 de copago**	No aplica	\$100 de copago**	No aplica

\* Incluye el deducible, los coseguros y los copagos.

\*\*Los copagos se aplican después de que se cumpla el deducible. Por favor tenga en cuenta que, si el miembro o el médico solicita medicamentos de marca cuando hay genéricos disponibles, el miembro paga el copago aplicable más la diferencia entre el precio genérico y el precio de marca.

\*\*\*Limitado a un suministro de 30 días

Nota: Los centros de la red pueden tener proveedores fuera de la red, por lo tanto, puede aplicar la facturación de saldo

### Información útil acerca de los Deducibles y los Máximos no reembolsables

Bajo el plan \$2,500 HDHP, si usted cubre a algún (os) miembro (s) de su familia además de usted:

El Deducible familiar se debe cubrir antes de que los beneficios se empiecen a pagar para cualquier miembro de la familia.

El máximo no reembolsable familiar se debe cubrir antes de que el plan pague completamente para cualquier miembro de la familia.

Bajo el plan de \$4,000 HDHP, si usted cubre a algún (os) miembro (s) de su familia además de usted:

Una vez que un miembro de la familia cubra el Deducible Individual, se comienzan a pagar los beneficios para esa persona.

Una vez que un miembro de la familia cubra el Máximo no reembolsable individual, el plan paga completamente los beneficios en cobertura para esa persona.

# Cobertura de atención médica y de medicamentos recetados

## Resumen de la cobertura de medicamentos recetados:

Los medicamentos están agrupados en tres (3) niveles y el nivel en el que entra su medicamento determina su parte del costo del medicamento. Vea a continuación la descripción de los niveles de medicamentos::

Nivel	Usted paga	Lo que entra en cobertura
1	Costo compartido más bajo	<b>Medicamentos recetados, la mayoría genéricos:</b> Medicamentos recetados genéricos que usan los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca y funcionan de la misma manera. Los medicamentos genéricos son equivalentes a un producto de marca en cuanto a la dosis, concentración, calidad y uso previsto.
2	Segundo costo compartido más bajo	<b>Medicamentos de marca preferida:</b> Medicamentos que se venden bajo un nombre comercial específico que son favorablemente valuados por el plan de farmacia.
3	Costo compartido más alto	<b>Medicamentos de marca no preferida:</b> Medicamentos que se venden bajo un nombre comercial específico que tienen una alternativa más razonable y rentable en el Nivel 1 o el Nivel 2.

## Cigna 90 Now:

Cigna 90 Now combina los ahorros de un beneficio de resurtido de 90 días con la flexibilidad y conveniencia de poder elegir dónde surtir las recetas – en una de las aproximadamente 29,000 farmacias de venta al menudeo de la red de Cigna 90 Now o a través de *Cigna Home Delivery Pharmacy*. Cigna 90 Now le ofrece un beneficio de farmacia que está diseñado para ofrecer el equilibrio perfecto entre acceso, costo y satisfacción al cliente. Las farmacias participantes incluyen CVS, Walmart, Target, Kroger, Access Health, Elevate Provider Network y Cardinal Health.



## Recursos de farmacia:

Enlace de las Listas de medicamentos recetados y cobertura: <https://www.cigna.com/individuals-families/member-resources/prescription/>

**Por favor tenga en cuenta que:** Una vez que abra el enlace anterior deberá seleccionar las listas *Cigna Value Prescription Drug* (Medicamentos recetados de valor Cigna) bajo *pharmacy resources for plans offered by employers* (recursos de farmacia para planes ofrecidos por empleadores). Esta lista de medicamentos es específica para su plan de empleador.

Medicamentos **de entrega a domicilio** a través de Express Scripts. Tres fáciles maneras de hacer una orden nueva:

1. Electrónicamente: Para un servicio más rápido, pida al consultorio de su médico que envíen su receta electrónicamente a Express Scripts Home Delivery, NCPDP 2623735.
2. Por fax: Pida al consultorio de su médico que llamen al 888.327.9791 para recibir un Formulario de orden por fax.
3. Por correo: Envíe su receta a Express Scripts, P.O. Box 66301, St. Louis MO, 63166-6301.

En este enlace encontrará más detalles:

<https://www.cigna.com/static/www-cigna-com/docs/individuals-families/express-scripts-pharmacy.pdf>

## Acceso a Cigna:

Página web: Nada es más importante para nosotros como que usted goce de buena salud. Por eso existe [www.myCigna.com](http://www.myCigna.com) – su sitio en línea para herramientas de evaluación, manejo del plan, actualizaciones médicas y mucho más. En myCigna usted puede:

- Encontrar médicos y servicios médicos de la red
- Ver la información de su tarjeta de identificación
- Revisar su cobertura
- Gestionar y dar seguimiento a reclamaciones
- Comparar precios de medicamentos recetados
- Comparar información sobre los costos y la calidad de médicos y hospitales
- Tener acceso a una variedad de recursos y herramientas de salud y bienestar
- Inscribirse para recibir alertas cuando estén disponibles los nuevos documentos del plan

Aplicación móvil: Puede también tener acceso a la información de su plan en todo momento

descargando la aplicación myCigna. Aplicación móvil del plan Cigna: <https://www.cigna.com/about-us/cigna-mobile/>



## **¿Necesita más cobertura?**

Considere combinar el seguro médico con un **seguro médico suplementario**, como un plan de seguro por accidente o enfermedad grave. Estas opciones son suplementarias a la cobertura de su plan de atención médica. La cobertura combinada podría ofrecer protección efectiva contra gastos no reembolsables.

# Cobertura de atención médica y de medicamentos recetados

## Maximice sus beneficios: Programas del Plan médico y Beneficios

**Si decide participar en el plan médico, Cigna ofrece varios programas y beneficios para maximizar su plan médico.**

### Enlace con Telesalud de Cigna:

Acceso 24/7/365, bajo solicitud, a atención no urgente, de bajo costo y buena calidad a través de una red nacional de médicos certificados en los Estados Unidos. **Se cobrará un copago al momento del servicio\*.**

Visite el enlace para más información sobre su enlace con Telesalud:

<https://www.cigna.com/individuals-families/member-resources/telehealth-connection-program>

### Cuándo usar Telesalud

- Para problemas médicos menores que no sean una emergencia (particularmente como una alternativa al alto costo de una sala de urgencias o de un centro de atención médica urgente)
- Cuando su médico o pediatra no esté disponible en su horario
- Cuando esté de viaje y necesite atención médica
- Cuando necesite una receta o un resurtido (aplican provisiones)
- Cuando no sea conveniente que salga de su casa u oficina
- En cualquier momento, incluyendo las noches, fines de semana y días festivos

### Cómo usarla

- Instale y cree una cuenta con MDLIVE
- Complete su historial médico usando su "portapapeles virtual"
- Descargue las aplicaciones del proveedor en su teléfono inteligente/ dispositivo móvil.\*\*\* Visite el sitio web o llame para registrarse
- Regístrese hoy mismo para estar listo para usar el servicio de telesalud cuándo y dónde lo necesite.
- Solicite su consulta

**Telehealth y COVID-19** La atención virtual es una buena manera de recibir la atención médica que pueda necesitar sin salir de casa. Aunque el diagnóstico de COVID-19 no se pueda confirmar a través de la atención médica virtual, se le pueden dar indicaciones de auto-cuidados o darle seguimiento con su PCP u hospitales locales para evaluaciones y atención adicionales.

Verifique con su médico para saber si está ofreciendo consultas virtuales. Existen algunas restricciones sobre lo que un proveedor de atención virtual de MDLIVE puede hacer respecto al COVID-19.

Los servicios de Telesalud se proporcionarán por MDLIVE.



MDLIVE  
888.726.3171  
URL: [www.MDLIVEforCigna.com](http://www.MDLIVEforCigna.com)

\*El copago está sujeto a cambios.

### Especialidad de Telesalud: Salud del comportamiento de Cigna:

Los proveedores contratados de salud del comportamiento están disponibles para consultas de Telesalud por video durante el horario normal de los proveedores. Los proveedores de especialidad de salud del comportamiento no son parte de los proveedores MDLIVE de Cigna. Si está buscando un proveedor de salud del comportamiento para que le ayude con atención de salud mental, abuso de sustancias y/o atención clínica primaria. El costo por el servicio varía dependiendo del servicio brindado.

### Cómo usarlo

- Busque el directorio de proveedores de salud del comportamiento de Cigna.
- Seleccione "Telehealth" (Telesalud) de la lista desplegable de especialidad
- O llame al número que está al reverso de su tarjeta de identificación de Cigna y hable con un consejero

# Cobertura de atención médica y de medicamentos recetados

## Programas de manejo de estilo de vida de Cigna:

Si su peso, el uso del tabaco o el estrés están afectando su salud o su capacidad de tener una vida activa, puede que sea momento de hacer algunos cambios. Un coach de salud puede brindarle apoyo personalizado para:

- Aprender a controlar su peso con la ayuda de un enfoque sin dietas con el que pueda desarrollar su confianza, cambiar de hábitos, comer más saludable y ser más activo.
- Desarrollar un plan personal para dejar de fumar definitivamente.

## Salud y bienestar de Cigna:

Consejos de salud y bienestar y recursos para ayudarle a cumplir sus metas de salud y atención para sus seres queridos. Visite <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/> para más información sobre autismo, centro de recursos ante desastres, buena alimentación, cuidado de la familia, abuso de sustancias, prevención del suicidio, ejercicio y entrenamiento, envejecimiento saludable, salud mental y mucho más.

