

to BARONA®
RESORT & CASINO
SAN DIEGO

**2026 Guía de
Información Sobre
los Beneficios**

Dele un vistazo a sus beneficios

PROFUNDICE EN LAS OPCIONES, LOS PROGRAMAS Y LOS RECURSOS

Sección	Página #
Elegibilidad e inscripción	5
Plan(es) de cobertura médica	8
Plan(es) de salud suplementario(s)	16
Plan(es) dental(es)	19
Plan(es) de la vista	22
Programa(s) de bienestar	24
Cuenta(s) de gastos	28
Vida y incapacidad	30
Jubilación	34
Programa de ayuda al empleado	36
Ventajas y más	38
Costos, directorio y avisos requeridos	42

Obtenga información sobre beneficios en su teléfono

iNGAGED



¿Llegó alguna vez al consultorio médico solo para darse cuenta de que olvidó su nueva tarjeta de seguro en casa? Con la aplicación iNGAGED, este escenario es cosa del pasado. La aplicación almacena toda su información de beneficios para que siempre esté a la mano cuando se necesite. Puede ver nuestras ofertas y recursos de beneficios, comunicarse rápidamente con nuestras compañías de seguros, almacenar imágenes de sus tarjetas de identificación de la compañía de seguros y ver los números de su grupo.



Encuéntrela como "iNGAGED Benefit" en App Store o Google Play, o escanee el código QR y use el código de la empresa "Barona" para iniciar sesión.

Esté atento a los ejemplos de beneficios



Nota rápida: estos ejemplos están destinados a ayudarlo a comprender los diferentes planes de salud que ofrecemos. Si tiene preguntas específicas, es una buena idea comunicarse con Recursos Humanos.



UN MENSAJE DE BARONA RESORT Y CASINO

Estimado miembro de equipo,

En Barona Resort & Casino sabemos que nuestra gente es el corazón de todo lo que hacemos. Nos enorgullece apoyarlos a usted y a su familia ofreciendo un programa integral de beneficios diseñado para cuidar su salud, bienestar financiero y tranquilidad.

En esta Guía de Información de Beneficios 2026–2027, encontrará detalles sobre sus opciones de beneficios para el plan anual del 1 de abril de 2026 hasta el 31 de marzo de 2027. Esta guía está pensada para ayudarle a entender sus beneficios y servir como un recurso en el que puede confiar durante todo el año.

Cada año, revisamos cuidadosamente nuestro programa de beneficios para equilibrar el constante aumento de los costos generales de salud con nuestro compromiso con nuestro equipo. Este año, **Barona volverá a absorber el aumento anual de costos**, permitiéndole seguir pagando las mismas primas de empleados que ha disfrutado durante los últimos años.

Si es un nuevo miembro del equipo, tendrá la oportunidad de inscribirse en beneficios durante su proceso de incorporación laboral. Para los miembros actuales del equipo, la Inscripción Abierta es la oportunidad anual de revisar y actualizar la selección de beneficios.

Tanto si se inscribe por primera vez como si está haciendo cambios, estamos aquí para apoyarle en cada paso del camino. Le animamos a que revise esta guía detenidamente y considere cómo estos beneficios pueden apoyarle mejor a usted y a su familia. Si tiene preguntas o quiere ayuda, su equipo de Recursos Humanos siempre está disponible para ayudarle.

Gracias por todo lo que hace y por ser una parte importante de la familia Barona.

**Un cordial saludo,
Barona Resort & Casino**



¡LE DAMOS LA BIENVENIDA!

Su tiempo con su equipo es importante, pero hay más en la vida que el trabajo. Los beneficios que encontrará aquí se eligieron cuidadosamente para apoyar su vida fuera del trabajo. Ya sea que la esté revisando por primera vez o solo visitándola, esta guía está diseñada para ayudarle a elegir los beneficios correctos. Hablaremos sobre beneficios de salud, odontología, visión, cuentas de gastos, jubilación y más.

También lo ayudaremos a usar esos beneficios cuando los necesite durante todo el año del plan. Encontrará respuestas a preguntas importantes como "¿Cómo agrego a mi nuevo hijo a mi seguro?" o "¿Cuánto tiempo de vacaciones tengo?"

Resumen del plan

¿ESTA GUÍA CONTIENE TODO LO QUE DEBO SABER SOBRE MI PLAN DE SALUD?

Si bien se enumeran muchos resúmenes breves de beneficios a lo largo de esta guía, son solo eso: resúmenes. Cuando quiera averiguar si su plan de salud pagará un servicio o un suministro médicos, es mejor echarle un vistazo a la evidencia de cobertura o a la descripción resumida del plan.

Una cosa importante a tener en cuenta es que para que su plan de salud pague por un servicio o suministro, debe ser supervisado por un médico. Algunas de las pautas para la cobertura también se reducen al tipo de plan que elija, sobre el cual aprenderá más en esta guía.

Hay más información importante en los documentos de su plan de salud llamados evidencia de cobertura y descripción resumida del plan. Estos documentos tienen más detalles sobre su cobertura. Puede encontrarlos comunicándose con Recursos Humanos. Son el último lugar donde deberá buscar si tiene preguntas sobre su cobertura, porque contienen el acuerdo vinculante entre usted y el plan.

Si nota diferencias entre los beneficios en esta guía y la evidencia de cobertura o la descripción resumida del plan, debe seguir lo que está escrito en esos documentos, no esta guía.

Se denomina "reclamo" cuando le pide a su plan de salud que cubra un suministro o servicio. Estos documentos tienen la información que necesita para que se revise su reclamo o para disputarlo si cree que ha habido un error.



Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, deben conocer sobre la ley Federal que les ofrece más opciones de cobertura de medicamentos recetados. Consulte la página 48 para obtener más detalles.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopiado, grabación, o de otro modo, sin el permiso previo por escrito de Marsh & McLennan Insurance Agency LLC. Las tarifas cotizadas para estos beneficios pueden estar sujetas a cambios según la inscripción final y/o los requisitos finales de suscripción. Este material es sólo para fines informativos y no es una oferta de cobertura ni un consejo médico. Contiene sólo una descripción parcial y general de los beneficios del plan o programa y no constituye un contrato. Consulte los documentos de su plan (Programa de beneficios, Certificado de cobertura, Acuerdo grupal, Certificado de seguro grupal, Folleto, Folleto certificado, Póliza grupal) para determinar las disposiciones contractuales vigentes, incluidos los procedimientos, exclusiones y limitaciones relacionadas con su plan. Todos los términos y condiciones de su plan o programa están sujetos a las leyes, regulaciones y políticas aplicables. En caso de conflicto entre el documento de su plan y esta información, los documentos del plan siempre regirán.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN



ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

RESPUESTAS RÁPIDAS A SUS PREGUNTAS



¿Quién puede inscribirse?

Los miembros del equipo de tiempo completo que trabajan regularmente al menos 25 horas o más por semana son elegibles para inscribirse en nuestro programa de beneficios. Más buenas noticias: también puede cubrir a su cónyuge, hijo(s) elegible(s) y cualquier otra persona indicada en una clase elegible para ese beneficio. Solo tenga en cuenta que es posible que deba estar registrado en un estado como miembro de una pareja de hecho o celebrar otro acuerdo oficial de pareja para brindarle cobertura a una pareja doméstica o su(s) hijo(s).

Es posible que una pareja doméstica registrada o sus hijos califiquen como sus personas a cargo de impuestos para fines fiscales estatales, incluso cuando no califiquen como sus personas a cargo para los impuestos federales.

Realizar cambios a los dependientes está sujeto a la verificación de elegibilidad para garantizar que solo las personas elegibles participen en nuestros planes. Se le pedirá que presente prueba de uno o más de los siguientes dentro de los 30 días siguientes a su elegibilidad:

- Certificación o licencia de matrimonio
- Prueba de Declaración de Sociedad Doméstica de California
- Certificado de nacimiento
- Sentencia final de divorcio.
- Documentos judiciales que demuestren responsabilidad legal por niños adoptados, niños en crianza temporal o niños bajo tutela legal.
- Certificación escrita del médico sobre la condición de discapacidad (para hijos dependientes mayores de 26 años incapaces de mantenerse por sí mismos)

Si no proporciona la documentación y los formularios de inscripción adecuados para realizar cambios a los dependientes dentro del período de 30 días, no podrá agregar los dependientes hasta el próximo período de inscripción abierta.

¿Cuándo comienza mi cobertura?

Miembros regulares del equipo de tiempo completo: pueden inscribirse tan pronto como sean contratados y la cobertura comienza el día 1 del mes siguiente a los 60 días de empleo.

Una vez que se inscriba en un plan de beneficios, no puede hacer ningún cambio hasta el final del año del plan, que es del 1 de abril de 2026 al 31 de marzo de 2027.

Si no cumple con la fecha límite para inscribirse, no puede inscribirse más tarde a menos que tenga lo que se llama un evento de vida calificado (QLE, por sus siglas en inglés); siempre es buena idea consultar con el administrador de su plan y el documento del plan de la sección 125 para ver si se le permite hacer un cambio a mitad de año según su situación.

¿Cómo me inscribo?



Formularios de inscripción en papel

- Sus formularios de inscripción en papel están disponibles en la Oficina de Recursos Humanos.
- Complete los formularios de inscripción en papel y devuélvalos a Recursos Humanos.
- Si tiene preguntas al completar sus formularios de inscripción, comuníquese con Recursos Humanos.

¿Puedo hacer cambios después de inscribirme?

Después de inscribirse, solo puede realizar cambios en sus beneficios si tiene lo que se llama un evento de vida calificado (QLE, por sus siglas en inglés). Un QLE es algo que le sucede a usted o a alguien de su familia. Los eventos de vida calificados QLE están definidos por el gobierno federal. Algunos ejemplos son:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un niño
- Fallecimiento de un dependiente
- Pérdida u obtención de la cobertura a través de nuestra organización u otro empleador por parte suya o de su cónyuge / pareja doméstica
- Inscripción en Medicare o Medicaid
- Una oportunidad especial de inscripción para registrarse en un plan del Mercado de Seguros de Salud Pública (es decir, Covered California u otro mercado administrado por el estado o healthcare.gov).

Estos son solo algunos ejemplos. Para obtener una explicación completa de los cambios en los eventos de vida calificados, comuníquese con Recursos Humanos.

Puede agregar o cancelar la cobertura si una o más de estas situaciones le suceden a su familia después de inscribirse. La mayoría de los cambios de eventos de vida calificados, como casarse o tener un bebé, son urgentes y deben abordarse dentro de los 30 días. Alternativamente, si perdió la elegibilidad o se inscribió en Medicaid, Medicare o programas estatales de seguro de salud, debe presentar la solicitud de cambio dentro de los 60 días. Siempre es una buena idea ponerse en contacto con Recursos Humanos para averiguar si puede hacer cambios.

Cómo acceder los SBCs

Utilice las computadoras de Family Dining para revisar los resúmenes de beneficios.

Los resúmenes de beneficios y cobertura (SBC) le brindan desgloses claros de su cobertura de servicios médicos, medicamentos recetados y beneficios de bienestar. Aquí se explica cómo acceder fácilmente a los resúmenes en las computadoras de Family Dining.

- Minimice la pantalla del Centro de Aprendizaje Barona haciendo clic en el icono "—" en la esquina superior derecha
- Busque el archivo con la etiqueta *Resúmenes de beneficios y cobertura de 2026*
- Haga doble clic en el archivo para abrirlo
- Elija la subcarpeta de beneficios que le gustaría explorar
- Haga clic en el icono redondo de color azul y verde en la parte inferior de la pantalla para devolver el ordenador a la pantalla del Centro de Aprendizaje de Barona.
- Los resúmenes también están disponibles en la carpeta Resúmenes de beneficios y cobertura 2026-2027 en J:\ ¡COMPARTIR PÚBLICAMENTE!

¿Tengo que inscribirme?

No. Puede renunciar a la cobertura médica, dental y/o de la vista si está cubierto a través de otro plan, como un plan ofrecido a través del trabajo de su cónyuge. Para renunciar a la cobertura, debes completar un formulario de rechazo. Tenga en cuenta que, si renuncia a la cobertura, no podrá volver a inscribirse en nuestros beneficios grupales hasta el próximo año en 1 de abril de 2027, a menos que, experimente un evento de vida calificado.

Puede inscribirse en un seguro de salud a través de nuestro programa de beneficios o adquirir una cobertura en otro lugar, como en un Intercambio de Seguros de Salud estatal o federal.

¿Tiene curiosidad sobre la reforma de salud y el mandato individual? Comuníquese con Recursos Humanos o visite www.cuidadodesalud.gov/es/. También puede visitar www.coveredca.com para obtener detalles sobre el Intercambio de Cobertura de Salud Cubierta del estado de California.

PLANES MÉDICOS



PLANES MÉDICOS



DESGLOSAR LOS TIPOS DE PLANES (Y COMPRENDER LOS ACRÓNIMOS)

HMO

En un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud o HMO (por sus siglas en inglés) su primer paso importante es elegir un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Su PCP le brindará atención o lo derivará a otros servicios. Cualquier otro servicio médico que necesite durante todo el año debe provenir de un cierto grupo de proveedores: los de la red del plan. Si acude a un proveedor o centro fuera de la red, el plan de salud no pagará por esos servicios a menos que sea una emergencia.

Ventajas

- Los gastos de bolsillo son más bajos
- Su PCP coordina su atención

Es ideal si...

...desea que se retire menos dinero de su cheque de pago quincenal y se siente cómodo con que PCP dirija su atención.

Gastos de bolsillo

Su plan de salud puede cobrar diferentes tarifas, como una tarifa fija, llamada copago, una tarifa que es un porcentaje del costo total del servicio, llamado coseguro, y una cantidad que debe pagarse antes de que su plan entre en vigencia, llamado deducible. A veces, estos tipos de tarifas son más bajas en una HMO que en otros tipos de planes.

