

Guía de sus Beneficios

01/05/2026 – 30/04/2027

Índice de Contenidos

¡Haga clic para ir a la página!

Página de Bienvenida

Nuestro Programa de Beneficios

Planes Médicos

CVS Health

Brightline

Planes Dentales

Plan de la Vista

Cuentas de Reembolso

401(k)

Vida y MAyD (AD&D)

Protección de Ingresos

Licencia Familiar y Médica

Programa de Asistencia al Empleado

Programa de Bienestar

Beneficios Voluntarios

Beneficios Adicionales de Valor

Información de Contacto

Adentro

Planes Médicos

Planes Dentales

Plan de la Vista

401(k)

Vida y MAyD (AD&D)

Planes Voluntarios

Cuenta de Ahorros para la Salud

Cuentas de Reembolso

Programa de Asistencia al Empleado

Planes Voluntarios

¡y más!

Nuestros Proveedores

Aetna

AllState

Brightline

CVS Health & Pharmacy

Delta Dental of NJ

EyeMed

Fidelity Investments

Hinge Health

Inspira Financial

Kaiser Permanente

LegalEase

The Hartford

Rx Savings Solutions

¡Bienvenido/a!

Sus beneficios son una parte importante de su paquete de compensación total. En DSV, nos complace ofrecer una amplia gama de valiosos beneficios para que usted elija. Este manual sirve como guía para ayudarle a seleccionar las opciones de beneficios que mejor se adapten a sus necesidades y a las de su familia.

Elegibilidad

Usted es elegible para recibir beneficios si es un empleado a tiempo completo que trabaja 30 horas o más por semana. También puede inscribir a sus dependientes elegibles. Al realizar la inscripción de dependientes, usted debe proporcionar la documentación correspondiente, como el certificado de matrimonio o la declaración conjunta de impuestos para los cónyuges, los certificados de nacimiento o la declaración de impuestos reciente para los hijos y el registro legal estatal para las parejas de hecho registradas. Los dependientes elegibles incluyen:

- Cónyuge legal
- Pareja de hecho registrada / Unión Civil y/o sus hijos, según corresponda de acuerdo con las leyes estatales.
- Hijos biológicos, adoptados, hijastros o hijos sobre los cuales usted tenga la custodia legal hasta los 26 años 26. Los hijos con discapacidad de 26 años o más que cumplan con ciertos criterios pueden continuar con su cobertura de salud.
- Los hijos dependientes pueden estar cubiertos hasta los 31 años en su Plan de la Vista de EyeMed.

Información Requerida: Al inscribirse, se le solicitará que ingrese un número de Seguro Social (SSN) para todos los dependientes cubiertos. La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), también conocida como la reforma del cuidado de salud, exige que la empresa informe esta información al IRS cada año para demostrar que usted y sus dependientes cuentan con cobertura. Esta información se enviará de forma segura al IRS y se mantendrá de manera confidencial. Al recibir su tarjeta de Seguro Social, comuníquese con USBenefits@us.dsv.com para obtener instrucciones sobre cómo enviar una copia de su tarjeta de Seguro Social.

Realice una elección

Los empleados tienen la posibilidad de inscribirse en los beneficios que mejor se adapten a sus necesidades. Esto significa que, si un empleado solo necesita cobertura dental, puede contratarla sin obligación de inscribirse en ninguno de los otros planes.

Ya sea que decida contratar coberturas o renunciar a ellas, es importante realizar una elección o enviar su inscripción con una renuncia de cobertura (*waiver*) para que contemos con la información de inscripción más precisa sobre usted.

Inscripción

Inscríbase en sus beneficios a través de la plataforma ADP Workforce Now, ya sea desde la aplicación móvil o desde su computadora.

Al realizar la inscripción, podrá ver los planes disponibles para usted. Puede agregar o eliminar dependientes, renunciar a coberturas de beneficios o realizar cambios en sus planes.

Si tiene problemas con el registro o el inicio de sesión en ADP, envíe un correo electrónico a USPayroll@us.dsv.com para obtener ayuda.

Visite www.workforcenow.adp.com

GET IT ON Google Play

Download on the App Store

Nuestro Programa de Beneficios

DSV les ofrece a los empleados la oportunidad de inscribirse en cada beneficio de forma independiente, lo que significa que puede elegir inscribirse únicamente en los planes que se adapten a sus necesidades. DSV también les proporciona a todos los empleados cobertura de seguro de vida y discapacidad sin costo alguno, con el fin de brindarle protección a usted y a sus dependientes. Además, DSV realiza una contribución al costo de su cobertura médica y dental.

Realizar cambios

Debido a las regulaciones del IRS, usted no puede cambiar sus elecciones fuera del periodo de Inscripción para Nuevos Empleados o del periodo anual de Inscripción Abierta, a menos que tenga un Evento de Vida Calificado (QLE) durante el año. Usted tiene 30 días a partir del día del QLE para realizar cambios en sus beneficios (incluyendo recién nacidos). Debe estar preparado/a para presentar la documentación que respalde su QLE y la documentación de dependientes correspondiente.

Ejemplos de los QLE más comunes:

- Matrimonio o divorcio
- Nacimiento o adopción de un hijo
- Un hijo que alcanza el límite de edad máxima
- Fallecimiento de un cónyuge, pareja de hecho registrada o hijo
- Pérdida de cobertura bajo el plan de su cónyuge o pareja de hecho.
- Obtención de acceso a cobertura estatal bajo Medicaid o CHIP, o cobertura federal de la ACA

Información Requerida: Al inscribirse, se le solicitará que ingrese un número de Seguro Social (SSN) para todos los dependientes cubiertos. La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), también conocida como la reforma del cuidado de salud, exige que la empresa informe esta información al IRS cada año para demostrar que usted y sus dependientes cuentan con cobertura. Esta información se enviará de forma segura al IRS y se mantendrá de manera confidencial. Al recibir su tarjeta de Seguro Social, comuníquese con USBenefits@us.dsv.com para obtener instrucciones sobre cómo enviar una copia de su tarjeta de Seguro Social.

Beneficio patrocinado por el empleador

DSV les proporciona a los empleados elegibles a tiempo completo un seguro de Vida y de Muerte Accidental y Desmembramiento (MAyD, o AD&D en inglés) pagado por el empleador para usted y sus dependientes elegibles. Además, DSV ofrece cobertura de discapacidad a corto y largo plazo a todos los empleados elegibles a tiempo completo.

Contribuciones del empleado

Los empleados van a ser responsables de contribuir al costo de las coberturas elegidas. Las contribuciones para la cobertura médica, dental y de la vista se realizarán antes de los impuestos, lo que reduce el monto de los impuestos sobre la nómina.

Fechas de entrada en vigor de la cobertura

Los beneficios entran en vigor el primer día del mes siguiente a los 30 días de empleo continuo. Los empleados elegibles que deseen inscribirse en una o más de nuestras opciones de cobertura deben hacerlo dentro de los 30 días posteriores a su fecha de contratación. Si usted no se inscribe a tiempo, solo contará con los beneficios patrocinados por la empresa

Ejemplo: Si se le contrató el 15 de marzo de 2026, su cobertura entraría en vigor el 1 de mayo de 2026.

Esto incluye las coberturas patrocinadas por el empleador. Toda cobertura finaliza al terminar el mes siguiente al último día trabajado. Los empleados tienen derecho a continuar con la cobertura elegible bajo COBRA.

Si su cobertura termina, va a recibir un paquete de COBRA de parte de Inspira Financial, nuestro Administrador de COBRA.

Planes Médicos

Cuenta de Reembolso de Gastos Médicos (HRA) y Planes con Copago

Nuestros planes Aetna Choice POS II PPO le brindan la libertad de buscar atención con el proveedor de su elección. Sim embargo, va a maximizar sus beneficios y reducir sus gastos de bolsillo si elige a un proveedor que sea parte de la red de Aetna. Los planes ofrecen diversos recursos para ayudarle a usted y a su familia a mantener un estilo de vida saludable.

HRA Aetna Choice POS II

Opción de Plan de HRA 1: Plan APCN $3.000 HRA

Opción de Plan de HRA 2: Plan $1.500 90/70 HRA

Ambas opciones de plan incluyen una “Cuenta de Reembolso de Gastos Médicos (HRA, por sus siglas en inglés)” pagada por el empleador que financia automáticamente los primeros $500 del deducible individual o $1.000 del deducible familiar. Los empleados no realizan contribuciones a la HRA.

Para el año del plan 2026, hemos incorporado el plan APCN $3.000 80/60 HRA. Las siglas APCN significan Aetna Premier Care Network. Con este plan, usted va a recibir el nivel más alto de beneficios y va a tener los gastos de bolsillo más bajos al utilizar proveedores de esta red, manteniendo al mismo tiempo el acceso a la red general.

- Los planes cubren el costo total de los servicios de atención médica preventiva elegibles dentro de la red.
- Una vez que se agoten los fondos de la HRA, usted va a pagar el saldo del deducible para los servicios médicos no preventivos hasta alcanzar el deducible anual.
- Cuando alcance el deducible, usted va a pagar un porcentaje de ciertos gastos de atención médica (coseguro) y el plan va a pagar el resto. Es posible que también deba pagar una cantidad fija (copago) por ciertos servicios, como la cobertura de medicamentos recetados.
- Una vez que la suma de su deducible, copagos y coseguros alcance el máximo de gastos de bolsillo, el plan va a pagar el costo total de todos los servicios de atención médica de calidad durante el resto del año.

Copago Aetna Choice POS II

Opción de Plan 1: Copago de $30 / $50 $2000

Opción de Plan 2: Copago de $20 / $50 $750

Ambas opciones de plan incluyen un deducible y un coseguro que se aplican a ciertos beneficios, como ingresos hospitalarios para pacientes internos, radiología de alta tecnología y otros servicios.

- Los copagos se aplican a servicios como consultas en el consultorio y medicamentos recetados.
- El plan cubre el costo total de los servicios de atención médica preventiva elegibles dentro de la red.
- Usted paga un porcentaje de ciertos gastos de atención médica (coseguro) y el plan paga el resto.
- Una vez que la suma de su deducible, copagos y coseguro alcance el máximo de gastos de bolsillo, el plan va a pagar el costo total de todos los servicios de atención médica calificados durante el resto del año.

Asesoramiento sobre beneficios

Se recomienda elegir un plan que satisfaga sus necesidades y las de los miembros de su familia. Para evitar una cobertura insuficiente o excesiva, tenga en cuenta la cantidad de servicios médicos y medicamentos recetados que prevé continuar o establecer durante el año del plan.

Planes Médicos

Planes de Reembolso de Gastos Médicos (HRA)
Aetna Choice POS II

	Plan APCN 3000 HRA		Plan 1500 90/70 HRA	
	Plan de HRA (Compatible con FSA)		Plan de HRA (Compatible con FSA)	
Cobertura del Plan	**Individual**	**Familiar**	**Individual**	**Familiar**
Deducible de APCN (Por año del plan)	$1.500	$3.000		
Máximo de gastos de bolsillo de APCN (Por año del plan)	$4.000	$8.000		
Coseguro de APCN (Aplicable después del deducible)	Plan: 90%	Miembro: 10%		
Deducible dentro de la red (Por año del plan)	$3.000	$6.000	$1.500	$3.000
Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red (Por año del plan)	$6.000	$12.000	$6.000	$12.000
HRA proporcionada al inicio del año del plan	$500	$1,000	$500	$1.000
Coseguro (Aplicable después del deducible)	Plan: 80%	Miembro: 20%	Plan: 90%	Miembro: 10%
Atención preventiva de rutina	Cubierta al 100%		Cubierta al 100%	
Consultas en el consultorio (Médico de cabecera/Especialista)	Deducible/Coseguro		Deducible/Coseguro	
Consultas de CVS Virtual Care y CVS Minute Clinic	Cubiertas al 100%		Cubiertas al 100%	
Diagnóstico ambulatorio (Laboratorio/Rayos X)	Deducible/Coseguro		Deducible/Coseguro	
Imágenes complejas (TC/RM)	Deducible/Coseguro		Deducible/Coseguro	
Ambulancia	Deducible/Coseguro		Deducible/Coseguro	
Sala de emergencias	Deducible/Coseguro		Deducible/Coseguro	
Centro de atención de urgencias	Deducible/Coseguro		Deducible/Coseguro	
Hospitalización	Deducible/Coseguro		Deducible/Coseguro	
Cirugía ambulatoria	Deducible/Coseguro		Deducible/Coseguro	
Cobertura de medicamentos recetados (categorías: genéricos/de marca preferidos/de marca no preferidos)				
Farmacia minorista	$20 / $40 / $60		$20 / $40 / $60	
Suministro minorista de CVS y envío por correo (suministro para 90 días)	2 veces el copago minorista		2 veces el copago minorista	