## Programa Embarazos saludables, bebés saludables de Cigna:

Este programa ofrece apoyo adicional durante y después del embarazo para:

- Entender cualquier problema de salud que pueda afectar a su bebé.
- Hacer preguntas personalizadas y obtener información para tomar elecciones informadas acerca de su embarazo.
- Con base en su situación y el plan de atención de su médico, una enfermera de Cigna estará con usted para apoyarle en todo su embarazo.
- Además recibirá un kit con consejos útiles y herramientas para ayudarle a tener unos nueve meses más saludables y un bebé más saludable.

## Apoyo para enfermedades crónicas

Si usted vive con una enfermedad crónica como diabetes, dolor lumbar, depresión, artritis, asma o problemas cardíacos, existen programas en los que, además de acudir con su médico, tendrá la oportunidad de trabajar con un coach de salud quien trabajará con usted para establecer y alcanzar metas para mejorar su salud y bienestar general.

Con una relación personalizada, usted puede recibir ayuda para manejar su condición y tomar decisiones más informadas, así como crear un plan para mejorar su salud con base en sus metas personales. Además puede enfocarse en controlar el estrés, dejar de fumar, mantener buenos hábitos alimenticios y bajar de peso o mantenerse.

La combinación de conocimiento y apoyo puede hacer una diferencia saludable. Los programas que ayudan a manejar una condición crónica pueden ser una manera eficaz de ayudarle a manejar mejor su salud y tener más tiempo y energía para la vida.

## Descuentos:

### **Recompensas Cigna Healthy Rewards**

Obtenga descuentos en productos y programas de salud que usa todos los días para:

- Control de peso y nutrición
- Clubes y aparatos de ejercicio
- Programas y equipo para la mente/el cuerpo
- Cuidado de la vista y del oído
- Medicina alternativa
- Vitaminas y productos de salud y bienestar

Tenga en cuenta que si desea una membresía de gimnasio Active & Fit Direct, llame al 800-870-3470 (presione 3 para ser transferido a un agente de servicio al cliente).

Para más información, inicie sesión en: [www.mycigna.com](http://www.mycigna.com) o llame al 800-870-3470.

## Enlace de recursos para Coronavirus (COVID-19)

<https://www.cigna.com/coronavirus/>



# Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA)

Puede ahorrar dinero en los costos del cuidado de su salud a través del uso de una cuenta con ventaja fiscal que le permita usar dólares antes de impuestos para pagar los gastos elegibles.

Con el(los) Plan(es) de atención médica elegible para una HSA que ofrece su empleador, usted es elegible para aportar dinero a una Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA). Las HSA son cuentas de ahorro con ventaja fiscal que usted puede usar para ayudar a pagar los gastos por atención médica elegible en cuanto se generen, o puede acumular el dinero en su cuenta y usarlo para gastos futuros, incluso cuando se haya jubilado. Su HSA siempre permanece con usted — si usted deja al empleador, su HSA se va con usted..

## Principales características

- **Aportación de la compañía.** Usted recibe una aportación anual por parte de su empleador para inscribirse en una HSA, depositada por periodo de nómina. Debe tener una cuenta abierta cada año para recibir la aportación de su empleador.
- **Usted podrá ahorrar.** Usted decide cuánto aportar a su HSA y puede cambiar esa cantidad en cualquier momento.
- **Tiene ventaja fiscal.** Usted no paga impuestos sobre las aportaciones hechas de su cheque y el dinero nunca se gravará cuando se use para gastos de atención médica elegibles.
- **Es su dinero.** Los fondos sin usar se pueden acumular cada año e invertir para el futuro — usted puede ganar intereses libres de impuestos en su saldo de la HSA. Una vez que su cuenta llegue a cierto saldo, usted tendrá otras opciones para invertir su dinero. Incluso puede llevarse la cuenta con usted si termina la relación con su empleador, o ahorrar el dinero para usarlo cuando se jubile.
- **Usted no es elegible para aportar a una HSA si:**
  - Está inscrito en Medicare
  - Tiene cobertura de algún seguro para el cuidado de la salud (incluyendo Tricare) además de otro plan de atención médica de deducible alto calificado
  - Puede ser declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona
  - Tiene acceso a un reembolso bajo una Cuenta de gastos flexible para la salud (FSA) establecida por otro empleado para usted, su cónyuge u otro miembro de la familia
- **Es una cuenta propia.** Ya que esta es una cuenta propia, usted es responsable de determinar su elegibilidad y presentar sus declaraciones anuales.

### ¿Qué son los gastos de atención médica elegibles?

Para una lista completa de los gastos elegibles, visite [www.irs.gov](http://www.irs.gov) y vea la Publicación 502. Algunos ejemplos incluyen:

- Visitas al consultorio
- Medicamentos recetados
- Estadías hospitalarias y laboratorio
- Terapia física/del lenguaje/ ocupacional
- Cuidado dental y de la vista

### Recordatorio

Guarde la documentación que respalde su uso del dinero en estas cuentas para propósitos fiscales.

## Aportaciones anuales máximas

Para el 2021, usted puede hacer aportaciones antes de impuestos de su cheque hasta:

- Cobertura individual = \$3,600 en 2021
- Cobertura familiar = \$7,200
- Si usted tiene 55 o más, puede aportar \$1,000 adicionales al año

**¡Importante!** Las aportaciones anuales máximas incluyen la aportación combinada del empleado **Y** del empleador.

# Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA)

## Discovery Benefits

Tres (3) características principales de Discovery Benefits

**Gastos.** Acceso a sus fondos de HSA de dos (2) maneras:

- Tarjeta de débito *Discovery Benefits*
- Aplicación móvil *Discovery*

**Ahorros.** Discovery ofrece una calculadora de ahorros gratuita para ayudarle a decidir cuánto apartar.

**Inversiones.** Discovery ofrece un límite de inversión de HSA bajo de \$1,000. Una vez que su HSA llegue a esa cantidad, usted podrá invertir en cuentas que devengan intereses o fondos colectivos.

**Tarjeta de débito Discovery Benefits\*:** La tarjeta de débito puede facilitarle el acceso a los fondos, reduciendo sus gastos no reembolsables.

**Cómo funciona.** Deslice su tarjeta de débito de beneficios para pagar en el acto los gastos elegibles con los fondos de sus cuentas de beneficios. El lugar donde deslice su tarjeta determinará si es necesario otro paso después de eso. Además de usar su tarjeta de débito de beneficios para pagar los servicios en el consultorio de su proveedor de atención médica, también puede usarla en estos comercios:

- **IIAS:** Muchos comercios proporcionan la información requerida por el IRS en el punto de venta a través de un Sistema de aprobación de información de inventario (IIAS). El IIAS auto-confirma la reclamación, de manera que usted no necesitará proporcionar documentación adicional sobre los gastos que califican.
- **Comercios con la regla del 90%:** Su tarjeta de débito también funciona en farmacias o boticas que cumplan con la regla del 90 por ciento del IRS. Al menos el 90 por ciento de las ventas totales en estos comercios vienen de gastos médicos elegibles. Para una lista completa del IIAS y los comercios con la regla del 90 por ciento, visite [www.DiscoveryBenefits.com](http://www.DiscoveryBenefits.com).

**Envío de la documentación para las transacciones de la tarjeta de débito.** En ocasiones, será necesaria cierta documentación para verificar la elegibilidad de un gasto pagado con su tarjeta de débito. Incluso lugares como consultorios médicos y dentales podrían requerir que usted envíe documentación porque algunos gastos disponibles en estos lugares pudieran no ser elegibles para el IRS (por ejemplo los procedimientos cosméticos, el blanqueamiento dental).

- **Qué enviar:** Cuando envía documentación para una transacción con tarjeta de débito, la Explicación de beneficios (EOB) de su compañía de seguros es su mejor opción, ya que contiene toda la información que usted necesita para confirmar una reclamación. Pero, si tiene dudas, el IRS ha identificado el criterio sobre lo que se debe incluir cuando envíe la documentación para gastos elegibles:
  - Nombre del proveedor/comercio
  - Fecha(s) del servicio
  - Tipo(s) de servicio
  - Monto (después del seguro, si aplica)
  - Nombre de la persona que recibió los servicios (si la cuenta cubre a dependientes)
- **Cómo enviarlo.** Puede enviar la documentación de tres (3) maneras
  - Aplicación móvil Discovery Benefits
  - Portal del consumidor en línea, o
  - Fax o correo postal.

Las reclamaciones se procesan en dos (2) días hábiles.

**Portal del consumidor en línea:**

<https://www.discoverybenefits.com/>

**Centro de recursos del empleado:**

<https://www.discoverybenefits.com/empleo es/resource-center>

**Enlaces Discovery Quick:**

Lista de elegibilidad de gastos:

<https://www.discoverybenefits.com/empleo es/eligible-expenses>

**Calculadora de ahorros:**

<https://www.discoverybenefits.com/empleo es/savings-calculators/hsa-goal-calculator>

**Opciones de inversión:**

<https://hsainvestments.com/fundperformanc>

# Seguro médico suplementario

UNUM

El Seguro médico suplementario puede ayudar a protegerlo de gastos significativos que su plan de atención médica no cubre. De hecho, con base en su situación, es posible que pueda ahorrar dinero agregando un plan suplementario a un plan de atención médica de costo más bajo. Asegúrese de considerar sus necesidades médicas anticipadas para todo el año con el costo de los planes de atención médica disponibles para usted. **Si usted no elige un Seguro médico suplementario durante la oferta inicial, se le considerará como un miembro de inscripción tardía y deberá enviar su Evidencia de asegurabilidad (EOI) y contar con aprobación previa para la inscripción activa.**

## ACCIDENTES

No siempre puede evitar los accidentes, pero puede ayudar a protegerse de los costos relacionados con los accidentes que pueden exceder su presupuesto.

