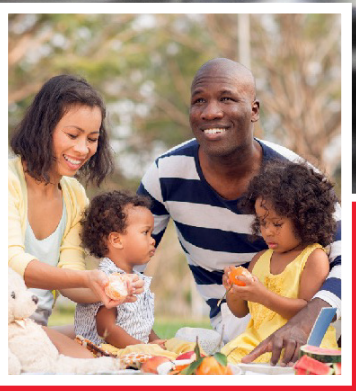
Oatey

Guía de prestaciones 2027









Conectarse con sus prestaciones

Índice

Mensaje a nuestros asociados 3
Ventajas para usted y su familia..... 4
Preguntas frecuentes..... 5 - 6
¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda?..... 6
Seguro médico..... 7
Resumen de prestaciones médicas..... 8 - 9
Contribuciones de los asociados médicos..... 9
Teladoc (Telemedicina) y Aetna Caremark Cost Saver..... 10
Cuenta de ahorro sanitario (HSA)..... 11 - 12
Cuentas de gastos flexibles..... 12 - 13
Seguro dental..... 13 - 14
Dental Associate Contribuciones 14
Seguro de visión..... 15
Visión Contribuciones de los asociados 15
Seguro básico de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D)..... 16
Seguro de vida voluntario..... 16
Seguro de incapacidad..... 17
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)..... 17
Aplicación Calm..... 18
Productos voluntarios adicionales.....18
Plan de ahorro para la jubilación.....19
Información de Medicare.....20
Contactios.....21
Avisos legales importantes..... 22

Este folleto resume los planes de prestaciones que están a disposición de los asociados que reúnen los requisitos de Oatey y de las personas a su cargo. Los documentos oficiales del plan, las pólizas y los certificados de seguro contienen los detalles, las condiciones, los niveles máximos de prestaciones y las restricciones de las prestaciones. Estos documentos rigen su programa de prestaciones. En caso de conflicto, prevalecen los documentos oficiales. Estos documentos están disponibles previa solicitud a través del Departamento de Recursos Humanos. La información facilitada en este folleto no constituye una garantía de prestaciones.

Oatey

Mensaje a nuestros asociados

En Oatey, reconocemos que su salud y bienestar tienen un impacto directo en su capacidad para prosperar tanto personal como profesionalmente. Por eso nos complace ofrecer a los asociados que reúnan los requisitos una serie de prestaciones a precios de grupo, como seguro médico, dental, oftalmológico y de vida, diseñadas para ayudarles a ustedes y a sus familias durante todo el año.

Oatey paga la mayor parte del coste mensual de las prestaciones en las que decida inscribirse, y usted paga una parte. Además, la empresa paga en su nombre la totalidad del coste de los seguros de vida, AD&D, incapacidad a corto plazo e incapacidad a largo plazo. Si se inscribe en el plan de salud de deducible alto, la empresa también realiza una importante aportación a una cuenta de ahorros para la salud, que podrá utilizar para pagar los gastos sanitarios que reúnan los requisitos. También ofrecemos un plan 401(k), que incluye una aportación de la empresa para ayudarle a ahorrar para la jubilación. Lea atentamente esta guía de prestaciones para conocer las prestaciones que tiene a su disposición y cómo acceder a la cobertura. También puede compartir esta información con sus familiares.

Estas prestaciones son una parte fundamental del compromiso de Oatey de ofrecer calidad, generar confianza y mejorar vidas.

Gracias por ser buenos trabjadores, y continúe a mantieniéndose a salvo por favor.



Neal R. Restivo
Director Ejecutivo

Ventajas para usted y su familia



Oatey se complace en anunciar nuestro programa de prestaciones 2027, que está diseñado para ayudarle a mantenerse sano, sentirse seguro y mantener un equilibrio entre vida y trabajo. Ofrecer un paquete de beneficios competitivo es es sólo una de las formas en que nos esforzamos por ofrecer a nuestros gratificante. El bienestar de nuestros empleados es nuestra prioridad.

En esta guía se describen las opciones de prestaciones más destacadas. Por favor, lea atentamente la información que contiene. Para detalles sobre nuestros planes, consulte el resumen de las disponibles en la intranet de Oatey o de Recursos Humanos.

¿Quién puede optar?

Puede optar a ella si es un asociado en activo a tiempo completo que trabaja al menos 30 horas semanales de media. Si se afilia a la cobertura para usted, también puede optar por proporcionar cobertura a sus dependientes.

Se entiende por personas a cargo:

- Su cónyuge legal - Consulte el apartado Declaración jurada del cónyuge trabajador para obtener información adicional sobre la cobertura médica.
- Sus hijos a cargo (naturales, adoptados y cualquier otro hijo según se define en el certificado de cobertura) menores de 26 años.

Declaración jurada del cónyuge trabajador para la cobertura médica

Los cónyuges no pueden participar en el plan médico de Oatey sitienen acceso a una cobertura a través de su empresa. Cada asociado que cónyuge deberá rellenar una declaración jurada por cada cónyuge en la cobertura médica de Oatey.

Los cónyuges que trabajan pueden inscribirse en otras coberturas.

Incentivo para no fumadores y tabaco Ayuda para dejar de fumar

Si no consume tabaco y está afiliado al plan médico, puede optar a un incentivo en sus tarifas médicas por periodo de pago.

¡Deje de fumar hoy mismo! Podemos ayudarle.

Si es fumador, puede participar en un programa para dejar de fumar. Trabajaremos con usted y su médico para ayudarle a dejar de fumar. Si completa el programa, podrá optar al incentivo de la prima.

¿Cuándo y cómo inscribirse?

Puede inscribirse en las prestaciones en Workday como nuevo empleado o durante el periodo anual de inscripción abierta. Como nuevo empleado, debe inscribirse en las prestaciones en un plazo de 30 días a partir del momento en que cumpla los requisitos.

Si se le pasa el plazo de inscripción o desea hacer cambios, tendrá que esperar hasta el siguiente periodo anual de inscripción abierta. La afiliación abierta es el único momento del año en el que puede modificar sus prestaciones por cualquier motivo. Deberá completar el proceso anual de inscripción abierta, aunque no desee realizar ningún cambio en sus prestaciones.

¿Cuándo entra en vigor mi cobertura?

Si es un afiliado recién contratado, la fecha de entrada en vigor de sus prestaciones es el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación, siempre que se inscriba en los 30 días siguientes a dicha fecha. Los cambios efectuados durante el periodo anual inscripción abierta entrarán en vigor el 1 de enero del año siguiente y se mantendrán durante todo el año natural, a menos que se produzca un hecho causante.

Cambio de cobertura durante el año

Fuera del periodo de inscripción abierta, puede cambiar su cobertura cuando experimente un cambio importante en su vida. Un cambio de estado cualificado incluye matrimonio, divorcio, nacimiento, adopción, colocación en adopción o pérdida de cobertura.

Debería comunicar el cambio al Departamento de Recursos Humanos en un plazo de 30 días a partir del suceso, completando la acción dentro de Workday.

Visite el Centro de Recursos de Workday en el Hub de Recursos Humanos para obtener orientación sobre cómo inscribirse a través de las plataformas de Workday.

Preguntas frecuentes



¿Qué es un deducible?

Una deducible es la cantidad de dinero que usted o las personas a su cargo deben abonar por una reclamación sanitaria antes de que su compañía de seguros efectúe pago alguno por los servicios sanitarios prestados. Por ejemplo, si tiene una franquicia de $1.750, deberá pagar los primeros $1.750 de cualquier reclamación durante un año del plan. La franquicia excluye los copagos, si procede.

¿Qué es el coseguro?

El coseguro es la cantidad expresada como porcentaje de los servicios sanitarios cubiertos que debe pagar después de haber satisfecho la franquicia de su plan.

¿Cuándo debería que pagar un copago?

Si elige el plan médico PPO Básico, deberá abonar un copago por las visitas al médico, a urgencias y al centro de urgencias.

¿Cómo sé cuándo debería acudir a un centro de atención de urgencias en lugar de una sala de emergencias?

Las urgencias sólo deben utilizarse para verdaderas emergencias tales como huesos rotos, hemorragia intensa o dolor severo - condiciones que amenazan la vida y las extremidades.

Considere utilizar Teladoc, la opción de telesalud de Aetna. Teladoc se puede utilizar cuando necesite atención inmediata para problemas médicos que no sean de emergencia. Es una alternativa asequible y cómoda a la atención urgente y las visitas a urgencias.

Como alternativa, si su médico habitual no está disponible y Teladoc no es la opción adecuada para usted, piense en acudir a un Centro de Atención de Urgencias. El Centro de Atención Urgente debe utilizarse para emergencias menores (fiebre, tos, dolor, etc.) cuando el médico de su consulta está cerrada y sus síntomas son demasiado graves para esperar a que vuelva a abrir o a que se encuentre fuera de la ciudad. El copago es menor en el Centro de Urgencias que en Urgencias y la atención en el centro de atención será sin duda más rápida que una visita a sala de emergencias.

La próxima vez que tenga que decidir a dónde acudir, evalúe todas las opciones y elija el centro que mejor se adapte a su enfermedad o lesión. Por supuesto, en una verdadera emergencia, busque la atención adecuada sin demora.

Maximice su asistencia sanitaria: Saber cómo utilizar mejor su cobertura puede ayudarle a mejorar su salud y reducir sus gastos. Encuentre la atención adecuada al coste adecuado.



