



# GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

1 de febrero de 2024 – 31 de enero de 2025



*Esta guía contiene una descripción general del programa de beneficios de Molecular Epidemiology Inc. Si existe alguna discrepancia entre esta guía y los documentos oficiales del plan, regirán en todos los casos los documentos oficiales del plan.*

# BIENVENIDOS

En Molecular Epidemiology, Inc. (MEI), reconocemos que nuestro éxito final depende del talento y la dedicación de nuestros empleados. Nuestro objetivo es brindar un programa integral de beneficios que satisfaga sus necesidades y las de su familia. Es una de las muchas formas en que reconocemos el valor de sus contribuciones.

Esta Guía de beneficios está diseñada para brindarle información sobre sus beneficios de manera que pueda tomar decisiones informadas sobre sus opciones de cobertura. Léala detenidamente. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Centro de servicio para empleados de AssuredPartners al número 206-343-4175 o envíe un correo electrónico a [mcm.esc@assuredpartners.com](mailto:mcm.esc@assuredpartners.com).



## Reglas de elegibilidad

Los empleados de MEI son elegibles para la cobertura médica de acuerdo con la Ley del Cuidado de Salud Asequible, de la siguiente manera:

- Si tiene previsto trabajar un promedio de 30 horas semanales o más, puede inscribirse en el plan de salud el primer día del mes posterior a su 60º día de trabajo.
- Si no tiene previsto (o es incierto) que trabajará un promedio de 30 horas semanales o más, mediremos sus horas durante los primeros 5 meses de empleo. Esto se llama su período de medición inicial. Si trabaja un promedio de 30 horas semanales o más durante este tiempo, será elegible para inscribirse en un período de estabilidad inicial correspondiente de 6 meses.
- A partir de entonces, MEI supervisa la elegibilidad cada seis meses. En general, los empleados que trabajan un promedio de 30 horas semanales o más en un período de medición de 6 meses son elegibles para un período de estabilidad correspondiente de 6 meses.

Si está inscrito en la cobertura médica, también puede inscribir a los siguientes miembros de la familia:

- Su cónyuge legal/DP solo si no tienen acceso a su propio seguro médico y dental patrocinado por su empleador. La exclusión de cónyuge/DP no se aplica al seguro de vida voluntario/AD&D.
- Usted o su cónyuge/hijo de DP que tiene menos de 26 años, incluido un hijo natural, un hijastro, un hijo adoptado legalmente, un niño puesto en adopción o un hijo del que usted o su cónyuge son el tutor legal (los hijos de crianza no son elegibles).
- Usted o el hijo soltero de su cónyuge/DP de 26 años o más que esté o llegue a estar incapacitado y dependa de usted.

Es importante destacar que inscribir a un dependiente no elegible en un plan médico de MEI se considera fraude y robo, y puede ser motivo de despido.

*Para todos los demás planes de seguro, incluidos los dentales, oftalmológicos, de vida y de incapacidad, los empleados deben trabajar un mínimo de 40 horas por semana para poder participar.*

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, la ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte el Aviso de la Parte D de Medicare al final de esta Guía para obtener más detalles.

# INSCRIPCIÓN

Tiene 31 días a partir de la fecha en que se vuelve elegible por primera vez para inscribirse en los beneficios. Si no cumple con esta fecha límite, su próxima oportunidad de inscribirse será durante la Inscripción Abierta en enero. La inscripción abierta es el único momento durante el año en el que puede inscribirse o hacer cambios en sus elecciones de beneficios, a menos que experimente un evento de vida calificado.

## Qué necesita hacer:

**La inscripción abierta a través de ADP será del 15 al 26 de enero de 2024.**

- Si está inscrito en cualquier plan, sus elecciones actuales se transferirán automáticamente al nuevo año del plan (con la excepción de la FSA médica, la FSA para dependientes y los beneficios para viajeros diarios) a menos que realice cambios en el ADP.
- Si desea agregar una nueva cobertura o realizar algún cambio en su cobertura existente (como agregar/eliminar una dependiente, agregar/disminuir cobertura de vida voluntaria, etc.), deberá iniciar sesión en ADP para realizar los cambios antes del 26 de enero de 2024.
- La inscripción a planes FSA (médicos y para dependientes) o beneficios de viajero debe completarse en línea en ADP para el nuevo año del plan. Las elecciones de su plan de 2023 NO se transferirán.
- **Inscripción en línea de ADP:**
  - **Todos los empleados deberán iniciar sesión en ADP para realizar sus elecciones de beneficios antes del 26 de enero de 2024 independientemente del estado de inscripción actual.** Todavía puede revisar sus elecciones actuales en PlanSource para tener una guía en la toma de decisiones de inscripción para el nuevo año del plan.
  - Inicie sesión en su cuenta de ADP ([workforcenow.adp.com](http://workforcenow.adp.com))
  - Si no conoce su ID de usuario, puede hacer clic en el enlace para recuperarlo en la página de inicio de sesión. Si no conoce su contraseña, puede hacer clic en el enlace para restablecerla. Si no tiene éxito después de probar estas dos opciones, puede enviar un correo electrónico a su representante de nómina para obtener ayuda:
    - IEH, Roka: [iehpaysroll@iehinc.com](mailto:iehpaysroll@iehinc.com)
    - JLA: [jlapaysroll@iehinc.com](mailto:jlapaysroll@iehinc.com)
    - ASI: [joy.mwiruki@iehinc.com](mailto:joy.mwiruki@iehinc.com)
    - MEI, Microbio, Unitech: [henry.mak@iehinc.com](mailto:henry.mak@iehinc.com)
  - Una vez que haya iniciado sesión en ADP, haga clic en **Myself (Yo mismo)** y luego haga clic en **Enrollments (Inscripciones)** en **Benefits (Beneficios)**. Haga clic en Start Enrollment (Iniciar inscripción) para completar el proceso de inscripción guiada.
  - Tenga en cuenta que deberá agregar información para cualquier dependiente que planea inscribir en la cobertura. Si anteriormente inscribió a los dependientes en la cobertura, no se le pedirá que proporcione documentación nuevamente. Solo se le pedirá que proporcione documentación para los nuevos dependientes (ver más abajo).
- **Los seminarios web de inscripción abierta se llevarán a cabo el jueves, 18 de enero a las 2 p. m. PST y el martes 23 de enero a las 9 a. m. PST.** Estos son seminarios web de información opcional y el mismo contenido se cubrirá en ambos. Los seminarios web también se grabarán, por lo que si está interesado, pero no puede participar en ningún momento, puede enviar un correo electrónico a [humanresources@iehinc.com](mailto:humanresources@iehinc.com) después del 23 de enero para solicitar una copia de la grabación. La información de inicio de sesión para los seminarios web se enviará el viernes 12 de enero.