Planes Médicos

Planes de Copago
Aetna Choice POS II

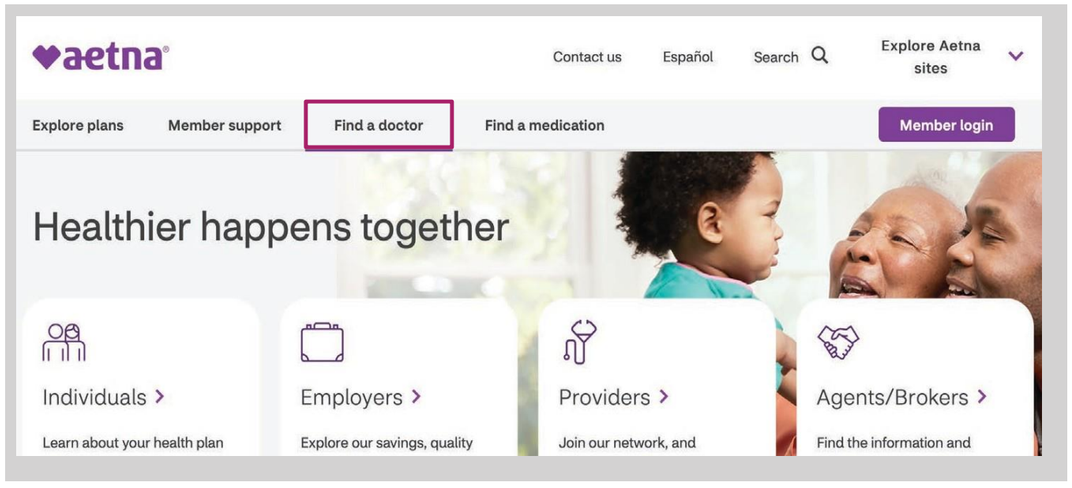
	Plan de Copago 20/50 750		Plan de Copago 30/50 2000	
	Plan de Copago (Compatible con FSA)		Plan de Copago (Compatible con FSA)	
Cobertura del Plan	**Individual**	**Familiar**	**Individual**	**Familiar**
Deducible dentro de la red (Por año del plan)	$750	$1.500	$2.000	$4.000
Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red (Por año del plan)	$5.000	$10.000	$6.000	$12.000
Coseguro (Aplicable después del deducible)	Plan: 80%	Miembro: 20%	Plan: 70%	Miembro: 30%
Atención preventiva de rutina	Cubierta al 100%		Cubierta al 100%	
Consultas en el consultorio (Médico de cabecera/Especialista)	Copago de $20 / Copago de $50		Copago de $30 / Copago de $50	
Consultas de CVS Virtual Care y CVS Minute Clinic	Cubiertas al 100%		Cubiertas al 100%	
Diagnóstico ambulatorio (Laboratorio/Rayos X)	Deducible/Coseguro		Deducible/Coseguro	
Imágenes complejas (TC/RM)	Deducible/Coseguro		Deducible/Coseguro	
Ambulancia	Deducible/Coseguro		Deducible/Coseguro	
Sala de emergencias	Copago de $250		Copago de $500	
Centro de atención de urgencias	Copago de $25		Copago de $50	
Hospitalización	Deducible/Coseguro		Deducible/Coseguro	
Cirugía ambulatoria	Deducible/Coseguro		Deducible/Coseguro	
Cobertura de medicamentos recetados (categorías: genéricos/de marca preferidos/de marca no preferidos)				
Farmacia minorista	$20 / $40 / $60		$20 / $40 / $60	
Suministro minorista de CVS y envío por correo (suministro para 90 días)	2 veces el copago minorista		2 veces el copago minorista	

Planes Médicos

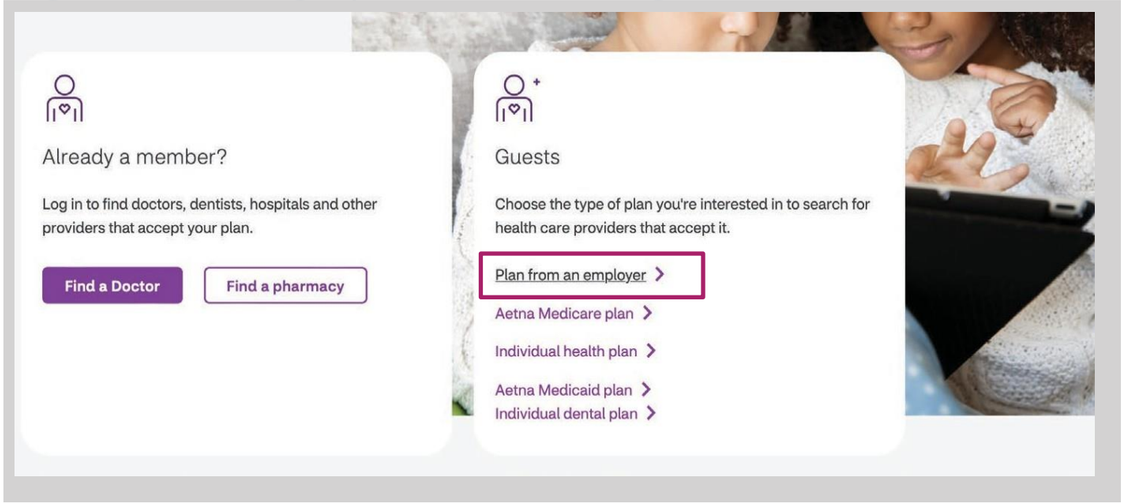
Cómo encontrar un proveedor para su Plan APCN HRA

La red Aetna Premier Care Network Plus Multi-Tier ofrece el amplio acceso a proveedores que usted desea, junto con la calidad y los ahorros que se merece. El directorio de proveedores en línea en Aetna.com facilita la búsqueda y el ahorro.

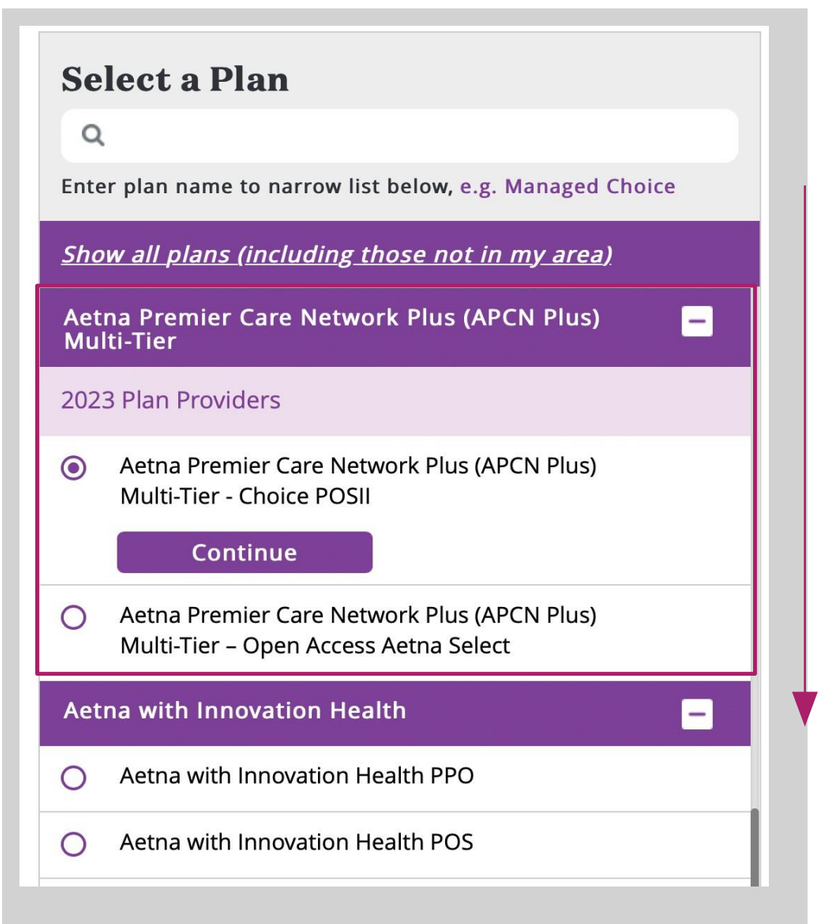
Paso 1
Visite Aetna.com y haga clic en "*Find a Doctor*" (Buscar un médico) en la parte superior de la página.



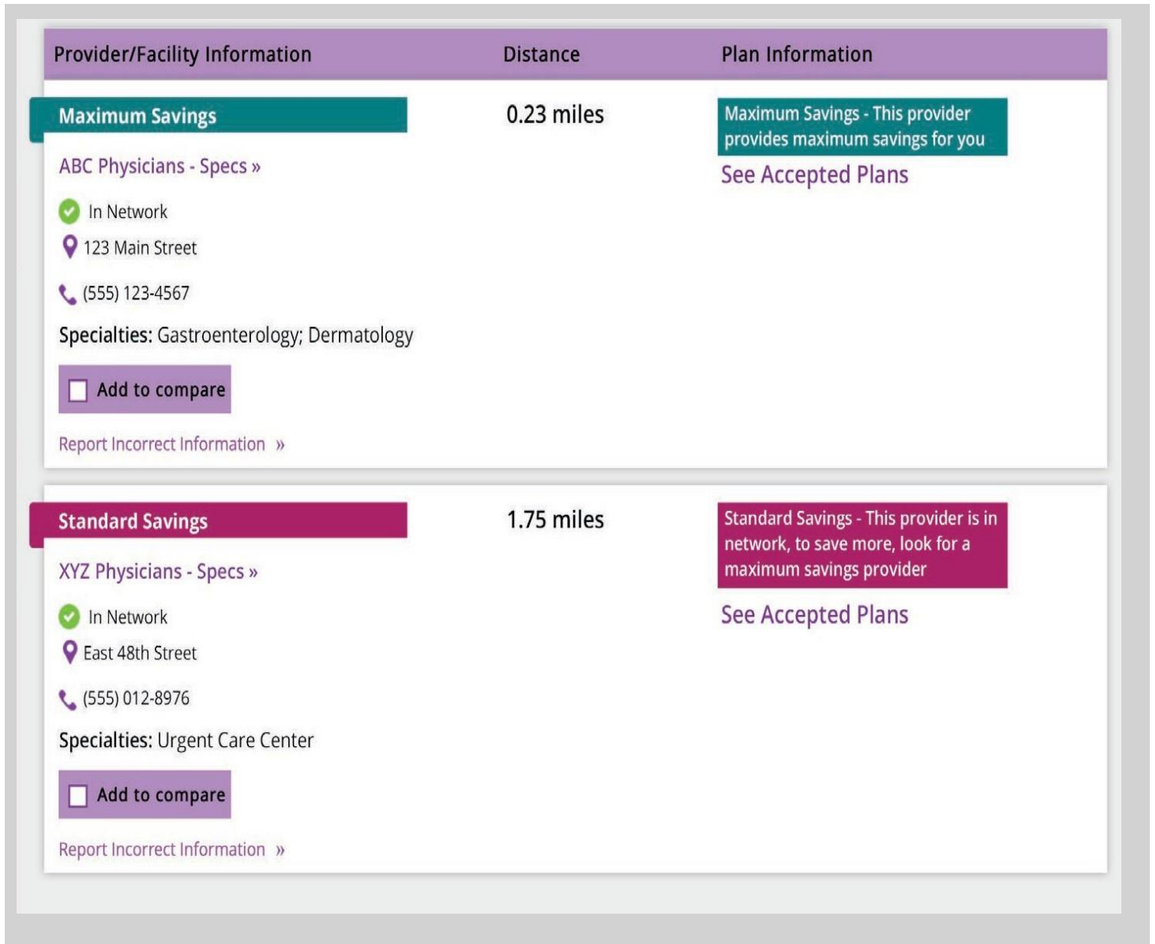
Paso 2
Bajo "*Guests*" (Invitados), haga clic en "*Plan from an employer*" (Planes ofrecidos a través de un empleador) e ingrese el código postal de su hogar..



Paso 3
Desplácese hacia abajo y seleccione el plan Aetna Premier Care Network Plus (APCN Plus) Multi-Tier, ya sea Choice POS II o Open Access Aetna Select, según el plan que ofrezca su empleador. Haga clic en "*Continue*" (Continuar).



Paso 4
Ahora puede realizar la búsqueda según el tipo de proveedor o por el nombre del proveedor. Aparecerán etiquetas de colores junto a los proveedores que ofrecen el Máximo ahorro (*Maximum Savings*) y el Ahorro estándar (*Standard Savings*); asegúrese de buscarlas.



¿No encuentra un proveedor en los resultados de búsqueda? Esto podría significar que el proveedor no forma parte de la red. Por favor, revise el resumen del diseño de su plan para ver si cuenta con beneficios fuera de la red (*out-of-network*). Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, exclusiones, limitaciones y condiciones de cobertura.

Planes Médicos

Cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Nuestros planes Aetna Choice POS II PPO le brindan la libertad de buscar atención con el proveedor de su elección. Sim embargo, va a maximizar sus beneficios y reducir sus gastos de bolsillo si elige a un proveedor que sea parte de la red de Aetna. Los planes ofrecen diversos recursos para ayudarle a usted y a su familia a mantener un estilo de vida saludable.

Aetna Choice POS II HSA
Opción de Plan 1: Plan de salud con deducible alto (HDHP) con cuenta HSA

El plan de salud con deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés) incluye la apertura de una cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés). Los participantes van a recibir contribuciones del empleador por un monto de $500 para individuos o $1.000 para participantes con dependientes. Los empleados también pueden realizar aportaciones a la HSA antes de impuestos.

- El plan cubre el costo total de los servicios de atención médica preventiva calificados y los medicamentos preventivos dentro de la red.

- Usted paga el costo total de los servicios de atención médica no preventivos hasta alcanzar el deducible anual. **NOTA: Al estar inscrito con dependientes, los participantes deben alcanzar el deducible FAMILIAR completo antes de que el plan comience a pagar los gastos de cualquier individuo por separado**.

- Una vez que alcance el deducible, usted va a pagar un porcentaje de sus gastos de atención médica (coseguro) y el plan va a pagar el resto.

- Una vez que la suma de su deducible y coseguro alcance el máximo de gastos de bolsillo, el plan va a pagar el costo total de todos los servicios de atención médica calificados durante el resto del año. **NOTA: Al estar inscrito con dependientes, usted debe alcanzar el máximo de gastos de bolsillo FAMILIAR completo antes de que el plan comience a pagar los servicios cubiertos al cien por ciento para cualquier individuo por separado.**

Su cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Administrada a través de Inspira Financial, sus contribuciones, sumadas a las de la empresa, no deben exceder los límites anuales del IRS. Consulte los Límites de Contribución de la HSA para 2026-2027 a continuación.

- Usted puede utilizar los fondos de la HSA libres de impuestos para pagar gastos de atención médica calificados actuales, o ahorrarlos para el futuro, también libres de impuestos. Los fondos no utilizados se acumulan cada año y usted los conserva, incluso si cambia de plan médico o deja a su empleador.

- Usted debe cumplir con ciertos requisitos de elegibilidad para tener una HSA: Usted debe a) tener al menos 18 años, b) contar con la cobertura de un plan de salud con deducible alto (HDHP) calificado, c) no estar inscrito en Medicare Parte A o Parte B ni en TRICARE, d) no puede ser declarado/a como como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona. Para obtener más información, consulte la Publicación 969 del IRS.

- Para obtener una lista completa de los gastos de atención médica calificados, consulte la Publicación 502 del IRS.

- Los hijos adultos deben ser declarados como dependientes en su declaración de impuestos para que sus gastos médicos califiquen para el pago o reembolso desde su HSA.