¿Qué es el gasto máximo de bolsillo?

Importe máximo que tendrá que pagar por los gastos cubiertos por un plan. Una vez alcanzado el desembolso máximo, el plan suele cubrir el 100% de los gastos cubiertos.

¿Qué es una declaración de prestaciones?

Una Explicación de Beneficios, o EOB (Explanation of Benefits), es una descripción que la compañía de seguros le envía explicando los gastos sanitarios en los que ha incurrido y los servicios por los que su proveedor de asistencia sanitaria ha solicitado el pago. Debería comparar su EOB con la factura que recibe del proveedor. Todos los datos de su EOB deben coincidir con la información que aparece en los extractos que recibe del proveedor. Si no es así, póngase en contacto inmediatamente con la consulta del proveedor de atención sanitaria.

Preguntas frecuentes

(continuación)

¿Qué es la atención preventiva?

La atención preventiva es una atención proactiva e integral que hace hincapié en la prevención y la detección precoz. Estos cuidados incluyen exámenes físicos, vacunas y visitas de control.

Asegúrese de que sus hijos reciban las revisiones rutinarias y las vacunas necesarias, ya que ambas pueden evitar problemas médicos (y facturas) en el futuro. Asimismo, los adultos debería someterse a las pruebas preventivas recomendadas para su edad a fin de detectar precozmente problemas de salud. Recuerde que las prestaciones de atención preventiva están cubiertas al 100% en ambos planes médicos.

¿Cuál es la diferencia entre medicamentos genéricos y los de marca?

La diferencia entre los medicamentos genéricos y los de marca radica en el nombre del medicamento y en el coste. Los medicamentos genéricos cuestan mucho menos que los de marca, lo que supone un ahorro de costes y proporciona los mismos beneficios para la salud que los de marca. Consulte con su médico las opciones de medicamentos genéricos. Siempre que sea posible, solicite medicamentos genéricos para conseguir un importante ahorro de costes.

¿Qué ventajas tiene la venta por correo de medicamentos?

Los medicamentos de venta por correo son perfectos para los pacientes que toman medicación de forma continuada. Algunos ejemplos son la medicación para la tensión alta, el colesterol alto y los anticonceptivos. Los medicamentos de venta por correo son cómodos y tienen la ventaja añadida de que se envían directamente a su domicilio. La obtención de medicamentos por correo reducirá sus gastos de copago.

¿Qué debería preguntar a mi médico?

Los médicos son los defensores de su salud, pero muchos pacientes no saben que también pueden hacer preguntas relacionadas con los costes de su seguro médico. Puede hacer a su médico preguntas básicas como: «¿Cuánto costará mi tratamiento?». «¿Puedo recibir otro tratamiento igual de eficaz pero menos costoso?». «¿Cuáles son los riesgos? «¿Cuáles son los efectos secundarios?» Dialogar con su médico puede ayudarle a entender mejor cómo afectan sus decisiones asistenciales a los costes de su plan de salud. También ayudará a su médico a conocerle mejor y, en consecuencia, a prescribirle un tratamiento que sea más eficaz.

¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda?

Consultas sobre prestaciones

Nuestros especialistas en prestaciones de Taylor Oswald son sus puntos de de contacto para todas sus preguntas sobre prestaciones y reclamaciones. Puesto que servicio es una prioridad en Taylor Oswald, una dirección de correo electrónico centralizada correo electrónico centralizado está disponible para todos los asociados asistencia de la manera más oportuna posible.

Nuestro Equipo de Servicio puede:

- Responder a preguntas sobre las prestaciones de su plan de beneficios
- Solicitar tarjetas de identificación
  Reclamaciones
- Facilitar información sobre recursos y explicar el proceso
- Responder a preguntas sobre los requisitos y los acontecimientos que dan derecho a las prestaciones (incorporación de recién nacidos, matrimonio, divorcio, etc.)

¿Tiene alguna pregunta? Le ayudaremos.

Correo electrónico:TOBenefits@tayloroswald.com
Número de teléfono: (216)-206-6823

Horario de apertura:

lunes -viernes: 8 am a 5pm EST
lunes-viernes 7 am a 4 pm CST

Sitio web y aplicación móvil

Para acceder a la información sobre prestaciones las 24 horas del día, los 7 días de la semana, consulte nuestro sitio web sobre prestaciones en www.MyOateyBenefits.com

Para obtener información sobre sus prestaciones sobre la marcha, descargue nuestra aplicación móvil desde este enlace: oswald-connect.com/app o escanee los siguientes códigos QR.

Download on the App Store

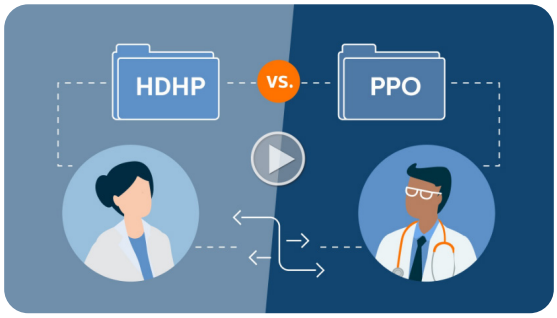
GET IT ON Google Play

Seguro médico

Oatey ofrece la posibilidad de elegir entre dos opciones de planes médicos integrales a través de Aetna para satisfacer las necesidades individuales de usted y su familia.

- El Plan Básico (PPO) tiene un deducible de $500 por persona o $1.000 por familia. Tendrá copagos cuando visite a un médico de atención primaria, especialistas, visitas a Teladoc, atención urgente y la sala de emergencias que se aplicarán a la acumulación de su deducible. Una vez que alcance su deducible, será responsable del 20% de los gastos por la atención recibida hasta el máximo de desembolso directo.
- El Plan de Salud con Deducible Elevado (HDHP) tiene un deducible de $1.750 por persona o de $3.500 por familia. En este plan, pagará todos los gastos hasta En este plan, pagará todos los gastos hasta el deducible y, a continuación, se aplicará el coseguro entre el deducible y el desembolso máximo. Con la inscripción en el HDHP, puede reservar dinero libre de impuestos en una cuenta de ahorros sanitarios para utilizarlo en estos gastos, ¡y Oatey también contribuirá a ella! Para más información, consulte las secciones siguientes.

No todos los planes médicos funcionan igual. Mira este vídeo para entender cómo funciona cada tipo de plan.



Si usted (y/o las personas a su cargo) tiene Medicare o va a tener derecho a Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Para más información, consulte los avisos del anexo adjunto.



Resumen de prestaciones

El cuadro que figura a continuación es un breve resumen de los planes que tiene a su disposición.

	Aetna Plan básico (PPO) Póliza #466092		Aetna Plan de salud con deducible alto (HDHP) Póliza #466092	
Cobertura de prestaciones	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual				
Individual	$500	$1.000	$1.750	$3.400
Familia	$1.000	$2.000	$3.500	$6.800
Coseguro	80%	50%	80%	50%

La contribución del empleador de Oatey a su HSA cubre la mayor parte del deducible de su HDHP cuando abre su cuenta con Fidelity.

Gasto máximo de bolsillo*				
Individual	$3.250: Rx: $3.350	$5.400	$4.100*	$6.100*
Familia	$5.400: Rx: $7.800	$10.800	$7.550*	$12.200*
Gasto máximo de bolsillo*				
Teladoc	$40 copago	N/A	58 dólares o menos. Los importes pueden ser superiores para los especialistas	N/A
Atención primaria	$40 copago	50% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
Atención especializada	$40 copago	50% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
Atención preventiva				
Exámenes periódicos de adultos	100%	50% después del deducible	100%	50% después del deducible
Atención al niño sano	100%	50% después del deducible	100%	50% después del deducible
Servicios de diagnóstico				
Radiografías y pruebas de laboratorio	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
Radiología compleja	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
Centro de atención urgente	$50 copago	50% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
Gastos de urgencias	$150 copago	$150 copago	20% después del deducible	20% después del deducible
Gastos de hospitalización	$250 copago, then 20%	$250 copago, then 20%	20% después del deducible	50% después del deducible
Cargos por servicios ambulatorios y quirúrgicos	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de diagnóstico				
Hospitalización	$250 copago, then 20%	$250 copago, then 50%	20% después del deducible	50% después del deducible
Consultas externas	$40 copago, servicios de facilidades at 20%	50% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible

* Los gastos médicos y de farmacia se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo.

