

# GUÍA DE BENEFICIOS

## Asociados de Estados Unidos | 2025



Para obtener información completa sobre los numerosos beneficios disponibles, los documentos importantes y la información de contacto de los proveedores, visite [flimp.live/TrueBlueAssociates](https://flimp.live/TrueBlueAssociates)

### Herramientas de inscripción

**Herramienta de programación en línea:** programe una cita para que un asesor de beneficios lo llame y lo asista con las opciones y la inscripción. Visite [tbassoc.mybenefitsappointment.com](https://tbassoc.mybenefitsappointment.com)

**Centro de llamadas:** si es un empleado nuevo, llame al (888) 583-7575, de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico, para concertar una cita con un asesor de beneficios.

### Herramientas de servicio

**Centro de llamadas:** para obtener respuestas sobre la cobertura de beneficios, llame a un asesor de beneficios al (888) 583-7575, de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico.

**Buzón de voz de la administración de permisos de TrueBlue:** si va a salir de permiso por una afección de salud grave, ya sea para usted o para un familiar, envíe un correo electrónico a [leaveadmin@trueblue.com](mailto:leaveadmin@trueblue.com) o deje un mensaje de voz en el (253) 573-5484.

# ¡Su guía de beneficios está en línea!

Su guía web, cómoda y fácil de navegar, pone toda la información sobre sus beneficios al alcance de su mano, en cualquier momento y lugar. La guía web es su recurso en línea para todas sus necesidades de beneficios.

¡Descubra de qué se trata! Para acceder a su guía web, visite: [flimp.live/TrueBlueAssociates](http://flimp.live/TrueBlueAssociates)

*Este documento es una descripción general de sus beneficios y constituye una oferta de cobertura. La participación en nuestros planes de beneficios confirma que conoce nuestras opciones de cobertura y la forma en que administramos los planes, incluidos la elegibilidad, los períodos de inscripción, los pagos de las primas, las fechas de entrada en vigor de la cobertura, la gestión de las primas impagas y la cancelación de la cobertura (la lista que figura aquí es inclusiva, pero de ningún modo exhaustiva, de los requisitos).*

*La inscripción en estos planes implica que tiene conocimiento de nuestra guía web y de su contenido, que se encuentra en [flimp.live/TrueBlueAssociates](http://flimp.live/TrueBlueAssociates). Si no tiene seguro y no se inscribe en la cobertura durante la inscripción inicial o la inscripción abierta, consideramos que ha renunciado a la cobertura.*

## ¿Preguntas?

Llame al (888) 583-7575, de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico.

Si necesita información o ayuda en español, llame al (888) 583-7575

Para obtener información completa sobre sus beneficios y acceder a documentos importantes, visite: [flimp.live/TrueBlueAssociates](http://flimp.live/TrueBlueAssociates)

Para obtener una copia en papel de su Resumen de Cobertura de Beneficios (Summary of Benefits Coverage, SBC) o avisos anuales, póngase en contacto con el Departamento de Beneficios para Asociados en [associatebenefits@trueblue.com](mailto:associatebenefits@trueblue.com).

Hable con un asesor para obtener más información, seleccionar aquellos beneficios que mejor se adapten a sus necesidades y completar la inscripción. Programe su cita individual mediante la herramienta de programación en línea: [tbassoc.mybenefitsappointment.com](http://tbassoc.mybenefitsappointment.com).

*Tenga en cuenta que los planes voluntarios son pólizas individuales y no se consideran planes patrocinados ni respaldados por su empleador.*

# Opciones de cobertura para 2025

Esta Guía de beneficios para asociados 2025 contiene información sobre sus opciones. Los asociados, los empleados a tiempo parcial, los empleados del equipo TAC y los conductores flexibles y móviles son elegibles para estos planes de beneficios.

Esta guía de beneficios no aplica para los asociados de Puerto Rico.

## Plan Médico de Cobertura Mínima Esencial (MEC)

*Cobertura solo para servicios preventivos*

- Cubre todos los servicios preventivos que exige la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA).
- Requiere el uso de los servicios de un proveedor de la red de United Healthcare.

Nota: los residentes de Hawái no son elegibles para inscribirse en el plan de cobertura mínima esencial (MEC).

