Avisos legales

Este paquete contiene los avisos anuales requeridos por ERISA para nuestro programa de beneficios para miembros del equipo, dirigidos a todos los miembros del equipo que se incorporan al plan o a los participantes actuales del plan. Léalos con atención y guárdelos en un lugar seguro.

- Divulgación de Protecciones del Paciente
- Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer
- Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres
- Asistencia con la Prima bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Declaración de la Ley de Reducción de Trámites Administrativos
- Recordatorio del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA
- Derechos de Inscripción Especial de HIPAA
- Aviso de Cobertura Acreditable
- Aviso del Mercado de Seguros

Divulgación de Protecciones del Paciente

El Plan de Beneficios para Miembros del Equipo de Holley Performance Products generalmente permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Comuníquese con AmeriBen al **855-655-6265**.

Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria. No necesita autorización previa de AmeriBen ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para acceder a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se le exija al profesional de atención médica cumplir con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento preaprobado o los procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con AmeriBen al **855-655-6265**.

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Si le han practicado o le van a practicar una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 ("WHCRA"). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

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

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos que ofrece el plan.

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame a su Administrador del Plan al **270-253-6423**.

Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

Los planes de salud grupales y las aseguradoras de seguros médicos generalmente no pueden, conforme a la ley federal, restringir los beneficios por cualquier estancia hospitalaria relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, le dé de alta a ella o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, conforme a la ley federal, los planes y las aseguradoras no pueden exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o de la aseguradora para recetar una estancia no mayor de 48 horas (o 96 horas).

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 usted es elegible para cobertura médica de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia con la prima que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia con la prima, pero es posible que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite **www.healthcare.gov.**

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados que se indican a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia con la prima disponible.

Si usted o sus dependientes **no** están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, o llame al 877-KIDS-NOW o visite **www.insurekidsnow.gov** para averiguar cómo presentar una solicitud. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con la prima bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan del empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial", y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a que se determine que es elegible para 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** o llame al 866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, es posible que sea elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan médico de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2026. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid

http://myalhipp.com 855-692-5447

ALASKA – Medicaid

Programa de Pago de Primas de Seguro Médico de AK http://myakhipp.com/ | 866-251-4861 CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx

ARKANSAS – Medicaid

http://myarhipp.com 855.MyARHIPP 855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) http://dhcs.ca.gov/hipp 916-445-8322 | Fax: 916-440-5676 | Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Medicaid y CHIP

Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) https://www.healthfirstcolorado.com Centro de contacto para miembros: 800-221-3943 | Servicio de retransmisión estatal 711 Child Health Plan Plus (CHP+) https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio al cliente: 800-359-1991 | Servicio de retransmisión estatal 711 Programa de Compra de Seguro Médico (HIBI) https://www.mycohibi.com/ Servicio al cliente de HIBI: 855-692-6442

FLORIDA – Medicaid

www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html 877-357-3268

GEORGIA – Medicaid

GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp 678-564-1162, oprima 1 GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra 678-564-1162, oprima 2

ILLINOIS – Medicaid

Información sobre asistencia con la prima de Medicaid de Illinois Solicitud de Medicaid: https://abe.illinois.gov Línea directa de HIPP: 217-524-8268 | Correo electrónico de HIPP: hfs.boc.hipp@illinois.gov

INDIANA – Medicaid

Programa de Pago de Primas de Seguro Médico Todos los demás programas de Medicaid https://www.in.gov/medicaid/ | 800-457-4584 Administración de Servicios Familiares y Sociales http://www.in.gov/fssa/dfr/ | 800-403-0864

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid 800-338-8366 Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki 800-257-8563 HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp 888-346-9562

KANSAS – Medicaid

https://www.kancare.ks.gov/ 800-792-4884 | Teléfono de HIPP: 800-967-4660

KENTUCKY – Medicaid

Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro Médico de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx 855-459-6328 | KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP: https://kynect.ky.gov | 877-524-4718 Medicaid: https://chfs.ky.gov/agencies/dms