Usar un plan HMO: Un ejemplo



Conozca a Ben. Ben necesitaba un examen anual, pero también le preocupaba un área de la piel. Ben primero fue al sitio web de la compañía de seguros, encontró un médico de atención primaria (PCP) dentro de la red e hizo una cita. Ben le contó al PCP sus preocupaciones sobre la piel, y el PCP derivó a Ben a un dermatólogo en la red del plan.

Eso funcionó muy bien para Ben. Encontrar un dermatólogo lo abrumaba y le gusta coordinar su atención con el PCP. La primera visita de Ben costó \$25 en copago, que contarán para el costo de bolsillo.

Para encontrar un proveedor en la red de su plan HMO:

Proveedores de Anthem HMO

Vaya a www.anthem.com/find-care

- Haga clic en "Búsqueda básica como invitado"
- En los menús desplegables seleccione:
- Plan o red médico
- California
- Médico (patrocinado por el empleador)
- Elija "Select HMO" o "California Care HMO" según el plan HMO que le interese

Proveedores de HMO de Kaiser

Vaya a www.kp.org/chooseyourdoctor

- Buscar por médico o ubicación
- Seleccionar "California – Sur"
- Buscar por Doctor o Ubicación
- Ingrese un código postal de 5 dígitos
- Seleccione "Buscar"

Proveedores de HMO de SIMNSA

Vaya a www.simnsa.com/

- Haga clic en "Lista de proveedores"
- Seleccione la red (esta es la ubicación)
- Seleccione el tipo de proveedor
- Seleccionar la especialidad
- Haga clic en "Buscar"
-



PPO

En un plan de Organización de Proveedores Preferidos o PPO (por sus siglas en inglés) usted tiene más flexibilidad al elegir a sus proveedores. Sin embargo, ahorrará la mayor cantidad de dinero cuando elija un proveedor u hospital dentro de la red del plan de salud. Puede elegir un proveedor que no esté en la red del plan de salud.

Ventajas

- Elija entre más proveedores
- No necesita una referencia para ver a un especialista

Gastos de bolsillo

Su plan de salud puede cobrar diferentes tarifas, como una tarifa fija llamada copago, una tarifa que es un porcentaje del costo total del servicio, llamada coseguro, y una cantidad que debe pagarse antes de que su plan entre en vigor, llamada deducible. En un plan PPO, usted seguirá siendo responsable de este tipo de cargos.

Es ideal si...

...quiere flexibilidad y opciones de proveedores. Se siente cómodo pagando más de su cheque de pago.

Nota:

Puede elegir a sus proveedores de atención médica, pero tenga en cuenta que es posible que tenga que pagar más por los servicios que están fuera de la red de su plan de salud.

Usar un plan PPO: Un ejemplo



Conozca a Syd, él estaba experimentando mucha ansiedad y quería ver a un psiquiatra. Syd ingresó al sitio web de la compañía de seguros y ubicó un proveedor dentro de la red. Syd pagó una tarifa de coseguro del 10% de \$20 después de visitar al psiquiatra. El psiquiatra le recetó un medicamento genérico, que le costó a Syd una tarifa de coseguro del 20% o \$2.50. Ambos pagos cuentan para el deducible anual de \$1,500 de Syd.

El plan PPO fue la mejor opción para Syd porque la planificación de visitas regulares al especialista era importante. Eso puede ser costoso con un plan de deducible alto. Al elegir el PPO, Syd ahorró dinero y recibió una gran atención.

Para encontrar un proveedor de PPO dentro de la red:

Proveedores de Anthem PPO

Vaya a www.anthem.com/find-care

- Haga clic en "Basic search as guest"
- En los menús desplegables seleccione:
 - Plan o red médica
 - California
 - Medical (Patrocinado por el empleador)
 - Elija "Prudent Buyer PPO"

Usando Un PPO (Dentro de la Red o Fuera de la Red)



Médico
Primario

o



Especialista



Ahorrar dinero en sus medicamentos

Sus beneficios cubren muchos medicamentos recetados, pero cuánto paga por ellos y cuánto cubre su plan de salud está determinado por un sistema de niveles. Estos niveles se parecen más a un pastel de capas que a un sistema de clasificación: La calidad es la misma sin importar dónde se encuentre, pero a medida que suba de nivel, puede ser más caro o difícil acceder al medicamento.

Estos son algunos ejemplos de los tipos de medicamentos en cada nivel:

Nivel 1:



Estos medicamentos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, pero cuestan menos.

Nivel 2:



Estos medicamentos son fabricados por un fabricante específico. Se ha demostrado que son los medicamentos más efectivos de su clase.

Nivel 3:



Medicamentos que no están en la lista de medicamentos preferidos de su plan de salud, que se llama su "formulario". Por lo general, esto sucede cuando hay una alternativa segura y efectiva que es menos costosa, a menudo genérica. Si su médico le receta un medicamento no incluido en el formulario, es una buena idea hablar con él o con su farmacéutico sobre alternativas genéricas.

Nivel 4:



Estos medicamentos tratan afecciones crónicas o complejas. Pueden requerir un almacenamiento especial o un monitoreo cuidadoso.

¿Por qué pagar más por sus medicamentos?

usar el correo – Miembros de Anthem



Puede ahorrar tiempo y dinero al recibir sus medicamentos directamente a través de un servicio de pedido por correo. Puede recibir una cantidad mayor, generalmente un suministro de 90 días que se envía regularmente a su puerta. Esto es beneficioso si usa medicamentos con regularidad.

Comenzar a usar Express Scripts (solo para miembros de Anthem) es simple:

CORREO: Pídale a su médico que le escriba una nueva receta para el suministro máximo de 90 días de su plan con resurtidos de hasta 1 año. Puede enviar sus recetas por correo en el sobre especial que recibe con sus materiales de inscripción.

EN LÍNEA: Regístrese para obtener una cuenta en <https://www.express-scripts.com/>.

LLAMAR: Los miembros pueden comunicarse con Express Scripts al 1-800-711-0917 para obtener ayuda.

FAX: Pídale a su médico que llame al 1-888-327-9791 para obtener instrucciones sobre cómo enviar un fax. Su médico debe tener su número de miembro.

usar el correo – Miembros de Kaiser



EN LÍNEA: Inicie sesión en su cuenta en www.kp.org y visite la página de la farmacia. Agregue la receta a su carrito y elija "Enviar por correo". Revisa tu pedido y envíalo.

"¿CUÁNTO COSTARÁN LOS SERVICIOS ESPECÍFICOS?"

Características principales del plan

SIMNSA Cross-Border HMO

	SIMNSA Network
Deducible anual del año calendario	
Individual	Ninguno
Familia	Ninguno
Desembolso máximo por año calendario ⁽¹⁾	
Individual	\$6,350
Familia	\$12,700
Servicios profesionales	
Médico de atención primaria (PCP)	\$7 Copago
Especialista	\$7 Copago
Consulta de telesalud	\$7 Copago
Examen de atención preventiva	Sin cargo
Radiografía y laboratorio de diagnóstico	Sin cargo
Diagnóstico complejo (MRI/CT Scan)	Sin cargo
Terapia Física	\$10 Copago
Infertilidad	Depende del servicio prestado
Hardware de visión	Descuentos disponibles
Servicios de acupuntura	\$10 Copago
Servicios quiroprácticos	No cubierto
Servicios hospitalarios	
Paciente interno	Sin cargo
Cirugía ambulatoria	Sin cargo
Ambulancia	Sin cargo
Clínica de urgencias	\$25 Copago en México / \$50 Copago fuera de México
Sala de emergencias	\$250 Copago
Salud mental y abuso de sustancias	
Paciente interno	Sin cargo
Paciente externo	\$7 Copago
Medicamentos recetados al por menor (suministro de 30 días)	
Nivel 1 - Genérica	\$10 Copago
Nivel 2 – Formulario	\$10 Copago
Nivel 3 – Fuera del formulario	\$10 Copago
Nivel 4 - Especializado	\$10 Copago
Medicamentos recetados por correo (suministro de 90 días)	
Nivel 1 - Genérica	
Nivel 2 – Formulario	
Nivel 3 – Fuera del formulario	No cubierto
Nivel 4 - Especializado	

(1) El máximo del bolsillo se basa en el máximo cargo permitido por la aseguradora. No incluye ninguna facturación del saldo que se pudiera hacer cuando se usan los servicios desembolso de un proveedor fuera de la red. Sus copagos, coseguro y deducible cuentan para sus límites de desembolso personal.

La información anterior es solo un resumen. Consulte su Evidencia de cobertura para ver los detalles completos de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones del plan.

La cobertura del seguro médico y dental de SIMNSA está disponible exclusivamente para personas que cumplan con el criterio legal para la ciudadanía mexicana.

"¿CUÁNTO COSTARÁN LOS SERVICIOS ESPECÍFICOS?"

Características principales del plan	Kaiser Deductible HMO	Kaiser Traditional HMO
	Kaiser Network	Kaiser Network
Deducible anual del año calendario		
Individual	\$1,500	Ninguno
Familia	\$3,000	Ninguno
Desembolso máximo por año calendario ⁽¹⁾		
Individual	\$4,000	\$1,500
Familia	\$8,000	\$3,000
Servicios profesionales		
Médico de atención primaria (PCP)	\$40 Copago	\$30 Copago
Especialista	\$50 Copago	\$40 Copago
Consulta de telesalud	Sin cargo	Sin cargo
Examen de atención preventiva	Sin cargo	Sin cargo
Radiografía y laboratorio de diagnóstico	\$15 Copago	Sin cargo
Diagnóstico complejo (MRI/CT Scan)	30% hasta \$150	Sin cargo
Terapia Física	\$40 Copago	\$30 Copago
Infertilidad	Depende del servicio prestado	Depende del servicio prestado
Hardware de visión	No cubierto	No cubierto
Servicios de acupuntura	\$15 Copago	\$15 Copago
Servicios quiroprácticos	(30 visitas máximas combinadas)	(30 visitas máximas combinadas)
Servicios hospitalarios		
Paciente interno	30% después del deducible	\$500 Copago por día
Cirugía ambulatoria	30% después del deducible	\$150 Copago
Clínica de urgencias	\$40 Copago	\$30 Copago
Ambulancia	\$150 Copago	\$150 Copago
Sala de emergencias	30% después del deducible	\$250 Copago
Salud mental y abuso de sustancias		
Paciente interno	30% después del deducible	\$500 Copago por día
Paciente externo	\$40 Copago	\$30 Copago
Medicamentos recetados al por menor (suministro de 30 días)		
Nivel 1 - Genérica	\$10 Copago	\$15 Copago
Nivel 2 – Formulario / Fuera del formulario	\$30 Copago	\$35 Copago
Nivel 4 - Especializado	20% hasta \$250	30% hasta \$150
Medicamentos recetados por correo (suministro de 100 días)		
Nivel 1 - Genérica	\$20 Copago	\$30 Copago
Nivel 2 – Formulario / Fuera del formulario	\$60 Copago	\$70 Copago
Nivel 4 - Especializado	N/A	N/A

(1) El máximo del bolsillo se basa en el máximo cargo permitido por la aseguradora. No incluye ninguna facturación del saldo que se pudiera hacer cuando se usan los servicios de un proveedor fuera de la red.

(2) Sus copagos, coseguro y deducible cuentan para sus límites de gastos de bolsillo.

La información anterior es solo un resumen. Consulte su Evidencia de cobertura para ver los detalles completos de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones del plan.

"¿CUÁNTO COSTARÁN LOS SERVICIOS ESPECÍFICOS?"

Características principales del plan	Anthem Select HMO	Anthem High HMO
	Select Network (Angosto)	California Care Network (Lleno)
Deducible anual del año calendario		
Individual	Ninguno	Ninguno
Familia	Ninguno	Ninguno
Desembolso máximo por año calendario ⁽¹⁾		
Individual	\$2,500	\$2,500
Familia	\$5,000	\$5,000
Servicios profesionales		
Médico de atención primaria (PCP)	\$30 Copago	\$30 Copago
Especialista	\$50 Copago	\$50 Copago
Consulta de telesalud	\$30 Copago	\$30 Copago
Examen de atención preventiva	Sin cargo	Sin cargo
Radiografía y laboratorio de diagnóstico	Sin cargo	Sin cargo
Diagnóstico complejo (MRI/CT Scan)	\$125 Copago	\$125 Copago
Terapia Física	\$30 Copago	\$30 Copago
Infertilidad	Depende del servicio prestado	Depende del servicio prestado
Hardware de visión	Descuentos disponibles	Descuentos disponibles
Servicios de acupuntura	\$15 Copago (20 visitas máximo)	\$15 Copago (20 visitas máximo)
Servicios quiroprácticos	\$15 Copago (20 visitas máximo)	\$15 Copago (20 visitas máximo)
Servicios hospitalarios		
Paciente interno	\$500 Copago	\$500 Copago
Cirugía ambulatoria	\$250 Copago	\$250 Copago
Clínica de urgencias	\$30 Copago	\$30 Copago
Ambulancia	\$150 Copago	\$150 Copago
Sala de emergencias	\$200 Copago	\$200 Copago
Salud mental y abuso de sustancias		
Paciente interno	\$500 Copago	\$500 Copago
Paciente externo	\$30 Copago	\$30 Copago
Medicamentos recetados al por menor (suministro de 30 días)	Administrado por Express Scripts	Administrado por Express Scripts
Nivel 1 - Genérica	\$15 Copago	\$15 Copago
Nivel 2 – Formulario	\$35 Copago	\$35 Copago
Nivel 3 – Fuera del formulario	\$50 Copago	\$50 Copago
Nivel 4 - Especializado	30% hasta \$100	30% hasta \$100
Medicamentos recetados por correo (suministro de 90 días)	Administrado por Express Scripts	Administrado por Express Scripts
Nivel 1 - Genérica	\$30 Copago	\$30 Copago
Nivel 2 – Formulario	\$70 Copago	\$70 Copago
Nivel 3 – Fuera del formulario	\$100 Copago	\$100 Copago
Nivel 4 - Especializado	30% hasta \$200	30% hasta \$200

(1) El máximo del bolsillo se basa en el máximo cargo permitido por la aseguradora. No incluye ninguna facturación del saldo que se pudiera hacer cuando se usan los servicios de un proveedor fuera de la red.