Resumen de prestaciones médicas (continuación)

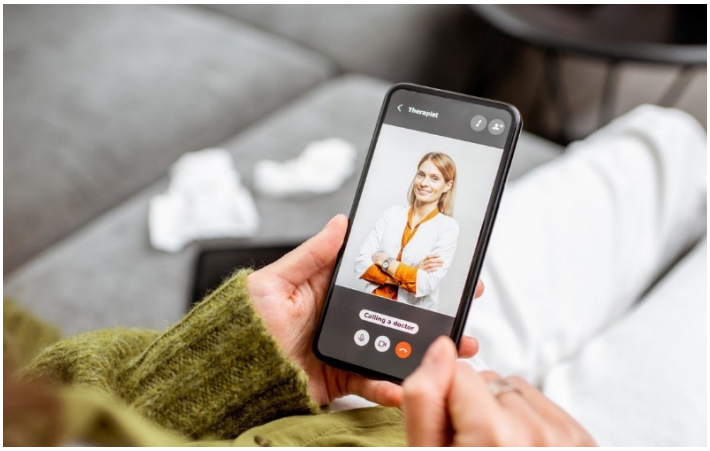
Cobertura de prestaciones	Aetna Plan básico (PPO) Póliza #466092		Aetna Plan de salud con deducible alto (HDHP) Póliza #466092	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Substance Abuse				
Hospitalización	$250 copago, entonces 20%	$250 copago, luego 50%	20% después del deducible	50% después del deducible
Consultas externas	$40 copago, centro servicios cubiertos al 20%	50% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
Otros servicios				
Quiropráctica	20% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible	50% después de la franquici
Farmacia minorista (suministro para 30 días)				
Genérico (Nivel 1)	$25 copago	No cubierto	20% después del deducible	No cubierto
Preferido (Nivel 2)	$45 copago	No cubierto	20% después del deducible	No cubierto
Fuera de la red (Nivel 3)	$80 copago	No cubierto	20% después del deducible	No cubierto
Mail Order Pharmacy (suministro para 90 días)				
Generic (Tier 1)	$50 copago	No cubierto	20% después del deducible	No cubierto
Preferido (Nivel 2)	$90 copago	No cubierto	20% después del deducible	No cubierto
Fuera de la red (Nivel 3)	$160 copago	No cubierto	20% después del deducible	No cubierto

Contribuciones de los asociados médicos

Cotizaciones médicas quincenales del asociado (26 pagas al año)

Aetna Plan básico		
	Sin tabaco	Consumidor de tabaco
Individual	$57.73	$84.39
Asociado y cónyuge	$115.01	$141.67
Asociado e hijo(s)	$97.82	$124.47
Familia	$172.31	$198.95
Aetna HDHP		
Individual	$39.81	$64.77
Asociado y cónyuge	$79.22	$104.17
Asociado e hijo(s)	$67.39	$92.35
Familia	$118.61	$143.57

Teladoc (Telemedicina) y Aetna Caremark - Ayudarse a Ahorrar Dinero



Teladoc es el segundo mayor proveedor de consultas médicas por telesalud de Estados Unidos, y le ofrece acceso 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año a una atención médica de calidad y asequible a través de consultas telefónicas y por vídeo (cuando estén disponibles).

Estas son algunas de las preguntas más frecuentes sobre Teladoc:

¿Sustituye Teladoc a mi médico?

Teladoc no sustituye a su médico de cabecera. Teladoc debe utilizarse cuando necesite atención inmediata para problemas médicos no urgentes. Es una alternativa asequible y cómoda a la al centro urgente y las visitas a a las salas de emergencias.

¿Cómo configuro mi cuenta Teladoc?

La configuración de su cuenta es un proceso rápido y sencillo en línea. Visite el sitio web de Teladoc (www.teladoc.com) y haga clic en «Set Crear cuenta». Para solicitar una consulta con un médico, acceda a su cuenta y haga clic en «Solicitar una consulta». También puede llamar a Teladoc para solicitar una consulta por teléfono (1-800-Teladoc).

¿Pueden los médicos de Teladoc hacer una receta?

Sí, los médicos de Teladoc pueden prescribir medicamentos a corto plazo para una amplia gama de afecciones cuando sea médicamente apropiado. Los médicos de Teladoc NO prescriben sustancias controladas por la DEA, no terapéuticas y/o algunos otros medicamentos, que pueden ser perjudiciales por su potencial abuso.

¿Quiénes son los médicos de Teladoc?

Los médicos de Teladoc están colegiados en Medicina Interna, Medicina Familiar o Pediatría. Cuentan con una media de 15 años de experiencia, están colegiados en su estado e incorporan Teladoc a su práctica diaria para ofrecer a las personas un acceso cómodo a una atención médica de calidad.

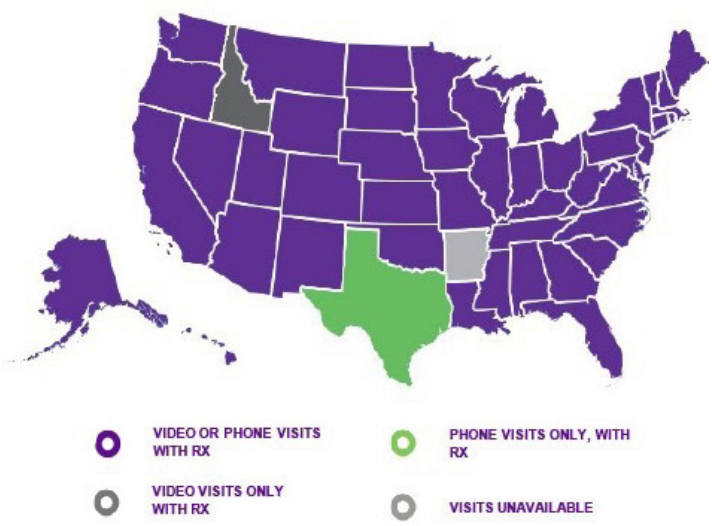
¿Cuánto cuesta utilizar Teladoc?

Atención Diaria: Existe un copago de hasta $56 o menos por visita para que los asociados y dependientes accedan a este servicio. Puede hablar con un médico autorizado para afecciones que no sean de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Ejemplos: gripe, sinusitis, dolor de garganta y más).

También puede solicitar una consulta para necesidades de Salud Mental y Dermatología por un pequeño copago.

¿Con qué frecuencia puedo llamar a Teledoc?

Puede ponerse en contacto con Teladoc hasta 3 veces en un plazo de 90 días por la misma afección, se le redirigirá a su médico de atención primaria para determinar si padece una affeción crónica que requiera tratamiento adicional.



Aetna/Caremark- Programa de ahorro de costes

Cost Saver es un programa entre bastidores que encontrará el mejor precio y aplicará automáticamente el costo a su deducible y desembolso máximo. Todo lo que tiene que hacer es mostrar al farmacéutico su tarjeta de identificación de Aetna.

aetna Caremark Cost Saver™

Cuenta de ahorro sanitario (HSA)

Si está inscrito en un plan de salud cualificado con deducible alto (QHDHP) y cumple los requisitos de elegibilidad, el IRS le permite abrir una cuenta de ahorros para la salud y contribuir a ella.

¿Qué es una cuenta de ahorro sanitario (HSA)?

Una HSA es una cuenta bancaria protegida fiscalmente a través de Fidelity de la que usted es titular para pagar los gastos de atención sanitaria elegibles para usted y/o sus dependientes elegibles para gastos de atención sanitaria actuales o futuros. Puede conservar la HSA aunque cambie de trabajo o de plan médico. No existe la regla de «úsela o piérdala»; su saldo se mantiene año tras año. Otra ventaja importante es la contribución de Oatey a su HSA. Oatey contribuye a su cuenta en cada nuevo año del plan.

¿Cómo se abre una cuenta bancaria HSA?

Puede gestionar su HSA a través de Fidelity HSA. Acceda a Fidelity HSA a través de www.fidelity.com/FidelityHSA 24 horas al día, 7 días a la semana. Fidelity HSA proporciona información útil sobre su HSA, incluidas calculadoras en línea para ayudarle a sumar sus ahorros fiscales y ver el posible crecimiento futuro de su HSA. Si desea más información, consulte la página web o llame a Fidelity Investments al (800) 544-3716.

Además, con una HSA obtendrá ventajas fiscales adicionales:

- El dinero que deposita en una HSA está exento del impuesto federal sobre la renta.
- Los intereses de su cuenta crecen libres de impuestos.
- No paga impuestos sobre la renta por las retiradas de fondos que utilice para pagar gastos sanitarios subvencionables. (Si retira fondos para gastos no elegibles, se aplican impuestos y penalizaciones).
- Además, puede elegir entre varias opciones de inversión que generan tipos de interés competitivos, por lo que los fondos no utilizados crecen con el tiempo.

¿Cumple los requisitos para abrir una HSA?

Aunque todo el mundo puede inscribirse en el Plan de Salud Cualificado con Deducible Elevado, no todo el mundo reúne los requisitos para abrir una HSA y contribuir a ella. Para inscribirse, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Debe estar inscrito en un plan de salud con deducible alto cualificado (QHDHP).
- No debe estar cubierto por otro plan de salud que no sea QHDHP, como el plan PPO de su cónyuge.
- No está inscrito en Medicare.
- No está inscrito en el programa de beneficios militares TRICARE o TRICARE for Life.
- No ha recibido beneficios de la Administración de Veteranos (VA) en los últimos tres meses.
- No figura como dependiente en la declaración de la renta de otra persona.
- No está cubierto por una cuenta de gastos flexibles (FSA) de asistencia sanitaria tradicional. Esto incluye la FSA de su cónyuge. (Se permite la inscripción en una FSA de asistencia sanitaria para fines limitados).

¿Cómo me reembolsan los gastos subvencionables?

La forma más fácil de utilizar el dinero de su HSA es usando su tarjeta de débito HSA en el momento en que incurra en un gasto elegible, ¡pero guarde sus recibos! Deberá demostrar que se estaba reembolsando a sí mismo por un gasto elegible si es auditado por el IRS. Si utiliza los fondos de su HSA para gastos no subvencionables, se le aplicará una penalización fiscal del 20% (si es menor de 65 años), además de los impuestos federales sobre la renta.

Cuentas de ahorro sanitario: Más información.