LUISIANA – Medicaid

Medicaid: www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Línea de servicio al cliente: 888-342-6207 Correo electrónico de Medicaid: healthy@la.gov Programa de Primas de Seguro Médico de Luisiana (LaHIPP): https://www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono de LaHIPP: 877-697-6703 | Correo electrónico de LaHIPP: La.HIPP@la.gov Fax de LaHIPP: 888-716-9787 Dirección postal de LaHIPP: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000 Tucker, GA 30084

MAINE – Medicaid

Inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US 800-442-6003 | TTY: servicio de retransmisión de Maine 711 Prima de seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms 800-977-6740 | TTY: servicio de retransmisión de Maine 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

https://www.mass.gov/masshealth/pa 800-862-4840 | TTY: 711 | Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ 800-657-3672

MISSOURI – Medicaid

http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP 800-694-3084 | Correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 855-632-7633 | Lincoln: 402-473-7000 | Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid

http://dhcfp.nv.gov 800-992-0900

NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid

https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program 603-271-5218 | Número gratuito del programa HIPP: 800-852-3345, ext. 15218 | Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP

Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid 800-356-1561 CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html 800-701-0710 (TTY: 711) | Asistencia con la prima: 609-631-2392

NUEVA YORK – Medicaid

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ 800-541-2831

CAROLINA DEL NORTE – Medicaid

https://medicaid.ncdhhs.gov/ 919-855-4100

DAKOTA DEL NORTE – Medicaid

https://www.hhs.nd.gov/healthcare 844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

http://www.insureoklahoma.org 888-365-3742

OREGON – Medicaid y CHIP

http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx 800-699-9075

PENSILVANIA – Medicaid y CHIP

https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html 800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx Teléfono de CHIP: 800.986.KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP

http://www.eohhs.ri.gov 855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa de RIte Share)

CAROLINA DEL SUR – Medicaid

http://www.scdhhs.gov 888-549-0820

DAKOTA DEL SUR – Medicaid

http://dss.sd.gov 888-828-0059

TEXAS – Medicaid

https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program 800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIP

Programa de Asociación de Primas de Utah para el Seguro Médico (UPP) https://medicaid.utah.gov/upp/ | Correo electrónico: upp@utah.gov | 888-222-2542 Expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP: https://chip.utah.gov/

VERMONT – Medicaid

https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program 800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid y Chip: 800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid
https://www.hca.wa.gov/ 800-562-3022

WISCONSIN – Medicaid y CHIP
https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm 800-362-3002

VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP
https://dhhr.wv.gov/bms/ o http://mywvhipp.com/ Medicaid: 304-558-1700 CHIP, línea gratuita: 855-MyWVHIPP 855-699-8447)

WYOMING – Medicaid
https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ 800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado un programa de asistencia con la prima desde el 31 de julio de 2026, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con cualquiera de los siguientes:

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

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

Número de control de OMB 1210-0137 (vence el 5/31/2029)

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites Administrativos

Según la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA), no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información a menos que esta sea aprobada por la OMB conforme a la PRA y muestre un número de control de la OMB vigente y válido, y que el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB vigente y válido. Consulte 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición legal, ninguna persona estará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si esta no muestra un número de control de la OMB vigente y válido. Consulte 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de informes públicos para esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Miembros del Equipo, Oficina de Políticas e Investigación, Atención: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210, o por correo electrónico a **ebsa.opr@dol.gov**, haciendo referencia al Número de control de OMB 1210-0137.

Recordatorio del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

Protección de los derechos de privacidad de su información de salud

Holley Performance se compromete con la privacidad de su información de salud. Los administradores del Plan de Beneficios para Miembros del Equipo de Holley Performance Products (el "Plan") utilizan estrictos estándares de privacidad para proteger su información de salud contra el uso o la divulgación no autorizados.