(2) Sus copagos, coseguro y deducible cuentan para sus límites de desembolso personal.

La información anterior es solo un resumen. Consulte su Evidencia de cobertura para ver los detalles completos de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones del plan.

"¿CUÁNTO COSTARÁN LOS SERVICIOS ESPECÍFICOS?"

Características principales del plan

Anthem PPO

	Dentro de la red (Prudent Buyer Network)	Fuera de la red
Deducible anual del año calendario		
Individual	Ninguno	\$500
Familia	Ninguno	\$1,500
Desembolso máximo por año calendario ⁽¹⁾		
Individual	\$800	\$7,500
Familia	\$3,200	\$22,500
Servicios profesionales		
Médico de atención primaria (PCP)	\$10 Copago	50% después del deducible
Especialista	\$10 Copago	50% después del deducible
Consulta de telesalud	\$10 Copago	50% después del deducible
Examen de atención preventiva	Sin cargo	50% después del deducible
Radiografía y laboratorio de diagnóstico	Sin cargo	50% después del deducible
Diagnóstico complejo (MRI/CT Scan)	Sin cargo	50% después del deducible
Terapia Física	Sin cargo	50% después del deducible
Infertilidad	Depende del servicio prestado	Depende del servicio prestado
Hardware de visión	Descuentos disponibles	Descuentos disponibles
Servicios de acupuntura	\$10 Copago (20 visitas máximo)	50% después del deducible
Servicios quiroprácticos	\$10 Copago (30 visitas máximo)	50% después del deducible
Servicios hospitalarios		
Paciente interno	Sin cargo	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria	Sin cargo	50% después del deducible
Clínica de urgencias	\$10 Copago	50% después del deducible
Ambulancia	Sin cargo	
Sala de emergencias	\$35 Copago	
Salud mental y abuso de sustancias		
Paciente interno	Sin cargo	50% después del deducible
Paciente externo	\$10 Copago	50% después del deducible
Medicamentos recetados al por menor (suministro de 30 días)	Administrado por Express Scripts	
Nivel 1 - Genérica	\$5 Copago	No cubierto
Nivel 2 – Formulario	\$10 Copago	
Nivel 3 – Fuera del formulario	\$20 Copago	
Nivel 4 - Especializado	\$20 Copago	
Medicamentos recetados por correo (suministro de 90 días)	Administrado por Express Scripts	
Nivel 1 - Genérica	\$10 Copago	No cubierto
Nivel 2 – Formulario	\$20 Copago	
Nivel 3 – Fuera del formulario	\$40 Copago	
Nivel 4 - Especializado	\$20 Copago	

(1) El máximo del bolsillo se basa en el máximo cargo permitido por la aseguradora. No incluye ninguna facturación del saldo que se pudiera hacer cuando se usan los servicios de un proveedor fuera de la red.

(2) Sus copagos, coseguro y deducible cuentan para sus límites de desembolso personal.

La información anterior es solo un resumen. Consulte su Evidencia de cobertura para ver los detalles completos de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones del plan.

PLANES DE SALUD SUPLEMENTARIOS



PLANES DE SALUD SUPLEMENTARIOS

ESTÉ PREPARADO PARA LOS GIROS Y VUELTAS INESPERADOS

Seguro por enfermedad grave

Si elige inscribirse en esta cobertura, Guardian le pagará una suma de dinero si se le diagnostica una enfermedad grave específica.

¿Qué puede pagar la cobertura de enfermedades graves?

Este tipo de cobertura le paga directamente en efectivo, por lo que puede usar los fondos como desee. Estos son algunos ejemplos:

- Gastos médicos
- Pérdida de ingresos
- Gastos diarios como comestibles y servicios públicos
- Tratamientos alternativos
- Alojamiento y viajes para ver especialistas

Algunas enfermedades cubiertas:

- Cáncer
- Ataque cardíaco
- Apoplejía
- Enfermedad de Alzheimer
- Insuficiencia renal
- Trasplante de órganos

Barona no cubre ninguna parte de este beneficio opcional. Si elige inscribirse, el costo de la cobertura se deducirá de su cheque de pago. Las primas quincenales después de impuestos se describen a continuación:

Miembro del equipo						
Cantidad de cobertura	<30	30-39	40-49	50-59	60-69	70 +
\$10,000	\$0.88	\$1.48	\$2.86	\$5.45	\$9.23	\$14.68
\$20,000	\$1.75	\$2.95	\$5.72	\$10.89	\$18.46	\$29.35
\$30,000	\$2.63	\$4.43	\$8.58	\$16.34	\$27.69	\$44.03
Cónyuge						
Cantidad de cobertura	<30	30-39	40-49	50-59	60-69	70 +
\$10,000	\$0.88	\$1.48	\$2.86	\$5.45	\$9.23	\$14.68
\$20,000	\$1.75	\$2.95	\$5.72	\$10.89	\$18.46	\$29.35
\$30,000	\$2.63	\$4.43	\$8.58	\$16.34	\$27.69	\$44.03

El costo del niño está incluido en la elección del empleado.

Elección	Cantidad de Beneficio y Cantidades Garantizadas
Empleado	\$10,000, \$20,000, y \$30,000 (Cantidades Garantizadas)
Cónyuge	Hasta 100% del Beneficio Seleccionado del miembro del equipo (Cantidades Garantizadas)
Hijo(s)	Hijos son automáticamente cubiertos al 50% del empleado.

Usar el seguro por enfermedad grave: Un ejemplo



Conozca a Theo, a él le diagnosticaron cáncer y necesitó una cirugía de inmediato, seguida de quimioterapia. El plan de salud de Theo requería que pagara el deducible y un coseguro después de la estadía en el hospital. El seguro de enfermedades graves proporcionó un pago único en efectivo después del diagnóstico de Theo. Theo usó los fondos para cubrir su deducible y las tarifas de coseguro, además del copago por cada sesión de quimioterapia. Theo pudo pagar su alquiler y contratar a un paseador de perros a tiempo parcial, para poder concentrar toda su energía en recuperarse.

¿Quiere más información? Debe inscribirse en este tipo de cobertura cuando sea elegible por primera vez o durante el período de inscripción abierta anual. Para obtener más información, visite www.guardianlife.com.

Seguro hospitalario

Las estadías en el hospital son difíciles, especialmente si su plan de salud no cubre los costos. Para ayudar a garantizar que pueda pagar una estadía en el hospital, puede inscribirse en un seguro hospitalario a través de Guardian. Este beneficio le pagará en efectivo a usted o a su familia para compensar las facturas médicas y no médicas que reciba después de permanecer en el hospital.

Cuales son los beneficios?

Beneficios

Admisión Hospitalaria	Beneficio de admisión de \$1,000 (máximo 2 admisiones por año, por asegurado)
Admisión a ICU	Beneficio de admisión de \$2,000 (máximo 2 admisiones por año, por asegurado)
Hospitalización/ICU	\$100 por día (máximo de 180 días por año, por asegurado)

¿Qué puede pagar el seguro hospitalario?

Este tipo de cobertura le paga directamente en efectivo, por lo que puede usar los fondos como desee. Estos son algunos ejemplos:

- Copagos
- Deducibles
- Gastos de transporte
- Cuidado de niños
- Gastos de alojamiento para un acompañante
- Pérdida de ingresos

Si decide inscribirse, el costo de la cobertura se deducirá de su cheque de pago. Las tasas quincenales después de impuestos se describen a continuación:

Elección	Prima Quincenal
Miembro del Equipo Solamente	\$6.04
Miembro del Equipo + Cónyuge	\$12.61
Miembro del Equipo + Hijo(s)	\$9.88
Familia	\$16.45

Usar el seguro hospitalario: Un ejemplo



Conozca a Morgan, ella necesitó cirugía para extirparse la vesícula biliar y, debido a algunas complicaciones, tuvo que permanecer en el hospital durante cinco días. Morgan tiene seguro de salud, pero este no cubrió el costo total de la estadía. El plan de salud de Morgan requería un deducible de \$500 y un coseguro de \$3000. El seguro hospitalario ayudó a compensar la diferencia. Le paga un beneficio de admisión de \$1000 más \$150 por cada día adicional. En total, Morgan debía \$1900 en lugar de \$3500.

Gastos Fuera del Bolsillo	Beneficios del Plan de Indemnización Hospitalaria
\$500 deducible	\$1,000 beneficio de admisión
\$3,000 coseguro	\$100/día x 4 días adicionales = \$400
Total: \$3,500	Total de beneficios pagados a Morgan: \$1,400

¿Quiere más información? Debe inscribirse en este tipo de cobertura cuando sea elegible por primera vez o durante el período de inscripción abierta anual. Para obtener más información, visite www.guardianlife.com.

PLAN DENTAL



PLANES DENTALES HMO



CUIDAR SU SONRISA

Con el plan HMO dental, su primer paso importante es elegir un dentista de atención primaria en la red de Red Concordia Plus o Red de SIMNSA para que usted y cualquier dependiente estén cubiertos. Su dentista le brindará la atención que necesita o lo referirá a un especialista.

Si ve a un dentista que no está en su red, tendrá que pagar toda la factura usted mismo. Para evitarlo, asegúrese de verificar si su dentista está en la red.

"¿CUÁNTO COSTARÁN LOS SERVICIOS ESPECÍFICOS?"

Características principales del plan	United Concordia Dental HMO	SIMNSA Cross Border Dental HMO
	Solo dentro de la red (Concordia Plus Network)	Solo dentro de la red (SIMNSA Network)
Deducible anual	Ninguno	Ninguno
Preventivos		
Exámenes	Sin cargo	Sin cargo
Rayos X	Sin cargo	Sin cargo
Limpiezas	Sin cargo	Sin cargo
Servicios básicos		
Empastes de amalgama (solamente)	Sin cargo	\$15 Copago
Extracciones	\$15 - \$40 Copago	\$8 - \$50 Copago
Canal raíz	\$40 - \$95 Copago	\$30 - \$50 Copago
Servicios mayores		
Puentes	\$100 - \$130 de Copago	\$10 - \$70 de Copago
Dentaduras	\$80 - \$165 Copago	\$63 Copago
Coronas	\$70 - \$130 de Copago	\$5 - \$50 de Copago
Implantes	No cubierto	No cubierto
Servicios de ortodoncia		
Niños	\$1,500	\$50 Copago
Adultos	\$2,000	\$50 Copago

La información anterior es solo un resumen. Consulte su evidencia de cobertura para obtener detalles completos de los beneficios, limitaciones y exclusiones del plan.

La cobertura del seguro dental de SIMNSA está disponible exclusivamente para personas que cumplan con el criterio legal para la ciudadanía mexicana.

Proveedores de HMO de SIMNSA Dental

Vaya a www.simnsa.com/

- Haga clic en "Lista de proveedores"
- Seleccione la red (esta es la ubicación)
- Seleccione el tipo de proveedor
- Seleccionar la especialidad
- Haga clic en "Buscar"

Proveedores de United Concordia Dental HMO

Vaya a www.unitedconcordia.com

- Haga clic en "Buscar un dentista" en la esquina superior derecha
- Ingrese su ubicación y haga clic en "Buscar"
- En el menú desplegable de la Red Dental, haga clic en "DHMO Concordia Plus Dentista General o Especialista"

PLAN PPO DENTAL



CUIDAR SU SONRISA

Con el plan PPO dental, puede elegir cualquier dentista con licencia. Solo tenga en cuenta que su plan dental se ha establecido en tarifas más bajas con un grupo más pequeño de proveedores, aquellos en su red. Si elige un dentista fuera de esa red, es posible que tenga que pagar más.

"¿CUÁNTO COSTARÁN LOS SERVICIOS ESPECÍFICOS?"

Características principales del plan

United Concordia Dental PPO

	Solo dentro de la red (Elite Plus)	Fuera de la Red
Deducible anual		
Individual	Ninguno	\$50
Familia	Ninguno	\$150
Máximo anual	\$2,500	\$2,000
Servicios preventivos	100%	100%
Servicios básicos	90%	80%
Servicios mayores	60%	50%
Servicios de ortodoncia		
Adultos	50%	50%
Niños	50%	50%
Máximo de por vida	\$1,500	

La información anterior es solo un resumen. Consulte su evidencia de cobertura para obtener detalles completos de los beneficios, limitaciones y exclusiones del plan.

Proveedores de United Concordia Dental PPO

Vaya a www.unitedconcordia.com

- Haga clic en "Buscar un dentista" en la esquina superior derecha
- Ingrese su ubicación y haga clic en "Buscar"
- En el menú desplegable de Red Dental, haga clic en "Elite Plus"



PLAN DE LA VISTA



\$50,000!

- \$62,440 - CLEOPATRA I
- \$58,875 - COYOTE MOON
- \$56,320 - CLEOPATRA I
- \$56,025 - COYOTE MOON
- \$51,400 - CLEOPATRA I
- \$51,120 - CLEOPATRA I
- \$50,000 - QUICK HIT 5X 10X

OVER \$25,000!

- \$29,925 - Coyote Moon
- \$29,693 - Lightning Link - Dragon's Riches
- \$29,483 - Dragon Link - Ghengis Khan
- \$29,169 - Crystal Star Deluxe
- \$28,500 - Coyote Moon
- \$28,050 - Coyote Moon
- \$27,923 - Lightning Dollar Link
- \$27,923 - Checkered Flag
- \$27,800 - Cleopatra I
- \$27,476 - Crystal Star
- \$27,476 - Crystal Star
- \$27,476 - Samurai 888 Spin - Kenji
- \$27,476 - Crystal Star Deluxe
- \$27,476 - Sensel Master

PLAN DE LA VISTA



ENFOCAR SUS BENEFICIOS

Anthem ofrece cobertura de la vista dentro de un plan de organización de proveedores preferidos (PPO). Con el plan de la vista, puede elegir dónde recibir los servicios. Solo tenga en cuenta que su plan de la vista se ha establecido en tarifas más bajas con un grupo más pequeño de proveedores de la vista, aquellos en su red. Si elige un proveedor de la vista fuera de esa red para usted o sus dependientes, tendrá que pagar todos los gastos usted mismo en el momento del servicio. Luego enviará un reclamo y Anthem le reembolsará hasta una cierta cantidad permitida.