Cuenta de ahorro sanitario (HSA) (continuación)

Contribuciones HSA 2027

Puede contribuir a su Cuenta de Ahorros Sanitarios antes de impuestos mediante deducciones en nómina hasta los máximos establecidos por el IRS. El IRS ha establecido las siguientes aportaciones máximas a la HSA:

Tipo de inscripción	2027 Máximo anual Contribución del Asociado	2027 Máximo anual Contribución patronal	2027 Máximo anual Contribución (combinada)*
Individual	$3.000	$1.500	$4.500
Asociado y cónyuge	$6.000	$3.000	$9.000
Asociado e hijo(s)	$6.000	$3.000	$9.000
Familia	$6.000	$3.000	$9.000

*Si tiene 55 años o más, puede hacer una aportación adicional de $1.000 para ponerse al día.

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

El plan de Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) de Inspira le permite reservar dinero antes de impuestos para cubrir gastos cualificados que normalmente pagaría de su bolsillo con dinero después de impuestos. El plan se compone de una cuenta de gastos sanitarios y una cuenta de atención a dependientes. Usted no paga impuestos federales ni estatales sobre el dinero que deposita en una FSA. (www.inspirafinancial.com)

Cómo funciona una FSA:

- Elija una cantidad concreta de dinero para aportar cada periodo de pago, antes de impuestos, a una o ambas cuentas durante el año.
- El importe se deduce automáticamente de su nómina al mismo nivel cada periodo de pago.
- Cuando incurra en gastos subvencionables, puede utilizar su tarjeta de débito de gastos flexibles para pagar en el punto de servicio o presentar la documentación adecuada para que el plan se la reembolse.

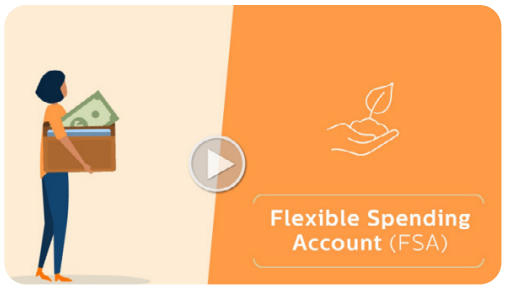
Reglas importantes a tener en cuenta:

- El IRS tiene una regla estricta de «úselo o piérdalo». Si no utiliza el importe total de su FSA, perderá los fondos restantes.
- Una vez que se inscriba en la FSA, no podrá cambiar el importe de sus aportaciones durante el año, a menos que se produzca un acontecimiento vital que le haga merecedor de la ayuda.
- No puede transferir fondos de una FSA a otra.

Planifique cuidadosamente sus aportaciones a la FSA, ya que los fondos que no se utilicen antes de final de año se perderán. Es necesario volver a inscribirse cada año. La tabla de la página siguiente muestra los gastos elegibles para cada FSA: cuánto puede aportar a cada FSA cada año y cómo se beneficia

información importante sobre las cuentas de ahorros

Nuestro plan tiene un periodo de carencia. Esto es una extensión del año anterior del plan y le permite tiempo extra para gastar su balance. Las solicitudes de reembolso deben realizarse antes del 3/15/28 y enviarse para su reembolso antes del 4/3/28.



Cuentas de gastos flexibles

(continuación)

Gastos subvencionables	Límites anuales de cotización	Beneficio
FSA de asistencia sanitaria La mayoría de los gastos médicos, odontológicos y oftalmológicos que no están cubiertos por su plan de salud (como copagos, coseguros, franquicias, gafas y medicamentos sin receta recetados por el médico).	La contribución máxima es de $3,500 al año.	Ahorra en gastos subvencionables no cubiertos por el seguro; reduce su su renta imponible.
FSA para el cuidado de personas dependientes Gastos de cuidado de dependientes (como guarderías, programas extraescolares o programas de cuidado de ancianos) para que usted y su cónyuge puedan trabajar o estudiar a tiempo completo.	La aportación máxima es de $7,500 al año ($3,750 si está casado y presenta declaración de la renta por separado).	Reduce su base imponible.
Cuenta de ahorro para fines limitados (sólo disponible si elige el HDHP) Gastos odontológicos y oftalmológicos no cubiertos por su plan de salud (como copagos, coseguros, deducibles y gafas).	La contribución máxima es de $3,500 al año.	Ahorra en gastos subvencionables no cubiertos por el seguro; reduce su su renta imponible.

Seguro dental

La salud bucodental es una parte importante de la salud general. Los exámenes regulares detectan los problemas dentales a tiempo, antes de que sean más caros y difíciles de tratar y afecten a su salud de otras maneras. El seguro dental hace que sea más fácil y menos costoso obtener la atención que necesita para mantener una buena salud oral.

Oatey ofrece un excelente programa dental a nuestros asociados, proporcionado a través de Delta Dental of Ohio. El cuadro siguiente es un breve resumen del plan. Consulte el resumen de la descripción del plan para conocer todos los detalles. El coste de inscripción en este plan es un beneficio antes de impuestos que comparten usted y Oatey.



¿ Por qué inscribirse en la cobertura dental?



Seguro dental (continuación)

Cobertura de prestaciones	Delta Dental Póliza dental nº 10020		
	Dentista Delta PPO	Dentista Delta Premier	Dentista no participante
Deducible individual	$50	$50	$50
Familia Deducible máximo	$150	$150	$150
Exención para la atención preventiva	Sí	Sí	Sí
Por Persona / Familia	$1.500	$1.000	$1.000
Preventivo (incluye exámenes, limpiezas, tratamientos con flúor y mantenedores de espacio)	100%, sin deducible	90%, sin deducible	90%, sin deducible
Básico (incluye empastes, reparación de coronas, servicios de endodoncia, servicios de periodoncia, extracciones y cirugía dental)	80%	70%	70%
Mayor (incluye coronas, puentes, implantes y dentaduras postizas)	60%	50%	50%
Ortodoncia			
Porcentaje de prestación	60%	60%	60%
Hijo(s) a cargo	Cubierto hasta los 19 años	Cubierto hasta los 19 años	Cubierto hasta los 19 años
Máximo de por vida	$1.500	$1.500	$1.500

Contribuciones dentales del asociado

Cotizaciones dentales quincenales del asociado (26 pagas al año)

Contribuciones del empleado para el seguro dental cada dos semanas	
Individual	$5.00
Asociado y 1 dependiente	$10.02
Asociado y 2+ dependientes	$12.90

Seguro de visión

Los exámenes oculares anuales comprueban la salud de sus ojos y pueden detectar problemas de salud más graves, como hipertensión y diabetes. La cobertura oftalmológica ayuda a sufragar el coste de los exámenes oculares, gafas o lentes de contacto y se proporciona a través de United Healthcare Insurance Company. Se trata de un beneficio antes de impuestos y el costo es 100% a su cargo. Su red de proveedores



Cobertura de prestaciones	United Healthcare Póliza de Visión #0743354	
Copago	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**
Exámenes de rutina (anuales)	$15 copago	Hasta 40
Materiales de visión		
Materiales Copago	$15 copago	Varía según el tipo de lentes
Lentes	La prestación varía según el tipo de lente; Cubierto cada 12 meses	La prestación varía según el tipo de lente; Cubierto cada 12 meses
Contactos cubiertos en lugar de marcos	Lentes de contacto electivas cubiertas al 100% después del copago 4 cajas de desechables cada 12 meses	Médicamente necesario: Hasta 210 dólares; Optativo: Hasta 105
Marcos	Cubierto hasta una franquicia de $130; Cubierto cada 12 meses	Hasta 45

Seguro de visión

Visión Cotizaciones quincenales del asociado (26 pagas al año)

Contribuciones del empleado para el seguro de la visión cada dos semanas	
Individual	$2.34
Asociado y 1 dependiente	$4.30
Asociado y 2+ dependientes	$6.94

Seguro básico de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

El seguro de vida básico y el seguro AD&D ayudan a cubrir los gastos y proteger los ahorros si fallece o sufre una pérdida cubierta en un accidente. El seguro de vida paga una prestación en metálico a su beneficiario designado en caso de fallecimiento. El seguro AD&D proporciona una prestación adicional en metálico a su beneficiario designado si usted fallece - o a usted si pierde un miembro o la vista, el habla o el oído - en un accidente cubierto. El coste de la cobertura es abonado íntegramente por Oatey para todos los asociados que reúnan los requisitos.

La cobertura equivale a 1 vez su salario anual redondeado al importe superior en 1.000 $ (hasta un máximo de 400.000 $). Las prestaciones disminuirán a los 70 años.



Seguro de vida voluntario

Además de la cobertura básica de vida y AD&D pagada por el empleador, tiene la opción de adquirir voluntariamente cantidades adicionales de seguro de vida con Lincoln Financial para usted, así como cobertura para su cónyuge e hijos. Su elección, sin embargo, podría estar sujeta a preguntas médicas y pruebas de asegurabilidad. Sus contribuciones dependerán de su edad y de la cantidad de cobertura que elija.