Límites de Contribución de la HSA para 2026-2027

- Sólo el Empleado: **$4.400**
- Empleado + Dependientes: **$8.750**
- Aportación adicional (55 años o más): **$1.000**

Planes Médicos

Cuenta de ahorros para la salud (HSA)

	Plan de salud con deducible alto con HSA de Aetna	
	Plan H.S.A (Incompatible con FSA)	
Cobertura del Plan	**Individual**	**Familiar**
Deducible dentro de la red (Por año del plan)	$1.700	$3.400
Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red (Por año del plan)	$6.000	$12.000
Contribución de DSV a la HSA (Cargada por adelantado trimestralmente)	$500	$1.000
Coseguro (Aplicable después del deducible)	Plan: 80%	Miembro: 20%
Atención preventiva de rutina	Cubierta al 100%	
Consultas en el consultorio (Médico de cabecera/Especialista)	Deducible/Coseguro	
Consultas de CVS Virtual Care y CVS Minute Clinic	Deducible primero; Cubiertas al 100%	
Diagnóstico ambulatorio (Laboratorio/Rayos X)	Deducible/Coseguro	
Imágenes complejas (TC/RM)	Deducible/Coseguro	
Ambulancia	Deducible/Coseguro	
Sala de emergencias	Deducible/Coseguro	
Centro de atención de urgencias	Deducible/Coseguro	
Hospitalización	Deducible/Coseguro	
Cirugía ambulatoria	Deducible/Coseguro	
Cobertura de medicamentos recetados (categorías: genéricos/de marca preferidos/de marca no preferidos)		
Farmacia minorista	Deducible primero; $20 / $40 / $60	
Suministro minorista de CVS y envío por correo (suministro para 90 días)	Deducible primero; 2 veces el copago minorista	

Rx Savings Solutions

Para miembros de Aetna

RxSS es un servicio de medicamentos recetados, creado y administrado por farmacéuticos, que puede ayudarle a tomar el control de los costos de sus medicamentos

RxSS va a encontrar todas las opciones de medicamentos para sus afecciones. Usted y su médico deciden qué es lo mejor para su salud y su bolsillo.

Cómo funciona:

- Los farmacéuticos de RxSS encuentran medicamentos igualmente eficaces y económicos cubiertos por su seguro
- Su cuenta en línea le muestra los medicamentos recetados de menor costo disponibles y le permite comparar precios
- Cambie a una opción más económica con facilidad
- **RxSS va a obtener la aprobación de su médico y va a trabajar con su farmacia para gestionar esto**
- **RxSS se pondrá en contacto con usted** cada vez que pueda ahorrar en sus medicamentos recetados

RxSS puede ayudarle a encontrar:

- Versiones genéricas de medicamentos de marca
- Mejores precios a través de diferentes farmacias o por envío por correo
- Medicamentos igualmente eficaces que cuestan menos que su receta actual





DSV internal

Planes Médicos

Kaiser Permanente (HMO) - Sólo en California

Además de los planes de Aetna, los residentes de California van a tener la opción de inscribirse en el plan Kaiser Permanente HMO. El plan Kaiser Permanente ofrece servicios de atención médica de alta calidad y asequibles para sus miembros. Los participantes van a maximizar su cobertura de beneficios al utilizar los proveedores e instalaciones participantes dentro de la red de Kaiser Permanente.

Plan Kaiser Permanente HMO

Opción 1: $500 80/20 HMO

La opción del plan Kaiser HMO plan incluye un deducible y coseguro aplicables a ciertos beneficios como hospitalización, radiología de alta tecnología y otros servicios.

- Los copagos se aplican a servicios como consultas en el consultorio y medicamentos recetados.
- El plan cubre el costo total de los servicios de atención médica preventiva elegibles dentro de la red.
- Usted paga un porcentaje de ciertos gastos de atención médica (coseguro) y el plan paga el resto.
- Una vez que la suma de su deducible, copagos y coseguro alcance el máximo de gastos de bolsillo, el plan va a pagar el costo total de todos los servicios de atención médica calificados durante el resto del año.
- **NUEVO: A partir del 1 de mayo de 2026, el plan va a acumular el deducible y el máximo de gastos de bolsillo basándose en el año del plan (del 1 de mayo al 30 de abril) de cada año.**

Asesoramiento sobre beneficios

Si usted necesita ayuda con el programa de transición de cuidados de Kaiser, un miembro del equipo de beneficios puede asistirle a usted y a su familia para realizar el cambio. Le pondremos en contacto con el equipo del Programa de Gestión de Cuidados de Kaiser correspondiente para que reciba orientación.

Cómo entender la cobertura de Kaiser HMO

Al inscribirse en un plan HMO, los participantes deben utilizar proveedores dentro de la red para obtener cobertura. Los planes HMO no cuentan con cobertura fuera de la red. Es importante tener en cuenta que, si busca atención fuera de la red, corre el riesgo de asumir la responsabilidad total por los servicios prestados.

Antes de inscribirse o cambiarse al plan Kaiser Permanente, verifique si sus proveedores actuales forman parte de la red de Kaiser Permanente. De no ser así, prepárese con anticipación para realizar la transición de sus proveedores de servicios de salud.

Si usted se cambia a Kaiser y sus proveedores actuales no pertenecen a la red, Kaiser ofrece un programa de transición de cuidados para los participantes y sus familiares que tengan necesidades médicas significativas.

A través del programa de transición de cuidados, Kaiser va a colaborar con sus proveedores actuales para obtener información clínica presente e histórica, con el fin de conectarle con un proveedor participante de Kaiser para su atención continua.

Los participantes tienen siete días a partir de la inscripción en el plan para enviar una solicitud de transición de cuidados.

Planes Médicos

Kaiser Permanente (HMO) - Sólo para California

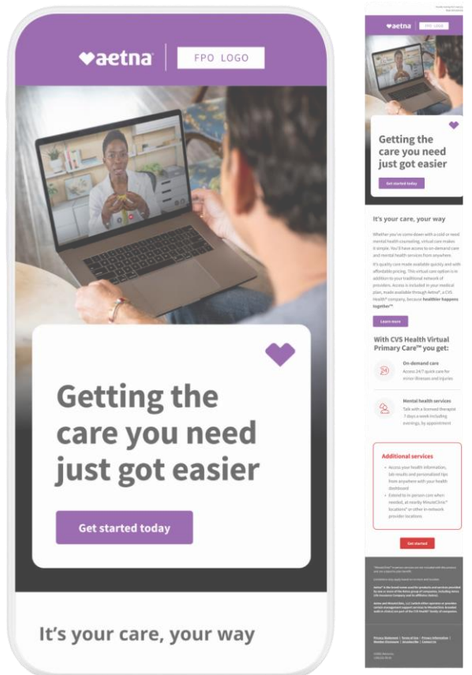
	Plan Kaiser HMO	
Resumen de beneficios médicos de Kaiser	**Plan de Copago (Compatible con FSA)**	
Cobertura del Plan	**Individual**	**Familiar**
Deducible dentro de la red* (Por año del plan)	$500	$1.000
Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red* (Por año del plan)	$3.000	$6.000
Coseguro (Aplicable después del deducible)	Plan: 80%	Miembro: 20%
Atención preventiva de rutina	Cubierta al 100%	
Consultas en el consultorio (Médico de cabecera/Especialista)	Copago de $30	
Diagnóstico ambulatorio (Laboratorio/Rayos X)	Copago de $10; después del deducible	
Imágenes complejas (TC/RM)	Deducible/Coseguro	
Ambulancia	Copago de $150; después del deducible	
Sala de emergencias	Deducible/Coseguro	
Centro de atención de urgencias	Deducible/Coseguro	
Hospitalización	Deducible/Coseguro	
Cirugía ambulatoria	Deducible/Coseguro	
Cobertura de medicamentos recetados (categorías: genéricos/de marca preferidos/de marca no preferidos)		
Farmacia minorista	Copago de $10 - $30	
Suministro minorista de CVS y envío por correo (suministro para 90 días)	2 veces el copago minorista	

*El deducible del plan y el máximo de gastos de bolsillo se reinician el 1 de mayo

CVS Health

Virtual Primary Care y Minute Clinic

Los participantes del plan de Aetna tienen acceso a servicios médicos presenciales y de telesalud a través de CVS Health Virtual Primary Care y CVS Minute Clinic. Los participantes en los planes HRA o con Copago cuentan con cobertura al 100% para las consultas de medicina general. Los participantes del plan HSA deben alcanzar el deducible antes de que las consultas estén cubiertas al 100%. Los servicios de dermatología y salud mental tienen un costo compartido, independientemente del plan de salud en el que esté inscrito.



CVS Health Virtual Primary Care

CVS Health Virtual Primary Care es la plataforma de telesalud para los participantes de Aetna. Los miembros pueden programar citas con un médico de atención primaria virtual y recibir servicios de atención de urgencias las 24 horas, los 7 días de la semana.

Los miembros pueden tratar afecciones como infecciones sinusales (sinusitis), alergias, sarpullidos, dolor de garganta y más, con un proveedor certificado de forma virtual. Los medicamentos recetados como resultado de las visitas virtuales se aplicarán al deducible o copago del plan de salud correspondiente

CVS Minute Clinic

Las CVS Minute Clinic son establecimientos donde los miembros de Aetna pueden acudir a un proveedor certificado para recibir servicios médicos. Los miembros pueden localizar su CVS Minute Clinic más cercana y programar citas en línea o acudir sin cita previa (*walk-in*) para ser atendidos el mismo día.

Programe su cita

Los miembros pueden programar una cita de telesalud con CVS Health Virtual Primary Care o una CVS Minute Clinic a través del portal para miembros de Aetna, la aplicación móvil o el sitio web de CVS.

Portal para miembros de Aetna
www.aetna.com

CVS Health Virtual Primary Care
www.cvs.com/virtual-care

¡Descargue la aplicación de Aetna!

GET IT ON Google Play

Download on the App Store

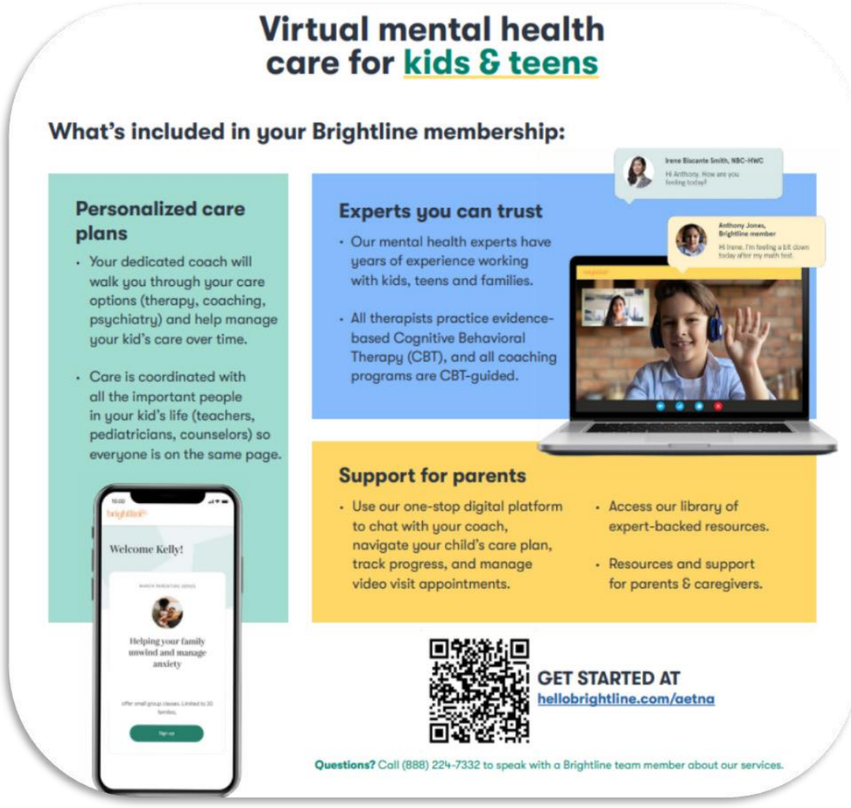
Asesoramiento sobre beneficios

Al utilizar los servicios de CVS Health Virtual Primary Care y Minute Clinic para necesidades de atención médica que no sean de emergencia, usted puede ahorrar dinero en consultas que, de otro modo, se aplicarían al deducible, copago o coseguro.

Brightline

Salud mental virtual para niños y adolescentes

A través de su plan de salud, ahora tiene acceso a apoyo virtual de salud mental para sus hijos y adolescentes con Brightline. Brightline ofrece terapia personalizada, psiquiatría y asesoramiento para sus hijos, además de una plataforma digital integral para seguir el progreso, ver citas y consultar recursos respaldados por expertos. ¡Además, cuenta con apoyo y recursos para padres y cuidadores!



¡Comience hoy mismo!

Paso 1: Visite hellobrightline.com/aetna para crear su cuenta.

• Brightline va a confirmar la información del plan de salud de su hijo y qué servicios están cubiertos.

Paso 2: Consulte con Brightline sobre su familia.

• Según sus respuestas al breve cuestionario, Brightline le va a recomendar terapia o asesoramiento.

Paso 3: Reserve la sesión de su hijo

- Su experto dedicado en salud mental le ayudará a guiar los siguientes pasos.

¿Tiene preguntas? Si tiene dudas sobre la cobertura del seguro o el costo de los servicios, llame al (888) 224-7332 para hablar con un miembro del equipo de Brightline(de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora local).



Planes Dentales

Delta Dental de NJ

Red Delta Dental DPPO con Dentistas Premier: Este plan le ofrece la libertad de utilizar al dentista de su elección. Sin embargo, usted va a maximizar sus beneficios y reducir sus gastos de bolsillo si elige a un dentista que forme parte de la red Delta Dental PPO como proveedor contratado o como un “Dentista Premier” designado.

Delta Dental Core Plan

El plan Delta Dental Core es un plan de nivel básico que cubre servicios dentales preventivos y básicos. Los servicios mayores y la ortodoncia no son beneficios cubiertos bajo este plan. Se recomienda para aquellas personas con necesidades dentales mínimas, como limpiezas de rutina o profundas y empastes simples.

Plan Delta Dental Buy-Up 1

El plan Delta Dental Buy-Up 1 es un plan de cobertura de nivel medio que cubre servicios dentales básicos y mayores. Sin embargo, la ortodoncia para adultos y niños no es un beneficio cubierto. Se recomienda para aquellas personas que necesitan una gama más amplia de cobertura para servicios dentales simples y complejos, como limpiezas de rutina y coronas para tratamientos de conducto.