El seguro de accidentes complementa su plan de atención médica brindando beneficios en efectivo en los casos de lesiones accidentales. Usted puede usar ese dinero para pagar sus gastos médicos que no estén en cobertura, como su deducible o coseguro, o para gastos de subsistencia, como una hipoteca o renta. Los beneficios se pagan además de su plan de atención médica y son pagables independientemente de cualquier otro plan de seguro que pueda tener. Usted podrá elegir cobertura para usted y para sus dependientes durante su periodo de inscripción independientemente de su historial médico previo.

### Recuerde

Los planes de salud suplementarios están diseñados para mejorar su plan de atención médica. Individualmente no brindan el nivel mínimo de cobertura médica necesaria para cumplir el requisito de la Ley de cuidado de salud a bajo precio para tener seguro médico.

Servicios en cobertura		Monto del beneficio
Lesiones:	Fracturas, dislocaciones, quemaduras, traumatismo cerebral, coma, ruptura de discos, cartílago de la rodilla, laceraciones, tendón/ligamento y maguito rotador, trabajo dental de emergencia, lesiones de la vista	El monto varía de \$20 hasta \$10,000 con base en la lesión específica
Beneficios de emergencia y hospitalización	Ambulancia, tratamiento en la sala de emergencias, tratamiento de emergencia, ingreso hospitalario, ingreso a terapia intensiva, confinamiento hospitalario, imagenología médica, servicios de un centro de cirugía ambulatoria, manejo del dolor	El monto varía de \$100 hasta \$1,000 con base en la emergencia y/o hospitalización
Tratamiento y otros servicios:	Beneficio de cirugía, reparación de una hernia, visita de seguimiento posterior a un accidente, servicios de terapia, dispositivo prostético o miembro artificial, aparatos, sangre/plasma/plaquetas	El monto varía de \$20 hasta \$1,000 con base en el tratamiento y/o servicio
Muerte accidental y otras pérdidas en cobertura	Muerte accidental, desmembramiento accidental, pérdida accidental	El monto varía de \$10,000 hasta \$50,000 con base en la muerte o pérdida accidental
Beneficio de bienestar	Be Well incluido para cada miembro de la familia en cobertura	\$50

## ENFERMEDAD GRAVE

Cuando una enfermedad grave ataca, el seguro de enfermedad grave puede dar apoyo financiero para ayudarle en esos tiempos difíciles. Este protege contra el impacto financiero que ocasionan ciertas enfermedades, como un ataque cardíaco o cáncer. Usted recibe un beneficio al contado que puede usar para cubrir gastos no reembolsables para su tratamiento que no estén en cobertura de su plan de atención médica. También puede usar el dinero para sus gastos de subsistencia como servicios de labores domésticas, servicios de transportación especial y cuidado diurno. Los beneficios se pagan además de su plan de atención médica y son pagables independientemente de cualquier otro plan de seguro que pueda tener. Usted podrá elegir cobertura para usted y para sus dependientes, si usted eligió cobertura para usted durante su periodo de inscripción independientemente de su historial médico previo.

Nivel	Opciones	Monto de emisión garantizado (GIA)*
Empleado	Opción 1: \$10,000 Opción 2: \$20,000	\$20,000
Cónyuge: (de 17-64 años)	50% de la cantidad del empleado	\$10,000
Hijo(s): De recién nacido a 26 años	Automáticamente cubierto al 50% del monto elegido por el empleado	

\* GIA Si no se registra durante su oferta inicial y decide presentar una solicitud más tarde, se le pedirá que complete un cuestionario médico

Tipo	Condiciones
Enfermedad grave	ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, insuficiencia de órganos importantes, insuficiencia renal en etapa terminal, enfermedad de las arterias coronarias (mayor (50%), injerto de derivación de arteria coronaria o reemplazo de válvula Menor (10%), angioplastia con balón o colocación de stent).
Condiciones de cáncer	Invasivo, no invasivo y cutáneo
Enfermedades progresivas	esclerosis lateral amiotrófica (ELA); demencia, incluyendo alzheimer; esclerosis múltiple (EM), enfermedad de arkinson, pérdida funcional
Condiciones suplementarias	pérdida de la vista, el oído o el habla; tumor cerebral benigno, coma, parálisis permanente, VIH ocupacional, hepatitis B, C o D; Enfermedades infecciosas (25%)
Beneficio de Bienestar	Beneficio Be Well de \$50 incluido para cada miembro de la familia en cobertura

Consulte a su Departamento de Recursos Humanos para obtener una descripción completa de los beneficios por Accidente y / o Enfermedad Grave.

# Seguro Dental

## Delta Dental of TN

Red Dual: Red PPO & Premier

Su sonrisa dice mucho sobre su salud en general. Los dientes y encías sanos son una parte esencial de su salud y bienestar general. De hecho, las investigaciones muestran que puede haber una relación entre la mala salud dental y ciertas enfermedades graves. Los exámenes dentales pueden detectar algunas condiciones de salud tempranamente y no cuando ya estén avanzadas, por eso es importante hacerse chequeos dentales regulares y mantener una buena higiene oral.

### Red del proveedor

Delta Dental ofrece dos (2) redes de proveedores. La Red PPO Delta Dental brinda una red más pequeña con bastantes descuentos, mientras que la Red Premier Delta Dental brinda una red más grande con descuentos estándares. Puede también acudir con un dentista fuera de la red; sin embargo, no tendrá descuentos, le entregarán su factura y deberá presentar sus propias reclamaciones.

### Encontrar a un proveedor

Encuentre proveedores de la red en línea en [www.DeltaDentalTN.com](http://www.DeltaDentalTN.com), haga clic en “*FIND A DENTIST*” (“ENCONTRAR UN DENTISTA”) y después elija su red; PPO o Premier o llame sin costo al 800-223-3104.

### Recursos de COVID-19 para los miembros de Delta Dental de TN

Visite el enlace de abajo para saber qué esperar en las citas dentales y mantener su higiene oral en casa. <https://tennessee.deltadental.com/en/covid-19-member-update.html>

### Aplicación Delta Dental Mobile

- Tarjeta de identificación móvil
- Reclamaciones e información sobre la cobertura
- Herramientas de búsqueda de la red de dentistas
- Herramienta Dental Care Cost Estimator



## RESUMEN DEL PLAN DENTAL

Red	Opción 1: Plan base			Opción 2: Plan de incremento (Buy-Up)		
	PPO	Premier	Fuera de la red	PPO	Premier	Fuera de la red
Beneficio máximo anual por año calendario	\$2,000 por persona <i>Plan Preventive Advantage – Cada año el miembro recibe un servicio preventivo, el máximo anual del miembro incrementará \$100 el siguiente año, sin exceder un incremento de \$500</i>			\$2,000 por persona <i>Plan Preventive Advantage – Cada año el miembro recibe un servicio preventivo, el máximo anual del miembro incrementará \$100 el siguiente año, sin exceder un incremento de \$500</i>		
Deducible individual /familiar	\$50/\$150			\$50/\$150		
Servicios preventivos	El plan paga el 100	El plan paga el 100%*	El plan paga el 100%*	El plan paga el 100	El plan paga el 100%*	El plan paga el 100%*
	Servicios de diagnóstico y preventivos, selladores, biopsia por cepillado, radiografías, mantenimiento periodontal					
Servicios básicos	El plan paga el 80%	El plan paga el 80%	El plan paga el 80%	El plan paga el 80%	El plan paga el 80%	El plan paga el 80%
	Tratamiento paliativo de emergencia, servicios de restauración menor, extracciones simples, prótesis dentales y reparaciones			Tratamiento paliativo de emergencia, servicios de restauración menor, <b>endodoncia, periodoncia</b> , cirugía oral, prótesis dentales y reparaciones		
Servicios mayores	El plan paga el 50%	El plan paga el 50%	El plan paga el 50	El plan paga el 50%	El plan paga el 50%	El plan paga el 50%
	<b>Endodoncia, periodoncia</b> , cirugía oral, servicios de restauración mayor, tratamiento para TMD, prostodoncia			Servicios de restauración mayores, tratamiento para TMD, prostodoncia		
Servicios de ortodoncia	No entra en cobertura			El plan paga el 50%	El plan paga el 50%	El plan paga el 50%
Máximo para ortodoncia de por vida	No entra en cobertura			\$1,500**		

\* El deducible no aplica.

\*\* La cobertura de ortodoncia está disponible para niños y adultos elegibles.

**Palabras clave que debe saber:** A continuación le presentamos ejemplos generales de palabras clave con las que debe familiarizarse. Tenga en cuenta que no son garantía de cobertura. Revise los Documentos de su Plan y los Resúmenes de beneficios para confirmar los beneficios en cobertura.