## Acceda a su cuenta en cualquier momento para llevar a cabo lo siguiente:

- Revise sus elecciones de beneficios
- Realice cambios de eventos de vida (agregar/eliminar dependientes) dentro de los 30 días de estos eventos:
  - Matrimonio, divorcio, separación legal o revocación
  - Nacimiento, adopción, colocación en adopción o tutela legal de un niño
  - Un cambio en el empleo de su cónyuge o pérdida involuntaria de la cobertura de salud (aparte de la cobertura de los programas de Medicare o Medicaid) en virtud del plan de otro empleador
  - Pérdida de cobertura debido al agotamiento de los beneficios COBRA de otro empleador, siempre y cuando haya pagado las primas de manera oportuna
  - Su hijo dependiente ya no califica como dependiente elegible
  - Cualquier solicitud de cambio de cobertura debe ser coherente con el cambio de su estado.
- Revise sus elecciones de cuenta de gastos flexibles
- Elecciones de seguros de vida
- Y más ...

Consulte la descripción resumida del plan (SPD) para obtener más información sobre los eventos que califican.

## Si no se inscribe...

Si está inscrito en cualquier plan, sus elecciones actuales se transferirán automáticamente al nuevo año del plan (con la excepción de la FSA médica, la FSA para dependientes y los beneficios para viajeros diarios) a menos que realice cambios en el ADP.

# RECURSOS

Cobertura	Prestador	Contacto
Beneficios médicos	UMR N° de Grupo 76-413976 Red: UnitedHealthcare Choice Plus	Servicio al Cliente: 800-826-9781 <a href="http://www.umar.com">www.umar.com</a>
Beneficios de medicamentos recetados	Pharmacy Benefit Dimensions	Departamento de Servicios para Miembros: 888-878-9172 <a href="http://www.pbdrx.com">www.pbdrx.com</a>
Beneficios Dentales	Delta Dental N° de Grupo 09440	Servicio al Cliente: 800-554-1907 <a href="http://www.deltadentalwa.com">www.deltadentalwa.com</a>
Beneficios de la visión	VSP N° de Grupo 30002541	Servicio al Cliente: 800-877-7195 <a href="http://www.vsp.com">www.vsp.com</a>
Beneficios de vida e incapacidad	The Hartford N° de Grupo 877501	Servicio al Cliente: 800-423-6789 Reclamaciones: 800-243-5860 <a href="http://www.thehartfordatwork.com">www.thehartfordatwork.com</a>
Cuenta de gastos flexibles - Beneficio por gastos de viaje	Navia Benefit Solutions	Servicio al Cliente: 800-669-3539 <a href="http://www.naviabenefits.com">www.naviabenefits.com</a>
Sitio web de beneficios de MEI		<a href="http://www.mei-benefits.com">www.mei-benefits.com</a>

## Centro de servicio para empleados de AssuredPartners

Los defensores de beneficios del Centro de servicios para empleados pueden ayudarlo a usted y a los miembros cubiertos de su familia con sus preguntas sobre beneficios y los problemas de reclamaciones.

Son personas especialmente capacitadas que pueden ayudarlo a responder sus preguntas sobre seguros. Este es un servicio confidencial proporcionado sin costo alguno para usted. Toda la información personal de salud es confidencial.



**EMPLOYEE  
SERVICE  
CENTER**

**Teléfono: 1-888-343-3330 o 206-343-4175**

**Correo electrónico: [mcm.esc@assuredpartners.com](mailto:mcm.esc@assuredpartners.com)**

**TTY/TDD: 1-855-877-4726**

*Servicios de traducción disponibles*

*Debido a las regulaciones de privacidad de HIPAA, es posible que AssuredPartners necesite obtener su autorización por escrito para ayudar con ciertos problemas. Su Defensor de beneficios le proporcionará un formulario de autorización, si es necesario. Tenga en cuenta que AssuredPartners ESC no puede proporcionar representación legal, asesoramiento legal o revisiones médicas.*

# SALUD Y BIENESTAR

## Beneficios médicos

MEI proporciona un plan médico a través de UMR. UMR es un administrador externo, lo que significa que procesa nuestras reclamaciones y brinda a los miembros acceso a la red de proveedores y centros médicos de United Healthcare. UMR es propiedad de United Healthcare pero opera por separado. El plan brinda el más alto nivel de cobertura cuando usted visita médicos y hospitales que forman parte de la red UnitedHealthcare Choice Plus.

UMR		
Plan	Plan PPO	
Red de proveedores	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible Por año del plan*	\$2,500 Individual \$7,500 Familiar	\$3,350 Individual \$10,050 Familiar
Gasto máximo de bolsillo Por año del plan* Incluye deducible y copagos**	\$7,000 Individual \$14,000 Familiar	Sin límite
Coseguro***	20 %	50 %
Visitas en consultorio	Primaria: copago de \$20 Especialista: copago de \$40 Sin deducible	50 %
Visitas Virtuales	Cubierto en su totalidad después de un copago de \$10	
Visitas de atención preventiva	Cubierto en su totalidad	50 %
Sala de emergencias	Cubierto en su totalidad después de un copago de \$300	
Atención de urgencias	Copago de \$50	50 %
Laboratorio/radiografía para pacientes ambulatorios Cubierto al 100% si es parte de una visita preventiva	20% coseguro	50 %
Atención hospitalaria ambulatoria	20% coseguro	50 %
Atención hospitalaria para pacientes internados	20% coseguro	50 %
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional: <i>límite combinado de 20 visitas, se requiere autorización previa</i> Terapia cardíaca – <i>visitas ilimitadas</i>	Copago de \$25	50 %

\*El año del plan se extiende desde el 1 de febrero de 2024 hasta el 31 de enero de 2025.