Características principales del plan

Anthem Vision PPO

	Dentro de la red (Blue View Vision Network)	Fuera de la red
Examen – Cada 12 meses	\$10 Copago	Reembolsado hasta \$49
Lentes – Cada 12 meses		
Monofocal		Reembolsado hasta \$43
Bifocal	Sin cargo	Reembolsado hasta \$60
Trifocal		Reembolsado hasta \$80
Marcos – Cada 24 meses	Hasta \$130 de asignación + 20% de descuento en saldo	Reembolsado hasta \$50
Pares adicionales de anteojos	40% de descuento en el precio minorista	Sin Beneficio Adicional
Lentes de contacto – Cada 12 meses, en lugar de lentes y marcos		
Medicamento necesario	Cubierto en su totalidad	Reembolsado hasta \$250
Cosmético	Hasta \$125 de asignación + 15% de descuento en saldo	Reembolsado hasta \$125
LASIK	Ahorros en LASIK a través del programa de ofertas especiales de Anthems	

La información anterior es solo un resumen. Consulte su Evidencia de cobertura para ver los detalles completos de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones del plan.

Proveedores de Visión de Anthem

Vaya a www.anthem.com/find-care

- Haga clic en “Búsqueda básica como invitado”
- En los menús desplegables seleccione:
- Plan o red de visión
- California
- Visión
- Blue View Vision



PROGRAMAS DE BIENESTAR





PROGRAMAS DE BIENESTAR

BENEFICIOS PARA TU CUERPO Y MENTE

¿Qué es el bienestar?

Los pasos para elegir sus beneficios pueden ser cada vez más claros, pero cuando se trata de su bienestar general, lo importante es el viaje, no el destino. ¡Asegúrese de llevar las herramientas adecuadas y un sistema de soporte entusiasta! Los estilos de vida activos y saludables pueden ayudar a reducir el riesgo de enfermedades crónicas y pueden reducir sus costos anuales de atención médica. Sus beneficios de bienestar respaldan este enfoque hacia el bienestar total de su mente y cuerpo. Además, son gratis.

Recursos De Bienestar

Recursos De Kaiser

Programa de estilos de vida saludables

Este programa de Kaiser Permanente le ayuda a usted y a sus dependientes inscritos a mejorar su salud con programas en línea gratuitos y personalizados para dejar de fumar, nutrición, sueño y estrés. Comience completando el cuestionario en línea en www.kp.org/healthylifestyles para obtener su programa personalizado y gratuito.

Mi Gerente De Salud

Manténgase comprometido con su salud y simplifique su ajetreada vida utilizando el Portal para miembros de Kaiser Permanente. www.kp.org.

Entrenador De Bienestar KP

Cambiar hábitos puede ser difícil, pero trabajar con un asesor de bienestar puede ayudarlo a lograrlo. Los asesores de bienestar de Kaiser Permanente son educadores de salud con experiencia en atención médica preventiva y asesoramiento sobre cambios de comportamiento. Pueden ayudar a alcanzar un peso saludable, dejar de fumar, ser más activo y reducir el estrés. Llame al 866-862-4295 para programar una cita.

Calm y Headspace Care

Pruebe la aplicación Calm para cuidarse y dormir mejor. Calm es una aplicación que utiliza la meditación y la atención plena para ayudar a reducir el estrés, reducir la ansiedad y mejorar la calidad del sueño. Headspace ofrece entrenamiento de apoyo emocional individualizado y actividades de autocuidado para ayudar con muchos desafíos comunes. Los entrenadores están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana por mensaje de texto. Los miembros adultos pueden obtener Calm o Headspace en www.kp.org/selfcareapps.

Cuidado de Maternidad

Visita www.kp.org/classes para descubrir clases y programas para futuros padres, incluyendo – Preparación para el parto, yoga prenatal, lactancia materna y cuidado neonatal. Puedes consultar www.kp.org/maternity para obtener recursos detallados sobre todas las etapas del embarazo, el parto y las primeras semanas de tu bebé en casa.

Plan de acondicionamiento físico One Pass Select Affinity

One Pass Select Affinity puede facilitarle el ejercicio desde la comodidad de su hogar o gimnasio/estudio local. Los miembros de Kaiser Permanente pueden obtener acceso a gimnasios y centros de acondicionamiento físico, clases de acondicionamiento físico en vivo y digitales, creadores de entrenamiento personalizados y entrega de comestibles y artículos esenciales para el hogar. Para comenzar, visite www.kp.org/exercise.

Recursos De Anthem

LiveHealth Online

LiveHealth Online es su proveedor de telemedicina y le permite realizar una visita por video con un médico certificado utilizando su teléfono inteligente, tableta o computadora con cámara web. Sin citas, sin conducir y sin esperas en un centro de atención de urgencia. Los médicos están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para evaluar su afección y, si es necesario, pueden enviar una receta a su farmacia local. Regístrate en línea en <http://www.anthem.com/ca> y asegúrate de descargar la aplicación móvil. Una vez que hayas iniciado sesión, busca la pestaña "Cuidado", selecciona "Cuidado Virtual" en el menú desplegable y luego haz clic en "Opciones de Visita por Video".

Sydney

La aplicación móvil de Anthem. Con Sydney, puedes encontrar todo lo que necesitas saber sobre tus beneficios personalizados de Anthem, todo en un solo lugar. Sydney hace que sea más fácil hacer las cosas, para que puedas dedicar más tiempo a concentrarte en tu salud. Encuentra la aplicación de Sydney en la App Store, en Google Play o escanea el código QR.



Construyendo Familias Saludables

Construyendo Familias Saludables está aquí para brindarte la información, herramientas y recursos que necesitas para un embarazo, parto y bebé saludables. Cuando te inscribes en Construyendo Familias Saludables, puedes contar con apoyo personalizado en cada etapa. Puedes inscribirte visitando www.anthem.com/ca o iniciar sesión en Sydney Health. Encuentra "Programas Destacados" en la parte inferior de la página de inicio. Selecciona "Ver Todo" y luego elige el mosaico de "Construyendo Familias Saludables"

Línea de Enfermería 24 Horas al Día, 7 Días a la Semana

Los problemas de salud pueden surgir en los momentos y lugares más inconvenientes para usted y sus seres queridos. Ya sean las 3 a. m. en casa o las 10 a. m. mientras estás en la oficina. Tiene acceso a una enfermera con la que puede hablar en cualquier momento, de día o de noche, los 365 días del año. Simplemente llame al 800-224-0336.

Cuidado de la Condición

Cuidado de Condiciones es un programa de manejo de enfermedades disponible para los miembros sin costo. El programa proporciona herramientas, recursos y apoyo con asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad arterial coronaria, diabetes, dolor lumbar, artritis, reemplazo de cadera y rodilla y osteoporosis. Para más detalles, llama al 866-329-7229.

SpecialOffers

Como parte de tu plan de salud, usted califica para descuentos en productos y servicios que ayudan a promover una mejor salud y bienestar. Estos descuentos están disponibles a través de SpecialOffers, que pueden ayudarte a ahorrar dinero mientras cuidas tu salud. Inicia sesión en www.anthem.com/ca, elige **Cuidado** y selecciona **Descuentos**



Recursos Dentales de United Concordia

Smile for Health – Wellness

Smile for Health-Wellness brinda cobertura adicional para el tratamiento de la enfermedad de las encías para miembros con ciertas condiciones de salud crónicas. La enfermedad de las encías es un riesgo para todos, pero si la padece en combinación con una de estas afecciones, puede ser más difícil de controlar. El cuidado dental profesional es necesario para tratar y evitar que la enfermedad de las encías empeore. Smile for Health-Wellness puede hacer que sea más asequible recibir atención adecuada para las enfermedades de las encías, lo que a su vez puede ayudar a mejorar la salud general.

Usted es elegible para recibir beneficios dentales mejorados para tratar la enfermedad de las encías a través de Smile for Health-Wellness si United Concordia tiene registros de que le han diagnosticado con:

- Diabetes
- Enfermedad cardíaca
- Lupus
- Cáncer bucal
- Artritis Reumatoide

También es elegible si ha sufrido un accidente cerebrovascular o un trasplante de órganos.

Con Smile for Health-Wellness, puede ser elegible para que un dentista de la red trate su enfermedad de las encías sin costo alguno. Estos son algunos de los beneficios sin costo adicional:

- Un tratamiento adicional para la enfermedad de las encías por año.
- Tratamiento de limpieza profunda para la enfermedad de las encías
- Hasta cuatro cirugías para tratar la enfermedad de las encías

Smile for Health-Wellness también incluye un beneficio para el embarazo que permite una limpieza adicional y un mantenimiento periodontal adicional durante el embarazo.

Tenga en cuenta: si visita a un dentista fuera de la red, es posible que deba un saldo y se le facture ese monto.

Cómo Registrarse

Usted y sus dependientes elegibles pueden registrarse para utilizar Smile for Health-Wellness en cualquier momento después de su fecha de entrada en vigor. Así es cómo:

Vaya a www.UnitedConcordia.com/GetMDB

- Inicie sesión en MyDental/Benefits (o cree una cuenta)
- Haga clic en el Wellness tab en el menú principal
- clic en +Agregar una nueva condición y complete los campos según se le solicite
- El estado de su condición se mostrará ACTIVO para confirmar su activación.

Una vez registrado, hable con su dentista sobre qué servicios adicionales, si es que hay alguno, podría necesitar para mantener su boca lo más sana posible.



CUENTAS DE GASTOS



CUENTAS DE GASTOS

HAGA QUE SU DINERO TRABAJE PARA USTED



Cuenta de gastos flexibles (FSA)

Con este tipo de cuenta, usted y su cónyuge, además de cualquier dependiente, pueden usar dólares antes de impuestos para cubrir la atención médica y cuidado de personas a cargo. Existen diferentes tipos de FSA, pero todas ayudan a reducir sus ingresos imponibles. Estos son los diferentes tipos de FSA.

Función FSA	FSA De Atención Médica	FSA Para el Cuidado De Dependientes
Año del plan:	1 de abril de 2026 al 31 de marzo de 2027	
Gastos Elegibles:	Gastos de bolsillo médicos, dentales y de la vista, como deducibles, copagos, recetas y ciertos artículos de venta libre.	Cuidado de niños, cuidado de ancianos, preescolar, campamentos de verano, programas antes y después de la escuela para dependientes para que pueda trabajar.
Límite de contribución (2026):	Hasta \$3,400	Hasta \$7,500 (\$3,750 si es casado que presenta la declaración por separado)
Límite de reinversión:	Hasta \$680	No aplica; úsalo o piérdelo
Presentación de Reclamaciones:	Utilice su tarjeta de débito precargada o envíe recibos/documentación a través del portal o la aplicación de TASC	Enviar recibos/documentación a través del portal o la aplicación de TASC
Fechas Límite Importantes:	Las reclamaciones deben presentarse antes del 31 de marzo del año del plan.	Las reclamaciones deben presentarse antes del 31 de marzo del año del plan.
Condiciones Especiales:	Tarjeta de débito FSA no se puede utilizar fuera de EE. UU.	La tarjeta de débito FSA no se proporciona
Restricciones Notables:	No se puede utilizar para primas de seguros.	La atención debe tener como objetivo permitirle trabajar.



¿Tiene preguntas sobre su FSA? Comuníquese con TASC al 800-422-4661 o visitando su sitio web www.tasconline.com.



VIDA E INCAPACIDAD



VIDA E INCAPACIDAD



Vida Básica Pagada por el Empleador y AD&D

No hay una manera fácil de hablar sobre la muerte, pero su familia podría necesitar ayuda si algo le sucede. Una póliza de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés) puede proporcionar esa ayuda. Usted se inscribe automáticamente para este beneficio, y a su familia se le pagará una suma de dinero cuando usted fallezca. Si su muerte fue causada por un accidente, o si pierde una extremidad, usted o las personas que elija, llamadas "beneficiarios", pueden obtener cobertura adicional.

Barona Resort & Casino paga el 100% de este beneficio a través de Guardian. Incluye lo siguiente:

- Seguro de Vida Básico de 1 vez las ganancias anuales hasta \$300,000
- AD&D de 1 vez las ganancias anuales hasta \$300,000
- Sus beneficios pueden reducirse cuando cumpla 70 años

Nota rápida sobre las regulaciones del IRS: Puede recibir cobertura de seguro de vida pagada por el empleador hasta \$50,000 libres de impuestos y no tiene que informar el pago como ingreso. Sin embargo, la cobertura de más de \$50,000 generará ingresos imponible por el "valor económico" de la cobertura que se le proporciona.



Vida Voluntario y AD&D

Puede optar por agregar más seguro de vida y cobertura de AD&D para usted y/o sus dependientes. Guardian puede deducirlos de su cheque de pago habitual. Como nuevo empleado, puede elegir la cobertura adicional que se detalla a continuación:

	Para miembros del equipo:	Incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$750,000 con un beneficio de emisión garantizada de \$300,000 si se inscribe en el plan en el lapso de 30 días a partir de su elegibilidad inicial.
	Para su cónyuge:	Incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$100,000, no exceder el 50% del monto personal, con un beneficio de emisión garantizada de \$50,000 si se inscribe en el plan en el lapso de 30 días a partir de su elegibilidad inicial.
	Para su(s) hijo(s):	Nacimiento hasta los 14 días de edad, \$500; De 14 días de edad hasta 26 años, incrementos de \$2,000 hasta un máximo de \$14,000 no exceder la cantidad del miembro del equipo, con un beneficio de emisión garantizada de \$14,000.
	AD&D opcional:	La cobertura está disponible para su compra en las mismas cantidades que el seguro de vida opcional, indicadas arriba. Los beneficios deben ser iguales al beneficio vitalicio voluntario elegido para los miembros del equipo y sus dependientes.