## Plan Médico Principal

*Cobertura médica integral*

- Se le ofrece únicamente a los asociados que cumplen ciertos requisitos de elegibilidad. Consulte la guía web para obtener información sobre la elegibilidad.
- Brinda cobertura del 100 % de los servicios preventivos, no sujetos al deducible.
- Brinda cobertura del 100 % de los servicios no preventivos, una vez alcanzado el deducible.
- Los servicios cubiertos incluyen las consultas médicas, las consultas en la sala de emergencias, las pruebas de diagnóstico, las hospitalizaciones, los procedimientos quirúrgicos y los medicamentos recetados.
- Tiene un máximo ilimitado de por vida.
- Las tarifas mensuales varían en función de los ingresos.

## Plan Médico Principal Mejorado (calificado para una HSA)

*Cobertura médica integral*

- Se le ofrece únicamente a los asociados que cumplen ciertos requisitos de elegibilidad. Consulte los requisitos de elegibilidad en la guía web.
- Brinda cobertura del 100 % de los servicios preventivos, no sujetos al deducible.
- Deducibles individuales y familiares más bajos, lo que reduce los costos iniciales.
- Brinda cobertura del 80 % de los servicios no preventivos, una vez alcanzado el deducible.
- Los servicios cubiertos incluyen las consultas médicas, las consultas en la sala de emergencias, las pruebas de diagnóstico, las hospitalizaciones, los procedimientos quirúrgicos y los medicamentos recetados.
- Tiene un máximo ilimitado de por vida.
- Las tarifas mensuales varían en función de los ingresos.

## Opciones adicionales de cobertura

- Plan Odontológico
- Plan Oftalmológico
- Plan Médico Suplementario de Indemnización Fija (Planes Estándar/Preferente)\*
- Planes de Seguro de Vida y por Muerte Accidental y Desmembramiento (Accidental Death & Dismemberment, AD&D) (planes altos y bajos)
- Seguro por discapacidad a corto plazo (Short-Term Disability, STD) NUEVO para 2025, con opciones de planes alto/bajo
- Enfermedad grave (planes alto/bajo)
- Seguro por accidente (planes altos y bajos)
- Plan de Indemnización Hospitalaria
- Plan de Protección contra el Robo de Identidad
- Seguro de automóviles y del hogar
- Plan Legal
- Programas de Descuentos para Empleados
- Plan de Detección del Cáncer
- Welcome+ Telemedicine: ¡NUEVA Compañía de Telemedicina para el 2025!
- Telemedicina MeMD

\*Notas: Los residentes de Minnesota inscritos en un plan de indemnización deben contar también con cobertura a través del Plan de Cobertura Mínima Esencial (Minimum Essential Coverage, MEC). Todo empleado inscrito o que elija la cobertura de indemnización, quedará inscrito de manera automática en el plan de MEC. Los residentes de Hawái no son elegibles para inscribirse en los planes de indemnización fija. Los asociados no pueden inscribirse de forma simultánea en los planes de indemnización fija y de indemnización hospitalaria.



# Cuentas de ahorros para gastos médicos

La cuenta de ahorros para gastos médicos (Health Savings Account, HSA) funciona como una cuenta de jubilación individual (individual retirement account, IRA) de la que usted es el titular. Le pertenece y el dinero es suyo, aunque cambie de empleo o se jubile. No paga ningún impuesto por el dinero que ingresa o retira, siempre que lo utilice para gastos médicos según la definición del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS).

## Puede inscribirse en una HSA si:

- Está inscrito en un plan de salud calificado para una HSA.\*
- No figura como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- No tiene ninguna otra cobertura de salud.
- No está inscrito en Medicare.
- Si su cónyuge está inscrito en una cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA) tradicional, usted no es elegible abrir una cuenta de ahorros para gastos médicos. La excepción a esta regla es si su cónyuge está inscrito en una FSA de propósito limitado (Limited Purpose Flexible Spending Account, LPFSA), que apenas cubre los gastos de odontología y de oftalmología.

## Formas en que la HSA le permite ahorrar:

- El dinero no está sujeto a impuestos. El dinero ingresa a su HSA sin pagar impuestos estatales ni federales. Esto reduce su renta imponible y puede ahorrarle entre un 28 y 40 por ciento en gastos médicos, dependiendo de su nivel impositivo.
- No hay regla de “úselo o piérdalo”. El dinero de su HSA le pertenece, aunque cambie de empleo o de plan de salud, o si se jubila.
- Invierta e incremente su dinero. Dependiendo de la entidad bancaria que utilice, una vez que su cuenta alcanza un saldo determinado, puede invertir sus fondos y no pagar ningún impuesto por los intereses devengados.