\*\*El coseguro de medicamentos recetados no se aplica al máximo de gastos de bolsillo médicos.

\*\*\*El coseguro refleja el porcentaje del costo del miembro después del deducible.

## Servicios de atención preventiva

MEI cubre los servicios de atención preventiva en su totalidad para adultos y niños cuando son atendidos por un proveedor dentro de la red y dichos servicios son facturados como servicios preventivos de rutina. Esto incluye asesoramiento sobre dieta saludable y actividad física para prevenir enfermedades cardiovasculares, exámenes de presión arterial, controles de colesterol y exámenes de detección de cáncer de mama.

¡Recordar! Durante su examen preventivo, su médico puede descubrir un asunto o problema que requiera más pruebas o exámenes para un diagnóstico preciso. Las pruebas de diagnóstico adicionales a menudo requieren que usted pague una parte de los gastos. Exámenes e imágenes de diagnóstico y complementarios de las mamas, si se recomiendan después de una mamografía, ahora estarán cubiertos al 100% dentro de la red.

# SALUD Y BIENESTAR

## Beneficios de medicamentos recetados

Cuando se inscribe en el plan médico, también recibe cobertura para medicamentos recetados a través de Pharmacy Benefit Dimensions. El plan de medicamentos recetados le brinda cobertura para una amplia gama de recetas, así como acceso a descuentos en recetas.

Beneficios dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible	No se aplica deducible	Sin cobertura
Gasto máximo de bolsillo	Ilimitado	
Nivel 1 - Genéricos Suministro de 30 días de venta minorista/Suministro de 90 días de pedidos por correo	20 % de coseguro	
Nivel 2 - Nombre de marca preferida Suministro de 30 días de venta minorista/Suministro de 90 días de pedidos por correo	30 % de coseguro	

## Pedido por correo de medicamentos recetados

Puede recibir un suministro de sus medicamentos para 90 días sin costo adicional a través de los servicios de farmacia de pedidos por correo de Wegmans o los servicios de farmacia de ProAct. *El envío urgente está disponible con un cargo adicional.*

Registro por primera vez

Deberá registrarse en la farmacia de pedido por correo de su elección. Tenga a mano su número de identificación de miembro:

- Correo: complete el formulario de registro para el pedido por correo de su elección. Los formularios están disponibles en línea en la sección "Miembros" en [www.pbdrx.com](http://www.pbdrx.com) o llamando al Departamento de Servicios para Miembros de PBD al 1-888-878-9172
- En línea:
  - Servicios de farmacia de pedido por correo de Wegmans: [www.Wegmans.com/Pharmacy](http://www.Wegmans.com/Pharmacy)
  - Servicios de farmacia de ProAct: [www.proactpharmacyservicespbd.com](http://www.proactpharmacyservicespbd.com)
- Teléfono:
  - Servicios de farmacia de pedidos por correo de Wegmans: 1-888-205-8573 (TTY: 1-877-409-8711)
  - Servicios de farmacia de ProAct: 1-888-425-3301 (TTY: Servicio Nacional de Retransmisión 711)

Obtención de recetas

Primero necesitará una nueva receta de su médico. Solicite un suministro de 90 días, más renovaciones hasta por un año (si corresponde).

- Tenga en cuenta: después de realizar su pedido inicial, puede tardar hasta 2 semanas para recibir su primer envío.
- Puede pagar fácilmente sus recetas con tarjeta de crédito, cheque o giro postal.

**Departamento de Servicios para Miembros de Pharmacy Benefit Dimensions: 1-888-878-9172**

# SALUD Y BIENESTAR

## Beneficios Dentales

MEI le ofrece beneficios dentales a través de Delta Dental. Puede solicitar atención de cualquier proveedor autorizado; sin embargo, no hay deducible si consulta a un dentista de Delta Dental PPO.

Delta Dental			
Red de proveedores	Dentista de PPO	Dentista de primer nivel	Dentista no participante
Deducible Por año del plan*	Sin deducible	\$50 Individual \$150 Familiar	\$50 Individual \$150 Familiar
Clase 1 – Preventiva Exámenes, radiografías, etc.	Cubierto en su totalidad (sin deducible)		
Clase 2 – Restauradora** Periodoncia, cirugía, etc.	20 %		
Clase 3 – Restauradora** Coronas, dentaduras postizas, etc.	50 %		
Máximo anual Por año del plan Para todos los servicios combinados	\$1,000 por persona		

\*El año del plan se extiende desde el 1 de febrero de 2024 hasta el 31 de enero de 2025.

\*\*El coseguro refleja el porcentaje del costo del miembro después del deducible.

### ¿En busca de un dentista de Delta Dental PPO?

1. Visite [www.deltadentalwa.com](http://www.deltadentalwa.com)
2. Haga clic en la pestaña Patients (Pacientes)
3. Haga clic en Find a Dentist (Buscar un dentista)
4. Seleccione Delta Dental PPO como red

## Beneficios de la visión

MEI brinda beneficios de la visión a través de Vision Service Providers (VSP). Recibirá mayores beneficios si consulta a un proveedor dentro de la red.

VSP		
Red de proveedores	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen de la vista Una vez cada 12 meses	Copago de \$10, luego cubierto al 100%	Asignación de \$ 50
Evaluación y adaptación de lentes de contacto Una vez cada 12 meses	Copago de hasta \$60, luego cubierto al 100 %	Asignación de \$ 150
Lentes* Una vez cada 12 meses	Copago de \$25, luego cubierto al 100 %	Asignación de \$ 50 a \$ 125 según las lentes
Marcos Una vez cada 24 meses	Asignación de \$ 130	Asignación de \$ 70
Lentes de contacto Una vez cada 12 meses En lugar de lentes y marcos	Asignación de \$ 130	Asignación de \$105 (asignación combinada para evaluación, adaptación y lentes de contacto)

\*Las lentes son unificales, bifocales con línea y trifocales con línea. Hay gastos de bolsillo adicionales para las lentes progresivas.