Cualquier monto de seguro por encima del beneficio de emisión de garantía está sujeto a una revisión de buena salud por parte de la compañía de seguros. Los montos de seguro sujetos a revisión no serán efectivos hasta que la compañía de seguros lo apruebe.

Durante el período de inscripción abierta, los miembros del equipo actualmente asegurados bajo el plan de Vida Suplementaria son elegibles para aumentar su cobertura de Vida Suplementaria hasta \$50,000, sin proporcionar prueba de buena salud, sin exceder el límite de Emisión Garantizada de \$300,000. (Esta opción no está disponible para dependientes).

Si no se inscribe en el plan dentro del período de inscripción inicial, cualquier cantidad de seguro de vida complementario requerirá prueba de buena salud, que está sujeta a la aprobación de la compañía de seguros antes de que el seguro entre en vigencia.

Puede enviar el formulario de Evidencia de asegurabilidad (EOI) a través de cualquiera de los siguientes métodos:

Email: guardianmaintenance_billing@glic.com

Fax: 610-807-2994

Mail: Guardian Life Insurance Company
P.O. Box 14319
Lexington, KY 40512

Overnight Mail Guardian Life Insurance Company
6255 Sterners Way
Bethlehem, PA 18017

Secure Website: www.guardiananytime.com/eoi

Group number: 00062574



¡No olvide actualizar sus beneficiarios!

Las personas o entidades que desea que reciban beneficios de su póliza se denominan beneficiarios. Es muy importante que estén actualizados.

- Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento
- Puede designar a una persona como su beneficiario o elegir varios beneficiarios, cada uno de los cuales recibirá un porcentaje del monto del pago
- Para seleccionar o cambiar su beneficiario, comuníquese con Recursos Humanos

Tenga en cuenta que: La cobertura de beneficios puede reducirse cuando cumpla 70 años. Se pueden aplicar restricciones si usted y/o su(s) dependiente(s) están confinados en el hospital o tienen una enfermedad terminal. Eche un vistazo a la descripción resumida del plan para ver las exclusiones y más información.

Seguro por incapacidad

Cuando está demasiado enfermo o lesionado para trabajar, necesita tiempo para concentrarse en la curación, sin preocuparse por sus ingresos. Inscribirse en un seguro de incapacidad a largo plazo le ofrece a usted y a su familia tranquilidad al ayudarlo a reemplazar parte de sus ingresos si tiene una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo. Su elegibilidad puede basarse en la incapacidad para su ocupación o cualquier ocupación.

Sus planes

Detalles de la cobertura

Cobertura voluntaria por incapacidad a largo plazo (LTD):	Si su incapacidad se prolonga más de 90 días, la cobertura LTD a través Guardian puede reemplazar un 60% de sus ingresos, hasta un máximo de \$10,000 al mes. Puede continuar recibiendo sus beneficios hasta cumplir la edad normal de jubilación como lo define la administración de seguro social siempre y cuando cumpla con la definición de incapacidad.
Seguro estatal por incapacidad:	El estado de California proporciona beneficios de reemplazo de salario a corto plazo a los trabajadores elegibles. Si desea más información sobre los programas reglamentarios de incapacidad, comuníquese con Recursos Humanos.

Si no se inscribe en el plan dentro del período de inscripción inicial y decide hacerlo en un momento posterior, su solicitud requerirá prueba de buena salud, que está sujeta a la aprobación de la compañía de seguros antes de que el seguro entre en vigencia.

Tenga en cuenta que el estado en el que reside puede proporcionar un plan de seguro por discapacidad de reemplazo de salario parcial. Visite www.edd.ca.gov para más información.



JUBILACIÓN



JUBILACIÓN

AHORRAR PARA SU FUTURO



Su plan 401(k)

No importa cuán maravilloso sea su trabajo, es bueno planificar con anticipación para la jubilación. Un plan 401(k) lo ayuda a planificar su futuro al ahorrar una parte de cada cheque de pago. Estos fondos se retiran cada período de pago y se invierten para que puedan crecer (sujeto a la ley federal y las pautas del plan). Puede retirar los fondos cuando se jubile.

Todos los empleados (a tiempo completo o parcial) son elegibles para participar en el 401(k).

Inscripción y acceso a la cuenta

Inscríbase, verifique el saldo de su cuenta 401(k), vea sus contribuciones, cambie sus inversiones y más visitando <https://barona401k.trsretire.com>.

Para obtener asistencia con el inicio de sesión o la contraseña, comuníquese con TransAmerica al 800-755-5801.

Información adicional sobre el plan 401(k)

Límites de Contribución:	Para 2026, los límites de contribución anual del IRS son \$24,500 para todas las personas menores de 50 años o \$32,500 para cualquier persona que tenga 50 años o más antes del 31 de diciembre de 2026. Para las personas de 60 a 63 años, el Super Catch-Up permite un límite de contribución de \$35,750. Tenga en cuenta que el Super Catch-Up no está disponible en el año en que uno cumple 64 años. Si tiene varios empleadores durante el año, todas sus contribuciones se combinan. Es posible que se apliquen restricciones a estos límites según los documentos del plan y los requisitos de pruebas anuales.
Cambios en las Contribuciones:	Puedes dejar de contribuir en cualquier momento. Las solicitudes para cambiar o suspender sus contribuciones deben realizarse a través de barona401k.trsretire.com o llamando a TransAmerica al 800-755-5801.
Contribuciones del Empleador:	Barona igualará el 50% del primer 4% que usted aporte a su plan de jubilación 401(k).
Calendario de adjudicación:	Se le otorgará una tasa del 20% por año y se le otorgará el 100% después de un período de cinco años.
Contribuciones Reinvertidas:	Puede combinar sus cuentas mediante un rollover. Si tiene otros planes o cuentas de jubilación calificados, como un 401(k) de un empleador anterior, 403(b), 457(b) o IRA, es posible que pueda transferir esa cuenta a su nuevo plan. Comuníquese con Recursos Humanos para obtener información adicional.
Terminación del Empleo:	Cuando se termina su empleo, independientemente del motivo, puede solicitar una distribución completa del saldo de su cuenta adquirida. Puede transferir su cuenta a otro plan calificado o IRA sin ninguna penalización. También puede solicitar un pago global en efectivo para usted mismo, pero sepa que eso podría conllevar sanciones fiscales.

Marsh & McLennan Insurance Agency LLC no presta servicios como asesor, corredor de bolsa ni asesor de inversiones registrado para este plan. Todos los términos y las condiciones de su plan están sujetos a las leyes, los reglamentos y las políticas pertinentes. En caso de que exista un conflicto entre los documentos de su plan y esta información, los documentos del plan siempre regirán.

PROGRAMA DE AYUDA AL EMPLEADO (EAP)



PROGRAMA DE AYUDA AL EMPLEADO (EAP)

RECURSOS GRATUITOS PARA MOMENTOS DIFÍCILES

Su Programa de ayuda al empleado (EAP, por sus siglas en inglés) es un conjunto de servicios que pueden apoyarlo a través de desafíos personales y profesionales con recursos, información y asesoramiento. Todo es confidencial (lo que usted habla no se compartirá con su empleador) y es gratis.

Program Component Coverage Details

Disponibilidad:	Los servicios son accesibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, lo que garantiza que el soporte esté siempre a solo una llamada o un clic de distancia.
Cantidad de sesiones:	6 sesiones presenciales al año por miembro por incidente
Cómo acceder:	Cómodo acceso vía telefónica o sesiones presenciales, permitiéndole elegir el modo de comunicación que mejor se adapte a sus necesidades.
Cobertura:	El programa cubre una amplia gama de temas, que incluyen, entre otros: Apoyo de salud mental: problemas matrimoniales, de relación o familiares; asesoramiento sobre duelo o duelo; Trastorno por uso de sustancias y recuperación.
Costo:	Gratis
Elegibilidad:	El EAP está disponible para usted, sus dependientes y otros miembros de su hogar, lo que garantiza un apoyo integral para toda su familia.

Póngase en contacto



- Por teléfono: 855-239-0743
- En Línea: www.guidanceresources.com
 - Web ID: Guardian
- Aplicación móvil: GuidanceNow



VENTAJAS Y MÁS



VENTAJAS Y MÁS



FINALMENTE, LAS COSAS DIVERTIDAS

Su paquete de beneficios no es todo sobre seguros. Todavía sabe cómo divertirse. En ese espíritu, Barona le da estos beneficios.

Tiempo Libre Remunerado (PTO)

Su tiempo libre remunerado, o PTO, brinda la oportunidad de programar tiempo libre para vacaciones, días libres especiales, días para celebrar el feriado o un día alternativo, días personales o recibir pago por un día en que se declara enfermo. Su empresa le paga mientras utiliza este tiempo libre. A continuación se muestran las tasas de acumulación de PTO:

Duración del servicio	Número de horas de PTO Obtenidas (según el Estado de Tiempo Completo y Parcial)	Horas Totales al Finalizar el Año
Fecha de inicio del primer año:	Hasta 5.55 horas de PTO por 80 horas trabajadas por período de pago	Hasta 144.30 (18 días)
1º año a 4º año:	7.09 horas de PTO por 80 horas trabajadas por periodo de pago	Hasta 184.34 (23 días)
4º año a 9º año:	8.63 horas de tiempo libre por 80 horas trabajadas por período de pago	Hasta 224.38 (28 días)
9º año y más allá:	10.15 horas de PTO por 80 horas trabajadas por período de pago	Hasta 263.90 (33 días)

El PTO se trasladará año tras año hasta un saldo máximo de 520 horas. Cuando la acumulación llegue a 520 horas, la acumulación cesará hasta que se utilice o se retire el PTO.

Consulte la Política de tiempo libre remunerado completa para obtener detalles sobre cómo usar su PTO y cuándo puede usarlo.

Es posible que se respete otro tiempo libre, como el tiempo que desea tomar por razones familiares o médicas, según las leyes estatales y federales.

Seguro para mascotas

El seguro opcional para mascotas de MetLife puede cubrir a sus perros, gatos, aves y algunos otros animales exóticos. Para obtener una cotización o inscribirse, vaya a www.metlife.com/getpetquote or call 800-438-6388. Les encantaría ayudarte a elegir el mejor plan para tu mejor amiga.

¿Qué cubre?

- Accidente
- Enfermedades
- Tarifas de examen
- Cirugías
- Medicamentos
- Ultrasonidos
- Estancias hospitalarias
- Pruebas diagnósticas
- Displasia de cadera
- Condiciones hereditarias
- Condiciones congénitas
- Cuidado holístico
- Condiciones crónicas
- Terapias alternativas
- ¡Y mucho más!

The Dungeon – Membresía Elite Fitness de Barona

Este es un programa de bienestar sin costo que se ofrece a los miembros del equipo de Barona. Las clases se ofrecen de lunes a viernes a las 6:30 am, 8 am, 9 am, 12 pm., 1 pm, 5 pm y 6 pm, así como los sábados a las 8 am. Para obtener más información, póngase en contacto con nuestro entrenador de grupo:

Entrenador Eric – 619-980-9338



Asistencia de Emergencia Global

La asistencia de emergencia global es un beneficio adicional incluido con su cobertura de vida básica y AD&D a través de Guardian. Comuníquese con Assist America, nuestro proveedor global de programas de asistencia de emergencia, cuando necesite conectarse con proveedores de atención médica calificados, hospitales, farmacias y otros servicios si experimenta una emergencia mientras viaja a más de 100 millas de su hogar o fuera del país por hasta 90 días. Contáctalos por teléfono, correo electrónico, sitio web o aplicación móvil y utiliza el número de referencia 01-AA-GLI-10231.

Teléfono (en dentro de EE. UU.): 800-872-1414

Teléfono (fuera de EE. UU.): 609-986-1234

Correo electrónico: medservices@assistamerica.com

Sitio web: www.assistamerica.com

Servicios Legales

Llámenos al 800-821-6400. A través del beneficio de MetLife, puede hablar con uno por teléfono o en su oficina. Lo guiarán en asuntos de deudas, asuntos patrimoniales, derecho de familia y más. Comuníquese con Recursos Humanos para obtener más información.

1. Encontrar un abogado
Crea una cuenta en www.members.legalplans.com para ver su cobertura y seleccionar un abogado para su asunto legal. O llámenos al 800-821-6400 para obtener ayuda.
2. Haga una cita
Llame al abogado que seleccione y programe una cita para hablar o reunirse.
3. ¡Eso es todo!
No hay copagos, deducibles ni formularios de reclamo cuando utiliza un abogado de la red para un asunto cubierto.

Dinero Asuntos	- Defensa de Cobro de Deudas - Defensa contra el robo de identidad - Servicios de restauración de identidad de LifeStages	- Negociaciones con Acreedores - Bancarrota Personal - Pagarés	- Representación de Auditoría Fiscal - Defensa de la recaudación de impuestos
Hogar & Bienes raíces	- Disputas de límites o títulos - Escrituras - Defensa contra el desalojo - Ejecución hipotecaria	- Préstamos sobre el valor de la vivienda - Hipotecas - Evaluaciones de impuestos a la propiedad - Refinanciamiento de Vivienda	- Venta o Compra de Vivienda - Asistencia con el depósito de seguridad - Negociaciones con inquilinos - Aplicaciones de zonificación
Planificación Patrimonial	- Codicilos - Testamentos complejos - Representantes de atención médica - Testamentos en vida	Poderes notariales (atención médica, finanzas, cuidado infantil, inmigración)	- Fideicomisos revocables e irrevocables - Testamentos simples
Familiar y Personal	- Adopciones - Declaraciones juradas - Tutela - Cartas de demanda - Defensa de embargo - Tutela - Asistencia de inmigración	- Defensa en tribunales de menores, incluidos asuntos penales - Cambio de nombre - Asuntos de responsabilidad de los padres - Protección de propiedad personal	- Acuerdo prenupcial - Protección contra la violencia doméstica - Revisión de CUALQUIER documento legal personal - Audiencias escolares
Civil Demandas	- Audiencias Administrativas - Defensa en Litigios Civiles	- Disputas sobre bienes y servicios de consumo - Defensa de incompetencia	- Responsabilidades por mascotas - Asistencia para reclamos menores
Problemas de Cuidado de Personas Mayores	- Consulta y Revisión de Documentos para tus Padres - Escrituras - Arrendamientos	- Medicaid - Medicare - Notas - Acuerdos de hogares de ancianos	- Poderes Notariales - Planes de prescripción - Testamentos
Tráfico y Otros Asuntos	- Defensa de multas de tráfico - Restauración de privilegios de conducción	Suspensión de licencia por DUI	Reposesión

COSTOS Y DIRECTORIO



DESGLOSE DE COSTOS MÉDICOS

¡RESUMÁMOSLO TODO!