## Utilice su HSA para lo siguiente:

- Gastos médicos que su plan puede no cubrir: gastos de bolsillo hasta que alcance el deducible.
- Copagos, coseguros y medicamentos recetados.
- Gastos de odontología y oftalmología no cubiertos en su plan de salud.
- Primas por asistencia a largo plazo.

Nota: guarde todos sus recibos para validar los gastos en caso de auditoría del IRS.

## Próximos pasos:

- Una vez inscrito en el Plan Médico Principal Mejorado de TrueBlue, depende de usted abrir su cuenta de ahorros para gastos médicos. Acuda a la entidad financiera de su elección y converse con ellos sobre lo que debe hacer para abrir su propia cuenta de ahorros para la salud.
- Para saber más sobre las cuentas de ahorros para gastos médicos, visite el sitio web [irs.gov/publications/p969](https://irs.gov/publications/p969).

**A continuación, se indican los límites de contribución de la HSA conforme al IRS. Esta es la cantidad máxima anual que puede depositar en su HSA exenta de impuestos en 2025:**

| LÍMITES DE CONTRIBUCIÓN DE LA HSA |         |
|-----------------------------------|---------|
| Individual                        | \$4,300 |
| Familiar                          | \$8,550 |

\*El Plan Médico Principal Mejorado de TrueBlue es un plan calificado para HSA.

# Elegibilidad de los asociados

Es importante conocer las normas de acceso a los beneficios. Lea con detenimiento la información que figura a continuación y asegúrese de que comprende cuándo puede inscribirse usted mismo o a sus dependientes elegibles para la cobertura.

No se puede modificar la cobertura elegida durante el año, a menos que se produzca un acontecimiento que califique, como el matrimonio, el divorcio, el nacimiento de un hijo, la adopción de un hijo o el fallecimiento. La inscripción abierta se lleva a cabo una vez al año y durante ese lapso se pueden efectuar cambios en los beneficios.

## ¿Cuándo puedo inscribirme y efectuar cambios?

| EVENTO DE BENEFICIO         | PLAZO DE INSCRIPCIÓN                                                                  | FECHA DE VIGENCIA                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nueva contratación          | En un plazo de 30 días, contados a partir de la fecha de entrada en vigor             | Para los planes médicos principales, la cobertura comienza el primer día del mes siguiente a 60 días desde la fecha de elegibilidad. Para todos los demás beneficios, la cobertura comienza el primer día del mes siguiente a 30 días desde la fecha del primer cheque de pago. |
| Acontecimiento que califica | En un plazo de 30 días, contados a partir de la fecha del acontecimiento que califica | Fecha de entrada en vigor del acontecimiento aprobado que califica                                                                                                                                                                                                              |

## Cubrir a sus parientes es importante. ¿A quién puedo cubrir?

| DEPENDIENTES ELEGIBLES PARA COBERTURA |                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cónyuge                               | Cónyuge legalmente casado o pareja de hecho                                                                                                      |
| Hijos dependientes                    | Hijos dependientes (incluye: hijastros, hijos adoptivos, hijos en acogida) hasta los 26 años, independientemente de su condición de estudiantes. |

# Elegibilidad adicional (requisitos)

## Plan Médico Principal

### Asociados de horas variables

La mayoría de nuestros asociados se clasificarán como asociados de horas variables en el momento de la asignación. Para optar al Plan Médico Principal, debe cumplir los requisitos de elegibilidad a tiempo completo que se establecen en la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA):

- Para ser elegible a tiempo completo en virtud de la ACA, debe trabajar 1560 horas en un período de 12 meses. Es decir, debe haber estado empleado por TrueBlue durante al menos 12 meses Y haber trabajado 1560 horas en los últimos 12 meses.
- Cuando cumpla con los requisitos de elegibilidad, puede calificar para un contribución de TrueBlue para sus pagos de primas médicas si decide inscribirse en el Plan Médico Principal. Se le enviará una tarjeta postal a su domicilio para notificarle acerca de su elegibilidad. En la tarjeta postal se le notificará la fecha en la que debe inscribirse en la cobertura.

- Si ha trabajado para nosotros durante al menos 12 meses y no está seguro de si ha cumplido el requisito de las 1560 horas, puede consultar esta información en su historial laboral en [theworknumber.com](http://theworknumber.com). Deberá registrarse en este sitio web gratuito. Su identificación de usuario será su número del Seguro Social y su contraseña será su fecha de nacimiento de ocho dígitos (DDMMAAAA). Nuestro código de empleador es 10657 o "TrueBlue".