# CONTRIBUCIONES MENSUALES DE LOS EMPLEADOS

Hasta \$30,000	Servicios médicos/Farmacia	Dental	Visión
Empleado	\$75.00	\$17.00	\$6.66
Empleado y cónyuge	\$382.00	\$64.00	\$10.65
Empleado e hijo	\$135.00	\$36.00	\$10.88
Empleado e hijos	\$183.00	\$36.00	\$10.88
Empleado, Cónyuge e Hijo	\$452.00	\$87.00	\$17.54
Empleado, Cónyuge e Hijos	\$555.00	\$87.00	\$17.54

\$30,001 a \$45,000	Servicios médicos/Farmacia	Dental	Visión
Empleado	\$104.00	\$17.00	\$6.66
Empleado y cónyuge	\$420.00	\$64.00	\$10.65
Empleado e hijo	\$160.00	\$36.00	\$10.88
Empleado e hijos	\$226.00	\$36.00	\$10.88
Empleado, Cónyuge e Hijo	\$498.00	\$87.00	\$17.54
Empleado, Cónyuge e Hijos	\$611.00	\$87.00	\$17.54

\$45,001 a \$65,000	Servicios médicos/Farmacia	Dental	Visión
Empleado	\$128.00	\$17.00	\$6.66
Empleado y cónyuge	\$459.00	\$64.00	\$10.65
Empleado e hijo	\$185.00	\$36.00	\$10.88
Empleado e hijos	\$262.00	\$36.00	\$10.88
Empleado, Cónyuge e Hijo	\$544.00	\$87.00	\$17.54
Empleado, Cónyuge e Hijos	\$668.00	\$87.00	\$17.54

\$65,001 a \$85,000	Servicios médicos/Farmacia	Dental	Visión
Empleado	\$150.00	\$17.00	\$6.66
Empleado y cónyuge	\$497.00	\$64.00	\$10.65
Empleado e hijo	\$210.00	\$36.00	\$10.88
Empleado e hijos	\$297.00	\$36.00	\$10.88
Empleado, Cónyuge e Hijo	\$590.00	\$87.00	\$17.54
Empleado, Cónyuge e Hijos	\$724.00	\$87.00	\$17.54

\$85,001 a \$110,000	Servicios médicos/Farmacia	Dental	Visión
Empleado	\$168.00	\$17.00	\$6.66
Empleado y cónyuge	\$536.00	\$64.00	\$10.65
Empleado e hijo	\$235.00	\$36.00	\$10.88
Empleado e hijos	\$333.00	\$36.00	\$10.88
Empleado, Cónyuge e Hijo	\$636.00	\$87.00	\$17.54
Empleado, Cónyuge e Hijos	\$780.00	\$87.00	\$17.54

\$110,001 +	Servicios médicos/Farmacia	Dental	Visión
Empleado	\$168.00	\$17.00	\$6.66
Empleado y cónyuge	\$536.00	\$64.00	\$10.65
Empleado e hijo	\$235.00	\$36.00	\$10.88
Empleado e hijos	\$333.00	\$36.00	\$10.88
Empleado, Cónyuge e Hijo	\$636.00	\$87.00	\$17.54
Empleado, Cónyuge e Hijos	\$780.00	\$87.00	\$17.54

# BENEFICIOS DE PROTECCIÓN DE INGRESOS

## Seguro básico de vida/AD&D

MEI ofrece seguro básico de vida/muerte accidental y desmembramiento (AD&D) a todos los empleados elegibles a través de The Hartford. Este beneficio se proporciona sin costo alguno para usted. El monto de su seguro de vida es igual a una vez su salario anual, hasta un beneficio máximo de \$100,000. El beneficio mínimo es de \$50,000. Las reducciones de beneficios debido a la edad comienzan a los 70 años.

## Seguro de incapacidad a largo plazo

MEI proporciona seguro de incapacidad a largo plazo (LTD) a todos los empleados elegibles a través de The Hartford. Este beneficio se proporciona sin costo alguno para usted. En caso de incapacidad, recibiría el 66 2/3 % de su salario base mensual, hasta un beneficio mensual máximo de \$10,000. Los beneficios comienzan el día 91 de una incapacidad calificada debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo, y continúan hasta su Edad normal de jubilación del Seguro Social, siempre que su afección siga cumpliendo con la definición de incapacidad según los términos y condiciones del plan. Se aplica un período de espera de 12 meses para afecciones preexistentes tratadas dentro de los 3 meses posteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

Tiene la opción de elegir un beneficio LTD libre de impuestos. Dado que MEI paga la prima de LTD, cualquier beneficio por incapacidad que pueda recibir estaría sujeto a impuestos, lo que daría como resultado una disminución de los beneficios. Debido a que la incapacidad a menudo da como resultado problemas financieros, MEI ha establecido una opción de Tax Choice para brindar un beneficio libre de impuestos. Si elige la opción Tax Choice, su beneficio de LTD no estaría sujeto a impuestos. Sin embargo, la prima pagada por el empleador se incluiría en su ingreso imponible. El impuesto sobre la prima de LTD se deduciría de su último salario del año. Marque la casilla correspondiente en el Formulario de Acuerdo de Selección de Beneficios y Deducción de Nómina. Puede cambiar su elección de Tax Choice solo durante la inscripción abierta.

## Seguro de vida complementario/AD&D

MEI le brinda la oportunidad de comprar un seguro de vida complementario y un seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) complementario para usted y su cónyuge/pareja de hecho (DP) a través de The Hartford. El Seguro de Vida Complementario también está disponible para sus hijos dependientes. Puede elegir cobertura en incrementos de \$10,000 hasta \$500,000 para usted. También puede elegir cobertura para cónyuge/DP en incrementos de \$5,000 hasta \$100,000, sin exceder el 50 % de su monto. El Seguro de Vida Complementario para sus hijos dependientes está disponible por un monto fijo de \$10,000 para niños desde el nacimiento hasta los 26 años.