Las siguientes tarifas son vigentes del 1 de abril de 2026 al 31 de marzo de 2027.

Nivel de Cobertura	Deducción a la Nómina
	Miembro del equipo Quincenal
SIMNSA HMO	
Solo miembro	\$20.82
Miembro del equipo y cónyuge/pareja doméstica	\$42.87
Miembro del equipo e hijo(s)	\$36.74
Miembro del equipo y familia	\$53.88
Kaiser Deductible HMO	
Solo miembro del equipo	\$23.29
Miembro del equipo y cónyuge/pareja doméstica	\$79.56
Miembro del equipo e hijo(s)	\$68.57
Miembro del equipo y familia	\$111.27
Kaiser Tradicional HMO	
Solo miembro del equipo	\$55.64
Miembro del equipo y cónyuge/pareja doméstica	\$133.91
Miembro del equipo e hijo(s)	\$108.69
Miembro del equipo y familia	\$188.90
Anthem Select HMO	
Solo miembro del equipo	\$49.00
Miembro del equipo y cónyuge/pareja doméstica	\$117.94
Miembro del equipo e hijo(s)	\$95.72
Miembro del equipo y familia	\$166.37
Anthem High HMO	
Solo miembro del equipo	\$88.62
Miembro del equipo y cónyuge/pareja doméstica	\$206.76
Miembro del equipo e hijo(s)	\$173.82
Miembro del equipo y familia	\$285.15
Anthem PPO	
Solo miembro del equipo	\$220.17
Miembro del equipo y cónyuge/pareja doméstica	\$491.64
Miembro del equipo e hijo(s)	\$402.30
Miembro del equipo y familia	\$678.96

DESGLOSE DE COSTOS DENTALES Y VISIÓN

¡RESUMAMOSLO TODO!

Las siguientes tarifas son vigentes del 1 de abril de 2026 al 31 de marzo de 2027.

Nivel de Cobertura	Deducción a la Nómina
	Miembro del equipo Quincenal
SIMNSA Dental HMO	
Solo miembro	\$1.05
Miembro del equipo y cónyuge/pareja doméstica	\$2.36
Miembro del equipo e hijo(s)	\$3.41
Miembro del equipo y familia	\$4.46
United Concordia Dental HMO	
Solo miembro	\$1.75
Miembro del equipo y cónyuge/pareja doméstica	\$5.00
Miembro del equipo e hijo(s)	\$4.00
Miembro del equipo y familia	\$7.00
United Concordia Dental PPO	
Solo miembro	\$4.50
Miembro del equipo y cónyuge/pareja doméstica	\$15.09
Miembro del equipo e hijo(s)	\$11.38
Miembro del equipo y familia	\$24.62
Anthem Vision PPO	
Solo miembro	\$2.10
Miembro del equipo y cónyuge/pareja doméstica	\$3.67
Miembro del equipo e hijo(s)	\$3.15
Miembro del equipo y familia	\$4.72

DIRECTORIO Y RECURSOS

A continuación, encontrará información de contacto y recursos importantes para Barona Resort & Casino.

Información sobre	Group / Policy #	Número de Teléfono	Sitio Web/Correo Electrónico
Inscripción y elegibilidad			
Recursos Humanos: Lindsay Fennel, Administradora de Beneficios		619-328-3513	lfennel@barona.com
Cobertura médica			
Kaiser		Español	
- HMO	226798	800-788-0616	www.kp.org/memberservices
Anthem			
- HMO/PPO	277152	800-888-8288	www.anthem.com/ca
Express Scripts (Miembros del Anthem)			
- Cobertura de recetas	13600	800-711-0917	www.express-scripts.com
SIMNSA			
- HMO	608	800-424-4652	www.simnsa.com
Cobertura dental			
United Concordia			
- DHMO	897886	866-357-3304	www.unitedconcordia.com
- DPPO	907995	800-332-0366	
SIMNSA			
- DHMO	608	800-424-4652	www.simnsa.com
Cobertura de la vista			
Anthem			
- VPPO	277152	866-723-0515	www.anthem.com/ca
De vida, AD&D y discapacidad			
Guardian			
- Vida Básica y AD&D		800-525-4542	www.guardianlife.com
- Vida voluntaria y AD&D			Group_life_claims@glic.com
- LTD voluntaria	00062574	800-538-4583	
- Indemnización hospitalaria		800-541-7846	Group_ltd_claims@glic.com
- Enfermedad Crítica		800-541-7846	
Cuentas de gastos flexibles			
TASC		800-422-4661	www.tasconline.com
Asesora del plan de jubilación 401(k)			
TransAmerica			
	Qk629800001	800-755-5801	https://barona401k.trsrretire.com
Morgan Stanley		858-597-7743	
Plan de Asistencia para los Empleados			
Guidance Resources		855-239-0743	www.guidanceresources.com
Plan Legal			
MetLife	9903537	800-821-6400	Portal general: www.legalplans.com , Portal de miembros: www.metlife.com/mybenefits , Barona
Seguro para mascotas			
MetLife	9903537	800-438-6388	www.metlife.com/getpetquote
Boletos con Descuento			
LifeBalance		888-754-5433	lifebalanceprogram.com/hspromo/baronatickets
Asistencia de emergencia global			
Assist America	01-AA-GLI-10231	EE. UU: 800-872-1414 Fuera de EE. UU.: 609-986-1234	Correo electrónico: medservices@assistamerica.com Sitio web: www.assistamerica.com

GRACIAS POR LEER

Esta guía contiene solo unas pocas (o unas pocas más que unas pocas) palabras sobre sus beneficios, pero representa una red de recursos y apoyo. Este es el momento de volver a vivir, sabiendo que esta guía está aquí cuando y si alguna vez la necesita. Si las preguntas lo detienen, tenga en cuenta que el equipo de Recursos Humanos de Barona Resort & Casino estará encantado de ayudarlo.

¡QUE TENGA UN AÑO FELIZ Y SALUDABLE!



Paquete De Avisos De Beneficios De Salud Y Bienestar De Barona Resort & Casino

Para Año del plan 2026 – 2027

Estimado miembro del equipo,

Adjunto encontrará un paquete de notificaciones y divulgaciones que pertenecen a los planes de salud y bienestar patrocinados por su empleador, según lo exige la ley federal.

Anexos

- ☐ Aviso de cobertura acreditable Medicare Parte D
- ☐ Aviso de derechos de inscripción especial HIPAA
- ☐ Aviso de prácticas de privacidad HIPAA
- ☐ Aviso sobre el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP)
- ☐ Aviso sobre la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)
- ☐ Aviso sobre la Ley para la Protección de la Salud de las Madres y Recién Nacidos (NMHPA)
- ☐ Aviso General sobre Derechos de Continuación de Cobertura COBRA

Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de los avisos, póngase en contacto con nosotros en Recursos Humanos.

Medicare Parte D

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE

Aviso Importante de Barona Resort & Casino sobre su Cobertura de Medicamentos con Receta Médica y Medicare

Sírvase leer este aviso cuidadosamente y conservarlo a la mano. Este Aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Barona Resort & Casino y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, le recomendamos comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos tienen cobertura a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su localidad. Al final de este aviso se incluye información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos con receta.

Existen dos aspectos importantes que usted debe conocer acerca de su cobertura y de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- 1. En 2006, la cobertura de medicamentos recetados de Medicare se volvió disponible para todos los inscritos en Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un Plan Advantage de Medicare (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura sujeta a primas mensuales más altas.**
- 2. Barona Resort & Casino ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que le ofrece Barona Resort & Casino se espera que, en promedio, pague a todos los participantes del plan una cantidad equivalente a lo que paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y por lo tanto se considerará como cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura acreditable, usted puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (penalización) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.**

¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos recetados de medicare?

Usted se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare al obtener la elegibilidad inicial para Medicare cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura

acreditable actual de medicamentos con receta, mientras no sea por su culpa, también calificará para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para participar en el plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué le ocurre a su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de Barona Resort & Casino como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura Barona Resort & Casino será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta y Medicare el pagador secundario. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare podría disminuir significativamente. Por lo general, Medicare será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta si usted participa en la cobertura Barona Resort & Casino como expleado.

Además, puede optar por cancelar su cobertura de Barona Resort & Casino. Tenga presente que si decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare y cancela su cobertura actual de Barona Resort & Casino, tenga presente que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará usted una prima más alta (penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Barona Resort & Casino y no se une al plan de medicamentos de Medicare durante los siguientes 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, podría pagar una prima más alta (penalización) para unirse más tarde a un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar un mínimo de 1% de la prima mensual básica de beneficiario de Medicare por cada mes que usted no haya tenido dicha cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima será consecuentemente al menos 19% mayor que la prima base que pagan los beneficiarios de Medicare. Quizá tenga que pagar esta prima más alta (penalización) siempre que usted tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, quizá tenga que esperar hasta en octubre próximo para inscribirse.

Si desea más información acerca de este Aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos con receta...

Comuníquese con la persona que se indica a continuación para obtener más información. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Además, lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y también si esta cobertura a través de Barona Resort & Casino cambia. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información acerca de sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare...

El manual "Medicare & You" (Medicare y usted) contiene información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual todos los años. Además, los planes de medicamentos de Medicare quizá se comuniquen directamente con usted.

Si desea más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa estatal de ayuda para seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program), al número de teléfono que se indica en el interior de la contraportada de su manual “Medicare & You”, para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Si desea información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la Web en www.socialsecurity.gov, o llámeles al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, quizá se le solicite presentar una copia de este aviso en el momento de la inscripción para demostrar que usted ha mantenido o no su cobertura acreditable y, por lo tanto si deberá usted pagar o no una prima más alta (penalización).

1 de abril de 2026

Nombre de la entidad/remitente: Barona Resort & Casino

Contacto-Cargo/Oficina: Lindsay Fennel, Administrador de beneficios y compensaciones

Dirección: 1932 Wildcat Canyon Rd., Lakeside, CA 92040

Número de teléfono: 619-328-3513

Aviso sobre inscripción especial HIPAA

Si declina la inscripción en Barona Resort & Casino la cobertura de salud de grupo para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la existencia de otro seguro de salud o cobertura de plan de salud de grupo, podrán inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura antedicha (o si el empleador deja de contribuir para dicha cobertura de usted o de sus dependientes). Sin embargo, es necesario solicitar inscripción en un plazo de 30 días después de que termine la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después de que el empleador cese sus contribuciones para dicha cobertura).

Además, si usted obtiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrán inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, es necesario solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Finalmente, usted y/o sus dependientes pueden tener derechos especiales de inscripción si se pierde la cobertura bajo Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal (“CHIP”), o cuando usted y/o sus dependientes obtengan la elegibilidad para recibir asistencia para las primas estatales. Usted dispone de 60 días a partir de la ocurrencia de uno de estos eventos para notificar a la compañía e inscribirse en el plan.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Recursos Humanos.

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Barona Resort & Casino patrocina ciertos planes de salud de grupo (colectivamente, el “Plan” o “Nosotros”) para proporcionar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Proporcionamos esta cobertura mediante varias relaciones con terceros que establecen redes de proveedores, coordinan su atención y procesan las reclamaciones de reembolso por los servicios que usted recibe. Este Aviso de prácticas de privacidad (el “Aviso”) describe las obligaciones legales de Barona Resort & Casino, el Plan y sus derechos legales con respecto a su información de salud protegida en poder del Plan bajo HIPAA. Entre otras cosas, este Aviso describe cómo su información de salud protegida puede ser utilizada o divulgada para realizar tratamientos, pagos, gestiones de cuidado de salud o para cualquier otro propósito que esté permitido o sea requerido por la ley.

Estamos obligados a proporcionarle este Aviso en cumplimiento con la ley HIPAA. La Regla de privacidad de HIPAA protege solamente cierta información médica designada como “información de salud protegida”. Generalmente, la información de salud protegida es información de salud individualmente identificable, incluyendo información demográfica, recopilada de usted o creada o recibida por un proveedor de atención médica, un centro de información de atención médica, un plan de salud o de su empleador en nombre de un plan de salud de grupo, que se relaciona con:

- (1) su salud, condición física o mental pasada, presente o futura;
- (2) la prestación de atención médica para usted; o
- (3) el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a usted.

Nota: Si usted está cubierto por uno o más planes de salud de grupo totalmente asegurados que le ofrece Barona Resort & Casino, recibirá una notificación por separado con respecto a la disponibilidad de un aviso sobre las prácticas de privacidad aplicables a esa cobertura y cómo obtener una copia de la notificación directamente de la compañía de seguros.

Información de contactos

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor comuníquese con Recursos Humanos de Barona Resort & Casino.

Barona Resort & Casino
A la atención de: Lindsay Fennel, Administrador de beneficios y compensaciones
1932 Wildcat Canyon Rd.
Lakeside, CA 92040

Fecha de vigencia

Este aviso y sus revisiones entrará en vigor a partir 1 de abril de 2026.