Las políticas del Plan que protegen sus derechos de privacidad y sus derechos conforme a la ley se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan. Puede recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad comunicándose con **Kirstin Frost** en **kirstinfrost@holley.com**. El aviso también está disponible en línea en **www.holleybenefits.com**.

Derechos de Inscripción Especial de HIPAA

Plan de Beneficios para Miembros del Equipo de Holley Performance Products Aviso de sus Derechos de Inscripción Especial de HIPAA

Nuestros registros indican que usted es elegible para participar en el Plan de Beneficios para Miembros del Equipo de Holley Performance Products (para participar realmente, debe completar un formulario de inscripción y es posible que se le exija pagar una parte de la prima mediante deducción de nómina).

Una ley federal denominada HIPAA exige que le notifiquemos sobre una disposición importante del plan: su derecho a inscribirse en el plan conforme a su "disposición de inscripción especial" si adquiere un nuevo dependiente, o si rechaza la cobertura de este plan para usted o para un dependiente elegible mientras tiene otra cobertura vigente y luego pierde esa otra cobertura por ciertos motivos calificados.

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 tiene vigente otro seguro médico o cobertura de un plan de salud grupal, es posible que pueda 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 aportar a la otra cobertura suya o de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que termine la otra cobertura suya o 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 tiene vigente la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal de seguro médico para niños, es posible que pueda 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 fecha en que termine la cobertura suya o de sus dependientes bajo Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños.

Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Elegibilidad para asistencia con la prima bajo Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños. Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) pasan a ser elegibles para un subsidio estatal de asistencia con la prima de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de elegibilidad suya o de sus dependientes para dicha asistencia.

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información sobre las disposiciones de inscripción especial del plan, visite **www.holleybenefits.com** y comuníquese con **benefits@holley.com**.

Advertencia importante

Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible, debe completar nuestro formulario para rechazar la cobertura. En el formulario, se le exige declarar que la cobertura de otro plan de salud grupal u otro seguro médico (incluido Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños) es el motivo del rechazo de la inscripción, y se le pide que identifique esa cobertura. Si no completa el formulario, usted y sus dependientes no tendrán derecho a los derechos de inscripción especial al perder otra cobertura, como se describió anteriormente, pero aun así tendrán derechos de inscripción especial cuando tengan un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o por haber obtenido elegibilidad para un subsidio estatal de asistencia con la prima de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan, como se describió anteriormente. Si no obtiene derechos de inscripción especial al perder otra cobertura, no podrá inscribirse usted ni inscribir a sus dependientes en el plan en ningún momento que no sea el período anual de inscripción abierta del plan, a menos que se apliquen derechos de inscripción especial debido a un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o por haber obtenido elegibilidad para un subsidio estatal de asistencia con la prima de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan.

Aviso de Cobertura Acreditable

Aviso importante de Holley Performance sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea este aviso con atención y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Holley Performance y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. **La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o en un Plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca 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. **Holley Performance ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan médico, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como paga 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, puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante 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 del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable de medicamentos recetados sin que sea su culpa, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en 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 Holley Performance no se verá afectada y los beneficios se coordinarán con Medicare. Consulte los documentos de su plan que se le entregaron al ser elegible y durante la inscripción abierta, o comuníquese con su proveedor o con el administrador del plan para obtener una explicación y/o una copia de las disposiciones y opciones del plan de cobertura de medicamentos recetados disponibles para las personas elegibles para Medicare cuando usted sea elegible para la Parte D de Medicare. Para obtener más orientación, visite **http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/** que describe las disposiciones y opciones del plan de medicamentos recetados que pueden tener a su disposición las personas elegibles para Medicare cuando sean elegibles para la Parte D de Medicare.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Holley Performance, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Holley Performance y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la fecha en que termine su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por cada mes en 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 (una multa) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta octubre del año siguiente para inscribirse.