Plan Delta Dental Buy-Up 2

El plan Delta Dental Buy-Up 2 es un plan de cobertura de alto nivel que cubre servicios básicos, implantes dentales y servicios dentales mayores. La ortodoncia para adultos y niños es un beneficio cubierto. Se recomienda para aquellas personas que necesitan una gama de cobertura más amplia para servicios dentales simples y complejos, como limpiezas de rutina y coronas para tratamientos de conducto; también para adultos y niños que necesiten aparatos, Invisalign o mantenimiento de retenedores.

Delta Dental Carryover MaxSM

Esta valiosa característica de su beneficio le permite traspasar una parte del límite máximo anual estándar no utilizado al año siguiente y años posteriores. Usted puede acumular parte del dinero de su beneficio no utilizado de un año “saludable” y usarlo para servicios como puentes, coronas y tratamientos de conducto. Carryover Max SM es fácil y automático.

Para calificar para Carryover MaxSM, usted debe recibir al menos una limpieza o un examen oral durante el año del plan. Si usted no recibe una limpieza o examen, no va a ser elegible para traspasar ninguno de sus dólares de beneficio al año siguiente. De no hacerlo, cualquier saldo acumulado por traspaso se perderá.

- Una persona cubierta es elegible para el beneficio Carryover MaxSM si utiliza menos de la mitad del máximo anual estándar en el año de beneficios anterior.
- Carryover MaxSM le permite traspasar hasta el 25% de la parte no utilizada de su máximo anual estándar, hasta un máximo de $500. Por ejemplo, si su máximo anual estándar es de $1,000 y usted utiliza $200, puede traspasar $200 ($800 x 25% = $200).
- Los dólares del máximo anual estándar se utilizan primero. Los dólares de Carryover MaxSM van a estar disponibles una vez que se haya agotado el máximo anual estándar.

Planes Dentales

Delta Dental de NJ

	Plan Delta Dental PPO & Premier Core		Plan Delta Dental PPO & Premier Core Plan Buy-Up 1		Plan Delta Dental PPO & Premier Core Plan Buy-Up 2	
Cobertura del Plan	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**
Deducible individual/familiar (Por año del plan)	$50 / $150		$50 / $150		$50 / $150	
Máximo de beneficios (Por año del plan / Individuo cubierto)	$1.000		$1.500		$2.000	
Servicios preventivos y de diagnóstico (Deducible no aplicable)	100% Cubiertos		100% Cubiertos		100% Cubiertos	
Servicios básicos (Coseguro)	80% / 20%		80% / 20%		80% / 20%	
Servicios mayores (Coseguro)	No cubiertos		50% / 50%		50% / 50%	
Ortodoncia (Adultos y niños)	No cubierta		No cubierta		50% hasta un máximo vitalicio de $2.000	

Plan de la Vista

EyeMed Insight

El plan de la vista de EyeMed le da la libertad de buscar atención médica con el proveedor de su elección. Sin embargo, usted va a maximizar sus beneficios y reducir sus gastos de bolsillo si elige a un proveedor que participe en la red de proveedores de EyeMed.

Plan de la Vista de la Red EyeMed Insight

La red EyeMed incluye algunos de los nombres más reconocidos y preferidos, como LensCrafters, Pearle Vision y Target Optical.

Los hijos dependientes pueden estar cubiertos hasta los 31 años. En la siguiente página, va a encontrar un resumen de la cobertura de la vista de EyeMed.

Aspectos Destacados del Plan de la Vista

TODO EN UN SOLO LUGAR: Los miembros pueden obtener fácilmente un examen de la vista y sus materiales en la misma ubicación, ya que casi el 100% de nuestros centros ofrecen tanto atención ocular como artículos de óptica.

MODA DE ALTA GAMA: Gran variedad de opciones en armazones de marcas como Oakley, Ray-Ban, Coach, Tory Burch, Tiffany & Co. y muchas más.

OPCIONES ECONÓMICAS: Todos los establecimientos dentro de la red tienen al menos 100 armazones con un precio de $130 o menos, para que los miembros puedan minimizar (o eliminar) sus gastos de bolsillo.

¡DESCUENTOS!

- 20% de descuento sobre su saldo restante fuera de la cobertura del plan
- 20% de descuento en gafas de sol sin receta
- 40% de descuento en un par completo de gafas recetadas
- 15% de descuento sobre el precio minorista o 5% de descuento sobre el precio promocional para tratamientos de Lasik o PRK a través de la red U.S. Laser Network
- 40% de descuento en exámenes de audición a través de la red Amplifon Hearing Network

Asesoramiento sobre beneficios

Con el Programa de Reembolso de EyeMed, los miembros pueden recibir un reembolso por las gafas graduadas o lentes de contacto comprados a través de un minorista fuera de la red o un proveedor en línea. Envíe su factura a EyeMed directamente desde su portal para miembros para generar una reclamación fuera de la red.

Plan de la Vista

EyeMed Insight

Beneficios Clave	Dentro de la red	Reembolso fuera de la red
Examen de la vista de rutina (Una vez cada 12 meses)	Copago de $0	Un máximo de $40
Imágenes de retina	Un máximo de $39	No cubiertas
Armazones (Una vez cada 12 meses)	Cubiertos hasta $130	Un máximo de $65
Lentes estándar (Una vez cada 12 meses)		
Monofocales	Copago de $0	Un máximo de $40
Bifocales	Copago de $0	Un máximo de $50
Trifocales	Copago de $0	Un máximo de $75
Lentes progresivos estándar	Copago de $65	Un máximo de $75
Lentes de contacto (Una vez cada 12 meses)		
Lentes de contacto estándar	Asignación de $150	Un máximo de $150
Lentes de contacto descartables	Asignación de $150	Un máximo de $150
Adaptación y seguimiento de lentes de contacto		
Adaptación y seguimiento de lentes de contacto estándar	Un máximo de $40	No cubiertos
Adaptación y seguimiento de lentes de contacto premium	10% de descuento sobre el precio minorista	No cubiertos

Cuentas de Reembolso

Inspira Financial

Le ofrecemos la oportunidad de participar en tres cuentas de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) administradas por Inspira Financial. Las FSA le permiten reservar una parte de sus ingresos, antes de impuestos, para pagar gastos calificados de atención médica y/o de cuidado de dependientes. Debido a que esa parte de sus ingresos no está sujeta a impuestos, usted paga menos en impuestos federales sobre la renta, del Seguro Social y de Medicare.

Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de Atención Médica

Para el año del plan 2026-2027, usted puede contribuir hasta $3.400 para cubrir gastos de atención médica calificados incurridos por usted, su cónyuge o sus hijos hasta los 26 años. Algunos gastos calificados incluyen:

- Deducibles, coseguros y copagos
- Medicamentos recetados
- Tratamiento dental y ortodoncia
- Exámenes de la vista/Anteojos

Para el año del plan 2026-2027, hasta $680 de los fondos no utilizados se traspasarán al siguiente año del plan. Estos fondos traspasados no contarán contra el monto que usted puede contribuir anualmente ni lo compensarán. Los fondos no utilizados que superen los $680 no le serán devueltos ni se traspasarán al siguiente año del plan.

Cuenta de Cuidado de Dependientes (DCA, en inglés)

Para el año del plan 2026-2027, puede contribuir hasta $7.500 por familia o $3.750 por individuo/cónyuges que declaran impuestos por separado para cubrir gastos elegibles de cuidado de dependientes. Algunos gastos calificados incluyen:

- Cuidado de un niño menor de 13 años a través de preescolar, guardería o una niñera.
- Cuidado de un miembro del hogar que tenga una discapacidad física o mental y sea un dependiente calificado para los impuestos federales.

Los fondos no utilizados no se le devolverán ni se traspasarán al siguiente año del plan. Se recomienda calcular sus costos estimados de cuidado de dependientes con la mayor precisión posible para aprovechar el reembolso y evitar la pérdida de fondos.

Beneficios de Tránsito y Estacionamiento para el Traslado al Trabajo

Para el año del plan 2026-2027, usted puede contribuir hasta $340 al mes ya sea para gastos de Tránsito o de Estacionamiento. El beneficio de transporte solo se puede utilizar para gastos de viaje o estacionamiento desde y hacia el trabajo. Algunos gastos calificados incluyen:

- Tomar el tren o el autobús desde y hacia el trabajo
- Estacionarse en un lote o estacionamiento de un proveedor con su trayecto desde y hacia el trabajo

Los beneficios de tránsito y estacionamiento no tienen un límite de traspaso y se acumulan año tras año. Los fondos traspasados no limitan la cantidad que usted puede contribuir mensualmente por año del plan.

Cómo administrar su cuenta de reembolso

Use su tarjeta de Inspira Financial emitida para gastos elegibles. Si realiza una compra elegible con su tarjeta de crédito/débito personal, puede enviar una factura para reembolsarse a sí mismo con sus fondos de la FSA.

Descargue la aplicación móvil de Inspira Financial para ver y administrar su saldo.

Para revisar los gastos elegibles de FSA, DCA y Traslado (*Commuter*), visite www.inspirafinancial.com

Los participantes de los beneficios de la FSA y de Tránsito y Estacionamiento por Traslado (*Commuter*) deben haber recibido su tarjeta Inspira Financial para registrarse en el portal para miembros.

Gaste sus fondos

Si usted sabe que se está acercando al final del año del plan con un saldo superior al monto de traspaso permitido, puede gastar sus fondos de la FSA en www.FSAstore.com o www.amazon.com/FSA.

Plan de Retiro 401(k)

Fidelity Investments

DSV les ofrece a los empleados a tiempo completo elegibles la oportunidad de ahorrar dinero para su jubilación sobre una base antes de impuestos (401k tradicional) y después de impuestos (401k Roth). Después de un año de empleo y de haber trabajado un mínimo de 1.000 horas, usted va a ser elegible para una contribución de la empresa sobre sus propias aportaciones, equivalente al 100% de los primeros 4% que contribuya y un 50% sobre el siguiente 2%, hasta un máximo del 5%. Todas las contribuciones, tanto del empleado como del empleador, cuentan con derechos adquiridos de inmediato. Los nuevos empleados se inscriben automáticamente con una contribución del 3% después de 30 días de empleo.

Contribuciones del Empleado para el 2026	
Límites de Contribución del 401(k)	Los empleados pueden contribuir un máximo de **$24.500**; • Los individuos de 50 años o más tienen derecho a una contribución de nivelación adicional de **$8.000**. • Super Contribución de Nivelación (60-63 años) **$11.250**
Lo nuevo	A partir del 1 de enero de 2026, los empleados que hayan ganado más de $150.000 el año anterior deberán realizar sus contribuciones adicionales al fondo Roth (después de impuestos) en lugar de hacerlo antes de impuestos. • Si sus salarios sujetos a FICA en 2025 (Casilla 3 de su W-2) exceden los $150.000, cualquier aportación de recuperación que realice en 2026 deberá ser de tipo Roth.

Inscripción al 401(k)

Para inscribirse en el plan 401(k), usted debe registrarse visitando www.401k.com. Una vez que haya configurado su ID de usuario y contraseña, podrá establecer su cuenta y sus preferencias.

Puede realizar cambios en su contribución al 401(k) en cualquier momento del año. Los empleados de nuevo ingreso van a recibir un aviso por correo electrónico de NetBenefits de Fidelity para registrar su cuenta 401(k), gestionar sus contribuciones y añadir beneficiarios.

Los empleados existentes pueden iniciar sesión en su cuenta de Fidelity para gestionar sus contribuciones, añadir beneficiarios o inscribirse en el plan 401(k).

Contribución Complementaria de DSV

Consulte la guía a continuación para determinar qué cantidad de contribución complementaria recibirá por p de la empresa según sus contribuciones. Le recordamo que los empleados son elegibles para recibir esta contribución de la empresa tras un año de servicio.

Contribución del Empleado	Contribución Complementaria de DSV
1%	1%
2%	2%
3%	3%
4%	4%
5%	4.5%
6% y más	5%

Vida y MAyD

The Hartford

DSV les proporciona a los empleados elegibles de tiempo completo cobertura de vida y de muerte accidental y desmembramiento (MAyD) sin costo alguno a través de The Hartford. Brindamos cobertura para nuestros empleados, sus cónyuges e hijos dependientes. Los empleados tienen la opción de contratar un seguro de vida suplementario a tarifas grupales accesibles para brindar protección adicional a sus familias. Usted debe designar a un beneficiario al inscribirse en cualquiera de nuestras opciones de seguro de vida. No designar a un beneficiario puede causar problemas con su patrimonio.

Seguro de Vida y MAyD

El Seguro de Vida proporciona un beneficio a su(s) beneficiario(s) designado(s) en caso de su fallecimiento. El Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (MAyD, o AD&D por sus siglas en inglés) le brinda beneficios específicos en caso de sufrir una lesión corporal accidental cubierta que cause directamente el desmembramiento (por ejemplo, la pérdida de una mano, un pie o un ojo). En caso de que su fallecimiento ocurra debido a un accidente cubierto, se pagarían tanto el beneficio de Vida como el de MAyD.

Seguro de Vida Adicional (pagado por el empleado)

Si usted determina que necesita más que la cobertura básica, puede contratar una cobertura adicional para usted y sus familiares elegibles.

***Únicamente durante su periodo de elegibilidad inicial, usted puede recibir cobertura de vida hasta los montos de Emisión Garantizada (*Guaranteed Issue*) sin tener que presentar una Prueba de Asegurabilidad (EOI, por sus siglas en inglés) o información sobre su estado de salud. Los montos de cobertura que requieran una EOI no entrarán en vigor a menos que sean aprobados por la compañía de seguros.**

Beneficio Básico de Vida y MAyD

Este beneficio es proporcionado por The Hartford sin costo alguno para los empleados.

Monto del Beneficio para el Empleado

1 vez su salario base hasta un máximo de $300.000

Monto del Beneficio para Dependientes

Vida de Cónyuge - Monto de $2.000

Vida de Hijos - $500 para hijos desde el nacimiento hasta los 14 días de vida. Monto de $1,000 desde los 14 días hasta los 26 años

Beneficio Complementario de Vida y MAyD

Monto del Beneficio para el Empleado

Incrementos de $10.000; mínimo de $10.000 hasta un máximo de $600.000

Emisión Garantizada para el Empleado*: $250.000

Monto del Beneficio para Dependientes

Incrementos de $5.000; mínimo de $5.000 hasta un máximo de $250.000 (no puede exceder el 50% de la cobertura de vida complementaria del empleado).