Tarifas mensuales de vida voluntario

Asociado Edad Coste del cónyuge en función de la edad del asociado	**Sin nicotina por 1.000**	**Consumidores de nicotina por 1.000**
Menos de 30 años	$0.08	$0.12
30 - 34	$0.09	$0.15
35 - 39	$0.11	$0.22
40 - 44	$0.16	$0.36
45 - 49	$0.28	$0.58
50 - 54	$0.44	$0.88
55 - 59	$0.77	$1.45
60 - 64	$1.25	$2.25
65 - 69	$2.25	$3.60
70 – 74*	$3.39	$4.95
75 – 99*	$6.35	$8.27
Todos los niños	$0.056	$0.056
Muerte accidental y desmembramiento	$0.015	$0.015

***La prestación se reduce en un 50% a los 70 años.**

Seguro de incapacidad

El seguro de incapacidad de corto plazo

El seguro de incapacidad de corto plazo sustituye parte de sus ingresos durante una excedencia de duración limitada debida a una enfermedad grave. debido a una enfermedad grave. Oatey proporciona El seguro de incapacidad de corto plazo a Corto Plazo (STD) a través de Lincoln Financial sin coste alguno para usted. Los asociados elegibles para los beneficios de STD deben solicitar y completar los formularios requeridos antes de la licencia STD, cuando sea posible. Para tener derecho a la incapacidad a corto plazo, debe cumplirse un período de carencia de siete días. Consulte el resumen de la descripción del plan para conocer todos los detalles.



Seguro de incapacidad de largo plazo

El seguro de incapacidad de corto plazo a largo plazo sustituye parte de sus ingresos en caso de que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión de larga duración. Oatey ofrece protección de ingresos por incapacidad a largo plazo a través de Lincoln Financial sin coste alguno para nuestros asociados. Por favor consulte la descripción resumida del plan para conocer todos los detalles.

Programa de asistencia al empleado (EAP)

La vida no siempre va sobre ruedas. Todos experimentamos momentos en los que un problema personal o una crisis afectan a nuestro funcionamiento en el trabajo o en casa.
en el trabajo o en casa. Su programa de asistencia al empleado (EAP) es un recurso de resolución de problemas a su disposición y a la de los miembros de su hogar. Un asesor profesional le ayudará a evaluar su situación, encontrar opciones, tomar decisiones o localizar más ayuda.

Es gratuito... Oatey cubre el coste de este servicio que proporciona una evaluación inicial, sesiones adicionales de resolución de problemas y servicios de derivación. Si es necesario un asesoramiento o tratamiento adicional, su asesor le ayudará a explorar diversas opciones.

Es confidencial... Oatey se ha asociado con SupportLinc, un recurso de asesoramiento externo para garantizar la confidencialidad. Nadie en el trabajo sabrá que ha optado por buscar ayuda a menos que usted decida decírselo. Nada relacionado con su uso del EAP aparecerá en su expediente personal.

El EAP está aquí para ayudar



Llame a SupportLinc al (888) 881-5462 o visite www.supportlinc.com (nombre de usuario: oatey)

Aplicación Calm

Suscripción a la aplicación CALM

La seguridad y el bienestar de los asociados de Oatey son siempre una y la necesidad de centrarse en la salud mental es mayor que nunca. Póngase en contacto con su socio local de RR.HH. para recibir el reembolso del 100% de su suscripción anual a Calm.

Calm es una aplicación móvil de apoyo a la salud mental con funciones de meditación, ayuda para dormir y música. Descargar la aplicación (https://www.calm.com/) para activar su suscripción.

Productos voluntarios adicionales

Las prestaciones voluntarias son coberturas opcionales que le ayudan a adaptar sus prestaciones a sus necesidades individuales. Usted paga todo el coste de estos planes, pero las tarifas pueden ser más asequibles que las de la cobertura individual. Además, tiene la comodidad añadida de pagar mediante deducciones en nómina.

Grupo voluntario de accidentes y lesiones (UNUM)

Nadie planea tener un accidente, pero puede ocurrir en cualquier momento del día, ya sea en el trabajo o jugando. La mayoría de los seguros de gastos médicos mayores sólo pagan una parte de las facturas. Nuestra póliza de accidentes puede ayudar a cubrir lo que otros seguros dejan y proporciona dinero en efectivo para cubrir los gastos. Nuestra cobertura de accidentes ayuda a ofrecer tranquilidad cuando se produce una lesión accidental.

Enfermedad crítica voluntaria de grupo (UNUM)

Los signos que apuntan a una enfermedad crítica no siempre son claros y pueden no ser prevenibles, pero nuestra cobertura puede ayudar a ofrecer protección financiera en caso de que se le diagnostique. La cobertura voluntaria de grupo UNUM por enfermedad crítica proporciona una prestación en metálico a tanto alzado para ayudarle a cubrir los gastos directos asociados a una enfermedad crítica. Las personas aseguradas también tienen derecho a una prestación de $75 por año natural en concepto de examen médico si se realiza un examen médico cubierto y se presenta la documentación requerida a UNUM.

Indemnización hospitalaria voluntaria de grupo (UNUM)

La cobertura de indemnización hospitalaria de grupo abona las prestaciones por ingreso e internamiento en un hospital. Los pagos le llegan directamente a usted para que los gaste como prefiera.

Plan jurídico voluntario (ARAG)

La vida está llena de situaciones legales. Algunas están previstas, como hacer testamento, y otras son más inesperadas, como luchar contra una multa de tráfico o recuperar la fianza de un casero difícil. El seguro de defensa jurídica hace que le resulte asequible obtener la ayuda legal que necesita: los honorarios de los abogados de la red se pagan íntegramente al 100% en la mayoría de los asuntos cubiertos.

Para más información, llame al 1 (800) 247-4184 o visite www.ARAGlegal.com/myinfo (Código de acceso: 10782oc).

Seguro voluntario para animales de compañía (a escala nacional)

Proteger a los miembros de su Familia de cuatro patas y plumas en un mundo incierto no siempre es fácil. El seguro para mascotas Nationwide® le ayuda a cuidar de sus mascotas y a proteger su bolsillo reembolsándole las facturas veterinarias elegibles relacionadas con accidentes, enfermedades, cuidados preventivos y mucho más.

Lo mejor de todo es que recibirá un precio preferente cuando se inscriba en el trabajo, lo que hace que esta protección para su tranquilidad sea aún más asequible. Los planes están disponibles para perros, gatos, pájaros y mascotas exóticas, y nuestros afiliados pueden acudir a cualquier veterinario, incluso a especialistas y proveedores de atención de urgencia.

- Precios preferentes para empleados
- Visite a cualquier veterinario, en cualquier lugar
- Puede elegir entre un reembolso del 70% o del 50%.
- Baja franquicia anual de 250
- Fácil presentación de reclamaciones en línea

Visite www.PetsNationwide.com o llame al (877) 738-7874 para un presupuesto rápido y sin compromiso, ¡hoy mismo!

Plan de ahorro para la jubilación 401(k)



El Oatey Co. Profit Sharing Retirement Trust and Savings Incentive Plan proporciona una manera fácil de ahorrar para su futuro a través de deducciones en nómina. Con la aportación de la empresa y el interés compuesto, incluso una pequeña cantidad puede crecer con el tiempo. El plan está administrado por Fidelity Investments.

Elegibilidad

Tiene derecho a participar en el plan el día que empieza a trabajar para la empresa.

Contribuciones de los asociados

Las contribuciones de su salario se realizan antes de impuestos hasta el límite anual del IRS. También puede realizar aportaciones Roth 401(k) después de impuestos. Si tiene 50 años o más (o los cumplirá a finales de año), puede realizar una aportación de recuperación además del límite anual normal del IRS. Las cotizaciones de los asociados se consolidan al 100%.

Los asociados se inscriben automáticamente al 3%, sin embargo, tienen la opción de cambiar el importe de su contribución en cualquier momento. Asimismo, se aplica automáticamente un incremento anual del 1% cada mes de marzo hasta alcanzar el tope anual del 10%. Los afiliados pueden renunciar tanto a la afiliación automática como al incremento automático.

Contribuciones del empleador

Oatey realizará aportaciones equivalentes a su cuenta en función de sus contribuciones. La aportación 401(k) es el 100% de la cantidad que aplazas hasta el 5% de tu compensación elegible.

Los asociados adquieren inmediatamente la titularidad de las aportaciones de igualación de la empresa realizadas después del 1/1/2017.

Visite Fidelity en www.401k.com para inscribirse y gestionar su cuenta, inversiones y aportaciones, o póngase en contacto con la Línea de Beneficios de Fidelity Retirement para obtener asistencia en el 1-800-835-5095.

Nuevo Centro de Educación sobre Medicare



Recursos Gratuitos Disponibles

El Centro de Educación sobre Medicare en Ozone es un recurso centralizado para ayudarse a comprender la elegibilidad, inscripción y opciones de planes de Medicare con confianza.

Ya sea que se estés acercando a los 65 años, que ya seas elegible para Medicare o que esté apoyando a un cónyuge o padre durante esta transición, este Centro está aquí para proporcionar información confiable, herramientas útiles y apoyo continuo.

Contactos

¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda?

Póngase en contacto con nuestro equipo de servicio en: TOBenefits@tayloroswald.com | 216-206-6823

Horario de apertura

- lunes -viernes 8am-5pm horas EST
- lunes -viernes 7am-4pm horas EST

Póngase en contacto con Benefits@oatey.com para cualquier cambio en sus prestaciones que no esté relacionado con su inscripción inicial o anual.