**Beneficio máximo anual:** El monto total máximo que el plan pagará durante el año del plan.

**Deducible:** La cantidad que usted paga antes de que el plan empiece a pagar.

**Servicios preventivos:** Servicios diseñados para prevenir o diagnosticar condiciones dental incluyendo evaluaciones orales, limpiezas de rutina, rayos X, tratamientos de flúor y selladores.

**Servicios básicos y mayores:** Servicios como endodoncia y periodoncia otros con base en la opción de plan.

**Ortodoncia:** Servicios como enderezamiento de los dientes o el mover dientes y/o mandíbula desalineados con frenos y/o cirugía.

# Seguro de la vista

## VSP

### Plan de elección VSP

Hacerse un examen de la vista anual es una de las mejores maneras de asegurarse de mantener sus ojos saludables. Los exámenes de la vista pueden ayudar a evitar y tratar oportunamente los problemas de la vista corregibles que pueden provocar una discapacidad visual permanente. Usted puede inscribirse en una cobertura de la vista para ahorrar dinero en gastos del cuidado de la vista elegibles, como exámenes de la vista, anteojos y lentes de contacto.

### Encontrar a un proveedor

Encuentre proveedores de la red en línea en [www.vsp.com](http://www.vsp.com), haga clic en “Find an In-Network Doctor” (“Encontrar un médico de la red”) y seleccione la ubicación de su red, consultorio o médico. El Departamento de Servicio al Cliente de VSP también está disponible en el 800-877-7195 para ayudarle a encontrar un proveedor local.

### Tarjetas de identificación

Las tarjetas de identificación electrónicas están disponibles al iniciar sesión como miembro en [www.vsp.com](http://www.vsp.com). Sin embargo, las tarjetas de identificación no son obligatorias para obtener los beneficios. Al momento del servicio, por favor dígame al médico su nombre, número de seguro social y VSP como su proveedor. Su médico podrá ubicar sus beneficios electrónicamente.

## RESUMEN DEL PLAN DE CUIDADO DE LA VISTA

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen de rutina de la vista	\$20 de copago	\$45 de reembolso
	Una vez cada 12 meses	
Anteojos (visión sencilla, bifocal y trifocal)	Visión sencilla, bifocal y trifocal :\$20 de copago Estándar progresivo:\$20 de copago	Visión sencilla: \$30 de reembolso Bifocal: \$50 de reembolso Trifocal: \$65 de reembolso Progresivos: \$50 de reembolso
Lentes de contacto (en lugar de armazones y lentes) <b>Convencionales</b>	Límite de \$130;	\$105 de reembolso
<b>Desechables</b>	20% adicional pasando el límite; Límite de \$130	\$105 de reembolso
<b>Medicamente necesarios</b>	\$20 de copago	\$210 de reembolso
	Una vez cada 12 meses para comprar ya sea 1 par de anteojos o gafas o 1 par de lentes de contacto	
Armazones	Límite de \$130; 20% adicional pasando el límite	\$70 de reembolso
	Una vez cada 24 meses	

### Palabras clave que debe saber:

A continuación le presentamos ejemplos generales de palabras clave con las que debe familiarizarse. Tenga en cuenta que no son garantía de cobertura. Revise los Documentos de su Plan y los Resúmenes de beneficios para [confirmar los beneficios en cobertura](#).

**Copago:** La cantidad que usted paga por un servicio en cobertura cada vez que usa ese servicio.

**Límite al menudeo:** Límite máximo pagado para el costo de materiales de la vista. Usted deberá pagar cualquier cantidad que exceda el límite al menudeo.

### Extras exclusivos para miembros

Nuestros miembros son lo más importante, por eso les ofrecemos Extras exclusivos para miembros tanto de VSP como de las marcas líderes del mercado, haciendo un total de más de \$2,500 en ahorros. Por ejemplo.

Lentes de contacto	Exclusivos ahorros por correo en lentes de contacto elegibles Ahorros en el suplemento EyePromise EZ Tears para síndrome de ojo seco y uso de lentes de contacto
Anteojos	Ahorros de hasta el 50% en lentes digitales UNITY® Ahorros de hasta el 40% en lentes fotocromáticos sunsync™ Ahorros promedio de \$325 en lentes de sol recetados autorizados marca Nike Extra de \$20 para gastar en marcas distinguidas de armazones como bebe®, Calvin Klein, Cole Haan, Flexon®, Lacoste, Nike, Nine West y más
LASIK	Ahorros de hasta \$500 en cirugía LASIK para la corrección de la vista
Más ofertas	Envío gratuito, la ventaja de comprar en casa y ahorros en lentes de contacto y lentes de sol en <a href="http://eyeconic.com">eyeconic.com</a> Acceso a un financiamiento especial para gastos de atención médica y del cuidado de la vista con la tarjeta de crédito <i>CareCredit</i>
Aparatos auditivos:	Ahorros de hasta el 60% en un par de aparatos auditivos digitales y ahorros en baterías para usted y los miembros de su familia extendida a través de <i>TruHearing®</i>

Las ofertas anteriores se actualizan frecuentemente. Conozca más acerca de estas y otras ofertas en [vsp.com/specialoffer](http://vsp.com/specialoffer).

# Seguro de vida

## UNUM – VIDA A TÉRMINO, MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

El Seguro de vida brinda protección financiera importante para usted y para su familia. Puede elegir diferentes niveles de cobertura de seguro de vida para satisfacer sus necesidades.

**Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) pagado por el empleador** – Su empleador cubre un seguro de vida a término y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) sin ningún costo para usted. Esta cobertura le da un beneficio de dos (2) veces su salario, redondeado a los siguientes \$1,000, hasta \$300,000, más altos.

**Seguro de vida a término pagado por el empleado** – Para complementar la cobertura que le da su empleador, usted puede comprar un seguro de vida a término adicional. Esta cobertura está ligada a su empleo y normalmente termina si deja a su empleador. Sin embargo, es posible que pueda conservar esta cobertura por usted mismo con la misma compañía de seguros en caso de que deje a su empleador. **Debe comprar esta cobertura si desea comprar un seguro de vida a término para su cónyuge y/o hijos.**

**Seguro de vida a término para su cónyuge** – Puede comprar un seguro de vida a término para su cónyuge. Esta cobertura está ligada a su empleo y normalmente termina si deja a su empleador. Sin embargo, es posible que pueda conservar esta cobertura por usted mismo con la misma compañía de seguros en caso de que deje a su empleador.

**Seguro de vida a término para sus hijos** – Puede comprar un seguro de vida a término para sus hijos dependientes de hasta 19 años (26 años si son estudiantes de tiempo completo). Esta cobertura está ligada a su empleo y normalmente termina si deja a su empleador. Sin embargo, es posible que pueda conservar esta cobertura por usted mismo con la misma compañía de seguros en caso de que deje a su empleador.

**Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) pagado por el empleado** – Puede comprar un seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) por usted mismo. Obtenga hasta \$500,000 de cobertura por AD&D para usted en incrementos de \$10,000 hasta un máximo de cinco (5) veces su salario.

### Información importante

#### Nombre a un beneficiario

Es importante elegir un beneficiario o beneficiarios para que reciban el pago del beneficio de la póliza en caso de muerte de la persona asegurada.

Para las pólizas de vida a término del cónyuge y los hijos, usted (el empleado) queda automáticamente designado como beneficiario.

#### Declaración de salud

La cobertura del Seguro de Vida sobre cierto monto puede requerir una aprobación de la compañía de seguros. Recibirá más información después de elegir la cobertura.

## RESUMEN DEL PLAN DE SEGURO DE VIDA/AD&D PAGADO POR EL EMPLEADO

	Mínimo	Monto de emisión garantizado	Máximo
Empleado	\$10,000	\$200,000	Incrementos de \$10,000 hasta el menor de (5) veces el salario anual básico o \$500,000
Cónyuge	\$5,000	\$50,000	Incrementos de \$5,000 hasta \$250,000 sin exceder el 100% de la elección del empleado
Hijo/a	\$2,000	\$10,000	Incrementos de \$2,000 hasta \$10,000 *El beneficio máximo para los hijos desde el nacimiento hasta los 6 meses es \$1,000

# Seguro por discapacidad

## UNUM

Una discapacidad puede ser uno de los riesgos financieros más grandes a enfrentar porque dejaría de percibir ingresos pero sus gastos de subsistencia continuarían. Asegúrese de proteger su ingreso al elegir la cobertura por discapacidad que necesite.

### DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

Cuando necesite faltar al trabajo por un largo periodo debido a una enfermedad o accidente, el seguro por discapacidad a corto plazo puede reemplazar un porcentaje de su ingreso perdido hasta un beneficio semanal máximo por un cierto número de semanas. Este beneficio es completamente pagado por su empleador.

Si usted vive en un estado que requiera que su empleador ofrezca beneficios de discapacidad a corto plazo, su discapacidad se coordinará entre su empleador y el estado. Esto aplica para empleados en California, New York, New Jersey, Rhode Island, Hawái y Washington.

### DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

En caso de que experimente una lesión o enfermedad incapacitante que dure más que su beneficio de discapacidad a corto plazo, el seguro de discapacidad a largo plazo puede reemplazar un porcentaje de su ingreso perdido por hasta un beneficio mensual máximo.