Emisión Garantizada para Cónyuges*: $50.000

Monto de Beneficio para Hijos (del nacimiento a 14 días)

$500

Monto de Beneficio para Hijos (de 14 días a 26 años)

Incrementos de $2.500; mínimo de $2.500 hasta un máximo de $25.000

Emisión Garantizada para Hijos: N/A

Protección de Ingresos

The Hartford

Si de repente no puede trabajar debido a una enfermedad o accidente el seguro de incapacidad puede ayudarle a cubrir gastos como su hipoteca, colegiaturas, pagos del auto, comida, ropa, servicios públicos, etc. El seguro de incapacidad brinda protección a sus ingresos hasta que pueda regresar al trabajo. DSV proporciona cobertura de incapacidad sin costo alguno para usted. Se le inscribirá de manera automática en la cobertura de incapacidad el primer día del mes siguiente a los 30 días de su fecha de contratación.

Incapacidad a Corto Plazo (STD, por sus siglas en inglés)

La cobertura de STD cubre el 60% de sus ingresos semanales previos a la incapacidad, hasta un beneficio máximo de $2.000 por semana. Los beneficios comienzan el día 8 de la lesión o enfermedad, y continúan hasta que ocurra lo primero: su recuperación o el cumplimiento de 180 días. Los empleados tienen la opción de utilizar sus días por enfermedad y/o vacaciones acumuladas para cubrir el periodo de eliminación de una semana.

The Hartford administra la Ley de Beneficios por Discapacidad de Nueva York (NY DBL), Permiso Familiar Pagado de Nueva York (NY PFL), Licencia Familiar y Médica de Colorado (COFAMLI), Licencia Pagada de Oregon (OPL) y Licencia Familiar y Médica Pagada de Massachusetts (MA PFML) en nombre de DSV.

Nota: Si usted trabaja en uno de los siguientes estados con cobertura de incapacidad obligatoria por el estado (California, Hawái, Nueva Jersey y Rhode Island), deberá solicitar el beneficio directamente al Estado.

Incapacidad a Largo Plazo (LTD, por sus siglas en inglés)

La cobertura de LTD cubre el 60% de sus ingresos mensuales previos a la incapacidad, hasta un beneficio máximo de $12.000. Los beneficios comienzan después de 180 días de incapacidad y los pagos duran mientras usted cumpla con la definición de incapacidad (o hasta que alcance la Edad Normal de Jubilación del Seguro Social, lo que ocurra primero). Pueden aplicar ciertas exclusiones y limitaciones por condiciones preexistentes. Se aplicará un pequeño impuesto en los cheques de pago de los empleados para la Incapacidad a Largo Plazo. La prima que DSV paga por su beneficio de LTD se suma a su ingreso bruto y se grava junto con sus ganancias. Esto resulta en un beneficio de LTD libre de impuestos en caso de ser solicitado y aprobado.

Beneficio de Incapacidad a Corto Plazo Patrocinado por el Empleador

Porcentaje del beneficio: 60%

Beneficio semanal máximo: $2.000

Inicio de los beneficios: Después del día 7 de incapacidad

Duración máxima del beneficio: 26 semanas

Beneficio de Incapacidad a Largo Plazo Patrocinado por el Empleador

Porcentaje del beneficio: 60%

Beneficio mensual máximo: $12.000

Inicio de los beneficios: Después del día 180 de incapacidad

Duración máxima del beneficio: Edad de Jubilación del Seguro Social

Asesoramiento sobre Beneficios

Usted puede solicitar los beneficios de incapacidad en el sitio web de The Hartford visitando www.abilityadvantage.thehartford.com o llamando al 1-888-301-5615.

Usted puede consultar un documento detallado de divulgación/resumen de nuestros planes de incapacidad visitando el ***US Benefits Toolkit*** (Kit de Herramientas de Beneficios de los EE. UU.).

Licencia Familiar y Médica

The Hartford

Si de repente no puede trabajar debido a una enfermedad o accidente sufrido por un familiar elegible, es posible que deba tomarse un tiempo libre para ayudarle en sus funciones cotidianas. Usted puede tener derecho a utilizar hasta 12 semanas de beneficios de Licencia Familiar y Médico (FMLA, por sus siglas en inglés) sin goce de sueldo para asistir a familiares elegibles. Además, si trabaja en un estado que ofrece beneficios de Permiso Familiar Pagado (PFL, por sus siglas en inglés), también puede solicitar estos beneficios. Bajo tanto la FMLA como el PFL, su empleo está protegido mientras se encuentre en una licencia aprobada. DSV proporciona cobertura de incapacidad sin costo alguno para usted. Usted va a ser elegible para la cobertura de incapacidad el primer día del mes siguiente a los 30 días de su fecha de contratación.

Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA)

DSV entiende que, en ocasiones, es necesario solicitar una licencia de ausencia por una condición médica propia, maternidad, para cuidar a un familiar u otros motivos. Para obtener información sobre cómo solicitar una licencia de ausencia y/o el proceso de solicitud, póngase en contacto con USLeaveofAbsence@dsv.com o The Hartford al 1-888-301-5615 o en línea en www.abilityadvantage.thehartford.com. Descargue "*The Employee Guide to the Family and Medical Leave Act*" (Guía del empleado sobre la Ley de Licencia Familiar y Médica) para obtener más información.

La FMLA les proporciona a los empleados elegibles de empleadores cubiertos una licencia con protección del empleo por motivos familiares y médicos calificados, y exige la continuación de sus beneficios de salud grupales bajo las mismas condiciones que si no hubieran tomado la licencia. La licencia de la FMLA puede ser sin goce de sueldo o utilizarse al mismo tiempo que una licencia pagada proporcionada por el empleador.

Empleados elegibles: Los empleados son elegibles si trabajan para un empleador cubierto durante al menos 12 meses, han tenido al menos 1.250 horas de servicio con el empleador durante los 12 meses anteriores al inicio de su licencia de la FMLA y trabajan en una ubicación donde el empleador tiene al menos 50 empleados en un radio de 75 millas.

La FMLA ofrece licencia con protección del empleo por:

- El nacimiento de un hijo o la colocación de un hijo con el empleado por adopción o acogida temporal
- El cuidado de un hijo, cónyuge o padre que tenga una condición de salud grave
- Una condición de salud grave que haga que el empleado no pueda trabajar
- Motivos relacionados con el servicio militar de un familiar, incluyendo:

Licencia por exigencia calificada: Licencia por ciertos motivos relacionados con el despliegue de un familiar en el extranjero

Licencia para el cuidado de un militar: Licencia cuando un familiar es un miembro activo del servicio o un veterano reciente con una lesión o enfermedad grave

Permiso Familiar Pagado (PFL)

Varios estados han promulgado beneficios del Permiso Familiar Pagado. Estos planes son administrados por el estado correspondiente. Usted tendría la cobertura de un plan PFL si trabaja en un estado que tenga dichos beneficios en vigor.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con USBenefits@us.dsv.com para recibir asistencia.

Beneficios de Valor Añadido de The Hartford

The Hartford ofrece estos beneficios adicionales de valor añadido:

- Asistencia al Beneficiario para ayudar a los seres queridos con el seguro de vida
- Servicios de Consejería Funeraria para ayudar con los planes funerarios
- Orientación Patrimonial con acceso a servicios de preparación de testamentos
- HealthChampion

Programa de Asistencia al Empleado

La vida está llena de desafíos y, a veces, mantener el equilibrio es difícil. Estamos orgullosos de ofrecer un programa dedicado a apoyar la salud emocional y el bienestar de nuestros empleados y sus familias. El Programa de Asistencia al Empleado (EAP, por sus siglas en inglés) se proporciona sin costo alguno para usted a través de The Hartford y ComPysch.

A través del Programa de Asistencia al Empleado, los empleados y sus familiares van a tener acceso a servicios de asesoramiento y consulta relacionados con lo siguiente:

- Salud mental
- Conflictos de pareja o matrimoniales
- Cuidado de niños y de ancianos
- Abuso de sustancias
- Duelo y pérdida
- Asuntos legales o financieros

El Programa de Asistencia al Empleado ofrece asesoramiento telefónico las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año; brinda asistencia para los empleados y sus familias; tres sesiones de asesoramiento emocional; y acceso telefónico gratuito ilimitado y recursos en línea.

Acceso a la Plataforma EAP

Usted puede acceder al EAP visitando www.guidanceresources.com o poniéndose en contacto con ComPsych al 1-800-964-3577.

Los usuarios que ingresen por primera vez deberán completar la siguiente información al registrarse.

En el campo *Organizational Web ID*, ingrese:
HLF902

En el campo *Company Name*, ingrese:
ABILI

Programa de Bienestar

En DSV, reconocemos la importancia de invertir en la salud y el bienestar de nuestros empleados. Creemos que una fuerza laboral saludable es más productiva y comprometida, y nos comprometemos a brindar recursos que ayuden a nuestros empleados a alcanzar sus metas de bienestar. Nuestro programa se enfoca en una variedad de servicios, iniciativas y programas alineados para cultivar el bienestar físico, emocional, ambiental y social. A través de estos servicios, nuestro programa está diseñado para satisfacer las diversas necesidades e intereses de nuestros empleados.

A continuación, presentamos algunos ejemplos de lo que puede esperar ver en nuestro programa, seguidos de un ejemplo de una de nuestras iniciativas recientes.

Como parte del Programa de Bienestar de DSV, ¡los empleados tienen acceso a boletines mensuales, invitaciones a eventos virtuales, desafíos de acondicionamiento físico y más!

Alentamos a todos los empleados a unirse a nuestro Movimiento de Bienestar para cultivar un lugar de trabajo más feliz, saludable y productivo.

¿Le interesa convertirse en Embajador de Bienestar? Los embajadores actúan como defensores ayudando a promover la educación sobre el bienestar y facilitando iniciativas con sus colegas en sus respectivas ubicaciones. Para unirse, póngase en contacto con USWellness@dsv.com para obtener más información.



Beneficios Voluntarios



Seguro de Accidentes de Aetna

El seguro de accidentes de Aetna es un complemento a su plan médico principal. Usted y sus dependientes elegibles van a recibir un beneficio en efectivo por lesiones accidentales, tales como fracturas de extremidades, lesiones deportivas, caídas y más.

Plan de Enfermedades Críticas de Aetna

El plan de Enfermedades Críticas de Aetna es un complemento a su seguro médico principal. Usted y sus dependientes elegibles van a recibir un beneficio en efectivo por enfermedades críticas y condiciones de nuevo diagnóstico, tales como cáncer, accidente cerebrovascular o ataque cardíaco. Las condiciones preexistentes no están cubiertas. Un empleado y cónyuge asegurados van a recibir $15.000 y los hijos asegurados van a recibir $7.500 por una reclamación aprobada.

Indemnización por Hospitalización de Aetna de $500/$1.000

Los Planes de Indemnización por Hospitalización de Aetna son complementarios a su seguro médico principal. Usted y sus dependientes elegibles van a recibir un beneficio en efectivo por ingresos hospitalarios planificados o imprevistos.

Hinge Health

¡Los participantes del plan de Aetna y sus dependientes tienen acceso al programa de Fisioterapia Virtual de Hinge Health sin costo adicional! Hinge Health le conectará con un fisioterapeuta con licencia y un asesor de salud para resolver dolores en áreas como la espalda, la rodilla o el hombro. No hay límites en sus visitas y todos los ejercicios se realizan en casa.

LegalEase (Asistencia Legal)

LegalEase ofrece una forma económica de protegerse a usted y a su familia en asuntos legales relacionados con infracciones de tránsito, bienes raíces, divorcio, bancarrota y más.

Protección contra Robo de Identidad de AllState

AllState va a proteger su identidad y la de sus familiares para evitar que se vean comprometidas. Ya sea por el hackeo de cuentas o el robo de dispositivos electrónicos, AllState va a estar disponible las 24 horas, los 7 días de la semana para ayudarle a recuperar su identidad.

Beneficios Adicionales de Valor



Asistencia de Viaje (Pagada por la Empresa)

The Hartford proporciona Asistencia de Viaje (*Travel Assistance*) a través de International Medical Group (IMG) para su uso cuando se encuentre viajando lejos de casa.

- Servicios de Transporte de Emergencia en Viajes
- Asistencia Médica en Viajes
- Asistencia por Pérdida de Equipaje

BenefitHub

BenefitHub es una plataforma de descuentos de empleadores que ofrece descuentos en servicios como entretenimiento, seguros para mascotas, restaurantes, eventos deportivos y más. Visite https://dsv.benefithub.com/Welcome e ingrese el código de referencia **YGH8NM** para acceder.

Plumbenefits

Obtenga descuentos para parques temáticos, boletos de cine, espectáculos de Broadway y más en el sitio de Plumbenefits. Visite www.plumbenefits.com e ingrese el código de empresa **AC0825422**

LifeMart a través de ADP

Accesible desde su perfil de ADP bajo la sección de "*Benefits*" (Beneficios), LifeMart ofrece descuentos en membresías de gimnasios, servicios de suscripción de comida, viajes y más. Inicie sesión en su perfil de ADP para explorar las ofertas.