Contactos de nuestros proveedores

PLAN DE PRESTACIONES	PROVEEDOR	NÚMERO DE TELÉFONO	PÁGINA WEB
Médico	Aetna Inc	1-800-238-6716 Rx de pedido por correo: 1-888-792-3862	www.aetna.com
Dental PPO	Delta Dental	1-800-524-0149	www.deltadentaloh.com
Visión	United Healthcare	Servicio: 1-800-638-3120 Proveedores: 1-800-839-3242	www.myuhcvision.com
Vida y AD&D	Lincoln Financial	1-888-787-2129	www.mylincolnportal.com Código de empresa: OATEY
Incapacidad a corto plazo (STD)	Lincoln Financial	Recepción:1-800-713-7384 Preguntas: 1-800-210-0268	www.mylincolnportal.com Código de empresa: OATEY
Incapacidad a largo plazo (LTD)	Lincoln Financial	1-800-210-0268	www.mylincolnportal.com Código de empresa: OATEY
Vida voluntaria	Lincoln Financial	1-888-787-2129	www.mylincolnportal.com Código de empresa: OATEY
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	SupportLinc	1-888-881-5462	www.supportlinc.com Nombre de Usuario: oatey
Cuenta de Gasto Flexible	Inspira Financial	1-844-729-3539	inspirafinancial.com
Cuenta de Ahorro Sanitario	Fidelity Investments	1-800-544-3716	www.fidelity.com/FidelityHSA
Telemedicina	Teladoc	1-855-Teladoc (835-2362)	www.teladoc.com/myaetna
Enfermedad Crítica Voluntaria, Accidentes e Indemnización Indemnización	UNUM	1-800-635-5597	www.unum.com
Panes jurídicos	ARAG	1-800-247-4184	www.araglegal.com/myinfo Código de empresa: 10782oc
Seguro Para Mascotas	Nationwide	1-877-738-7874	www.petsnationwide.com
Servicios de planes de jubilación	Fidelity	1-800-835-5095	www.401k.com

INSCRIPCIÓN ABIERTA Y AVISOS DE PARTICIPANTES DEL PLAN 2027

¿ERES TÚ O UN FAMILIAR, ELEGIBLE PARA MEDICARE (O ESTÁS A PUNTO DE CONVERTIRTE
¿ES ELEGIBLE PARA MEDICARE)? SI ES ASÍ, ¡POR FAVOR LEE Y GUARDA TUS REGISTROS!

Aviso de Cobertura Creditable

Se espera que la cobertura de medicamentos con receta proporcionada bajo el Plan de Salud y Bienestar de Oatey Co. pague, de media, lo mismo o más que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Esto se conoce como "cobertura creditable".

Por qué es importante esto

Esta información es para ayudarte a decidir si quieres o no unirte a un plan de medicamentos de Medicare. Es importante que quienes cumplan los requisitos tanto para Medicare como para un plan de salud grupal miren con antelación y valoren los costes, beneficios y condiciones de participación de las distintas opciones de forma regular, si no anual. Según hechos y circunstancias individuales, algunos eligen elegir solo Medicare, otros eligen la cobertura solo bajo el plan de salud grupal, mientras que algunos optan por inscribirse en ambas. Cuando ambos son elegidos, los beneficios se coordinan según las Normas de Pagador Secundario de Medicare. Es decir, uno u otro plan *reduciría el pago* para evitar que te reembolsen la cantidad total de ambas fuentes. Tu edad, el motivo de tu elegibilidad para Medicare y otros factores determinan qué plan es primario (paga primero, generalmente sin reducciones) y qué segundo paga (paga segundo, generalmente con reducciones).

Hay dos cosas importantes que debes saber sobre tu cobertura actual y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puedes obtener esta cobertura si te unes a un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare o a un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. Oatey Co. ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por el plan de salud de Aetna es, de media, para todos los participantes del plan, que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por tanto, se considera Cobertura Creditable. Como tu cobertura actual es Creditable Coverage, puedes conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si luego decides unirte a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puedes unirte a un plan de medicamentos de Medicare?

Las personas elegibles pueden unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sean elegibles por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierdes tu cobertura creditable actual, sin que sea culpa tuya, también serás elegible para un Periodo Especial de Inscripción (SEP) de dos (2) meses para unirte a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué ocurre con tu cobertura actual si decides unirte a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decides unirte a un plan de medicamentos de Medicare, tu cobertura actual de Oatey Co. puede o no verse afectada, al igual que la cobertura de dependientes. En https://www.cms.gov/medicare/prescription-drug-coverage/creditablecoverage?redirect=/creditablecoverage/ hay orientación adicional que detalla las disposiciones/opciones del plan de medicamentos con receta que las personas elegibles para Medicare pueden tener cuando sean elegibles para la Parte D de Medicare.

¿Cuándo pagarás una prima (penalización) más alta para unirte a un plan de medicamentos de Medicare?

También debes saber que si cancelas o pierdes tu cobertura actual con Oatey Co. y no te unes a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a su finalización, podrías pagar una prima más alta (una penalización) para unirte a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Si pasas 63 días continuos o más sin cobertura creditable de medicamentos con receta, tu prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima base de beneficiario de Medicare por mes por cada mes en que no hayas tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasas diecinueve meses sin cobertura creditable, tu prima puede ser consistentemente al menos un 19% superior a la prima base de beneficiario de Medicare. Puede que tengas que pagar esta prima más alta (una penalización) siempre que tengas cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, puede que tengas que esperar hasta octubre siguiente para unirte.

Para más información sobre este aviso o sobre tu cobertura actual de medicamentos con receta

Contacte con la persona indicada a continuación para más información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo periodo en que pueda unirse a un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Oatey Co. cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Contacto--Puesto/Oficina: Director de Recursos Humanos
Dirección: 20600 Emerald Parkway, Cleveland, OH 44135
Número de teléfono: (800) 321-9532

Para más información sobre tus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta está en el manual "Medicare & You". Cada año recibirás una copia del manual por correo de Medicare. También puedes ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. Visita www.medicare.gov
2. Llama a tu Programa de Asistencia de Seguro Médico Estatal (consulta la contraportada interior de tu copia del manual "Medicare & You" para su número de teléfono) para recibir ayuda personalizada
3. Llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tienes ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para información sobre esta ayuda adicional, visita la Seguridad Social en la web en www.socialsecurity.gov o llámales al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerda: Conserva este aviso de Cobertura Creíble. Si decides unirte a uno de los planes de medicamentos de Medicare, puede que se te pida proporcionar una copia de este aviso al unirte para demostrar si has mantenido una cobertura creditable y, por tanto, si estás obligado a pagar una prima más alta (una penalización).

Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA

Está recibiendo este Aviso de Privacidad porque es elegible para participar en planes de salud grupales patrocinados por el empleador. Los Planes de Salud están comprometidos a proteger la confidencialidad de cualquier información sanitaria recopilada sobre una persona. Este Aviso describe cómo el Plan de Salud puede utilizar y divulgar "información sanitaria protegida" (PHI). Para que la información se considere "PHI", debe cumplir tres condiciones:

La información es creada o recibida por un proveedor de atención sanitaria, plan de salud, empleador o centro de atención sanitaria; La información se refiere a la condición de salud física o mental pasada, presente o futura de un individuo; la prestación de atención sanitaria a un individuo; o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención sanitaria a un individuo; y la información identifica al individuo o proporciona una base razonable para creer que puede usarse para identificarlo.

El Plan de Salud está obligado por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) a proporcionar este Aviso a una persona. Además, el Plan de Salud está obligado por ley a:

Mantener la privacidad de la "información sanitaria protegida" (PHI) de una persona y proporcionarte el Aviso de Privacidad sobre sus deberes legales y prácticas de privacidad respecto a la PHI, y seguir los términos de su Aviso de Privacidad vigente.

Los empleados del patrocinador del plan que administran y gestionan este Plan de Salud solo pueden utilizar PHI para fines apropiados del plan (como para pagos u operaciones sanitarias), pero no para fines de otros beneficios no proporcionados por este plan, ni para fines laborales relacionados con el empleador del plan. Estas personas deben cumplir con los mismos requisitos que se aplican al Plan de Salud para proteger la confidencialidad de PHI.

Cobertura de dependientes

Las personas cuya cobertura terminó, o a las que se les denegó la cobertura (o no eran elegibles para la cobertura), porque la disponibilidad de la cobertura de los dependientes de los hijos terminó antes de cumplir los 26 años, son elegibles para inscribirse en el Plan. Las personas pueden solicitar la inscripción de dichos hijos durante 30 días a partir de la fecha de aviso. Con efecto en el primer día del Año del Plan que comenzó el 23 de septiembre de 2010 o después.

Limitaciones de por vida

El límite vitalicio sobre el valor en dólares de las prestaciones bajo el Plan ya no se aplica. Las personas cuya cobertura terminó por alcanzar un límite vitalicio bajo el plan son elegibles para inscribirse en el plan. Las personas disponen de 30 días desde la fecha de este aviso para solicitar la inscripción. Para más información, contacte con el Administrador del Plan.

Revocación

La rescisión, que la cobertura puede ser legalmente anulada desde el día en que el Plan comenzó a proporcionarte cobertura, como si nunca hubieras tenido cobertura bajo el Seguro. Tu cobertura solo puede ser revocada si tú (o una persona que solicite cobertura en tu nombre) realizas un acto, práctica u omisión que constituya fraude, o a menos que tú (o una persona que busque cobertura en tu nombre) realice una tergiversación intencionada de un hecho material, tal y como prohíben los términos de tu Plan. Se te proporcionará un aviso previo de treinta (30) días naturales antes de que se rescinda tu cobertura. Tienes derecho a solicitar una apelación interna contra la revocación de tu cobertura. Una vez agotado el proceso de apelación interna, tienes el derecho adicional de solicitar una revisión externa independiente. Consulta la sección de Procedimiento de Reclamaciones bajo el Plan para más información.