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

Comuníquese con la persona que se indica a continuación para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del siguiente período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura de Holley Performance cambia. 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 una copia del manual por correo cada año de parte de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

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

- Visite **www.medicare.gov**.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted"
  para obtener su número de teléfono) para recibir ayuda personalizada.
- Llame al **800-MEDICARE (800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **877-486-2048**.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la web en **www.socialsecurity.gov**, o llame al **800-772-1213** (TTY **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 exija presentar una copia de este aviso al inscribirse para demostrar si ha mantenido o no cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una multa).

Fecha:	1/1/2027
Nombre de la entidad/remitente:	Holley Performance
Contacto:	Kirstin Frost (**kirstinfrost@holley.com**)
Dirección:	1A Burton Hills Blvd, Suite 240, Nashville, TN 37215
Número de teléfono:	**270-253-6423**

Aviso del Mercado de Seguros

Opciones de cobertura del Mercado de Seguros Médicos y su cobertura de salud

PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL

Aunque su empleo le ofrezca cobertura médica, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos (el "Mercado"). Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso ofrece información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura médica que se ofrece a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "centro único de compras" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros gastos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y que no cumple con ciertos estándares de valor mínimo (que se explican más adelante). El ahorro para el que es elegible depende de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduce sus costos.

¿Afecta la cobertura médica del empleador la elegibilidad para los ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si su empleador le ofrece cobertura médica que se considera asequible para usted y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, usted no será elegible para un crédito fiscal, ni para el pago anticipado del crédito fiscal, para su cobertura del Mercado, y puede que desee inscribirse en su plan médico basado en el empleo. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos anticipados del crédito que reduzcan su prima mensual, o para una reducción de ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no le ofrece una cobertura que se considere asequible para usted o que cumpla con los estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es superior al 9.12%[1] de los ingresos anuales de su hogar, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago anticipado del crédito, si no se inscribe en la cobertura médica basada en el empleo. Para los familiares del miembro del equipo, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del miembro del equipo para el plan de menor costo que cubriría a todos los familiares no supera el 9.12% de los ingresos del hogar del miembro del equipo.[1,2]

Nota: Si compra un plan médico a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que se le ofrece a través de su empleo, es posible que pierda el acceso a lo que el empleador aporta a la cobertura basada en el empleo. Además, este aporte del empleador, así como el aporte de su parte como miembro del equipo a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos de los impuestos federales y estatales sobre los ingresos. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se hacen después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura médica que se le ofrece a través de su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero usted la acepta de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al decidir si comprar un plan médico a través del Mercado.

1 Se indexa anualmente; consulte **https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf** para 2023.

2 Un plan médico patrocinado por el empleador u otro plan basado en el empleo cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte de los costos totales de beneficios permitidos que cubre el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. Para efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal de la prima, para cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan médico también debe ofrecer una cobertura sustancial tanto de servicios hospitalarios con hospitalización como de servicios médicos.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período Anual de Inscripción Abierta del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período Anual de Inscripción Abierta, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificados, como casarse, tener un bebé, adoptar a un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura médica. Según el tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificado para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para las personas y sus familias que pierdan la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) a partir del 31 de marzo de 2023 y hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública nacional por COVID-19, las agencias estatales de Medicaid y CHIP, en general, no han dado de baja la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 y hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanudan las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **está ofreciendo un Período de Inscripción Especial temporal del Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que vivan en estados atendidos por **HealthCare.gov** y que presenten una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente en **HealthCare.gov** entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y declaren una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Esto significa que si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que perdió la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o sus familiares están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para recibir cualquier información sobre cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite **HealthCare.gov** o llame al Centro de Llamadas del Mercado al **800-318-2596**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **855-889-4325**.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan médico basado en el empleo (como un plan médico patrocinado por el empleador), es posible que usted o su familia también sean elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan médico en ciertas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. En general, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan médico basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan médico basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan médico basado en el empleo.