Información de Contacto

Licencia y Discapacidad

Información de Contacto por Discapacidad por Estado

Seguro de Discapacidad del Estado de California
Tel.: (800) 480-3287
Sitio web: www.edd.ca.gov

Seguro de Discapacidad Temporal de Nueva Jersey
Tel.: (609)-292-7060
Sitio web: www.nj.gov/labor/myleavebenefit

Ley de Beneficios por Discapacidad de Nueva York
Tel.: (866) 750-5157
Sitio web: www.wcb.ny.gov

Seguro de Discapacidad Temporal de Rhode Island
Tel.: (401) 462-8420
Sitio web: www.dlt.ri.gov

Estados con Beneficios Pendientes de PFL

Delaware: 1 de enero de 2026

Maryland: 1 de enero de 2025

Información de Contacto del Permiso Familiar Pagado

Permiso Familiar Pagado de California
Tel.: (877) 238-4373
Sitio web: www.edd.ca.gov

Permiso Familiar Pagado de Connecticut
Tel.: (877)-499-8505
Sitio web: www.ctpaidleave.org

FAMLI de Colorado
Tel.: (866)-263-2654
Sitio web: www.famli.colorado.gov

PFML del Distrito de Columbia
Tel.: (202) 899-3700
Sitio web: www.dcpaidfamilyleave.dc.gov

PFML de Massachusetts
Tel.: (202) 899-3700
Sitio web: www.mass.gov

FLI de Nueva Jersey
Tel.: (609) 292-7060
Sitio web: www.nj.gov/labor/myleavebenefit

PFL de Nueva York
Tel.: (844) 337-6303
Sitio web: www.paidfamilyleave.ny.gov

PFL de Oregon
Tel.: (833) 854-1122
Sitio web: www.paidleave.oregon.gov

TCI de Rhode Island
Tel.: (401) 462-8420
Sitio web: www.dlt.ri.gov

PFML de Washington
Tel.: (360) 902-9500
Sitio web: www.paidleave.wa.gov

Información de Contacto

Aetna - Médico
Tel.: (866) 393-0002 Sitio web: www.aetna.com

Aetna - Voluntario (Accidente, Enfermedades Críticas e Indemnización por Hospitalización)
Tel.: (800) 607-3366 Sitio web: www.myaetnasupplemental.com

AllState - Robo de Identidad
Tel.: (800) 789-2720 Sitio web: www.myaip.com

CVS/Caremark - Recetas Médicas
Tel.: (800) 756-7182 Sitio web: www.caremark.com

Delta Dental of NJ - Dental
Tel.: (877) 305-9485 Sitio web: www.deltadentalnj.com

EyeMed - Vista
Tel.: (866) 939-3633 Sitio web: www.eyemed.com

Fidelity Investments - 401(k)
Tel.: (800) 835-5095 Sitio web: www.401k.com

Inspira Financial - FSA, HSA, DCA y Traslado (*Commuter*)
Tel.: (844) 729-3539 Sitio web: www.inspira.com

Kaiser Permanente - Médico
Tel.: (800) 464-4000 Sitio web: www.kaiserpermanente.org

LegalEase - Seguro Legal
Tel.: (800) 248-9000 Sitio web: www.legaleaseplan.com/dsv

Rx Savings Solutions - Servicio de Consulta de Farmacia
Tel.: (800) 248-9000 Sitio web: www.rxss.com

Información de Contacto de Beneficios

Departamento de Beneficios
Tel.: (732) 850-8000
E-mail: USbenefits@us.dsv.com

Línea de Atención Fuera de Horario del Departamento de Beneficios
Tel.: (732) 956-4861
Disponible de lunes a jueves
5 pm - 8 pm EST / 2 pm - 5 pm PST

Acceso al *US Benefits Toolkit*
Haga clic aquí para acceder

Por favor, utilice la información de contacto proporcionada para comunicarse con un miembro del equipo de beneficios si tiene preguntas sobre sus beneficios, los planes que ofrecemos o para resolver problemas con su inscripción.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: El material contenido en este folleto de beneficios es solo para fines informativos y no constituye una oferta de cobertura ni asesoramiento médico o legal. Contiene solo una descripción parcial de los beneficios del plan o programa y no constituye un contrato. Por favor, consulte el Descripción Resumida del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) para obtener los detalles completos del plan. En caso de conflicto entre los documentos de su plan y esta información, los documentos del plan siempre prevalecerán.

Avisos Anuales: La ley ERISA y diversas leyes estatales y federales exigen que los empleadores proporcionen divulgaciones y avisos anuales a los participantes de sus planes. La empresa distribuirá todos los avisos requeridos anualmente.

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE OBTENER UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN, EL CUAL DESCRIBE LAS FORMAS EN QUE EL PLAN UTILIZA Y DIVULGA SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA.

El plan médico de DVS medical plan (el "Plan") proporciona beneficios de salud a los empleados elegibles de DSV (la "Compañía") y a sus dependientes elegibles, tal como se describe en la(s) descripción(es) resumida(s) del Plan. El Plan crea, recibe, utiliza, mantiene y divulga información de salud sobre los empleados y dependientes participantes durante la prestación de estos beneficios de salud. La ley exige que el Plan notifique a los participantes sobre los deberes y prácticas de privacidad del Plan con respecto a la información de salud protegida de las personas cubiertas, y esto se ha realizado proporcionándoles a los participantes del Plan un Aviso de Prácticas de Privacidad, el cual describe las maneras en las que el Plan utiliza y divulga la información de salud protegida. Para recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan, debe ponerse en contacto con AnnMaria Donegan, quien ha sido designada como la persona de contacto del Plan para todos los asuntos relacionados con las prácticas de privacidad del Plan y los derechos de privacidad de las personas cubiertas. Usted puede comunicarse con esta persona de contacto en:

- AnnMaria.donegan@dsv.com
- (732) 850-8000 ext. 2165

Aviso de Inscripción Especial de HIPAA

Si usted rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a que cuenta con otra cobertura de seguro de salud o plan grupal de salud, es posible que pueda inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la otra cobertura de usted o sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribirse a usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Los derechos de inscripción especial adicionales también pueden existir en las siguientes circunstancias:

- Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o de un Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés) estatal y solicita la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la cobertura; o
- Si usted o sus dependientes se vuelven elegibles para una subvención de asistencia para primas estatal a través de Medicaid o un CHIP estatal con respecto a la cobertura bajo este plan y debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de elegibilidad para tal asistencia.

Nota: El período de 60 días para solicitar la inscripción aplica solo en estas dos circunstancias enumeradas relacionadas con Medicaid y un CHIP estatal. Como se describe arriba, un período de 60 días aplica a la mayoría de las inscripciones especiales.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, contacte póngase en contacto con AnnMaria Donegan, Benefits & Wellness Manager, Iselin NJ, Air & Sea US.

- AnnMaria.donegan@dsv.com
- (732) 850-8000 ext. 2165

Divulgación del Modelo de Protección al Paciente

Aetna generalmente permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar cualquier proveedor de atención primaria que forme parte de nuestra red y que esté disponible para aceptarle a usted o a los miembros de su familia. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de atención primaria y obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con el Departamento de Beneficios de DSV escribiendo a benefits@us.dsv.com

Para los hijos, usted puede designar a un pediatra como el proveedor de atención primaria.

Usted no necesita autorización previa de Aetna ni de ninguna otra persona (incluyendo a un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica por parte de un profesional de la salud de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, se le puede exigir al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos, lo cual incluye obtener una autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o seguir los procedimientos para realizar remisiones. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con el Departamento de Beneficios de DSV escribiendo a AnnMaria.donegan@dsv.com

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

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y también para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para primas que ayude 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 van a ser elegibles para recibir estos programas de asistencia para primas pero podrían comprar una 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 viven en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si la asistencia para primas está disponible.

Si usted o sus dependientes actualmente NO están inscritos en Medicaid o CHIP y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o llame al **1-877-KIDS NOW** o visite **www.insurekidsnow.gov** para saber cómo solicitarlo. 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 la asistencia para primas bajo Medicaid o CHIP y también son elegibles para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empleador y aún no se ha inscrito. A esto se le llama una oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para la asistencia para primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en **www.askebsa.dol.gov** o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para recibir asistencia con el pago de las primas del plan de salud de su empleador. Contacte a su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

ALABAMA-Medicaid	CALIFORNIA-Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguros de Salud (HIPP, por sus siglas en inglés) http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov
ALASKA-Medicaid	**COLORADO-Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Plan de Salud Infantil Plus (CHP+, por sus siglas en inglés)**
El Programa de Pago de Primas de Seguro Médico de AlasKA Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1- 866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado Member: 1-800-221-3943/ Relé Estatal 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Relé Estatal 711 Programa de Compra de Seguro Médico (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Servicio al cliente del HIBI: 1-855-692-6442

ARKANSAS-Medicaid	FLORIDA-Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA-Medicaid	**MAINE-Medicaid**
Un sitio web de HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presione 1 Teléfono de CHIPRA de Georgia: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, Presione 2	Sitio web de inscripción: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Relé de Maine 711 Sitio web de Primas de Seguros Médicos Privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: -800-977-6740. TTY: Relé de Maine 711
INDIANA-Medicaid	**MASSACHUSETTS-Medicaid y CHIP**
Plan Saludable de Indiana para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás programas de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840
IOWA-Medicaid y CHIP (Hawki)	**MINNESOTA-Medicaid**
Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid- a-to-z/hipp Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562	Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739
KANSAS-Medicaid	**MISSOURI-Medicaid**
Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884	Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
KENTUCKY-Medicaid	**MONTANA-Medicaid**
Programa de Pago de Primas de Seguro Médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP, por sus siglas en inglés) Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov	Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084

LOUISIANA-Medicaid	NEBRASKA-Medicaid
Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA-Medicaid	**SOUTH CAROLINA-Medicaid**
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
NEW HAMPSHIRE-Medicaid	**SOUTH DAKOTA-Medicaid**
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
NEW JERSEY-Medicaid y CHIP	**TEXAS-Medicaid**
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
NEW YORK-Medicaid	**UTAH-Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
NORTH CAROLINA-Medicaid	**VERMONT-Medicaid**
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
NORTH DAKOTA-Medicaid	**VIRGINIA-Medicaid y CHIP**
Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825	Sitio web: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924
OKLAHOMA-Medicaid y CHIP	**WASHINGTON-Medicaid**
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
OREGON-Medicaid	**WEST VIRGINIA-Medicaid y CHIP**
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

PENNSYLVANIA-Medicaid	WISCONSIN-Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
RHODE ISLAND-Medicaid y CHIP	**WYOMING-Medicaid**
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea Directa de Rite Share)	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para verificar si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para primas desde el 15 de octubre de 2022, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con uno de los siguientes:

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Opción de menú 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) (PARA, por sus siglas en inglés), 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 Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB bajo 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 la misma muestre un número de control de la OMB válido. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, independientemente de cualquier otra disposición legal, ninguna persona va a estar sujeta a una sanción por no cumplir con una recopilación de información si dicha recopilación de información no muestra un número de control de la OMB válido. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de informes públicos para esta recopilación de información es de un promedio de aproximadamente siete minutos por informante. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, a la atención de la Oficina de Política e Investigación de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU.: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o por email a ebsa.opr@dol.gov, y haciendo referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

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

Nuestro Plan cumple con estos requisitos. Los beneficios para estos artículos son generalmente comparables a los proporcionados bajo nuestro Plan para tipos similares de servicios y suministros médicos. Por supuesto, la medida en que cualquiera de estos elementos sea apropiado después de una mastectomía es un asunto que debe determinarse mediante la consulta entre el médico tratante y la paciente. Nuestro Plan no impone sanciones (por ejemplo, reducir o limitar los reembolsos) ni ofrece incentivos para inducir a los proveedores a prestar una atención que no sea compatible con estos requisitos.

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud de la Mujer y el Cáncer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés).

Para las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera determinada en la consulta entre el médico tratante y el paciente, para:

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

Estos beneficios se van a proporcionar sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos previstos en este plan. Si le gustaría obtener más información sobre la WHCRA, llame al Administrador de su Plan al (732) 850-8000 ext. 2379.

Aviso General de Derechos de Cobertura de Continuación de COBRA

Introducción

Usted está recibiendo este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la cobertura de continuación de COBRA, la cual es una extensión temporal de la cobertura bajo el Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando sea elegible para COBRA, también podría ser elegible para otras opciones de cobertura que podrían costar menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada Omnibus de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés). La cobertura de continuación de COBRA puede volverse disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal de otro modo terminaría. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y bajo la ley federal, debe revisar la Descripción Resumida del Plan o ponerse en contacto con el Administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, podría ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos (*Health Insurance Marketplace*). Al inscribirse en una cobertura a través del Mercado, podría calificar para tener costos más bajos en sus primas mensuales y menores gastos de su propio bolsillo. Además, usted puede calificar para un periodo de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando esta terminaría debido a un evento de vida. Esto también se denomina un “evento calificado”. Los eventos calificados específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, se debe ofrecer la cobertura de continuación de COBRA a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura bajo el Plan debido al evento calificado. Bajo el Plan, los beneficiarios calificados que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, se va a convertir en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Se reducen sus horas de empleo, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea una falta grave.

Si usted es el cónyuge de un empleado, se va a convertir en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Su cónyuge fallece;
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte;
- Su cónyuge adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se van a convertir en beneficiarios calificados si pierden su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados :

- El empleado progenitor fallece;
- Se reducen las horas de empleo del empleado progenitor;
- El empleo del empleado progenitor termina por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte;
- El empleado progenitor adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura bajo el Plan como “hijo dependiente”.

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?
El Plan va a ofrecer la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios calificados únicamente después de que se haya notificado al Administrador del Plan que ha ocurrido un evento calificado. El empleador debe notificarle al Administrador del Plan sobre los siguientes eventos calificados:

- La terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- El fallecimiento del empleado;
- El hecho de que el empleado adquiera el derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge, o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura), usted debe notificarle al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a la ocurrencia del evento calificado. Usted debe enviar esta notificación a:

- AnnMaria.donegan@dsv.com
- (732) 850-8000 ext. 2165

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

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el periodo inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También existen formas en las que este periodo de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA puede extenderse:

Extensión por discapacidad del periodo de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA
Si el Seguro Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, para un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del periodo de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

Extensión por un segundo evento calificado del periodo de 18 meses de la cobertura de continuación
Si su familia experimenta otro evento calificado durante los 18 meses de cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, para un máximo de 36 meses si se le notifica debidamente al Plan sobre el segundo evento calificado. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que reciben la cobertura de continuación de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado habría causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura bajo el Plan en caso de que el primer evento calificado no hubiera ocurrido.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la Cobertura de Continuación de COBRA?
Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) u otras opciones de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina un "periodo de inscripciones especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Usted puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en **www.healthcare.gov**.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la cobertura de continuación de COBRA después de que mi plan de salud grupal termine?
En general, si usted no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando se vuelve elegible debido a que aún está empleado, tras el periodo inicial de inscripción de Medicare, usted cuenta con un periodo de inscripción especial de 8 meses para inscribirse, el cual comienza en lo que ocurra primero de lo siguiente:

- El mes posterior a la terminación de su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basada en el empleo actual.

Si usted no se inscribe en Medicare y elige la cobertura de continuación de COBRA en su lugar, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y podría tener una brecha en su cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si usted elige la cobertura de continuación de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la cobertura de continuación de COBRA, el Plan puede rescindir su cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en o antes de la fecha de la elección de COBRA, la cobertura de COBRA no podrá interrumpirse por motivo del derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura de COBRA.