### RESUMEN DEL PLAN POR DISCAPACIDAD

	Discapacidad a corto plazo	Discapacidad a largo plazo
<b>Beneficio</b>	100% o 60% del ingreso con base en los años de servicio	60% del ingreso anual básico por hasta los máximos del plan
<b>Periodo de eliminación</b>	Lesión fuera del trabajo: 8 días Enfermedad: 8 días	90 días
<b>Periodo de duración</b>	12 semanas (90 días)	La edad de jubilación normal del Seguro Social con 2 años de ocupación
<b>Limitación de condición preexistente</b>	Ninguna	Limitaciones en el beneficio si el solicitante recibió tratamiento médico, consulta, atención o servicios incluyendo medidas de diagnóstico o tomó medicamentos recetados o medicinas en los <b>3 meses</b> previos a su fecha de entrada en vigencia de la cobertura; y la discapacidad comienza en los primeros <b>12 meses</b> posteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del empleado.

# Beneficios adicionales y Recursos

Sus ofertas de beneficios han incluido beneficios adicionales y recursos disponibles. A continuación le presentamos una lista.

## Beneficios disponibles para todos los empleados elegibles:

- **Programa de asistencia para el empleado (EAP):** El Programa EAP ofrece asesoría y apoyo a corto plazo para una variedad de problemas personales, familiares, financieros, laborales/de vida. Este servicio único de intervención temprana tiene el enfoque holístico de promover el bienestar total. Las características del producto incluyen:
  - Apoyo clínico: hasta tres (3) sesiones de asesoría confidencial de corto plazo
  - Apoyo laboral/de vida: recursos para cuidado infantil, cuidado de ancianos, legal, financiera y consulta telefónica y en línea ilimitada.
  - Medical Bill Saver
  
- **Medical Bill Saver:** Obtenga tranquilidad con Medical Bill Saver que está incluido con su Programa de asistencia para el empleado. Si usted tiene una factura total por atención médica de más de \$400 en gastos no reembolsables, tiene el derecho a que un equipo de negociación capacitado trabaje con sus proveedores para ayudar a reducir sus gastos no reembolsables.

Para tener acceso a los beneficios anteriores, póngase en contacto con los servicios del Programa de asistencia para el empleado en el 800-854-1446 o [www.unum.com/lifebalance](http://www.unum.com/lifebalance).

## Recursos para el Coronavirus (COVID-19)

- **Centro de recursos para el COVID-19:** Encuentre recursos educativos y de desarrollo en línea que le serán de ayuda durante la pandemia del Coronavirus. Este enlace para el centro de recursos contiene artículos informativos, documentos especiales en PDF y enlaces a materiales de apoyo adicionales que le ayudarán durante esta emergencia.

*Cómo ingresar a los Recursos para el Covid 19:*

- Ingrese a [www.unum.com/lifebalance](http://www.unum.com/lifebalance)
- Seleccione **access your EAP Benefits (ingresar a sus Beneficios de EAP)**
- Haga clic en **Learn More** (Saber más) bajo Coronavirus (COVID-19) Resources (Recursos de Coronavirus (COVID-19))

- **Enlaces a recursos adicionales para el COVID-19:**

- Enlace de recursos y respuestas para el COVID-19 de UNUM :  
<https://www.unum.com/covid-19>
- Enlace de recursos y respuestas para el COVID-19 de CIGNA :  
<https://www.cigna.com/coronavirus/individuals-and-families>

# AVISOS ANUALES 2021

Su Compañía se reserva el derecho de cambiar, corregir o finalizar cualquier plan de beneficios en cualquier momento por cualquier razón. La participación en un plan de beneficios no es promesa o garantía de empleo futuro. La recepción de los documentos sobre los beneficios no constituye la elegibilidad.

La Guía para decidir sobre el beneficio, combinada con estos avisos legales, le proporciona la información general de los beneficios disponibles para usted y su familia. En caso de que surja alguna discrepancia entre la información presentada en la Guía para decidir sobre el beneficio y la documentación oficial del plan, la documentación oficial del plan prevalecerá.

## **DECLARACIÓN DE MODIFICACIONES MATERIALES**

Esta guía de inscripción constituye un Resumen de Modificaciones Material (SMM) o Resumen de Reducciones Materiales (SMR), según sea aplicable, para los planes de atención médica y bienestar. Su objetivo es complementar cierta información del SPD y conservarla para futura referencia junto con su SPD. Por favor comparta estos materiales con sus familiares en cobertura.

## **RESUMEN DE COBERTURA DE BENEFICIOS**

Está disponible un Resumen de cobertura de beneficios (SBC) para cada plan de atención médica patrocinado por el empleador. Puede solicitar una copia impresa llamando al Departamento de Recursos Humanos.

---

En las siguientes páginas se presentan los avisos legales abajo mencionados:

- ✓ Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer (WHCRA)
- ✓ Ley de protección de la salud de la madre y el recién nacido (NMHPA o Ley del recién nacido)
- ✓ Aviso de inscripción especial de HIPAA
- ✓ Derecho de inscripción especial en otro plan
- ✓ USERRA
- ✓ Divulgación del programa de bienestar
- ✓ Aviso de privacidad de HIPAA
- ✓ Aviso de intercambio público
- ✓ Aviso de inicio de COBRA
- ✓ Asistencia para pagar la prima bajo Medicaid y el Programa de seguro médico para niños (CHIP)
- ✓ Cobertura de medicamentos recetados acreditable y Medicare

# AVISOS ANUALES 2021

## **AVISO DE LA LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER (WHCRA)**

Si le han realizado o le realizarán un mastectomía, es probable que tenga derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben los beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se dará de manera determinada con el asesoramiento del médico y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucciones del seno en el que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para dar una apariencia simétrica.
- Prótesis.
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Estos beneficios se brindarán sujeto a los mismos deducibles y el coseguro aplicable a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Si le gustaría más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame a su compañía de seguros al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación.

## **LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO (NMHPA O “LEY DEL RECIÉN NACIDO”)**

Los planes de atención médica de grupo y los emisores de seguros médicos generalmente no pueden, bajo la ley federal, restringir los beneficios por ninguna estadía hospitalaria relacionada con el alumbramiento de la madre o el bebé recién nacido a menos de 48 horas posteriores a un parto vaginal, o menos de 96 horas posteriores a una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al médico de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dar de alta a la madre y a su recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas si aplica). En cualquiera de los casos, los planes y los emisores no pueden, bajo la ley federal, requerir que el proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas). Si le gustaría más información sobre los beneficios de maternidad, llame a su compañía de seguros al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación.

## **AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE HIPAA**

Aviso de derechos de inscripción especial para la cobertura del plan de atención médica

Si ha rechazado la inscripción en el plan de atención médica del empleador para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) a causa de otra cobertura de seguro médico, usted o sus dependientes podrán inscribirse en algunas coberturas bajo este plan sin esperar al siguiente periodo de inscripción abierta, si usted solicita la inscripción dentro de 30 días después de que su cobertura termine. Además, si tiene un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o asignación de adopción, es posible que pueda inscribirse, así como sus dependientes elegibles, siempre y cuando haga su solicitud de inscripción dentro de 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o asignación de adopción.

Su empleador además permitirá la oportunidad de inscripción especial si usted o sus dependientes elegibles:

- Pierden la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque usted ya no es elegible, o
- Se vuelven elegibles para un programa de asistencia para el pago de la prima bajo Medicaid o el CHIP.

Para estas oportunidades de inscripción, contará con 60 días – en vez de 30 – a partir de la fecha del cambio de elegibilidad para Medicaid/CHIP para solicitar la inscripción en el plan de atención médica de grupo de su empleador. Tenga en cuenta que esta nueva extensión de 60 días no aplica para las oportunidades de inscripción que no sean debido al cambio de elegibilidad para Medicaid/CHIP.

## **DERECHO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL EN OTRO PLAN**

Bajo la HIPAA, si usted pierde la cobertura del plan de atención médica de grupo, es posible que pueda obtener otro plan de atención médica de grupo para el que sea elegible (como el plan de su cónyuge), aún si el plan generalmente no acepta miembros, si solicita la inscripción dentro de 30 días. Por lo tanto, una vez que su cobertura finalice, si usted es elegible para la cobertura bajo otro plan (como el plan de su cónyuge), debe solicitar una inscripción especial lo más pronto posible. (Los derechos adicionales de la inscripción especial se activan por matrimonio, nacimiento, adopción y asignación de adopción).

Si tiene preguntas acerca de sus derechos de la HIPAA, puede ponerse en contacto con el departamento de seguro de su estado o con el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (EBSA), llamando sin costo al 1-866-444-3272 (para publicaciones gratuitas sobre la HIPAA solicite publicaciones relacionadas con los cambios a las leyes de atención médica). También puede llamar a la línea directa de las publicaciones de los CMS al 1-800-633-4227 (pida Proteger su Cobertura de seguro médico).

Estas publicaciones y otra información útil también están disponibles en Internet en:

<http://www.dol.gov/ebsa>,  
las páginas interactivas de DOL - Health Laws, o  
[www.cms.hhs.gov/healthinsreformforconsume/](http://www.cms.hhs.gov/healthinsreformforconsume/).

# AVISOS ANUALES 2021

## **DIVULGACIÓN DEL PROGRAMA DE BIENESTAR**

Si usted tiene un plan de atención médica disponible para usted, el plan de atención médica está comprometido a ayudarle a que esté lo más saludable. Las recompensas por participar en el programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si usted considera que no puede obtener una recompensa bajo este programa de bienestar, usted podría calificar para una oportunidad de ganar la misma recompensa por otros medios. Póngase en contacto con su Departamento de RH y trabajaremos con usted para encontrar un programa de bienestar con la misma recompense que sea ideal para usted considerando el estatus de su salud.