El monto de la emisión de garantía es de \$140,000 para usted, \$30,000 para su cónyuge/pareja de hecho (DP) y \$10,000 para sus hijos. Si solicita montos de cobertura superiores al monto de emisión de la garantía y/o se inscribe por primera vez después de su período de elegibilidad inicial, deberá completar un formulario de Evidencia de Asegurabilidad para proporcionar una prueba de buena salud (busque un correo electrónico de The Hartford ).

### Tarifas de seguro de vida complementario

Franja de edad	por \$1,000 de beneficio
Menos de 25	\$0.049
25-29	\$0.058
30-34	\$0.078
35-39	\$0.087
40-44	\$0.097
45-49	\$0.145
50-54	\$0.223
55-59	\$0.417
60-64	\$0.640
65-69	\$1.231
70-74	\$1.996
75+	\$1.996
Hijo(s)	\$0.200

### Tarifas de seguro voluntario de AD&D

	Costo de AD&D por	Tarifa mensual
Empleado	\$1,000	\$0.020
Cónyuge/DP	\$1,000	\$0.020
Hijo(s)	\$1,000	\$0.020

\*Las tarifas de cónyuge/pareja de hecho se basan en la edad del empleado.

# BENEFICIOS DE PROTECCIÓN DE INGRESOS

## Seguro Voluntario de Incapacidad a Corto Plazo

MEI también le ofrece la oportunidad de comprar un seguro voluntario de incapacidad a corto plazo a través de The Hartford. Puede elegir un monto de beneficio equivalente al 50 % de sus ganancias semanales básicas hasta \$1,500 por semana. Los beneficios comienzan el día 15 después de su enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo y pueden continuar hasta por 11 semanas. Las primas se deducen después de impuestos de su salario, lo que lo convierte en un beneficio libre de impuestos para usted en caso de incapacidad. Se aplica una limitación de afección preexistente a partir de la fecha en que se vuelve elegible para la cobertura. Los beneficios solo se pagarán hasta por 4 semanas por incapacidades causadas por una afección preexistente. Si solicita montos de cobertura superiores al monto de emisión de la garantía y/o se inscribe por primera vez después de su período de elegibilidad inicial, deberá completar un formulario de Evidencia de asegurabilidad para proporcionar una prueba de buena salud (busque un correo electrónico de The Hartford).

### Tarifas mensuales por cada \$10 de beneficio semanal cubierto

Franja de edad	California	Todos los demás estados
Menos de 25	\$0.071	\$0.500
25-29	\$0.056	\$0.520
30-34	\$0.049	\$0.250
35-39	\$0.034	\$0.260
40-44	\$0.023	\$0.130
45-49	\$0.029	\$0.160
50-54	\$0.029	\$0.190
55-59	\$0.060	\$0.230
60-64	\$0.082	\$0.270
65+	\$0.046	\$0.300

- Los asociados en Washington pueden solicitar los beneficios de licencia remunerada bajo el programa de licencia familiar y médica remunerada (PFML) del estado. En general, los asociados elegibles pueden tomar hasta 12 semanas de licencia remunerada por año para cuidar de sí mismos o de sus familiares o para establecer lazos afectivos con nuevos hijos. Para obtener información sobre cómo solicitar los beneficios, consulte el sitio web del estado en <https://www.paidleave.wa.gov/workers>.
- Actualmente ofrecemos un plan de seguro voluntario por incapacidad a corto plazo a través de The Hartford. Si califica tanto para PFML en WA u otros programas estatales por incapacidad a corto plazo como para beneficios por incapacidad a corto plazo, la cantidad que recibe de The Hartford se reducirá por cualquier pago de beneficios que reciba de la PFML de Washington o del programa estatal.

## Servicios de asesoramiento de Ability Assist

La vida de cada persona incluye su propio conjunto único de desafíos. Para ayudarlo a enfrentar estos desafíos, ofrecemos los servicios de asesoramiento de Ability Assist de The Hartford, ofrecidos por ComPsych. La inscripción es automática para los empleados elegibles y MEI paga el costo total de su cobertura. El servicio incluye tres sesiones presenciales de asesoramiento emocional o sobre la vida laboral por ocurrencia por año.

Por teléfono, llamar al: 1-800-964-3577

En línea: Visite [www.guidanceresources.com](http://www.guidanceresources.com) para crear su propio nombre de usuario y contraseña personales. A los nuevos usuarios se les pedirá que proporcionen la siguiente información en la página de perfil:

- En el campo Empresa/Organización, utilice: HLF902
- Luego, cree su propio nombre de usuario y contraseña confidenciales
- Finalmente, en el campo Nombre de la empresa en la parte inferior de la página de personalización, use: abili

Los servicios incluyen:

- Asesoramiento emocional o sobre la vida laboral
- Información y recursos financieros
- Apoyo legal y recursos

# CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES

MEI patrocina una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) a través de Navia Benefit Solutions. Una FSA le permite pagar los gastos elegibles de atención médica y de cuidado de dependientes con dólares antes de impuestos. Ofrecemos dos opciones de FSA:

1. FSA de atención médica: cubre los gastos médicos, de medicamentos recetados, dentales y de la visión.
2. Programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP): cubre los gastos de guardería para niños dependientes menores de 13 años o dependientes adultos (como su padre o cónyuge) que sean física o mentalmente incapaces de cuidar de sí mismos. Los gastos de cuidado de dependientes son para servicios que le permiten trabajar, asistir a la escuela a tiempo completo o buscar trabajo.

## Así es como funciona:

Calcule sus gastos de atención médica y/o cuidado de dependientes para el próximo año del plan e inscribese en una FSA por ese importe. La suma que aporta se prorratea sobre cada salario que recibe durante el año o los salarios restantes del año del plan al momento de inscribirse. Su contribución se deducirá de su salario antes de impuestos, por lo que no paga FICA, impuesto federal sobre la renta ni impuesto estatal sobre la renta (en la mayoría de los estados). Esto significa que reduce su base imponible y, por lo tanto, su impuesto sobre la renta.