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

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

Si tiene preguntas
Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de cobertura de continuación de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, póngase en contacto con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. más cercana a su área o visite **www.dol.gov/ebsa**. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de la EBSA están disponibles a través del sitio web de la EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite **www.HealthCare.gov**.

Mantenga al Plan informado sobre cambios de dirección
Para proteger los derechos de su familia, notifique al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de su familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto del Plan

- AnnMaria.donegan@dsv.com
- (732) 850-8000 ext. 2165

Aviso de Prácticas de Privacidad

DSV

Prácticas de Privacidad de la Información de Salud

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETALLADAMENTE.

El plan médico de DSV (el "Plan") proporciona beneficios de salud a los empleados elegibles de DSV (la "Compañía") y a sus dependientes elegibles, tal como se describe en la(s) descripción(es) resumida(s) del Plan. El Plan crea, recibe, utiliza, mantiene y divulga información de salud sobre los empleados y dependientes participantes durante la prestación de estos beneficios de salud.

La ley exige que el Plan tome medidas razonables para proteger su Información de Salud Protegida contra el uso o la divulgación inapropiados.

La ley exige que el Plan le proporcione aviso sobre los deberes y prácticas de privacidad del Plan con respecto a su Información de Salud Protegida, y lo hace a través de este Aviso. Este Aviso describe las diferentes formas en que el Plan utiliza y divulga la Información de Salud Protegida. No es factible describir detalladamente en este Aviso todos los usos y divulgaciones específicos que el Plan puede realizar con la Información de Salud Protegida, por lo que este Aviso describe todas las categorías de usos y divulgaciones de Información de Salud Protegida que el Plan puede realizar y, en la mayoría de esas categorías, proporciona ejemplos de dichos usos y divulgaciones.

Se requiere que el Plan cumpla con los términos de este Aviso hasta que sea reemplazado. El Plan puede cambiar sus prácticas de privacidad en cualquier momento y, si dicho cambio requiere la modificación de los términos de este Aviso, el Plan va a revisar y volver a distribuir este Aviso de acuerdo con el proceso de distribución del Plan. Por lo tanto, el Plan puede cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. El Plan tiene el derecho de hacer que dicho cambio sea efectivo para toda la Información de Salud Protegida que el Plan cree, reciba o mantenga, incluso si el Plan recibió o creó esa Información de Salud Protegida antes de la fecha de entrada en vigor del cambio.

El Plan está distribuyendo este aviso, y va a distribuir cualquier revisión, únicamente a los empleados participantes y a los beneficiarios calificados de COBRA, si los hubiera. Si usted tiene cobertura bajo el Plan como dependiente de un empleado o de un beneficiario calificado de COBRA, puede obtener una copia del Aviso solicitándola al contacto nombrado al final de este Aviso.

Por favor, tenga en cuenta que este Aviso se aplica únicamente a su Información de Salud Protegida que el Plan mantiene. No afecta las prácticas de privacidad de su médico u otro proveedor de atención médica con respecto a la Información de Salud Protegida que ellos mantengan.

Recepción de su Información de Salud Protegida por la Compañía y sus Asociados Comerciales

> El Plan puede divulgar su Información de Salud Protegida a, y permitir el uso y divulgación de su Información de Salud Protegida por, la Compañía y sus Asociados Comerciales y cualquiera de sus subcontratistas sin obtener su autorización.

Patrocinador del Plan: La Compañía es el Patrocinador del Plan y el Administrador del Plan. El Plan puede divulgar a la Compañía, de forma resumida, el historial de reclamaciones y otra información para que la Compañía pueda solicitar cotizaciones de primas para beneficios de salud, o para modificar, enmendar o dar por terminado el Plan. Esta información resumida omite su nombre, número de Seguro Social y ciertos otros datos de identificación. El Plan también puede divulgar información sobre su participación y estado de inscripción en el Plan a la Compañía, y recibir información similar de la Compañía. Si la Compañía acepta por escrito que va a proteger la información contra el uso o la divulgación inapropiados, el Plan también podrá divulgar a la Compañía un conjunto limitado de datos que incluya su Información de Salud Protegida, pero que omita ciertos identificadores directos, como se describe más adelante en este Aviso.

El Plan puede divulgar su Información de Salud Protegida a la Compañía para funciones de administración del plan realizadas por la Compañía en nombre del Plan, siempre que la Compañía certifique al Plan que va a proteger su Información de Salud Protegida contra el uso y la divulgación inapropiados.

> **Ejemplo:** La Compañía revisa y decide las apelaciones de denegaciones de reclamaciones bajo el Plan. El Administrador de Reclamaciones proporciona la Información de Salud Protegida relacionada con una reclamación apelada a la Compañía para dicha revisión y la Compañía utiliza la Información de Salud Protegida para tomar la decisión sobre la apelación.

Asociados Comerciales: El Plan y la Compañía pueden contratar a terceros, como a un administrador externo (el "Administrador de Reclamaciones"), para ayudar al Plan a proporcionar beneficios de salud. Estos terceros son conocidos como los "Asociados Comerciales". El Plan puede divulgar su Información de Salud Protegida a los Asociados Comerciales, como el Administrador de Reclamaciones, quienes son contratados por el Plan o la Compañía para asistir o llevar a cabo los términos del Plan. Además, estos Asociados Comerciales pueden recibir su Información de Salud Protegida de terceros o crear Información de Salud Protegida sobre usted en el transcurso de la ejecución de los términos del Plan. El Plan y la Compañía deben exigir que todos los Asociados Comerciales acuerden por escrito que van a proteger su Información de Salud Protegida contra el uso o la divulgación inapropiados, y van a exigir que sus subcontratistas y agentes lo hagan también.

Para los fines de este Aviso, todas las acciones de la Compañía y de los Asociados Comerciales que se realicen en nombre del Plan se consideran acciones del Plan. Por ejemplo, la información de salud mantenida en los archivos del Administrador de Reclamaciones se considera mantenida por el Plan. Por lo tanto, cuando este Aviso se refiere a que el Plan realiza diversas acciones con respecto a la información de salud, dichas acciones pueden ser realizadas por la Compañía o por un Asociado Comercial en nombre del Plan.

Cómo el Plan puede utilizar o divulgar su Información de Salud Protegida

El Plan puede utilizar y divulgar su Información de Salud Protegida para los siguientes propósitos sin obtener su autorización. Y, con solo limitadas excepciones, le vamos a enviar toda la correspondencia a usted, el empleado. Esto incluye el correo relacionado con su cónyuge y otros familiares cubiertos por el Plan. Si una persona cubierta ha solicitado Restricciones o Comunicaciones Confidenciales, y el Plan ha aceptado dicha solicitud, el Plan va a enviar el correo según lo acordado para Restricciones o Comunicaciones Confidenciales.

Su tratamiento de atención médica: El Plan puede divulgar su Información de Salud Protegida para actividades de tratamiento (según se define en las normas federales aplicables) de un proveedor de atención médica.

Ejemplo: Si su médico al Plan sobre reclamaciones anteriores bajo el Plan para asistir en su tratamiento, el Plan podría divulgar su Información de Salud Protegida para ese fin.

Ejemplo: El Plan podría divulgar información sobre sus recetas previas a un farmacéutico para que el mismo determine si una nueva receta podría ser perjudicial para usted.

Realizar u obtener pagos por atención médica o cobertura: El Plan puede utilizar o divulgar su Información de Salud Protegida para actividades de pago (según se define en las normas federales aplicables), lo que incluye realizar o recolectar pagos de terceros, tales como proveedores de atención médica y otros planes de salud.

Ejemplo: El Plan va a recibir facturas de médicos por la atención brindada a usted que van a contener su Información de Salud Protegida. El Plan va a usar esta Información de Salud Protegida y crear Información de Salud Protegida sobre usted, con el objetivo de determinar el pago, y efectuar el mismo, de los beneficios con respecto a dicha factura.

Ejemplo: El Plan puede considerar y discutir su historial médico con un proveedor de atención médica para determinar si un tratamiento específico, para el cual se solicitan o se solicitarán beneficios del Plan, es médicamente necesario según lo definido en el Plan.

El uso o la divulgación de su Información de Salud Protegida por parte del Plan para fines de pago puede incluir, entre otros, los usos y divulgaciones por los siguientes propósitos:

- Obtener los pagos requeridos para la cobertura del Plan
- Determinar o cumplir con su responsabilidad de proporcionar cobertura y/o beneficios bajo el Plan, incluyendo determinaciones de elegibilidad y adjudicación de reclamaciones
- Obtener o proporcionar el reembolso por la provisión de atención médica (incluyendo la coordinación de beneficios, subrogación y determinación de los montos de costos compartidos)
- Gestión de reclamaciones, actividades de cobranza, obtención de pagos bajo una póliza de seguro de exceso de pérdida (*stop-loss*) y el procesamiento de datos de salud relacionados
- Revisar los servicios de atención médica para determinar la necesidad médica, la cobertura bajo el Plan, la idoneidad de la atención o la justificación de los cargos
- Actividades de revisión de utilización, incluyendo la precertificación y pre-autorización de servicios, así como también la revisión concurrente y retrospectiva de los mismos

El Plan también puede divulgar su Información de Salud Protegida con el fin de asistir a otros planes de salud (incluidos otros planes de salud patrocinados por la Compañía), proveedores de atención médica y centros de compensación de atención médica (*clearinghouses*) en sus actividades de pago, incluyendo las actividades similares a las enumeradas anteriormente con respecto al Plan.

Operaciones de Atención Médica: El Plan puede utilizar y divulgar su Información de Salud Protegida para operaciones de atención médica (según se definen en las normas federales aplicables), lo cual incluye una variedad de actividades de facilitación.

Ejemplo: Si las reclamaciones que usted presenta al Plan indican que tiene diabetes u otra afección crónica, el Plan puede utilizar y divulgar su Información de Salud Protegida para referirle a un programa de gestión de enfermedades.

Ejemplo: Si las reclamaciones que usted presenta al Plan indican que la cobertura de exceso de pérdida que la Compañía ha adquirido, el Plan puede usar o divulgar su Información de Salud Protegida para informarle a la aseguradora de dicho riesgo potencial y realizar cualquier reclamación que finalmente corresponda.

El uso o la divulgación de su Información de Salud Protegida por parte del Plan para fines de operaciones de atención médica pueden incluir usos y divulgaciones por los siguientes propósitos:

- Evaluación de la calidad y actividades de mejora
- Gestión de enfermedades, gestión de casos y coordinación de la atención
- Actividades diseñadas para mejorar la salud o reducir los costos de atención médica
- Contactar a proveedores de atención médica y pacientes con información sobre alternativas de tratamiento
- Actividades de acreditación, certificación, obtención de licencias o credenciales
- Programas de cumplimiento y detección de fraude y abuso

El Plan también puede usar o divulgar su Información de Salud Protegida con fines de asistir a otros planes de salud (incluyendo otros planes patrocinados por la Compañía), proveedores de atención médica y centros de compensación de atención médica en sus actividades de operaciones de atención médica similares a las enumeradas anteriormente, pero solo en la medida en que tanto el Plan como el receptor de la información divulgada tengan una relación con usted y la Información de Salud Protegida corresponda a dicha relación.

- El uso y la divulgación de su Información de Salud Protegida por parte del Plan para fines de operaciones de atención médica pueden incluir, entre otros, usos y divulgaciones por los siguientes propósitos:
- Suscripción de riesgos (con la excepción de la Información de Salud Protegida que sea información genética), calificación de primas y desempeño de funciones relacionadas para crear, renovar o reemplazar seguros relacionados con el Plan
- Planificación y desarrollo, tales como el análisis de gestión de costos
- Realizar o gestionar las revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría
- Gestión empresarial y actividades administrativas generales, incluyendo la implementación y el cumplimiento de las leyes aplicables, así como también la creación de información de salud desidentificada o de un conjunto limitado de datos

El Plan también puede usar o divulgar su Información de Salud Protegida con el fin de asistir a otros planes de salud de los cuales la Compañía es el patrocinador del plan, y a cualquier aseguradora y/u organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) con respecto a dichos planes, en sus actividades de operaciones de atención médica similares a las dos categorías mencionadas anteriormente.

Conjunto limitado de datos: El Plan puede divulgar un conjunto limitado de datos a un destinatario que acepte por escrito que protegerá dicho conjunto de datos contra el uso o la divulgación inapropiados. Un conjunto limitado de datos es información de salud sobre usted y/u otras personas en la que se omite su nombre, número de Seguro Social y ciertos otros datos de identificación.

Requerido por ley: El Plan va a utilizar o divulgar su Información de Salud Protegida en la medida en que la ley aplicable lo exija. Esto puede incluir la divulgación de su Información de Salud Protegida en cumplimiento de una orden judicial, una citación o un requerimiento legal. Además, el Plan debe permitir que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. audite los registros del Plan.

Salud o seguridad: Cuando sea consistente con la ley aplicable y los estándares de conducta ética, el Plan puede divulgar su Información de Salud Protegida si el Plan, de buena fe, cree que dicha divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para su salud o la salud y seguridad de otros. El Plan puede compartir información de salud sobre usted en ciertas situaciones, tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con la retirada de productos del mercado
- Reporte de reacciones adversas a medicamentos
- Reporte de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica

Cumplimiento de la ley: El Plan puede divulgar su Información de Salud Protegida a un oficial de la ley si el Plan cree de buena fe que su Información de Salud Protegida constituye evidencia de conducta criminal que ocurrió en las instalaciones del Plan. El Plan también puede divulgar su Información de Salud Protegida para fines limitados de cumplimiento de la ley.

Demandas y disputas: Además de las divulgaciones requeridas por ley en respuesta a órdenes judiciales, el Plan puede divulgar su Información de Salud Protegida en respuesta a una citación, solicitud de exhibición de pruebas u otro procedimiento legal, pero solo si se han realizado ciertos esfuerzos para notificarle sobre dicha citación, solicitud u otro procedimiento legal, o para obtener una orden que proteja la información a divulgar.

Compensación de los trabajadores: El Plan puede utilizar y divulgar su Información de Salud Protegida cuando esté autorizado por las leyes relacionadas con la compensación a los trabajadores u otros programas similares, y en la medida necesaria para cumplir con las mismas.

Situación de emergencia: El Plan puede divulgarle su Información de Salud Protegida a un familiar, amigo u otra persona con el fin de ayudarle con su atención médica o el pago de la misma, si usted se encuentra en una situación de emergencia médica y no puede dar su consentimiento al Plan para hacerlo.