## **USERRA**

Su derecho a la participación continua en el Plan durante periodos de ausencia por deber militar activo está protegido por la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA). Por lo tanto, si usted se ausenta del trabajo debido a un periodo de deber activo en la milicia por menos de 31 días, la participación en su plan no se interrumpirá. Si la ausencia es por más de 31 días y no más de 12 semanas, podrá conservar su cobertura bajo el Plan pagando las primas. Si decide no seguir participando en el Plan durante una ausencia por deber militar de más de 31 días, o si revoca una elección previa para seguir participando por hasta 12 semanas después de que empiece en la milicia, usted y sus familiares en cobertura tendrán la oportunidad de elegir la cobertura de continuación COBRA solo bajo la póliza de seguro médico por un periodo de 24 meses (periodo de 18 meses si eligió la cobertura antes del 10 de diciembre de 2004) que comienza el primer día que termina la ausencia. Debe pagar las primas para la Cobertura de Continuación con fondos después de impuestos, sujeto a las reglas que están establecidas en ese plan.

# AVISOS ANUALES 2021

## **RESUMEN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Este es un resumen del Aviso de Prácticas de Privacidad de su Plan de atención médica de grupo y es un recordatorio de que puede obtener una copia del Aviso de Privacidad en el Departamento de Recursos Humanos. **Por favor revise este resumen con detenimiento.**

Con el fin de proporcionarle sus beneficios, el plan de atención médica de grupo de su empleador (de aquí en adelante referido como el Plan) puede recibir información de salud personal de usted, sus médicos, hospitales y terceros que le presten servicios de atención médica. Estamos obligados a mantener confidencial esta información. Este Resumen del Aviso de Prácticas de Privacidad tiene el objetivo de recordarle las maneras en las que usamos su información y las ocasiones en las que podríamos revelar dicha información a terceros.

El siguiente es un resumen las circunstancias bajo las cuales podríamos usar y revelar su información de salud

Para dar tratamiento Para obtener un pago  
Para gestionar operaciones de atención médica

Usamos la información de salud de los participantes para brindar beneficios. Podemos revelar la información de los participantes a los proveedores de atención médica para ayudarles a dar tratamiento o ayudarles a recibir un pago. Podemos revelar la información a compañías de seguro u otras compañías relacionadas para recibir un pago. Podemos usar la información dentro de nuestra organización para evaluar una solicitud de cobertura o reclamar un beneficio, para evaluar la calidad y mejorar las operaciones de atención médica. Podemos hacer otros usos y revelaciones de la información de los participantes según lo requiera la ley o lo permitan nuestras políticas.

## **Sus derechos con respecto a la información sobre su salud**

Usted tiene los siguientes derechos respecto a su información de salud:

- Derecho a solicitar restricciones
- Derecho a recibir avisos confidenciales
- Derecho a revisar y fotocopiar su información de salud
- Derecho a solicitar una corrección a su información de salud
- Derecho a un reporte de su información de salud
- Derecho a fotocopiar el Aviso de Prácticas de Privacidad

Este es un recordatorio de que generalmente tiene derecho tener acceso y bajo ciertas circunstancias a solicitar una corrección a su información de salud personal. Esto no aplica para la información recopilada relacionada con, o anticipando, una reclamación o proceso legal.

## **Nuestra obligación legal**

Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud y entregarle un recordatorio de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad completo si lo solicita. Nos reservamos el derecho a implementar nuevas disposiciones de privacidad y seguridad para la información de salud que guardamos. En caso de que cambiemos el Aviso de Privacidad, le proporcionaremos una copia del aviso revisado complete en ese momento.<sup>b</sup> Además, usted tiene el derecho a presentar sus quejas a la personal de contacto abajo mencionada y ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados. Cualquier queja sobre su empleador la deberá hacer por escrito a la persona de contacto que se menciona al final de este aviso.

Persona de contacto- Para más información sobre las políticas de privacidad del Plan o sus derechos bajo la HIPAA, póngase en contacto con el Departamento de Recursos Humanos.

## **AVISO DE INTERCAMBIO**

### **PARTE A: Información general**

Cuando las partes clave de la ley de cuidado de la salud entren en vigencia en 2014, habrá una nueva manera de comprar seguro médico: el Mercado de seguros médicos. Para ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso le brinda la información básica acerca del nuevo Mercado de seguros médicos y empleo con base en la cobertura de salud que ofrece su empleador.

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

El Mercado de Seguros Médicos tiene el objetivo de ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se adapte a su presupuesto. El Mercado de Seguros Médicos ofrece "una tienda completa" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado. Usted además puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal para reducir su prima mensual inmediatamente. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado de Seguros Médicos comienza en octubre de 2013 para la cobertura que empieza el 1 de enero de 2014.

### **¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado de Seguros Médicos?**

Usted puede calificar para ahorrar dinero y reducir sus primas mensuales, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece cobertura que no cumpla ciertos estándares. Los ahorros en su prima para los que es elegible dependen de su ingreso familiar.

### **¿La cobertura de atención médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del Mercado de Seguros Médicos?**

Sí. Si usted tiene una oferta de cobertura de atención médica por parte de su empleador que cumpla ciertos requisitos, usted no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado de Seguros Médicos y podría desear inscribirse en el plan de atención médica de su empleador. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o para una reducción de cierto costo compartido si su empleador no le ofrece ninguna cobertura o no le ofrece una cobertura que cumpla ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que le daría cobertura (y no a su familia) es más del 9.5% de su ingreso familiar al año, o si la cobertura de su empleador no cumple con el estándar del "valor mínimo" establecido por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, es posible que sea elegible para un crédito fiscal.<sup>1</sup> Nota: Si compra un plan de atención médica a través del Mercado de Seguros Médicos en vez de aceptar la cobertura de atención médica de su empleador, entonces podría perder la aportación del empleador (si la hay) para la cobertura ofrecida por el empleador. Además, la aportación de este empleador –así como su aportación como empleado para la cobertura ofrecida por el empleador– es a menudo excluida del ingreso para propósitos de la declaración del impuesto sobre la renta. Sus pagos para la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos se hacen después de impuestos.

### **¿Cómo puedo obtener más información?**

Para más información acerca de la cobertura ofrecida por su empleador, por favor revise la descripción de su plan o póngase en contacto con su Departamento de Recursos Humanos. El Mercado de Seguros Médicos puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos y su costo. Por favor visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) para más información, incluyendo la solicitud en línea para la cobertura de seguro médico y la información de contacto para el Mercado de Seguros Médicos en su área.

<sup>1</sup> Un plan de atención médica patrocinado por el empleador cumple el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos del beneficio total permitido que cubre el plan no es menos que el 60 por ciento de dicho costo.

<sup>1</sup> Un plan de atención médica patrocinado por el empleador cumple el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos del beneficio total permitido que cubre el plan no es menos que el 60 por ciento de dicho costo.

Forma aprobada  
OMB No. 1210-0149  
(Fecha de expiración 6-30-2023)

# AVISOS ANUALES 2021

## **Resumen de los derechos y obligaciones respecto a la cobertura de continuación mediante la COBRA**

Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a la Cobertura de continuación mediante la COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Plan. **Este aviso generalmente explica la Cobertura de continuación mediante la COBRA, cuando está disponible para usted y su familia, y lo que debe hacer para proteger el derecho a recibirla.** El derecho a la Cobertura de continuación mediante la COBRA lo creó la ley federal, la Ley ómnibus consolidada de reconciliación presupuestaria de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación mediante la COBRA puede estar disponible para usted cuando de otra manera perdería su cobertura de atención médica de grupo. También puede estar disponible para los demás miembros de su familia que están en cobertura bajo el Plan cuando ellos de otra manera perderían su cobertura de atención médica de grupo. Para información adicional acerca de sus derechos y obligaciones bajo el Plan y bajo la ley federal, debe revisar el Resumen de la Descripción del Plan o ponerse en contacto con el Departamento de Recursos Humanos.

### **¿Qué es la cobertura de continuación mediante la COBRA?**

La cobertura de continuación mediante la COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando la cobertura de otra manera terminaría debido a un suceso conocido como un "suceso que cumple los requisitos". Los sucesos que cumplen los requisitos específicos se mencionan más adelante en este aviso. Después del suceso que cumple los requisitos, la cobertura de continuación mediante la COBRA se debe ofrecer a cada persona que sea una "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes serían beneficiarios calificados si la cobertura bajo el Plan se pierde debido a un suceso que cumple los requisitos. Bajo el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación mediante la COBRA deben pagar por la cobertura de continuación mediante la COBRA.

Si usted es el empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a que ocurra alguno de los siguientes sucesos que cumplen los requisitos: Sus horas en empleo se redujeron o su empleo termina por alguna razón que no sea mala conducta grave.

Si usted es cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a que ocurra cualquiera de los siguientes sucesos que cumplen los requisitos: Fallecimiento de su cónyuge; reducción de las horas de empleo de su cónyuge; el empleo de su cónyuge termina por alguna razón que no sea mala conducta grave; su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas); o se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge. Sus hijos dependientes se convertirán en un beneficiarios calificados si pierden su cobertura bajo el Plan debido a que ocurra cualquiera de los siguientes sucesos que cumplen los requisitos: Fallecimiento del padre-empleado; reducción de las horas de empleo del padre-empleado; el empleo del padre-empleado termina por alguna razón que no sea mala conducta grave; el padre-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas); los padres se divorcian o se separan legalmente; o el hijo deja de ser elegible para la cobertura bajo el plan como "hijo dependiente".