### Asociados por horas no variables

Usted es elegible después de recibir su primer cheque de pago. Si es un asociado no variable y opta a inscribirse en el Plan Médico Principal, será una opción cuando vaya a inscribirse.

### Notas adicionales

- No puede estar inscrito al mismo tiempo en el Plan Médico Principal y en el plan de MEC.
- Si está inscrito en el plan de MEC y elige el Plan Médico Principal, su cobertura en el plan de MEC terminará al final del mes anterior a la entrada en vigor de su Plan Médico Principal.
- Puede inscribirse en otro seguro de su elección: indemnización fija, odontología, oftalmología, enfermedad crítica, accidente, indemnización hospitalaria, Seguro De Vida y por Muerte Accidental y Desmembramiento, e incapacidad temporal, incluso si se inscribe en el Plan Médico Principal.

## Todos los demás beneficios

Los asociados son elegibles para el Plan de Cobertura Esencial Mínima (Minimum Essential Coverage, MEC) y los Planes Suplementarios de Indemnización Fija, así como para el Plan Odontológico, el Plan Oftalmológico, los planes de enfermedad crítica, accidentes, indemnización hospitalaria, Seguro De Vida y por Muerte Accidental y Desmembramiento (Accidental Death and Dismemberment, AD&D), seguro por discapacidad a corto plazo (Short Term Disability, STD), Plan de Detección de Cáncer, Plan de Protección contra el Robo de Identidad, seguro de automóviles y del hogar de Farmers, el Plan Legal de MetLife y el programa de descuentos para asociados de LifeMart, con algunas excepciones y notas importantes:

- Los residentes de Hawái no son elegibles para inscribirse en los planes de indemnización fija ni en la cobertura esencial mínima (MEC).
- Los residentes de Minnesota inscritos en un plan de indemnización deben contar también con cobertura a través del Plan de Cobertura Mínima Esencial (MEC). Todo empleado inscrito o que elija la cobertura de indemnización, quedará inscrito de manera automática en el plan de MEC.
- Los asociados no pueden inscribirse de forma simultánea en los planes de indemnización fija y de indemnización hospitalaria.

### Documentación para los acontecimientos que califican y los dependientes

TrueBlue se reserva el derecho de exigir la documentación de elegibilidad de los dependientes, tal como certificados de nacimiento y matrimonio, documentos de adopción y documentos de tutela. Los asociados deberán reembolsar al plan cualquier beneficio que se pague por un dependiente en un momento en el que este no cumplía estas condiciones. Es responsabilidad del asociado notificar a TrueBlue si un dependiente ya no califica, de tal manera que se envíen las notificaciones correspondientes a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation, COBRA).



## Períodos de inscripción

**1. Si es un asociado en este momento, la inscripción abierta 2025 comenzará el lunes 4 de noviembre y cerrará el viernes 22 de noviembre.**

Este es el momento de revisar su cobertura de beneficios actual y elegir lo más conveniente para usted y su familia en el 2025. También puede añadir o eliminar dependientes, según sea necesario. Dependiendo de sus preferencias de exclusión, puede recibir una llamada telefónica y una notificación por correo electrónico.

**2. Si es asociado recién contratado:** puede inscribirse en nuestras opciones de planes de beneficios, excepto en el Plan Médico Principal, que tiene requisitos de elegibilidad. Debe inscribirse en los 30 días siguientes de recibir su primer cheque de pago. Espere a inscribirse hasta la semana siguiente a la recepción de su primer cheque de pago para que se pueda procesar su elegibilidad. Estos beneficios se pagan semanalmente. Llame al (888) 583-7575 para concertar una cita con un asesor de beneficios.

**3. Si usted es un asociado que cumple con los requisitos de elegibilidad o un asociado recién contratado que opta al Plan Médico Principal:**

- Los asociados recién contratados que opten al Plan Médico Principal (esto incluye cualquiera de los otros planes de beneficios abiertos a todas las nuevas contrataciones) pueden inscribirse la semana siguiente a la recepción de su primer cheque de pago. Llame al (888) 583-7575 para concertar una cita con un asesor de beneficios.

- Los asociados que cumplan con los requisitos de elegibilidad a tiempo completo, en virtud de la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA), recibirán una notificación mediante una tarjeta postal. Se le pedirá que se inscriba antes de la fecha límite indicada en la tarjeta postal.