## FSA de atención médica

Puede contribuir un mínimo de \$ 360, hasta un máximo de \$3,200, por año a su Cuenta de Gastos flexible (FSA por sus siglas en inglés) de atención médica. Debe presentar las reclamaciones a más tardar 90 días después del final del Año del Plan. El año del plan 2024-2025 tiene una disposición de transferencia, que le permite transferir al año siguiente hasta \$640 de dólares de la FSA de atención médica no utilizados. Se perderán todos los fondos de la FSA de atención médica que superen los \$640. Esta disposición no está disponible en saldos de los DCAP.

## Programa de Asistencia para el Cuidado de Dependientes (DCAP)

Usted y su cónyuge pueden aportar hasta un total combinado de \$5,000 cada año. Si opta porque su FSA para el cuidado de dependientes le reembolse los gastos de cuidado de dependientes, esos mismos gastos no se pueden reclamar para un crédito fiscal para el cuidado de dependientes en su declaración federal de impuestos. Consulte a un asesor fiscal para obtener más información.

## REGLAS DE LA FSA

A cambio de las ventajas fiscales, el IRS tiene reglas estrictas:

- No puede detener ni cambiar la cantidad que aporta a ninguna de las cuentas hasta el próximo año del plan, a menos que experimente un evento que permita un cambio a mitad de año (por ejemplo, matrimonio, divorcio, nacimiento o adopción).
- No se permiten transferencias de dinero de una cuenta a otra.
- “Úselo o piérdalo”: se perderá cualquier dinero que quede en una FSA de atención médica que exceda la asignación de transferencia de \$610 o DCAP al final del año del plan.
- Si pone fin al empleo, solo los gastos en los que haya incurrido antes de la finalización podrán ser reembolsados con cargo a su FSA, a menos que elija continuar con su FSA de atención médica a través de COBRA.

## Beneficio por gastos de viaje y transporte

Para los asociados que trabajan en Seattle y Nueva Jersey, las nuevas ordenanzas de beneficios para viajeros interurbanos les brindan la oportunidad de realizar elecciones antes de impuestos para los gastos de transporte público y estacionamiento. En 2024 los límites de contribución del IRS son \$315 para gastos de estacionamiento y \$315 para gastos de transporte público. El dinero que aparta no está incluido en su ingreso imponible. Deduciremos el monto que elija de su pago y lo enviaremos a Navia Benefits Solutions. Las cantidades no utilizadas se transfieren de un mes a otro.

Consulte [www.navia.com](http://www.navia.com) para obtener información sobre cómo acceder a sus fondos de viajero.

# INFORMACIÓN IMPORTANTE

## CAMBIOS PERMITIDOS EN LAS ELECCIONES DE MITAD DE AÑO

En la mayoría de los casos, una vez que haya elegido sus beneficios para el año del plan, no puede cambiarlos hasta el próximo período anual de inscripción abierta, a menos que experimente un acontecimiento de cambio de elección permitido. Estos acontecimientos incluyen, entre otros, a:

- Cambio de estado civil legal (matrimonio, divorcio, separación legal)
- Ganancia o pérdida de elegibilidad de uno de sus dependientes
- Nacimiento, adopción o entrega en adopción
- Pérdida de otra cobertura de salud por parte del empleado, cónyuge o dependiente(s)
- Ganancia o pérdida de elegibilidad para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Cambio en la cobertura bajo otro plan de salud del empleador

Si experimenta un acontecimiento que le permite hacer cambios en sus elecciones de beneficios, debe notificar a Recursos Humanos dentro de los 31 días (60 días para acontecimientos relacionados con Medicaid o CHIP). Es posible que deba proporcionar prueba del cambio, como un certificado de matrimonio o de nacimiento. Para obtener más información sobre los cambios de elecciones permitidos de mitad de año, comuníquese con Recursos Humanos.

## AVISOS ANUALES OBLIGATORIOS

### AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE PARTE D – SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA Y MEDICARE

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Molecular Epidemiology, Inc. y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su zona. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas que contaban con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un plan de medicamentos recetados de Medicare o a un plan Medicare Advantage (como una Organización de Mantenimiento de la salud, HMO, o una Organización de Proveedores Preferidos, PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Molecular Epidemiology, Inc. ha determinado que, en promedio, para todos los participantes del plan, se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece Molecular Epidemiology, Inc. pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

### ¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

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

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos recetados, sin que sea culpa suya, también será elegible para un Período Especial de Inscripción (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

### ¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Molecular Epidemiology, Inc. puede verse afectada.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Molecular Epidemiology, Inc., tenga en cuenta que posiblemente ni usted ni sus dependientes puedan recuperar esta cobertura.

Comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos o con su Defensor de beneficios para obtener más información sobre lo que sucede con su cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Molecular Epidemiology, Inc. y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1 % de la prima base del beneficiario de Medicare al mes por cada mes que no tuvo esa cobertura.

Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser constantemente al menos un 19 % más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo mes de noviembre para inscribirse.

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

Póngase en contacto con la persona que se indica a continuación para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo periodo en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura cambia a través de Molecular Epidemiology, Inc. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

### Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

Hay información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". Recibirá de Medicare una copia del manual por correo todos los años. También puede ser contactado directamente por personal de los planes de medicamentos de Medicare.

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

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Para obtener ayuda personalizada, llame a su Programa estatal de asistencia con el seguro médico (consulte el interior de la contraportada de su copia del manual "Medicare y usted" para obtener su número de teléfono).
- 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, usted dispone de ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima (una multa) más alta.**

Fecha: 2/1/2024

Nombre de la Entidad/Remitente: Epidemiología Molecular, Inc.

Contacto--Puesto/Oficina: Recursos humanos

Dirección: 15300 Bothell Way NE, Lake Forest Park, WA 98155

## AVISO DE DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Usted puede ser elegible para participar en el Plan de salud grupal de Molecular Epidemiology, Inc. Una ley federal llamada Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés) requiere que notifiquemos a los participantes elegibles sobre el derecho a inscribirse en el plan bajo su "disposición de inscripción especial".