Usos y divulgaciones de información sanitaria protegida (PHI)

Las siguientes categorías describen las formas en que el Plan de Salud puede utilizar y divulgar información sanitaria protegida. Para cada categoría de usos y divulgaciones, se proporcionarán ejemplos. No se listarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que el Plan de Salud puede utilizar y divulgar información entrarán en una de estas categorías.

Fines de tratamiento. El Plan de Salud puede divulgar la PHI a un profesional sanitario para los fines de tratamiento del profesional. Por ejemplo, si el médico de atención primaria (PCP) o el proveedor médico tratante de una persona la deriva a un especialista para su tratamiento, el Plan de Salud puede revelar la PHI de la persona al especialista al que ha sido derivada para que pueda familiarizarse con la condición médica de la persona, sus diagnósticos y tratamientos previos, y su pronóstico.

Fines de pago. El plan de salud puede utilizar o divulgar información sanitaria con fines de pago; por ejemplo, determinar la elegibilidad para los beneficios del plan, obtener primas, facilitar el pago del tratamiento y servicios que recibe de proveedores sanitarios, determinar la responsabilidad del plan por los pagos de beneficios y coordinar beneficios con otros planes de prestaciones. Ejemplos de funciones de pago pueden incluir revisar la necesidad médica de los servicios sanitarios, determinar si un tratamiento particular es experimental o en investigación, o determinar si un tratamiento específico está cubierto por el plan

Operaciones de Atención Sanitaria. El Plan de Salud puede utilizar PHI para sus propias operaciones sanitarias y puede divulgar PHI para llevar a cabo actividades relacionadas con el seguro necesarias. Algunos ejemplos de Operaciones de Atención Sanitaria pueden incluir: suscripción, calificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del plan; realización de actividades de evaluación y mejora de calidad; establecimiento de contratos; realización o organización de revisión médica, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso; y planificación empresarial, gestión y administración general del Plan de Salud.

A un Asociado Comercial del Plan de Salud. El Plan de Salud puede divulgar PHI a un Asociado Comercial (BA) del Plan de Salud, siempre que exista un Acuerdo válido de Asociado Comercial entre el Asociado de Negocios y el Plan de Salud. Un Asociado Comercial es una entidad que desempeña una función en nombre del Plan de Salud y que utiliza PHI para hacerlo o presta servicios al Plan de Salud como servicios legales, actuariales, contables, de consultoría o administrativos. Ejemplos de Asociados Comerciales incluyen a los Administradores Terceros (TPAs), el Actuario y el Corredor del Plan de Salud.

Al Patrocinador del Plan de Salud. El Plan de Salud puede divulgar PHI al Patrocinador del Plan siempre que el patrocinador haya modificado sus documentos del plan, proporcionado una certificación al Plan, establecido ciertas salvaguardas y cortafuegos para limitar las clases de empleados que tendrán acceso a

la PHI, y limitar el uso de PHI a fines del plan y no para fines no permitidos, según lo requiera la Regla de Privacidad. Cualquier divulgación al patrocinador del plan debe ser para fines de administración del Plan. Algunos ejemplos pueden incluir: divulgación de apelaciones de reclamaciones al Comité de Beneficios del Plan, para fines de gestión de casos o para desempeñar funciones administrativas del plan.

El Plan de Salud también puede divulgar información sobre inscripción/baja al patrocinador del plan, solo para fines de inscripción o desinscripción, y puede divulgar "Información Sanitaria Resumida" (según la definición de las regulaciones de privacidad médica HIPAA) al patrocinador del plan con el fin de obtener ofertas de primas o modificar o terminar el plan.
Requerida por la ley o solicitada como parte de un procedimiento regulatorio o legal. El Plan de Salud puede utilizar y divulgar la información de interés personal según lo requiera la ley o cuando lo solicite como parte de un procedimiento regulatorio o legal. Por ejemplo, el Plan de Salud puede divulgar información médica cuando lo requiera una orden judicial en un procedimiento litigial, o conforme a una citación, o cuando sea necesario para cumplir con las leyes de compensación laboral.

Existen límites en el uso y divulgación de PHI por parte del Plan respecto a divulgaciones relacionadas con la Atención de Salud Reproductiva. En relación con dichas solicitudes, si una solicitud puede afectar a la Atención de Salud Reproductiva, según lo definido en la Política y los Reglamentos HIPAA, el Plan debe obtener una Atestación para verificar que el uso o divulgación solicitado no es para un Propósito Prohibido, según lo definido por el Reglamento. Los Fines Prohibidos en este sentido incluyen lo siguiente; 1) realizar investigaciones penales, civiles o administrativas sobre cualquier persona por el mero hecho de solicitar, obtener, proporcionar o facilitar atención reproductiva legal; 2) imponer responsabilidad penal, civil o administrativa a cualquier persona por el mero acto de buscar, obtener, provocar o facilitar la atención legal de la salud reproductiva; y/o 3) identificar a cualquier persona para los fines de los puntos (1) y (2). Ciertos tipos de solicitudes requieren automáticamente Atestación.

Además, cuando se solicita tratamiento para trastornos por consumo de sustancias relacionado con PHI, existen límites en las divulgaciones permitidas relacionadas con procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos contra la persona, salvo que se basen en consentimiento por escrito o en una orden judicial tras notificar que se le proporciona la oportunidad de obtener al individuo o al titular del registro. Una orden judicial que autorice el uso o divulgación debe ir acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a divulgar antes de que la PHI pueda ser utilizada o divulgada.

actividades de salud pública o para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad. El Plan de Salud puede divulgar PHI a las autoridades de salud pública con fines relacionados: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; denunciar abuso o negligencia infantil; denunciar violencia doméstica; informar a la Administración de Alimentos y Medicamentos sobre problemas con productos y reacciones a medicamentos; y reportar exposición a enfermedades o infecciones.

Aplicación de la ley o funciones gubernamentales específicas. El Plan de Salud puede divulgar PHI al personal de las fuerzas del orden para fines como identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; cumplir con una orden judicial o citación; y otros fines de aplicación de la ley.

Otros usos y divulgaciones solo se realizarán con la autorización por escrito de la persona o la de su representante legal, y la persona podrá revocar dicha autorización según lo previsto en la sección 164.508(b)(5) de la Regla de Privacidad. Cualquier divulgación realizada cuando la Autorización del individuo estaba en vigor no será revocada.

Derechos de una persona respecto a la PHI

Una persona tiene los siguientes derechos respecto a su PHI:

Derecho a inspeccionar y copiar PHI. Una persona tiene derecho a inspeccionar y copiar información sanitaria sobre ella que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre los beneficios del plan. Si solicita una copia de la información, se puede cobrar una tarifa razonable para cubrir los gastos asociados a su solicitud.

Derecho a solicitar restricciones). Una persona tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI (aunque el Plan de Salud no está obligado a aceptar una restricción solicitada).

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales de PHI). Una persona tiene derecho a recibir su PHI por un medio alternativo razonable o en un lugar alternativo si cree que el método habitual del Plan de Salud para comunicar PHI puede ponerle en peligro.

Derecho a solicitar una enmienda. Una persona tiene derecho a solicitar al Plan de Salud que modifique su información de salud que considere incorrecta o incompleta. El Plan de Salud no está obligado a cambiar la HI, pero sí a proporcionar una respuesta a la persona en cualquiera de los dos casos.

Derecho a la contabilidad de las divulgaciones. Una persona tiene derecho a recibir una lista o "contabilidad de las divulgaciones" de su información sanitaria realizada por el Plan de Salud, excepto las divulgaciones realizadas por el Plan de Salud para tratamiento, pago o operaciones sanitarias, seguridad nacional, fuerzas del orden o personal penitenciario, conforme a la Autorización del individuo o al propio individuo. La solicitud de una persona debe especificar un periodo de hasta seis años y no puede incluir fechas anteriores al 1 de mayo de 2010 (fecha de entrada en vigor de esta normativa). El Plan de Salud proporcionará una sola declaración de información gratuita una vez cada periodo de 12 meses.

Notificación de incumplimiento. Una persona tiene derecho a recibir notificación de una brecha de su información médica no asegurada. La notificación puede retrasarse si es así, y si es requerida por un agente de la ley. Si ha fallecido y se produce una brecha de su información médica, la notificación se comunicará a su familiar más cercano o representantes personales si el plan conoce la identidad y dirección de dicha persona(s).

Información genética Si la entidad cubierta por el Plan realiza la suscripción, la información genética de una persona no se utilizará para la suscripción excepto en planes de cuidados a largo plazo.

Derecho a la copia en papel. Una persona tiene derecho a recibir una copia en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento.