Representantes personales: El Plan va a divulgarle su Información de Salud Protegida a sus representantes personales designados por usted o por la ley aplicable (por ejemplo, un padre que actúa por un hijo menor o un tutor designado para un adulto incapacitado) en la misma medida en que el Plan le divulgaría esa información a usted. El Plan puede elegir no divulgar información a un representante personal si tiene la creencia razonable de que: 1) usted ha sido o puede ser víctima de abuso doméstico por parte de su representante; o 2) reconocer a dicha persona como su representante puede resultarle perjudicial; o 3) no es en su mejor interés tratar a esa persona como su representante personal.

Salud pública: En la medida en que otras leyes aplicables no prohíban dichas divulgaciones, el Plan puede divulgar su Información de Salud Protegida para fines de ciertas actividades de salud pública, incluyendo, por ejemplo, informar sobre la calidad, seguridad o eficacia de un producto regulado por la FDA a una persona sujeta a la jurisdicción de la FDA.

Actividades de supervisión de salud: El Plan puede divulgar su Información de Salud Protegida a una agencia de supervisión de salud pública para actividades autorizadas, incluyendo auditorías; investigaciones civiles, administrativas o penales; inspecciones; y acciones disciplinarias o de concesión de licencias.

Oficial forense, médico forense o director funerario: El Plan puede divulgar su Información de Salud Protegida a un oficial o médico forense para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte u otras funciones autorizadas por ley. Asimismo, el Plan puede divulgar su Información de Salud Protegida a un director funerario, conforme a la ley aplicable, según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

Donación de órganos: El Plan puede usar o divulgar su Información de Salud Protegida para asistir a entidades involucradas con la obtención, banco o trasplante de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.

Funciones especificadas del gobierno: En circunstancias específicas, las regulaciones federales pueden exigir que el Plan use o divulgue su Información de Salud Protegida para facilitar funciones gubernamentales relacionadas con militares y veteranos, seguridad nacional y actividades de inteligencia, servicios de protección para el presidente y otros, e instituciones correccionales y reclusos.

Investigación: El Plan puede divulgar su Información de Salud Protegida a investigadores cuando se hayan eliminado sus identificadores individuales o cuando una junta de revisión institucional o de privacidad haya revisado la propuesta de investigación, haya establecido un proceso para garantizar la privacidad y apruebe la investigación.

Divulgaciones a usted: Cuando usted solicita su Información de Salud Protegida, el Plan está obligado a divulgarle sus registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones sobre sus beneficios de salud. El Plan también debe, cuando usted lo solicite, proporcionarle un informe de las divulgaciones de su Información de Salud Protegida si dichas divulgaciones se realizaron por cualquier motivo distinto del Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Médica (y si usted no autorizó la divulgación).

Autorización para usar o divulgar su Información de Salud Protegida

Excepto por lo indicado anteriormente, el Plan no va a utilizar ni divulgar su a menos que reciba primero una autorización por escrito de su parte. Si autoriza al Plan, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento enviando un aviso a la persona de contacto indicada al final de este Aviso. No podrá revocar su autorización en la medida en que el Plan ya haya tomado medidas basándose en la misma (por ejemplo, celebrando un acuerdo para proporcionarle su Información de Salud Protegida a un tercero).

Además, no vamos a realizar lo siguiente: (1) suministrar información confidencial a otra empresa para sus fines de marketing (a menos que sea para ciertas Operaciones de Atención Médica limitadas); (2) vender su información confidencial (a menos que existan restricciones legales estrictas) (vender significa recibir remuneración directa o indirecta); (3) proporcionar su información confidencial a un empleador potencial con el que usted esté buscando empleo sin su autorización firmada; o (4) utilizar o divulgar notas de psicoterapia, a menos que lo exija la ley.

Adicionalmente, si una ley estatal u otra ley exige la divulgación de los registros de vacunación a una escuela, ya no se requiere una autorización por escrito. Sin embargo, una entidad cubierta aún debe obtener y documentar un acuerdo, el cual puede ser oral y por teléfono.

El Plan puede ponerse en contacto con usted

El Plan puede ponerse en contacto con usted por diversos motivos, generalmente en relación con reclamaciones y pagos, y usualmente por correo postal.

Usted debe tener en cuenta que el Plan puede ponerse en contacto con usted para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Sus derechos con respecto a su Información de Salud Protegida

Comunicación confidencial por medios alternativos: Si usted siente que la divulgación de su Información de Salud Protegida podría ponerle en peligro, el Plan va a atender cualquier solicitud razonable para comunicarse con usted por medios alternativos o en ubicaciones distintas. Por ejemplo, usted podría solicitar que el Plan solo se comunique con usted en una dirección particular. Si usted desea solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud por escrito a la persona de contacto nombrada al final de este Aviso. Usted no necesita indicar el motivo específico por el que siente que la divulgación de su Información de Salud Protegida podría ponerle en peligro al realizar la solicitud, pero sí necesita declarar si ese es el caso. Su solicitud también debe especificar cómo o dónde desea que le contactemos. El Plan le va a notificar si está de acuerdo con su solicitud de comunicaciones confidenciales. Usted no debe asumir que el Plan ha aceptado su solicitud hasta que el Plan confirme su acuerdo con esa solicitud por escrito.

Solicitud de restricción de ciertos usos y divulgaciones: Usted puede solicitar que el Plan restrinja los usos y divulgaciones de su Información de Salud Protegida. Esta solicitud va a restringir o limitar la Información de Salud Protegida que se divulga por Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Médica, y esta restricción puede limitar la información que el Plan le divulga a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago para su cuidado. El Plan no está obligado a aceptar la restricción solicitada, pero si acepta su restricción solicitada, el Plan estará vinculado por dicho acuerdo, a menos que la información se necesite en una situación de emergencia. Sin embargo, hay algunas restricciones que no están permitidas incluso con la aceptación del Plan. Para solicitar una restricción, por favor, presente su solicitud por escrito a la persona de contacto identificada al final de este Aviso. En la solicitud, por favor, especifique: (1) qué información quiere restringir; (2) si desea limitar el uso de esa información por parte del Plan, su divulgación de esa información, o ambas; y (3) a quién quiere que se apliquen los límites (por ejemplo, a un médico en particular). El Plan le notificará si acepta una restricción solicitada sobre cómo se utiliza o divulga su Información de Salud Protegida. No debe asumir que el Plan ha aceptado una restricción solicitada hasta que el Plan confirme su acuerdo con dicha restricción por escrito. Usted puede solicitar restricciones sobre nuestro uso y divulgación de su información confidencial para los fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica explicados en este Aviso. Independientemente de esta política, el plan va a cumplir con cualquier solicitud de restricción si: (1) excepto que la ley exija lo contrario, la divulgación es para el plan de salud con el fin de llevar a cabo actividades de pago u operaciones de atención médica (y no con fines de llevar a cabo un tratamiento); y (2) la Información de Salud Protegida se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual se ha pagado al proveedor de atención médica la totalidad del costo de su propio bolsillo.

Derecho a que se notifique una filtración: Usted tiene derecho a recibir una notificación en caso de que el Plan (o un Asociado Comercial) descubra una filtración de información de salud protegida que no asegurada.

Registros médicos electrónicos: Usted tambiénpuede solicitar y recibir un informe de las divulgaciones de sus registros médicos electrónicos realizadas para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica durante los tres años anteriores, para las divulgaciones realizadas en o después del:
(1) 1 de enero de 2014 para los registros médicos electrónicos adquiridos antes del 1 de enero de 2009; o (2) 1 de enero de 2011 para los registros médicos electrónicos adquiridos en o después del 1 de enero de 2009.

La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses va a ser gratuita. A usted se le puede cobrar para que le proporcionemos cualquier lista adicional dentro de ese mismo periodo de 12 meses.

Copia en papel de este Aviso: Usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia en papel de este Aviso en cualquier momento, incluso si ya recibió este Aviso anteriormente o si aceptó recibirlo de forma electrónica. Para obtener una copia en papel, por favor, llame o escríbale a la persona de contacto indicada al final de este Aviso.

Derecho de acceso a su Información de Salud Protegida: Usted tiene derecho a acceder a su Información de Salud Protegida en los registros de inscripción, pago, adjudicación de reclamaciones y gestión de casos del Plan, o en otros

registros utilizados por el Plan para tomar decisiones sobre usted, con el fin de inspeccionarlos y obtener una copia de los mismos. Su solicitud de acceso a esta PHI debe hacerse por escrito a la persona de contacto indicada al final de este Aviso. El Plan puede denegar su solicitud de acceso, por ejemplo, si solicita información recopilada en previsión de un procedimiento legal. Si se deniega el acceso, se le proporcionará una notificación por escrito de la denegación, una descripción de cómo puede ejercer cualquier derecho de revisión que pueda tener y una descripción de cómo puede presentar una queja ante el Plan o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Si usted solicita una copia de su PHI, el Plan puede cobrar una tarifa razonable por la copia y, si corresponde, el franqueo asociado con su solicitud. Sin embargo, si usted o un tercero solicita una copia de su PHI, las limitaciones de tarifas establecidas en las normas se aplicarán únicamente a su solicitud individual de acceso a sus propios registros, pero estas limitaciones de tarifas no se aplicarán a la solicitud de un individuo para transmitir registros a un tercero.

Derecho a enmienda: Usted tiene derecho a solicitar cambios en su PHI en los registros del Plan si considera que es incompleta o inexacta. Las solicitudes de modificación de su PHI en los registros del Plan deben realizarse por escrito a la persona de contacto nombrada al final de este Aviso. El Plan puede denegar la solicitud si no incluye un motivo que justifique la modificación. La solicitud también puede ser denegada si, por ejemplo, su PHI en los registros del Plan no fue creada por el Plan, si la PHI que está solicitando modificar no es parte de los registros del Plan o si el Plan determina que los registros que contienen su información de salud son es precisa y completa. Si el Plan deniega una solicitud de modificación de su PHI, le va a notificar su decisión por escrito, proporcionando las bases de la denegación, información sobre cómo puede incluir información en su modificación solicitada en los registros del Plan y una descripción de cómo puede presentar una queja ante el Plan o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

Informe de divulgaciones: Usted tiene derecho a recibir un informe sobre ciertas divulgaciones realizadas de su información de salud. La mayoría de las divulgaciones que realiza el Plan de su PHI no están sujetas a este requisito de informe porque las divulgaciones de rutina (por ejemplo, aquellas relacionadas con el pago de sus reclamaciones) generalmente se excluyen de este requisito. Además, las divulgaciones que usted autoriza, o que ocurrieron más de seis años antes de la fecha de su solicitud, no están sujetas a este requisito. Para solicitar un informe de divulgaciones de su PHI, usted debe presentar su solicitud por escrito a la persona de contacto nombrada al final de este Aviso.
Su solicitud debe indicar un período de tiempo que puede no incluir fechas de más de seis años antes de la fecha de su solicitud. Su solicitud debe indicar en qué forma quiere que el informe sea proporcionado (por ejemplo, en papel o electrónico). La primera lista que usted solicita dentro de un período de 12 meses va a ser gratis. Si usted solicita más de un informe en un período de 12 meses, el Plan le va a cobrar una tarifa razonable basada en los costos por cada informe adicional.

Representantes personales: Usted puede ejercer sus derechos a través de un representante personal. Se requiere que su representante personal presente pruebas de su autoridad para actuar en su nombre antes de que a esa persona se le de acceso a su PHI o se le permita realizar cualquier acción por usted. El Plan se reserva el derecho de denegar el acceso al representante personal de su PHI en la medida en que la ley aplicable lo permita.

Quejas: Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja ante el Plan y ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Las quejas dirigidas al Plan deben hacerse por escrito a la persona de contacto nombrada al final de este Aviso. El Plan le anima a expresar cualquier inquietud que pueda tener con respecto a la privacidad de su información. No se tomarán represalias de ningún tipo contra usted por presentar una queja.

Información de contacto: El Plan ha designado a **DSV Benefits** como su persona de contacto para todos los asuntos relacionados con las prácticas de privacidad del Plan y sus derechos de privacidad. Usted puede comunicarse con esta persona de contacto en: AnnMaria.donegan@dsv.com

Aviso importante de DSV sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

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

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se une a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o a un Plan de 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 a cambio de una prima mensual más alta.

2. DSV determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por DSV se espera que pague, en promedio para todos los participantes del plan, tanto como lo hace la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es una Cobertura Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Usted puede unirse a 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 actual cobertura acreditable de medicamentos recetados por causas ajenas a su voluntad, también va a ser elegible para un Periodo Especial de Inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si usted decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de DSV se verá afectada.

Si usted decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de DSV, tenga en cuenta que usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo va a pagar una prima más alta (multa) por unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Usted también debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con DSV y no se une a 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 unirse a un plan de Medicare más adelante.

Si pasan 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima base de beneficiario de Medicare por cada mes que no tuvo dicha cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima base de 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 tenga que esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse.

¿Cuándo va a pagar una prima más alta (multa) por unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Usted también debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con DSV y no se une a 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 unirse a un plan de Medicare más adelante.

Si pasan 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima base de beneficiario de Medicare por cada mes que no tuvo dicha cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima base de 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 tenga que esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse.

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

Póngase en contacto con la persona indicada abajo para obtener más información. **NOTA:** Usted va a recibir este aviso cada año. También lo va a recibir antes del próximo periodo en el que pueda unirse a un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura a través de DSV 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…

Va a encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "*Medicare & You*". Usted va a recibir una copia del manual en el 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 (*State Health Insurance Assistance Program*) (consulte la contraportada interna de su copia del manual "*Medicare & You*" para obtener su número de teléfono) para recibir ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Formulario CMS 10182-CC Actualizado el 1 de abril de 2011

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si usted decide unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite presentar una copia de este aviso al momento de inscribirse para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditable y, por lo tanto, determinar si debe o no pagar una prima más alta (una multa)

Fecha: Febrero de 2026
Nombre de la entidad/remitente: DSV Air & Sea Inc.
Contacto/Cargo: Gerente de Beneficios
Dirección de recursos: 200 Wood Ave, 3rd Floor, Iselin NJ 08830

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (*Paperwork Reduction Act*), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0990. Se estima que el tiempo requerido para completar esta recopilación de información es de un promedio de 8 horas por respuesta inicialmente, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de la estimación del tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850