**Pérdida de otra cobertura (excepto Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños).** Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras está vigente la cobertura de otro seguro de salud o plan de salud grupal, es posible que puedan inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir para su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de aportar a la otra cobertura).

**Pérdida de cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico para niños.** Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura bajo un programa estatal de seguro médico para niños está vigente, es posible que puedan inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes con Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños.

**Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.** Si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que puedan inscribirse usted y sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio o dentro de los 60 días posteriores al nacimiento, la adopción o la colocación en adopción.

**Elegibilidad para Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños.** Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) se vuelven elegibles para un subsidio estatal de asistencia con la prima de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan, es posible que puedan inscribirse usted y sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para recibir dicha asistencia.

Todas las preguntas sobre la disposición de inscripción especial del plan deben dirigirse a Recursos Humanos.

## AVISO DE PPACA SOBRE EL ESTADO DEL PLAN DE SALUD CON DERECHOS ADQUIRIDOS

Este plan de salud grupal cree que este Plan Médico PPO es un "plan de salud con derechos adquiridos" bajo la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA por sus siglas en inglés) (la Ley de Cuidado de Salud Asequible). Según lo permitido por la Ley del Cuidado de Salud Asequible, un plan de salud con derechos adquiridos puede conservar cierta cobertura de salud básica que ya estaba en vigor cuando se promulgó esa ley. Plan de salud con derechos adquiridos significa que su plan puede no incluir ciertas protecciones al consumidor de la Ley del Cuidado de Salud Asequible que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito para la prestación de servicios de salud preventiva sin ningún costo compartido. Sin embargo, los planes de salud con derechos adquiridos deben cumplir con ciertas otras protecciones al consumidor en la Ley del Cuidado de Salud Asequible, por ejemplo, la eliminación de los límites de beneficios de por vida.

Las preguntas sobre qué protecciones se aplican y qué protecciones no se aplican a un plan de salud con derechos adquiridos y qué podría provocar la modificación del estatus de un plan de salud con derechos adquiridos pueden dirigirse al administrador del plan en Recursos Humanos, 15300 Bothell Way NE, Lake Forest Park, WA 98155, (206) 522-5432). También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-3272 o en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/affordable-care-act/for-employers-and-advisers>. Este sitio web tiene una tabla que resume qué protecciones se aplican y no se aplican a los planes de salud con derechos adquiridos.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Fecha de vigencia: 2/1/2024**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede tener acceso a esta información. **Revíselo detenidamente.**

**Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con Recursos Humanos al (206) 522-5432, 15300 Bothell Way NE, Lake Forest Park, WA 98155.**

### Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

### Obtener una copia de los registros de salud y de reclamaciones

Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamaciones y demás información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto. Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

### Pídanos que corrijamos los registros médicos y de reclamaciones

Puede pedirnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

### Solicitar comunicaciones confidenciales

Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de la oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente. Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

### Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

Puede pedirnos que no usemos o no compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su atención.

### Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

Puede solicitar una lista (un recuento) de las veces que compartimos su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos un recuento al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

### Obtener una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

### Elegir a alguien para que actúe en su nombre

Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### Presentar una queja si considera que se vulneran sus derechos

Puede presentar una queja si cree que hemos vulnerado sus derechos comunicándose con nosotros a través de los datos que figuran en la página 1. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

### Sus opciones

**Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de socorro en casos de desastre

*Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

En estos casos, *nunca* compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Con propósitos comerciales
- Para venta de su información

### **Nuestros usos y divulgaciones**

#### **¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?**

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud con los siguientes propósitos:

#### **Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe**

Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

*Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.*

#### **Administrar nuestra organización**

Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario. No se nos permite usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

*Ejemplo: Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.*

#### **Pagar sus servicios de salud**

Podemos usar y divulgar su información de salud mientras pagamos sus servicios de salud.

*Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.*

#### **¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?**

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

#### **Ayudar en caso de problemas de seguridad y salud pública.**

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones, tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con retiros de productos
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

#### **Hacer investigación**

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

#### **Cumplir con la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este organismo quiere asegurarse de que cumplimos con la ley federal de privacidad.

#### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de una funeraria**

Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos. Podemos compartir información de salud con un médico forense, un examinador médico o un director de funeraria cuando una persona fallece.

#### **Abordar la indemnización laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamaciones de indemnización laboral
- Para fines de cumplimiento de la ley o ante un oficial de cumplimiento de la ley
- Con organismos de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

#### **Responder a demandas y acciones legales.**

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

### **Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos respetar las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Cambios en los Términos de este Aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita y le enviaremos una copia por correo.

## **AVISO DE LA LEY DE DERECHOS DE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER**

Le enviamos este aviso según lo exige la Ley de 1998 sobre derechos de la salud y el cáncer de la mujer que establece que se le debe informar anualmente sobre la existencia de beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluida la reconstrucción y cirugía para lograr la simetría de los senos, las prótesis y las complicaciones derivadas de una mastectomía. Consulte su folleto de beneficios médicos para obtener información adicional. Los beneficios para estos servicios pueden estar sujetos a deducibles y coseguros anuales en consonancia con los establecidos para otros beneficios.