Las responsabilidades del plan de salud respecto a la PHI de un individuo

El Plan de Salud es una "entidad cubierta" (CE) y tiene responsabilidades bajo HIPAA respecto al uso y divulgación de PHI. El Plan de Salud tiene la obligación legal de mantener la privacidad de PHI y de notificar a las personas sus deberes legales y prácticas de privacidad respecto a PHI. El Plan de Salud está obligado a cumplir los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad vigente (el "Aviso"). El Plan de Salud se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento y de hacer efectivas las disposiciones revisadas del Aviso para todos los PHI que mantenga el Plan, incluso los PHI obtenidos antes de la fecha de entrada en vigor de las revisiones. Si el Plan de Salud revisa el Aviso, el Plan de Salud distribuirá rápidamente un Aviso revisado a todos los participantes inscritos activamente siempre que se haya realizado un cambio relevante. Hasta ese momento, el Plan de Salud está obligado por ley a cumplir con la versión actual de este Aviso.

La queja será investigada y se proporcionará una respuesta por escrito a la persona dentro de los 30 días siguientes a su recepción. Se presentará un resumen escrito de la queja y cualquier acción correctiva tomada ante el Responsable de Privacidad. El Plan de Salud no tomará represalias contra la persona de ninguna manera por presentar una queja.

Si una persona desea que su queja sea revisada por una agencia externa, puede contactar con el Departamento de Salud y Servicios Humanos en la siguiente dirección:

Departamento de Salud y Servicios Humanos
El Edificio Hubert H. Humphrey
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20210

Aviso de inscripción especial del plan HIPAA

Si rechazas tu inscripción en el Plan, o rechazas la cobertura para tu cónyuge o uno de tus dependientes, debido a otra cobertura de seguro médico o de un plan de salud grupal, es posible que puedas inscribirte a ti mismo y a tus dependientes en el Plan si tú o tus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura, o si el empleador deja de contribuir a dicha otra cobertura. Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a que finalice tu cobertura o la de tus dependientes, o después del periodo en que el empleador dejó de contribuir a dicha otra cobertura si dicho pago se aplica a tu situación.

Además, si tienes un nuevo dependiente, como resultado de tu matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, podrías inscribirte a ti mismo y a tus dependientes. Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, por favor contacte con el Administrador del Plan que figura en la Descripción Resumida del Plan o contacte con el personal del departamento de Recursos Humanos para más información.

Aviso de Información Genética

La Ley de No Discriminación en Información Genética de 2008 (GINA) prohíbe a empleadores y otras entidades cubiertas por el Título II de GINA solicitar o exigir información genética de un individuo o familiar del individuo, salvo que lo permita específicamente esta ley. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica.

La "información genética", tal como la define GINA, incluye la historia médica familiar de una persona, los resultados de las pruebas genéticas de un individuo o familiar, el hecho de que un individuo o un familiar de un individuo solicitó o recibió servicios genéticos, y la información genética de un feto portado por un individuo o un familiar de un individuo o de un embrión legalmente poseído por un individuo o familiar que recibe servicios de reproducción asistiva.

Paridad entre la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias

Vigentes para los años del Plan a partir del 1 de julio de 2010, los beneficios bajo los Planes que proporcionan Beneficios de Salud Mental están sujetos a la normativa final que apoye la Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicciones de 2008 (MHPAEA). Los beneficios para condiciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias que estén cubiertos por los Servicios de Salud Cubiertos bajo la Política deben tratarse de la misma manera y proporcionarse al mismo nivel que los Servicios de Salud Cubiertos para el tratamiento de otras Enfermedades o Lesiones. Los beneficios para Servicios de Salud Mental y Servicios de Trastornos por Consumo de Sustancias no están sujetos a ningún límite máximo anual de beneficios (incluyendo cualquier límite de día, visita o dinero).

La MHPAEA exige que los requisitos financieros para coseguros y copagos para condiciones de salud mental y trastornos por uso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos de coaseguro y copago para prácticamente todos los beneficios médicos/quirúrgicos. La MHPAEA exige que se apliquen pruebas específicas a las clasificaciones de beneficios para determinar el impacto de estos requisitos financieros en los beneficios por salud mental y trastornos por uso de sustancias. Basándose en los resultados de esas pruebas, es posible que se reduzcan los coseguros o copagos que se aplican a condiciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias en tu plan de beneficios.

Divulgación sobre el cuidado de recién nacidos y madres primerizas

Este Plan generalmente no restringe, de acuerdo con la legislación federal aplicable, los beneficios por la duración de la estancia hospitalaria relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal, ni a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, de acuerdo con esa misma ley federal, este Plan generalmente no prohíbe que el proveedor de la madre o del recién nacido, tras consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, este Plan no requiere, de acuerdo con la ley federal, que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una estancia que no exceda 48 horas (o 96 horas).

Aviso anual y regular de la Ley de Derechos de la Salud de la Mujer y el Cáncer de 1998 (WHCRA)

Según lo exigido por la Ley de Derechos de la Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998, salvo cualquier indicación en contrario, el Plan cubre para: 1) todas las etapas de reconstrucción del seno en las que se ha realizado la mastectomía; 2) cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y 3) prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas, de manera determinada en consulta con el médico responsable y la paciente. Dicha cobertura puede estar sujeta a deducibles anuales y disposiciones de coaseguro según se considere apropiado y sean coherentes con las establecidas para otros beneficios bajo el plan o cobertura. El aviso por escrito de la disponibilidad de dicha cobertura deberá entregarse al participante al momento de la inscripción y anualmente a partir de entonces. Contacte con el Administrador del Plan que figura en la Descripción Resumida del Plan o contacte con el personal del departamento de Recursos Humanos para más información.

Asistencia para primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP)

Si tú o tus hijos sois elegibles para Medicaid o CHIP y sois elegibles para cobertura sanitaria de vuestro empleador, es posible que vuestro estado tenga un programa de asistencia para primas que ayude a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si vosotros o vuestros hijos no sois elegibles para Medicaid o CHIP, no seréis elegibles para estos programas de asistencia a primas, pero podréis comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para más información, visite www.healthcare.gov.
Si tú o tus dependientes ya estáis inscritos en Medicaid o CHIP y vivís en un estado que se indica a continuación, contactad con la oficina de Medicaid o CHIP de tu estado para saber si hay ayuda para la prima disponible.

Si tú o tus dependientes NO estáis actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y crees que tú o alguno de tus dependientes podríais ser elegibles para cualquiera de estos programas, contacta con la oficina de

Medicaid o CHIP de tu estado o llama al 1-877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para saber cómo solicitar. Si cumples los requisitos, pregunta a tu comunidad autónoma si tiene algún programa que te ayude a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia de primas bajo Medicaid o CHIP, así como son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días siguientes a ser declarado elegible para la asistencia de primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en su plan de empleador, contacte con el Departamento de Trabajo en 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 ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada a 31 de enero de 2026. Contacte con su Estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Página web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud de AK Página web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	**CALIFORNIA – Medicaid**
Página web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Página web del Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP): http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Plan de Salud Infantil Plus (CHP+)	**FLORIDA – Medicaid**
Página web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Relevo Estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente CHP+: 1-800-359-1991/State Relay 711 Programa de Compra de Seguro de Salud (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio de atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Página web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	**INDIANA – Medicaid**

Página web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Pulsa 1 Página web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Pulsa 2	Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud Todos los demás Medicaid Página web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Familiares y Sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de Servicios a Miembros: 1-800-457-4584
ILLINOIS - Medicaid	**KANSAS – Medicaid**
Información sobre la Asistencia de Primas de Medicaid en Illinois Página web de solicitud de Medicaid: https://abe.illinois.gov Número de línea directa de HIPP: 217-524-8268 Correo electrónico HIPP: mhfs.boc.hipp@illinois.gov	Página web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	**LOUISIANA – Medicaid**
Página web del Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro de Salud de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Página web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid en Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web de Medicaid de Luisiana: https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Línea de atención al cliente de Medicaid: 1-888-342-6207 Correo electrónico de Medicaid de Luisiana: healthy@la.gov Página web del Programa de Primas de Seguro de Salud de Luisiana (LaHIPP): https://www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono LaHIPP: 1-877-697-6703 LaHIPP email: La.HIPP@la.gov fax LaHIPP: 1-888-716-9787 Dirección postal de LaHIPP: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000 Tucker, GA 30084
MAINE – Medicaid	**MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP**
Página web de matrícula: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Relé 711 de Maine Página web de primas de seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Relé 711 de Maine	Página web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	**MISSOURI – Medicaid**

Página web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Página web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	**NEBRASKA – Medicaid**
Página web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov	Página web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	**NEW HAMPSHIRE – Medicaid**
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Página web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	**NUEVA YORK – Medicaid**
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/DMAHS/clientes/Medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia CHIP Premium: 609-631-2392 Página web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	Página web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	**DAKOTA DEL NORTE – Medicaid**
Página web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Página web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	**OREGON – Medicaid y CHIP**
Website: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Página web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	**RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP**

Página web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Página web de CHIP: Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) (pa.gov) Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Página web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea Directa de Compartir Radio)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	**DAKOTA DEL SUR - Medicaid**
Página web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Página web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	**UTAH – Medicaid y CHIP**
Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) | Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493	Página web de la Asociación Premium para el Seguro de Salud (UPP) de Utah: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Página web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Página web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Página web de CHIP: https://chip.utah.gov/
VERMONT– Medicaid	**VIRGINIA – Medicaid y CHIP**
Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) | Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427	Página web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	**VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP**
Página web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	Página web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	**WYOMING – Medicaid**

Página web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Página web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para primas desde el 31 de enero de 2026, o para más información sobre los derechos de inscripción especial, contacte con cualquiera de:

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

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