Nuestras responsabilidades

La ley estipula que debemos:

- mantener la privacidad de su información médica protegida;
- proporcionarle ciertos derechos con respecto a su información médica protegida;
- proporcionarle una copia de esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida; y
- cumplir las cláusulas del Aviso que esté actualmente en vigencia.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso y de establecer nuevas provisiones con respecto a su información de salud protegida que mantenemos, según lo permita o requiera la ley. Si realizamos cualquier cambio material a este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También puede obtener una copia de la última versión revisada del Aviso a través del contacto con nuestro Oficial de Privacidad en la información de contactos proporcionada anteriormente. Con excepción de lo dispuesto en este Aviso, no podemos divulgar su información de salud protegida sin su autorización previa.

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida

Según la ley, en ciertas circunstancias podemos usar o revelar sin su permiso su información de salud protegida. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información de salud protegida se incluirán en una de las categorías.

Para el tratamiento

Podemos usar o revelar su información médica protegida para facilitar el tratamiento o servicios médicos por parte de los proveedores. Podemos divulgar su información médica a proveedores, incluso médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que esté involucrado en el cuidado de su salud. Por ejemplo, podríamos divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para determinar si una receta pendiente es inapropiada o peligrosa para que usted la use.

Para el pago

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida para determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan, para facilitar el pago del tratamiento y los servicios que usted recibe de los proveedores de atención médica, para determinar la responsabilidad de los beneficios bajo el Plan o para coordinar la cobertura del Plan. Por ejemplo, podemos informar a su proveedor de atención médica sobre su historial médico para determinar si un tratamiento en particular es experimental, de investigación o médicamente necesario, o para determinar si el Plan cubrirá el tratamiento. También podemos compartir su información de salud protegida con un proveedor de servicios de revisión de utilización o de precertificación. De igual manera, podemos compartir su información de salud protegida con otra entidad a fin de ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamaciones de salud o con otro plan de salud para coordinar el pago de los beneficios.

Para gestiones de cuidados de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para otras gestiones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del Plan. Por ejemplo, podemos utilizar

información médica en relación con la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad; suscripción de aseguramiento, clasificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentación de reclamaciones para la cobertura de limitación de pérdidas (o exceso de pérdidas); realización u organización de revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraudes y abusos; planificación y desarrollo empresarial, como la gestión de costos; y gestión empresarial y actividades administrativas generales del Plan. El Plan tiene prohibido usar o divulgar información de salud protegida que sea información genética sobre un individuo con fines de suscripción de aseguramiento.

A asociados empresariales

Podemos suscribir contratos con personas o entidades conocidos como asociados empresariales para realizar diversas funciones en nombre del Plan o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Con el fin de realizar estas funciones o de proporcionar estos servicios, los asociados empresariales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán y/o divulgarán su información de salud protegida, pero solo después de que acuerden por escrito con nosotros implementar las medidas de seguridad apropiadas con respecto a su información de salud protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a un asociado empresarial para administrar reclamaciones o para proporcionar servicios de apoyo, tales como la gestión de la utilización, gestión de beneficios de farmacia o subrogación, pero solo después de que el asociado empresarial suscriba un Acuerdo de asociado empresarial con nosotros.

Según lo estipule la ley

Divulgaremos su información de salud protegida cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida cuando así lo exijan las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de salud pública.

Para prevenir una amenaza grave a la salud o a la seguridad

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación, solo se haría a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud protegida en un procedimiento relacionado con la autorización de licencia de un médico.

A los patrocinadores del Plan

Para el propósito de administrar el Plan, podemos divulgar a información sobre la salud protegida a ciertos empleados del Empleador. Sin embargo, estos empleados únicamente utilizarán o divulgarán dicha información según sea necesario para realizar funciones administrativas para el Plan o de otra manera que lo requiera la ley HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información de salud protegida no se puede utilizar para fines de empleo si no se cuenta con su autorización específica.

Situaciones especiales

Además de las situaciones antedichas, las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información de salud protegida se incluirán en una de las categorías.

Donación de órganos y tejidos

Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información de salud protegida a organizaciones que manejan la obtención y trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para realizar la donación y trasplante del órgano o tejido.

Militares y veteranos

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud protegida según lo requieran las autoridades del comando militar. Además, podemos divulgar información de salud protegida acerca de personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Seguro de compensación a los trabajadores

Podemos divulgar su información de salud protegida para los fines del seguro de compensación a los trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de salud pública

Podemos divulgar su información de salud protegida para acciones de salud pública. Estas acciones por lo general incluyen lo siguiente:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- reportar nacimientos y fallecimientos;
- reportar abuso o abandono infantil;
- reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a personas sobre la retirada del mercado de productos que puedan estar consumiendo;
- para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- notificar a la autoridad gubernamental pertinente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo, o cuando así lo requiera o lo autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud

Podemos divulgar su información de salud protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamientos de licencias. El gobierno necesita estas actividades para supervisar el sistema de atención de salud y los programas gubernamentales, y para velar por el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas judiciales y disputas

Si usted está involucrado en una demanda judicial o en una disputa, podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una citatorio, solicitud de descubrimiento u otro proceso judicial por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Cumplimiento de la ley

Podemos divulgar su información de salud protegida si así lo solicita un funcionario del orden público,

- en respuesta a una orden judicial, citatorio, requerimiento judicial, emplazamientos o procesos legales similares;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;

- sobre la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la víctima;
- acerca de una muerte que consideramos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- acerca de una conducta delictiva; y
- en circunstancias de emergencia para reportar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores funerarios

Podemos divulgar información de salud protegida a un juez de instrucción o a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. Además, podemos divulgar la información de salud de pacientes para ayudar a un director funerario según sea necesario para llevar a cabo sus obligaciones.

Actividades de seguridad nacional y servicios de inteligencia

Podemos divulgar su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Internos o reclusos

Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de cumplimiento de la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o al oficial de cumplimiento de la ley si es necesario (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

Investigación

Podemos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando:

- (1) se haya eliminado los identificadores individuales; o
- (2) cuando una junta de revisión institucional o junta de privacidad haya (a) revisado la propuesta de investigación; y (b) establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información solicitada, y aprueba la investigación.

Divulgaciones necesarias

La siguiente es una descripción de las divulgaciones de su información de salud protegida que estamos obligados a realizar.

Auditorías gubernamentales

Estamos obligados a divulgar su información de salud protegida al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el Secretario está investigando o determinando nuestro cumplimiento de la regla de privacidad de la HIPAA.

Divulgaciones a usted

Cuando usted lo solicite, estamos obligados a divulgarle la parte de su información de salud protegida que contiene registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones con respecto a sus beneficios de atención médica. También estamos obligados, cuando se nos solicite, a proporcionarle un informe de la mayoría de las divulgaciones de su información médica protegida si la divulgación se hizo por razones que no fueran de pago, tratamiento u gestiones de

atención médica, y si la información de salud protegida no fue divulgada de conformidad con su autorización individual.

Notificación de una infracción

Estamos obligados a notificarle en caso de que nosotros (o uno de nuestros asociados empresariales) descubra una infracción a su información de salud protegida no segura, según lo define la HIPAA.

Otras divulgaciones

Representantes personales

Divulgaremos su información de salud protegida a las personas que usted autorice, o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre y cuando usted nos proporcione un aviso/autorización por escrito y cualquier documento de apoyo (por ejemplo, un poder notarial).

Nota: En virtud de la regla de privacidad de HIPAA, no estamos obligados a divulgar información a un representante personal si tenemos una sospecha razonable de que:

- (1) usted ha sido, o puede ser, víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona;
- (2) tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo en peligro a usted; o
- (3) en el ejercicio o juicio profesional, no resulta en su mejor interés tratar a la persona como su representante personal.

Cónyuges y otros familiares

Salvo excepciones limitadas, enviaremos todo correo al empleado. Esto incluye el correo relacionado con el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia que están cubiertos por el Plan, e incluye el correo con información sobre el uso de los beneficios del Plan por el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia e información sobre la denegación de cualquier beneficio del Plan al cónyuge del empleado y otros miembros de la familia. Si una persona cubierta por el Plan ha solicitado Restricciones o Comunicaciones Confidenciales (ver más adelante bajo "Sus derechos"), y si hemos aceptado la solicitud, le enviaremos un correo electrónico según lo estipulado en la solicitud de Restricciones o Comunicaciones Confidenciales.

Autorizaciones

No se harán sin su autorización por escrito otros usos ni divulgaciones de su información de salud protegida no descritos anteriormente, incluyendo el uso y divulgación de notas de psicoterapia y el uso o divulgación de información de salud protegida para propósitos de recaudación de fondos o comercialización. Usted puede revocar su autorización escrita en cualquier momento, siempre que dicha revocatoria se haga por escrito. Una vez que el Plan reciba su revocatoria de autorización por escrito, esta causará efecto únicamente en las divulgaciones y usos futuros. No será aplicable a ninguna otra información que haya sido utilizada o divulgada en función de la autorización escrita y antes de recibir su revocatoria por escrito. Usted puede optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de nuestra parte en cualquier momento.

Sus derechos

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

Derecho de inspeccionar y copiar

Usted tiene derecho de inspeccionar y copiar cierta información de salud que se pueda utilizar para tomar decisiones acerca de sus beneficios de atención médica. Para inspeccionar y copiar su

información de salud protegida, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copiado, envío por correo u otros materiales relacionados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud protegida en muy limitadas circunstancias. Si se le niega el acceso a su información de salud, puede tener derecho a solicitar que se revise la denegación y se le proporcionarán detalles sobre cómo hacerlo.

Derecho de enmienda

Si usted considera que la información de salud protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre que la información sea mantenida por o para el Plan. Para solicitar una enmienda, debe presentar su solicitud por escrito y enviarla al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Además, usted deberá proporcionar al menos un motivo que respalde su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de enmienda si no se efectúa por escrito o si no incluye un motivo para respaldar la solicitud. Además, podemos rechazar su solicitud si usted nos solicita enmendar información que:

- No es parte de la información de salud conservada por, o para el plan;
- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para efectuar la enmienda;
- No es parte de la información a la que usted se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- ya es exacta y completa.

Si denegamos su solicitud, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y cualquier divulgación futura de la información en disputa incluirá su declaración.

Derecho de ver el registro de las divulgaciones

Usted tiene el derecho de solicitar un “listado” o reporte de ciertas divulgaciones de su información personal de salud protegida. El listado no incluirá (1) divulgaciones para fines de tratamiento, pago o gestiones de atención médica; (2) divulgaciones hechas a usted; (3) divulgaciones hechas de conformidad con su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones para fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones que de otra manera serían permisibles.

Para solicitar este listado o informe de divulgaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo no mayor de seis años (tres años para expedientes médicos electrónicos) o el periodo que ABC Company haya estado sujeta a las reglas de privacidad HIPAA, si es menor.

Su solicitud debe indicar en qué forma desea el listado (por ejemplo: impreso o en formato electrónico). Intentaremos proporcionar el listado en el formato que usted lo solicitó o en otro formato acordado mutuamente si el formato solicitado no es razonablemente factible. El primer listado que solicite dentro de un periodo de 12 meses se le proporcionará sin costo alguno. Para listados adicionales, podemos cobrarle los costos para suministrar cada listado. Le informaremos sobre el costo involucrado y usted podrá retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en algún costo.

Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre cuánta de su información de salud protegida podemos usar o divulgar para gestiones de tratamiento, pago o atención de salud. Además,

tiene el derecho de solicitar un límite sobre su información de salud protegida que divulgamos a alguien que esté involucrado en su atención de salud o en el pago de esta, tal como un familiar o un amigo. Por ejemplo, usted podría solicitarnos que no usemos ni divulguemos información acerca de una cirugía que usted tuvo.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si estamos de acuerdo con la solicitud, respetaremos la restricción hasta que usted la revoque o se lo notifiquemos de manera diferente. Para solicitar restricciones, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales

Usted tiene el derecho de solicitar que, para asuntos médicos, nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierta localidad. Por ejemplo, usted puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud deberá especificar cómo o dónde desea que se le contacte. Nos acomodaremos a todas las solicitudes razonables si usted proporciona claramente información de que la divulgación parcial o total de su información protegida podría ponerlo en peligro a usted.

Derecho a recibir copia impresa de este aviso

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. En cualquier momento, puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este aviso. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, llame por teléfono o escriba al Oficial de Privacidad según se indica en la sección Información de contactos.

Si desea obtener más información, consulte [Sus derechos en virtud de HIPAA](#).

Quejas

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido infringidos, puede presentar una queja ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede presentar una reclamación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por medio de una carta dirigida a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, puede llamar al 1-877-696-6775, o visitar <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

Para presentar una queja ante el Plan, llame por teléfono y escriba al Oficial de Privacidad según se indica más arriba en Información de contactos. Usted no recibirá penalización alguna, ni represalias de ningún tipo, por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante el Plan. Le sugerimos conservar para sus registros una copia de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan o al Oficial de Privacidad.