En ocasiones, presentar un proceso de bancarrota bajo el título 11 del Código de los Estados Unidos puede ser un suceso que cumple los requisitos. Si el proceso de bancarrota se presenta con respecto a su empleador y la bancarrota resulta en la pérdida de cobertura de cualquier empleado retirado bajo el Plan, el empleado retirado se convertirá en un beneficiario calificado con respecto a la bancarrota. El cónyuge del empleado retirado, cónyuge sobreviviente e hijos dependientes también se convertirán en beneficiarios calificados si la bancarrota resulta en la pérdida de su cobertura bajo el Plan.

### **¿Cuándo está disponible la cobertura de la COBRA?**

El Plan ofrecerá Cobertura de continuación mediante la COBRA a los beneficiarios calificados solamente después de que se haya notificado al Departamento de Recursos Humanos ocurrió un suceso. Cuando el suceso que cumple los requisitos sea la terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo, la muerte del empleado, comienzo del proceso de bancarrota con respecto al empleador, o que el empleado se vuelva elegible para los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), el empleador debe notificar al Departamento de Recursos Humanos sobre el suceso que cumple los requisitos.

### **Debe dar aviso sobre algunos sucesos que cumplen los requisitos**

**Para los otros sucesos que cumplen los requisitos (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o que los hijos dependientes pierdan la elegibilidad para la cobertura como hijos dependientes), debe notificar al Departamento de Recursos Humanos dentro de 30 días después de que ocurra el suceso que cumple los requisitos.**

### **¿Cómo se brinda la COBRA?**

Una vez que el Departamento de Recursos Humanos recibe el aviso de que ocurrió un suceso que cumple los requisitos, la Cobertura de continuación mediante la COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente a elegir la Cobertura de continuación mediante la COBRA. Los empleados en cobertura pueden elegir la Cobertura de continuación mediante la COBRA en representación de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la Cobertura de continuación mediante la COBRA en representación de sus hijos.

La Cobertura de continuación mediante la COBRA es una continuación temporal de la cobertura. Cuando el suceso que cumple los requisitos es la muerte del empleado, que el empleado se vuelva elegible para los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), el divorcio o la separación legal, o que los hijos dependientes pierdan la elegibilidad como hijos dependientes, la Cobertura de continuación mediante la COBRA dura hasta un total de 36 meses. Cuando el suceso que cumple los requisitos es la terminación del empleo o la reducción de las horas del empleado, y el empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del suceso que cumple los requisitos, la Cobertura de continuación mediante la COBRA para los beneficiarios calificados además del empleado dura hasta 36 meses después de la fecha en que empezó a tener derecho a Medicare. Por ejemplo, si el empleado en cobertura empieza a ser elegible para Medicare 8 meses antes de la fecha en la que termina su empleo, la Cobertura de continuación mediante la COBRA para su cónyuge y sus hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha en la que empezó a tener derecho a Medicare, lo que es equivalente a 28 meses después de la fecha del suceso que cumple los requisitos (36 meses menos 8 meses). De lo contrario, cuando el suceso que cumple los requisitos es la terminación del empleo o la reducción de las horas del empleado, la Cobertura de continuación mediante la COBRA generalmente dura solamente hasta un total de 18 meses. Hay dos maneras en las cuales este periodo de Cobertura de continuación mediante la COBRA de 18 meses se puede extender.

### **Extensión del periodo de 18 meses de cobertura de continuación por discapacidad**

Si usted o alguien de su familia en cobertura bajo el Plan es determinado por la Administración del Seguro Social como discapacitado y usted lo notifica al Departamento de Recursos Humanos de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener el derecho de recibir hasta 11 meses adicionales de Cobertura de continuación mediante la COBRA, hasta un máximo total de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la Cobertura de continuación mediante la COBRA y debe durar al menos hasta el final del periodo de 18 meses de cobertura de continuación.

### **Segunda extensión del suceso que cumple los requisitos del periodo de 18 meses de cobertura de continuación**

Si su familia experimenta otro suceso que cumple los requisitos mientras está recibiendo los 18 meses de Cobertura de continuación mediante la COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de Cobertura de continuación mediante la COBRA, por un máximo de 36 meses, si el aviso de segundo suceso que cumple los requisitos se informa debidamente al Plan. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba cobertura de continuación si el empleado o ex empleado fallece, empieza a tener derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), o se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente pero solamente si el suceso habría causado que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura bajo el Plan que en el primer suceso que cumple los requisitos no ocurrió.

### **Si tiene preguntas**

Las preguntas respecto a su Plan o a sus derechos bajo la Cobertura de continuación mediante la COBRA se deben dirigir al contacto o los contactos abajo mencionados. Para más información acerca de sus derechos bajo ERISA, incluyendo COBRA, el Acta de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) y otras leyes que afecten los planes de atención médica de grupo, póngase en contacto con la Oficina Distrital o Regional más cercana de la Administración de seguridad de beneficios de los empleados (EBSA) del Departamento de trabajo de los Estados Unidos en su área o visite la página web de EBSA en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y los números telefónicos de las Oficinas distritales y regionales de EBSA están disponibles en la página web de EBSA).

### **Mantenga a su Plan informado acerca de los cambios a su dirección**

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Departamento de Recursos Humanos acerca de cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. Debe también guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que haya enviado al Departamento de Recursos Humanos.

**Información de contacto del plan:** Para más información llame a su Departamento de Recursos Humanos

# AVISOS ANUALES 2021

## Asistencia para pagar la prima bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o el CHIP y usted ese legible para la cobertura de atención de médica a través de su empleador, su estado podría tener un programa de asistencia para pagar la prima que puede ayudar su cobertura, usando los fondos de sus programas Medicaid o el CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o el CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia para pagar la prima pero es posible que pueda comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o el CHIP y usted vive en un estado que aparece en la lista de abajo, póngase en contacto con su oficina estatal de Medicaid o del CHIP para saber si está disponible la asistencia para pagar la prima.

Si usted o sus dependientes actualmente NO están inscritos en Medicaid o el CHIP y considera que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para alguno de estos programas, póngase en contacto con su oficina estatal de Medicaid o del CHIP o marque 1-877-KIDS NOW o ingrese a [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para saber cómo inscribirse. Si califica, pregúntele a su estado si tiene un programa que pudiera ayudarle a pagar las primas para un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia bajo Medicaid o el CHIP, así como elegible bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. A esto se le llama oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar cobertura dentro de 60 días a partir de haber sido determinado elegible para la asistencia para pagar la prima. Si tiene preguntas acerca de la inscripción en el plan de su empleador, póngase en contacto con el Departamento del Trabajo en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de atención médica de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2020. Póngase en contacto con su estado para más información sobre la elegibilidad –

<b>ALABAMA – Medicaid</b>	<b>COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado y Child Health Plan Plus (CHP+))</b>
Página web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447	Página web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a> Centro de contacto del miembro de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Relé del estado 711 CHP+: <a href="https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus">https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus</a> Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Relé del estado 711
<b>ALASKA – Medicaid</b>	<b>FLORIDA – Medicaid</b>
Página web del Programa de pago de la prima del seguro médico AK: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad para Medicaid <a href="http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx">http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx</a>	Página web: <a href="http://flmedicaidprecovery.com/hipp/">http://flmedicaidprecovery.com/hipp/</a> Teléfono: 1-877-357-3268
<b>ARKANSAS – Medicaid</b>	<b>GEORGIA – Medicaid</b>
Página web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Página web: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a> Teléfono: 678-564-1162 ext 2131
<b>CALIFORNIA – Medicaid</b>	<b>INDIANA – Medicaid</b>
Página web: <a href="https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAU_cont.aspx">https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAU_cont.aspx</a> Teléfono: 1-800-541-5555	Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos 19-64 Página web: <a href="http://www.in.gov/fssa/hip/">http://www.in.gov/fssa/hip/</a> Teléfono: 1-877-438-4479 Todo lo demás de Medicaid Página web: <a href="http://www.indianamedicaid.com">http://www.indianamedicaid.com</a> Teléfono 1-800-403-0864
<b>IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)</b>	<b>MONTANA – Medicaid</b>
Página web de Medicaid: <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members">https://dhs.iowa.gov/ime/members</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Página web de Hawki: <a href="http://dhs.iowa.gov/Hawki">http://dhs.iowa.gov/Hawki</a> Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563	Página web: <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a> Teléfono: 1-800-694-3084
<b>KANSAS – Medicaid</b>	<b>NEBRASKA – Medicaid</b>
Página web: <a href="http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm">http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm</a> Teléfono: 1-800-792-4884	Página web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a> Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
<b>KENTUCKY – Medicaid</b>	<b>NEVADA – Medicaid</b>
Página web del Programa de pago de prima de seguro de salud integrado de Kentucky (KI-HIPP): <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihhipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihhipp.aspx</a> Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPPROGRAM@ky.gov">KIHIPPROGRAM@ky.gov</a> Página web de KCHIP: <a href="https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx">https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</a> Teléfono: 1-877-524-4718	Página web de Medicaid: <a href="http://dhcfnv.gov">http://dhcfnv.gov</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
Página web de Medicaid Kentucky: <a href="https://chfs.ky.gov">https://chfs.ky.gov</a>	