## ASISTENCIA CON LA PRIMA BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con la prima que puede ayudarlo a pagar la cobertura, usando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia con la prima, pero puede adquirir una cobertura de seguro individual a través del Marketplace de Seguros médicos. [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si la asistencia con la prima está disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, marque **1-877-KIDS NOW** o bien visite [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo presentar una solicitud. Si califica, pregunte en su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con la prima de Medicaid o CHIP, además de ser elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en ese plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se llama una oportunidad de “inscripción especial”, y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para recibir asistencia con la prima.** Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

**Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:**

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia con la prima desde el 31 de julio de 2022, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de los EE. UU.  
Administración de seguridad de beneficios para empleados  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
**1-866-444-EBSA (3272)**

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.  
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, Menú Opción 4, Ext. 61565

### Declaración de la Ley de reducción de trámites

De acuerdo con la Ley de reducción de trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de gerencia y presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB conforme a la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. Ver 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a una sanción por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control OMB actualmente válido. Ver 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga horaria que requiere la tarea de recopilación de información pública tiene un promedio de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga horaria o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de trabajo de los EE. UU., Administración de seguridad de beneficios para empleados, Oficina de política e investigación, a la atención de: Oficial de autorización de la PRA, 200 Constitution Avenue, NW, Room N-5718, Washington, DC 20210 o a enviar un correo electrónico a [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control OMB 1210-0137 (expira el 31/ENE/2023)

<b>ALABAMA-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447
<b>ALASKA-Medicaid</b>
El Programa de Pago de Primas de Seguro Médico de AK Sitio web: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad de Medicaid: <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a>
<b>ARKANSAS-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
<b>CALIFORNIA – Medicaid</b>
Sitio web: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPPI) <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>
<b>COLORADO-Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado y Child Health Plan Plus (CHP+))</b>
Sitio web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a> Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Retransmisión estatal 711 CHP+: <a href="https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus">https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus</a> CHP+ Servicio de atención al cliente: 1-800-359-1991/ Retransmisión estatal 711 Programa de Compra de Seguro Médico (HIBI): <a href="https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program">https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program</a> Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
<b>FLORIDA-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://www.flmedicaidtprrecovery.com/flmedicaidtprrecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidtprrecovery.com/flmedicaidtprrecovery.com/hipp/index.html</a> Teléfono: 1-877-357-3268
<b>GEORGIA – Medicaid</b>
Sitio web de GA HIPP: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a> Teléfono: (678-564-1162) 1, Presione 2 Sitio web de GA CHIPRA: <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a> Teléfono: (678) 564-1162, Presione 2
<b>INDIANA-Medicaid</b>
Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años Sitio web: <a href="http://www.in.gov/fssa/hip/">http://www.in.gov/fssa/hip/</a> Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a> Teléfono 1-800-457-4584
<b>IOWA-Medicaid y CHIP (Hawki)</b>
Sitio web de Medicaid: <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members">https://dhs.iowa.gov/ime/members</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: <a href="http://dhs.iowa.gov/Hawki">http://dhs.iowa.gov/Hawki</a> Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp">https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp</a> Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562
<b>KANSAS-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a> Teléfono: 1-800-792-4884



<b>KENTUCKY-Medicaid</b>
Pago de la prima del seguro médico integrado de Kentucky Sitio web del programa (KI-HIPP): <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a> Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPPPROGRAM@ky.gov">KIHIPPPROGRAM@ky.gov</a> Sitio web de KCHIP: <a href="https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx">https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</a> Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: <a href="https://chfs.ky.gov">https://chfs.ky.gov</a>
<b>LOUISIANA-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a> Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
<b>MAINE-Medicaid</b>
Sitio web de inscripción: <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a> Teléfono: 1-800-442-6003/TTY: Retransmisión de Maine 711 Página web de la Prima de seguro médico privado: <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a> Teléfono: 1-800-977-6740/TTY: Retransmisión de Maine 711
<b>MASSACHUSETTS-Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a> Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: (617) 886-8102
<b>MINNESOTA-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp">https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</a> Teléfono: 1-800-657-3739
<b>MISSOURI-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a> Teléfono: 573-751-2005
<b>MONTANA-Medicaid</b>
Sitio web de Medicaid: <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a> Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: <a href="mailto:HHSHIPPPProgram@mt.gov">HHSHIPPPProgram@mt.gov</a>
<b>NEBRASKA-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a> Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
<b>NEVADA-Medicaid</b>
Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcnp.nv.gov">http://dhcnp.nv.gov</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
<b>NEW HAMPSHIRE-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a> Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, extensión 5218
<b>NUEVA JERSEY-Medicaid y CHIP</b>
Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a> Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a> Teléfono: 1-800-701-0710
<b>NUEVA YORK-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a> Teléfono: 1-800-541-2831
<b>CAROLINA DEL NORTE-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a> Teléfono: 919-855-4100

<b>DAKOTA DEL NORTE-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/">http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/</a> Teléfono: 1-844-854-4825
<b>OKLAHOMA-Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a> Teléfono: 1-888-365-3742
<b>OREGÓN-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a> <a href="http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html">http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html</a> Teléfono: 1-800-699-9075
<b>PENSILVANIA-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx">https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx</a> Teléfono: 1-800-692-7462
<b>RHODE ISLAND-Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a> Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa de RItE Share)
<b>CAROLINA DEL SUR-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a> Teléfono: 1-888-549-0820
<b>DAKOTA DEL SUR-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a> Teléfono: 1-888-828-0059
<b>TEXAS-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://gethipptexas.com/">http://gethipptexas.com/</a> Teléfono: 1-800-440-0493
<b>UTAH-Medicaid y CHIP</b>
Sitio web de Medicaid: <a href="https://medicaid.utah.gov/">https://medicaid.utah.gov/</a> Sitio web de CHIP: <a href="http://health.utah.gov/chip">http://health.utah.gov/chip</a> Teléfono: 1-877-543-7669
<b>VERMONT-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.greenmountaincare.org/">http://www.greenmountaincare.org/</a> Teléfono: 1-800-250-8427
<b>VIRGINIA-Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="https://www.coverva.org/en/famis-select">https://www.coverva.org/en/famis-select</a> <a href="https://www.coverva.org/en/hipp">https://www.coverva.org/en/hipp</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924
<b>WASHINGTON-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a> Teléfono: 1-800-562-3022
<b>VIRGINIA OCCIDENTAL-Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="https://dhhr.wv.gov/bms/">https://dhhr.wv.gov/bms/</a> <a href="http://mywvhipp.com">http://mywvhipp.com</a> Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
<b>WISCONSIN-Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a> Teléfono: 1-800-362-3002
<b>WYOMING-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a> Teléfono: 1-800-251-1269







Comparta esta Guía de beneficios  
para empleados con su familia.



1325 Fourth Avenue, Suite 2100  
Seattle, WA 98101  
206.343.2323 | 800.347.2303 (línea gratuita)  
[www.assuredpartners.com](http://www.assuredpartners.com)