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

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura de salud a través de su empleador, el estado donde usted reside puede tener un programa de asistencia de primas para ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no podrán ser elegibles para estos programas de ayuda para el pago de primas, pero quizá pueda adquirir cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Si desea obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y residen en uno de los estados que se indican más adelante, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para determinar si está disponible la ayuda de primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o de CHIP, o bien, marque el **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para enterarse de cómo solicitar su inscripción. Si usted califica, pregunte si el estado tiene un programa que pudiese ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir ayuda para el pago de primas en virtud de Medicaid o CHIP, así como también son elegibles en virtud del plan de su empleador, su empleador deberá permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no estuviese inscrito. Esto se llama una oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura en un plazo no mayor de 60 días después de determinarse su elegibilidad para la ayuda de primas**. Si tiene preguntas acerca de cómo inscribirse en su plan del empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted reside en uno de los estados siguientes, quizá sea elegible para recibir ayuda para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La lista de estados a continuación está en vigor desde el 31 de julio de 2024. Comuníquese con la oficina en su estado para obtener más información sobre elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pagos de la Prima de Seguros Médicos de AK (AK Health Insurance Premium Payment Program) Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: Programa de Pago de las primas del seguro médico (Health Insurance Premium Payment, 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 Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de Contacto con el Miembro de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Retransmisión estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Retransmisión estatal 711 Programa Buy-In de Seguro Médico (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, presione 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, presione 2	Programa de pago de primas del seguro médico Todos los demás de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono Servicio al Miembro: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Sitio web de Medicaid: iowa Medicaid Health & Human Services Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa Health & Human Services Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Health & Human Services (iowa.gov) Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Sitio web del Programa Integrado de Pago de las Primas del Seguro médico de Kentucky (Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program, KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Kentucky Medicaid: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web: www.medicicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/la hipp Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web de inscripciones: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711 Página web de la prima del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremiumassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHSHIPPPProgram@mt.gov	Sitio 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	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número sin costo para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NEW JERSEY – Medicaid y CHIP	NEW YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia con las primas de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa Rite Share)
SOUTH CAROLINA – Medicaid	SOUTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Texas Health and Human Services Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de Premium Partnership for Health Insurance (UPP) de Utah: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de Adult Expansion: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/

VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio 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	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Línea telefónica sin costo de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de ayuda de primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre derechos especiales de inscripción, puede comunicarse con cualquiera de los siguientes:

U.S. Department of Labor
 Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
 1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
 Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
 1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

Aviso sobre la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)

¿Sabe usted que su Plan, según lo estipula la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA), proporciona beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, que incluyen todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluyendo el linfedema? Llame al administrador del Plan: al [inserte número de teléfono] para obtener más información.

Estos beneficios se suministrarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos suministrados en virtud de este plan. Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con Lindsay Fennel, Administradora de Beneficios y Compensación, al 619-328-3513.

Aviso sobre la ley para la Protección de la Salud de las Madres y los Recién Nacidos (NMHPA)

En virtud de las leyes federales, los emisores de planes de salud de grupo y de seguros de salud generalmente no pueden restringir beneficios pertinentes al tiempo de hospitalización en relación con un parto, para la madre o para el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal ni a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, la ley Federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención médica que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultarlo con la madre, pueda dar el alta hospitalaria a la madre o a su recién nacido antes de transcurridas 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes de salud y los emisores no pueden, en virtud de la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para recomendar un tiempo de hospitalización que no exceda 48 horas (o 96 horas).

Modelo de Aviso general de derechos de continuación de cobertura COBRA

**** Derechos de continuación de cobertura en virtud de COBRA ****

Introducción

Usted está recibiendo esta notificación porque ha obtenido recientemente la cobertura en virtud de un plan de salud de grupo (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a la continuación de cobertura COBRA, la cual es una extensión temporal de la cobertura en virtud del Plan. **Este aviso explica la continuación de cobertura COBRA, cuando puede estar disponible para usted y su familia, y qué necesita usted para proteger su derecho de obtenerla.** Cuando usted es elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA.

El derecho a la continuación de cobertura COBRA fue creado por una ley federal: la Ley Omnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada de 1985 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985, COBRA). La continuación de cobertura COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud de grupo de otra manera hubiese terminado. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y en virtud de la ley federal le recomendamos consultar la descripción resumida de su Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Puede haber otras opciones disponibles para usted cuando pierde la cobertura de salud de grupo. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros de salud. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros de salud, puede calificar para menores costos en sus primas mensuales y menores gastos de su propio bolsillo. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud de grupo para el cual usted sea elegible (tal como un plan de su cónyuge), incluso si dicho plan por lo general no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la continuación de cobertura COBRA?

La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura del plan, que de otra manera terminaría, en virtud de un evento de vida. Esto se conoce como un “evento calificado”. Los eventos calificados específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, la continuación de cobertura COBRA deberá ofrecerse a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios calificados si se pierde la cobertura en virtud del Plan debido al evento calificado. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de cobertura de COBRA.

Si usted es empleado, será beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Se reducen sus horas de empleo, o
- Termina su empleo por alguna razón que no sea por faltas graves.

Si usted es el cónyuge de un empleado, usted será beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Fallece su cónyuge;
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge;
- Termina el empleo del cónyuge por alguna razón que no sea por faltas graves;
- Su cónyuge se vuelve elegible para recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes serán beneficiarios calificados si pierden la cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Fallece el padre/empleado;
- Se reducen las horas de empleo del padre-empleado;
- Termina el empleo del padre-empleado por cualquier razón que no sea por faltas graves;
- El padre-empleado obtiene elegibilidad para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El menor deja de ser elegible para cobertura en virtud del Plan como “hijo dependiente”.

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de cobertura COBRA a los beneficiarios calificados únicamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que se ha producido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos calificados:

- El cese de empleo o la reducción de horas de empleo;
- Fallecimiento del empleado; o
- El empleado es ahora elegible para recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas).

Para todos los otros eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y del cónyuge o si un hijo pierde la elegibilidad de cobertura como hijo dependiente), usted debe notificarlo al Administrador del Plan dentro de los 60 días después de ocurrido el evento calificado. Usted debe proporcionar esta notificación a Recursos Humanos.

¿Cómo se proporciona la continuación de cobertura COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación que ha ocurrido un evento calificado, se ofrecerá la continuación de cobertura COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente para elegir la continuación de cobertura COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de cobertura COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura temporal que dura por lo general 18 meses debido al cese de empleo o a la reducción de horas de trabajo. Algunos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir a un beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que este período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA pueda ser prorrogado:

Prórroga por incapacidad del período de 18 meses de la continuación de cobertura COBRA

Si usted o alguien en su familia, cubiertos en virtud del Plan, recibe una determinación de incapacidad por parte del Seguro Social y usted lo notifica al Administrador del Plan en forma oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta por un máximo de 29 meses. La incapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de cobertura Cobra y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA.

Segundo evento calificado para la prórroga del período de 18 meses de continuación de cobertura

Si su familia tiene otro evento calificado durante los 18 meses de la continuación de cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta un máximo de 36 meses, si el Plan recibe la notificación correspondiente del segundo evento calificado. Esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y para cualesquier hijos dependientes que estén recibiendo la continuación de cobertura COBRA si el empleado o ex empleado fallece, adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas) se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta prórroga está disponible únicamente si el segundo evento calificado habría provocado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiesen la cobertura en virtud del Plan si el primer evento calificado no hubiese ocurrido.

¿Existen otras opciones a parte de la continuación de cobertura COBRA?

Sí. En vez de inscribirse en la continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, [el Programa de Seguro de Salud Infantil \(CHIP\)](#), u otras opciones de cobertura de un plan de salud de grupo (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina "período de inscripción especial". Algunas de

estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA. Puede conocer más sobre muchas de esas opciones en www.HealthCare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de continuar la cobertura de COBRA después de que termine la cobertura de mi plan de salud de grupo?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, dispone de un período de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza en la más temprana de las fechas siguientes:

- El mes siguiente a la terminación de su empleo; o
- El mes siguiente a la terminación de la cobertura del plan de salud de grupo basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y en su lugar elige la continuación de cobertura de COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y además tenga un lapso de cobertura si decide que quiere inscribirse en la Parte B posteriormente. Si elige la continuación de cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la continuación de cobertura de COBRA, el Plan puede terminar su continuación de cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura COBRA no podrá interrumpirse a causa del derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura COBRA.

Si está inscrito en la continuación de cobertura de COBRA y en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la continuación de cobertura de COBRA pagará segundo. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si usted no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Si tiene preguntas

Las preguntas respecto a su Plan o a sus derechos de continuación de cobertura COBRA deben dirigirse a la persona o personas de contacto que se identifican más adelante. Para obtener más información acerca de sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Beneficios de los Empleados (ERISA), incluida la continuación de cobertura COBRA, y la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud de Precio Bajo, y otras leyes que afectan los planes de salud de grupo, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Labour's Employee Benefits Security Administration (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su región o visite www.dol.gov/agencies/ebsa. (Las direcciones y números de teléfonos de las oficinas regionales y de Distrito de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga informado a su Plan sobre los cambios de dirección

Con el fin de proteger los derechos de su familia, comuníquelo al Administrador del Plan cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. Además, le sugerimos conservar una copia, para sus registros, de cualesquier avisos que usted envíe al Administrador del Plan.

¹ <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>. These rules are different for people with End Stage Renal Disease (ESRD).

Información de contactos del Plan

Lindsay Fennel

Administrador de beneficios y compensaciones

O: 619-328-3513 | lfennel@barona.com

APPENDIX

- ☐ Aviso de la póliza de indemnización fija
- ☐ Aviso de Disponibilidad de Privacidad de HIPAA
- ☐ Aviso del Programa de Bienestar HIPAA Reasonable Alternative Standards (RAS) - Planes médicos con programas de bienestar que ofrecen incentivos contingentes de salud
- ☐ Aviso de facturación médica sorpresa – “Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa”

Aviso de la póliza de indemnización fija

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

Esta póliza de indemnización fija podría pagarle una cantidad en dólares limitada si se enferma o lo hospitalizan. Usted aún es responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que usted recibe no se basa en la cantidad de su factura médica.
- Podría haber un límite en la cantidad que esta póliza pagará cada año.
- Esta póliza no sustituye un seguro médico integral.
- Como esta póliza no es un seguro médico, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales del consumidor que aplican a los seguros médicos.

¿Anda en busca de un seguro médico integral?

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

¿Tiene preguntas sobre esta póliza?

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros estatal. Puede encontrar su número en el sitio web de la Asociación de Comisionados de Seguros (Association of Insurance Commissioners) (naic.org) bajo “Insurance Departments” (Departamentos de seguros).
- Si obtiene esta póliza a través de su empleo, o del empleo de un miembro de su familia, comuníquese con el empleador.

Aviso HIPAA de disponibilidad del Aviso de prácticas de privacidad

El Barona Resort & Casino Plan de Salud Grupal (el Plan) mantiene un Aviso de prácticas de privacidad que brindan información a personas cuya información de salud protegida (PHI) será utilizada o mantenida por el Plan. Si desea una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan, comuníquese con Lindsay Fennel, Administrador de Beneficios y Compensaciones al 619-328-3513.

Aviso de HIPAA sobre normativas alternativas razonables del programa de bienestar

Su plan de salud de grupo está comprometido en ayudarlo a lograr su mejor estado de salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados elegibles. Si usted considera que no puede cumplir con un estándar para una recompensa en virtud de este programa de bienestar, podría calificar para una oportunidad de ganar la misma recompensa por diferentes medios. Contáctenos en Lindsay Fennel, Administrador de Beneficios y Compensaciones al 619-328-3513 y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuada para usted en función de su estado de salud.

Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, usted está protegido contra la facturación médica sorpresa (también llamada facturación de saldos). En estos casos, no le deben cobrar una cantidad que exceda los copagos, el coseguro y/o el deducible del plan.

¿Qué es la “facturación de saldos” (algunas veces llamada “facturación médica sorpresa”)?

Cuando consulta a un médico o a otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, el coseguro o un deducible. Si consulta a un proveedor o visita una instalación de atención médica que no se encuentra en la red de su plan médico, podría tener gastos adicionales o tener que pagar toda la factura.

“Fuera de la red” describe a los proveedores y a las instalaciones que no han firmado un contrato con su plan médico para proporcionar servicios. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red que le facturen la diferencia entre lo que su plan paga y la cantidad total que se cobra por un servicio. A esto se le llama **“facturación de saldos”**. Esta cantidad es posiblemente mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio, y podrían no contar para el deducible o límite anual de gastos del bolsillo de su plan.

La “facturación médica sorpresa” es una factura inesperada. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en una instalación dentro de la red pero inesperadamente recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas del saldo podrían costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o del servicio.

Usted está protegido contra la facturación de saldos en los siguientes casos:

Servicios de emergencia

Si tiene una situación médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o de una instalación fuera de la red, lo más que pueden facturarle es la cantidad de los costos compartidos dentro de la red de su plan (como los copagos, el coseguro y los deducibles). **No se le puede** facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que puede recibir cuando se encuentre en una condición estable, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos de estos servicios que se le brindan después de su estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, ciertos proveedores podrían estar fuera de la red. En estos casos, la cantidad mayor que estos proveedores pueden facturarle es la cantidad de costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto aplica a los servicios de medicina, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, de un cirujano asistente, un hospitalista o un especialista en pacientes críticamente enfermos. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no** le pueden pedir que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos.

Si recibe otros servicios en estas instalaciones fuera de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le requerirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco requiere recibir atención fuera de la red. Usted puede elegir a un proveedor o instalación que pertenezca a la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldos, usted también cuenta con las siguientes protecciones:

- Usted es el único responsable de pagar sus costos compartidos (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o la instalación perteneciera a la red). Su plan médico pagará directamente cualesquier gastos adicionales a los proveedores y a las instalaciones fuera de la red.
- Por lo general, su plan debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin requerirle obtener la aprobación anticipada de los servicios (también conocida como "autorización previa").

- Cubrir los servicios de emergencia proporcionados por proveedores fuera de la red.
- Basar lo que usted debe al proveedor o a la instalación (costos compartidos) en lo que pagaría a un proveedor o en una instalación dentro de la red, y mostrarle esta cantidad en su explicación de los beneficios.
- Considerar cualquier cantidad que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y su límite de gastos del bolsillo dentro de la red.

Si cree que lo facturaron erróneamente, tiene disponibles los siguientes información y recursos que lo ayudarán a entender sus derechos:

Asistencia por teléfono – Puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al (800) 985-3059 para preguntar si tiene derechos de protección contra la facturación del saldo en su situación.

Asistencia disponible en línea – También puede visitar el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de EE. UU. para [obtener más información sobre las protecciones contra las facturaciones médicas del saldo](#) y para obtener [la información de contacto del departamento estatal del seguro o de otra agencia o recurso similar en su estado](#) y saber si tiene derechos en virtud de la ley estatal aplicable. En el mapa, haga clic en su estado para ver la información de contacto.

Notas:

Notas:

Notas:

[illegible]

Prepared by: **Marsh & McLennan Insurance Agency LLC**

www.MarshMMA.com | CA Insurance Lic: 0H18131