# AVISOS ANUALES 2021

<b>LOUISIANA – Medicaid</b> Página web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> or <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a> Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)	<b>NEW HAMPSHIRE – Medicaid</b> Página web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm">https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm</a> Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext 5218
<b>MAINE – Medicaid</b> Página web: <a href="http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html">http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html</a> Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Relé de Maine 711	<b>NEW JERSEY – Medicaid and CHIP</b> Página web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a> Teléfono de Medicaid : 609-631-2392 Página web de CHIP: <a href="http://www.nifamilycare.org/index.html">http://www.nifamilycare.org/index.html</a> Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710
<b>MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP</b> Página web: <a href="http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/">http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/</a> Teléfono: 1-800-862-4840	<b>NEW YORK – Medicaid</b> Página web: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a> Teléfono: 1-800-541-2831
<b>MINNESOTA – Medicaid</b> Página web: <a href="https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp">https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp</a> [Bajo la pestaña ELIGIBILITY, vea “what if I have other health insurance?” (¿Qué sucede si tengo otro seguro médico?)] Teléfono: 1-800-657-3739	<b>NORTH CAROLINA – Medicaid</b> Página web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a> Teléfono: 919-855-4100
<b>MISSOURI – Medicaid</b> Página web: <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a> Teléfono: 573-751-2005	<b>NORTH DAKOTA – Medicaid</b> Página web: <a href="http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/">http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/</a> Teléfono: 1-844-854-4825
<b>OKLAHOMA – Medicaid and CHIP</b> Página web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a> Teléfono: 1-888-365-3742	<b>UTAH – Medicaid and CHIP</b> Página web de Medicaid: <a href="https://medicaid.utah.gov/">https://medicaid.utah.gov/</a> Página web de CHIP: <a href="http://health.utah.gov/chip">http://health.utah.gov/chip</a> Teléfono: 1-877-543-7669
<b>OREGON – Medicaid</b> Página web: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a> <a href="http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html">http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html</a> Teléfono: 1-800-699-9075	<b>VERMONT– Medicaid</b> Página web: <a href="http://www.greenmountaincare.org/">http://www.greenmountaincare.org/</a> Teléfono: 1-800-250-8427
<b>PENNSYLVANIA – Medicaid</b> Página web: <a href="https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx">https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx</a> Teléfono: 1-800-692-7462	<b>VIRGINIA – Medicaid and CHIP</b> Página web: <a href="https://www.coverva.org/hipp/">https://www.coverva.org/hipp/</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-855-242-8282
<b>RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP</b> Página web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a> Teléfono: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Línea directa)	<b>WASHINGTON – Medicaid</b> Página web: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a> Teléfono: 1-800-562-3022
<b>SOUTH CAROLINA – Medicaid</b> Página web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a> Teléfono: 1-888-549-0820	<b>WEST VIRGINIA – Medicaid</b> Página web: <a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a> Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP
<b>SOUTH DAKOTA - Medicaid</b> Página web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a> Teléfono: 1-888-828-0059	<b>WISCONSIN – Medicaid and CHIP</b> Página web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf">https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf</a> Teléfono: 1-800-362-3002
<b>TEXAS – Medicaid</b> Página web: <a href="http://gethipptexas.com/">http://gethipptexas.com/</a> Teléfono: 1-800-440-0493	<b>WYOMING – Medicaid</b> Página web: <a href="https://wyequalitycare.acs-inc.com/">https://wyequalitycare.acs-inc.com/</a> Teléfono: 307-777-7531

Para saber si algún otro estado ha agregado el programa de asistencia para pagar la prima desde el 31 de enero de 2020, o para más información sobre el derecho a la inscripción especial, póngase en contacto con:

Departamento del Trabajo de los Estados Unidos Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
1-866-444-EBSA (3272)

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

## Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder información a menos que dicha información exhiba el número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento menciona que una agencia federal no puede realizar o patrocinar la recopilación de información a menos que esto esté aprobado por la OMB bajo PRA y exhiba el número de control de la OMB actualmente válido y el público no está obligado a responder información a menos que esta exhiba el número de control de la OMB actualmente válido. Consulte 44 U.S.C. 3507. Además, no obstante cualquier otra disposición de ley, ninguna persona estará sujeta a penalización a causa de no responder información si dicha información no exhibe el número de control de la OMB actualmente válido. Consulte 44 U.S.C. 3512.

El tiempo necesario para completar esta notificación pública de recopilación de información se estima en aproximadamente siete minutos por encuestado. Las partes interesadas son invitadas a enviar comentarios respecto a la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, al Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, la Oficina de policía e investigación, Atención: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o al correo electrónico [ebbsa.opr@dol.gov](mailto:ebbsa.opr@dol.gov) y referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

# AVISOS ANUALES 2021

## AVISO IMPORTANTE DE BACKER NORTH AMERICA ACERCA DE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS ACREDITABLE Y MEDICARE

El propósito de este aviso es informarle que la cobertura de medicamentos recetados abajo mencionada bajo el plan de atención médica de Backer North America se espera que brinde, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados de Medicare estándar. Esto se conoce como “cobertura acreditable”.

Por qué esto es importante: si usted o su(s) dependiente(s) en cobertura están inscritos en cualquier cobertura de medicamentos recetados durante el año del plan mencionado en este aviso y tienen o tendrán la cobertura de Medicare, usted puede decidir inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare posteriormente y no estará sujeto a una multa por inscripción tardía – siempre y cuando usted cuente con una cobertura acreditable dentro de 63 días a partir de su inscripción al plan de medicamentos recetados de Medicare. Debe guardar este aviso con sus registros importantes.

### **Aviso de cobertura acreditable**

Es probable que haya escuchado acerca de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (llamada Parte D) y se preguntará cómo podría afectarle. La cobertura de medicamentos recetados está disponible para todos los que cuenten con Medicare a través de los planes de medicamentos recetados de Medicare. Todos los Planes de medicamentos recetados de Medicare brindan al menos el nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes además ofrecen más cobertura por una prima mensual más alta. Las personas pueden inscribirse en un Plan de medicamentos recetados de Medicare cuando por primera vez sean elegibles y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Las personas que dejen la cobertura de su empleador/sindicato pueden ser elegibles para un Periodo de inscripción especial de Medicare. Si usted tiene cobertura del plan de medicamentos recetados de su empleador, estará interesado en saber qué cobertura es, en promedio, al menos equivalente a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare para el año del plan. A esto se le llame cobertura acreditable. La cobertura bajo uno de estos planes le ayudará a evitar una multa por inscripción tardía a la Parte D en caso de que sea o vaya a ser elegible para Medicare y más tarde decida inscribirse en un Plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si decide inscribirse en un Plan de medicamentos recetados de Medicare y es un empleado activo, o familiar de un empleado activo, puede también continuar la cobertura de su empleador. En este caso, el plan del empleador seguirá pagando la atención primaria y secundaria, como si antes hubiera estado inscrito en un Plan de medicamentos recetados de Medicare. Si usted renuncia o deja la cobertura, Medicare será su único pagador. Usted puede reinscribirse en el plan del empleador en la inscripción anual o si tiene un suceso de inscripción especial para el plan.

Debe saber que si renuncia o deja la cobertura de su empleador y se queda 63 días o más sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable (una vez que su periodo de inscripción a Medicare finalice), su prima mensual de la Parte D aumentará al menos un 1% al mes por cada mes que esté sin cobertura acreditable. Por ejemplo, si se queda 19 meses sin cobertura, la prima de su Plan de medicamentos recetados de Medicare siempre será de al menos un 19% más alta que lo que la mayoría de las demás personas paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta siempre y cuando cuente con cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, posiblemente tendrá que esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse en la Parte D.

Puede recibir este aviso en otra ocasión más adelante — como antes del siguiente periodo en el que puede inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare, si esta cobertura cambia, o bajo su solicitud.

### **Para más información acerca de sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare**

En el Manual Medicare & You encontrará información más detallada acerca de los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Cada año, Medicare enviará a los participantes de Medicare una copia del manual por correo. También podría ser contactado directamente por los Planes de medicamentos recetados de Medicare. Obtenga más información acerca de los Planes de medicamentos recetados de Medicare: Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para ayuda personalizada; llame al Programa de Asistencia de Seguro Médico de su estado (busque el número telefónico en el manual Medicare & You); llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas que tengan ingresos y recursos limitados, está disponible la ayuda adicional para pagar el Plan de medicamentos recetados de Medicare. La información acerca de esta ayuda adicional está disponible en la Administración del Seguro Social (SSA). Para más información acerca de esta ayuda adicional, visite SSA en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**Recuerde:** Guarde este aviso. Si se inscribe en un Plan de medicamentos recetados de Medicare después de que finalice su periodo de inscripción a Medicare aplicable, es posible que debe presentar una copia de este aviso cuando se inscriba a un plan de la Parte D para demostrar que usted no está obligado a pagar un prima de la Parte D más alta.

Para más información acerca de este aviso o su cobertura de medicamentos recetados, póngase en contacto con:

**Fecha: 16 de noviembre de 2020 (Última edición: 1 de septiembre de 2020)**

**Nombre de la entidad /Emisor: Backer EHP Inc.**

**Recursos Humanos**

**4700 John Bragg Highway, Murfreesboro, TN 37127**