Como alternativa, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o presentando la solicitud directamente ante la agencia estatal de Medicaid. Visite **https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/** para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que se le ofrece a través de su empleo, consulte la descripción resumida del plan de su plan médico o comuníquese con **benefits@holley.com**.

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite **HealthCare.gov** para obtener más información, incluida una solicitud en línea para la cobertura de seguro médico y la información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

PARTE B: INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA MÉDICA QUE OFRECE SU EMPLEADOR

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura médica que ofrezca su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para corresponder con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador Holley Performance Products, Inc.		4. Número de Identificación del Empleador (EIN) 61-1291482
5. Dirección del empleador 1A Burton Hills Blvd.		6. Número de teléfono del empleador 615-562-8223
7. Ciudad Nashville	8. Estado TN	9. Código postal 37215
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura médica de los miembros del equipo en este empleo? Kirstin Frost (kirstinfrost@holley.com)		
11. Número de teléfono (si es diferente del anterior)	12. Correo electrónico Benefits@holley.com	

A continuación, se presenta información básica sobre la cobertura médica que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan médico a:
  - ☐ Todos los miembros del equipo. Los miembros del equipo elegibles son:
  - ☑ Algunos miembros del equipo. Los miembros del equipo elegibles son: miembros del equipo de tiempo completo que trabajan 30 horas por semana (o más).
- Con respecto a los dependientes:
  - ☑ Sí ofrecemos cobertura. Dependientes elegibles: cónyuge legal e hijos dependientes. Se permite cobertura para pareja de hecho si esta califica como cónyuge según se establece en la Descripción Resumida del Plan del Plan de Beneficios para Empleados de Holley Performance Products.
  - ☐ No ofrecemos cobertura.

☑ Si está marcada, esta cobertura cumple el estándar de valor mínimo y su costo está pensado para ser asequible, según los salarios de los miembros del equipo.

**Aunque su empleador considere que su cobertura es asequible, es posible que aún sea elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a otra (quizás es un miembro del equipo por hora o trabaja a comisión), si es un empleado de reciente contratación a mitad de año, o si tiene otras pérdidas de ingresos, es posible que aún califique para un descuento en la prima.

Si decide buscar cobertura en el Mercado, **HealthCare.gov** le guiará durante el proceso. Esta es la información del empleador que ingresará cuando visite **HealthCare.gov** para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

La información a continuación corresponde a la Herramienta de Cobertura del Empleador del Mercado. Completar esta sección es opcional para los empleadores, pero ayuda a comprender las opciones de cobertura.

13. ¿El miembro del equipo es actualmente elegible para la cobertura que ofrece este empleador, o será elegible dentro de los próximos 3 meses?

☐ **Sí** (Continuar)

13a. Si el miembro del equipo no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible para la cobertura? (mm/dd/aaaa) (Continuar)

☐ **No** (DETÉNGASE y devuelva este formulario al miembro del equipo)

14. ¿El empleador ofrece un plan médico que cumple con el estándar de valor mínimo*?

☑ Sí (Pase a la pregunta 15)

☐ No (DETÉNGASE y devuelva el formulario al miembro del equipo)

15. Para el plan de menor costo que cumple con el estándar de valor mínimo[1] ofrecido solo al miembro del equipo (no incluya planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, indique la prima que pagaría el miembro del equipo si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el miembro del equipo en primas por este plan?

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☑ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

Si el año del plan terminará pronto y usted sabe que los planes médicos ofrecidos cambiarán, pase a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al miembro del equipo.

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan?

☐ El empleador no ofrecerá cobertura médica

☐ El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los miembros del equipo o cambiará la prima del plan de menor costo disponible solo para el miembro del equipo que cumple con el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento por programas de bienestar. Consulte la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el miembro del equipo en primas por este plan?

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

1 Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales de beneficios permitidos que cubre el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986).