**4. Si experimenta un acontecimiento que califica (p. ej., el nacimiento de un hijo o el matrimonio):** puede inscribirse en los beneficios o hacer cambios en su cobertura actual dentro de los 30 días siguientes al acontecimiento. Los cambios por acontecimientos que califican entrarán en vigor en la fecha disponible siguiente después de recibir toda la documentación requerida. Llame al (888) 583-7575 o visite el sitio web [flimp.live/TrueBlueAssociates](https://flimp.live/TrueBlueAssociates) para obtener más detalles.

**5. Si lo han vuelto a contratar:** tendrá la oportunidad de volver a inscribirse después de una pausa de más de 13 semanas consecutivas si se cumplen todos los requisitos de elegibilidad. Para obtener más información, envíe un correo electrónico a [associatebenefits@trueblue.com](mailto:associatebenefits@trueblue.com).

**6. Si recibimos una orden judicial de cobertura médica para un menor (qualified medical child support order, QMCSO) en la que se establece que usted debe proporcionar cobertura a sus hijos y cumple el umbral de ingresos para la ejecución de la QMCSO:** usted y sus hijos calificados se inscribirán de manera automática en la cobertura de asociado e hijos. Lo inscribiremos en la cobertura médica de menor costo y en cualquier otro plan de cobertura opcional que se indique en la orden judicial (odontología, oftalmología, etc.).

## ¿Listo para inscribirse?

Es elegible para inscribirse en la cobertura la semana siguiente a la fecha de la recepción de su primer cheque de pago. Para ello dispone de 30 días a partir de esa fecha.

- **Por teléfono:** Llame al (888) 583-7575, de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico.
- **Apoyo del asesor de beneficios:** hable con un asesor profesional para obtener más información, seleccionar los beneficios que mejor se adapten a sus necesidades y completar el proceso de inscripción. Programe su cita individual en la nueva herramienta de programación en línea en [tbassoc.mybenefitsappointment.com](https://tbassoc.mybenefitsappointment.com).

Tenga a mano los nombres completos, los números del Seguro Social, las fechas de nacimiento, los domicilios y los números de teléfono de todas las personas que vaya a inscribir.

# CONTRIBUCIONES DE LOS ASOCIADOS EN 2025

## Plan Médico de Cobertura Mínima Esencial (MEC)\*

| TARIFAS            | SEMANALMENTE | QUINCENALMENTE |
|--------------------|--------------|----------------|
| Asociado solamente | \$10.50      | \$21.00        |
| Asociado + cónyuge | \$21.00      | \$42.00        |
| Asociado + hijos   | \$17.64      | \$35.28        |
| Familiar           | \$31.15      | \$62.30        |

## Plan Médico Principal\*

| TARIFAS                               | TARIFA CLASE 1 |                | TARIFA CLASE 2 |                | TARIFA CLASE 3 |                | TARIFA CLASE 4 |                |
|---------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                                       | Semanalmente   | Quincenalmente | Semanalmente   | Quincenalmente | Semanalmente   | Quincenalmente | Semanalmente   | Quincenalmente |
| Asociado solamente                    | \$19.62        | \$39.23        | \$37.85        | \$75.69        | \$54.00        | \$108.00       | \$81.00        | \$162.00       |
| TARIFAS PARA ASOCIADOS + DEPENDIENTES | SEMANALMENTE   |                |                |                | QUINCENALMENTE |                |                |                |
| Asociado + cónyuge                    | \$305.29       |                |                |                | \$610.59       |                |                |                |
| Asociado + hijos                      | \$276.22       |                |                |                | \$552.43       |                |                |                |
| Familiar                              | \$436.14       |                |                |                | \$872.27       |                |                |                |

Según las directrices de asequibilidad de la ACA para 2025, se considera que un plan es asequible si no se paga más del 9.02 % de los ingresos por una cobertura solo para asociados.

## Plan Médico Principal Mejorado (calificado para una HSA)\*

| TARIFAS                               | TARIFA CLASE 1 |                | TARIFA CLASE 2 |                | TARIFA CLASE 3 |                | TARIFA CLASE 4 |                |
|---------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                                       | Semanalmente   | Quincenalmente | Semanalmente   | Quincenalmente | Semanalmente   | Quincenalmente | Semanalmente   | Quincenalmente |
| Asociado solamente                    | \$34.32        | \$68.64        | \$48.00        | \$95.99        | \$68.04        | \$136.07       | \$99.02        | \$198.05       |
| TARIFAS PARA ASOCIADOS + DEPENDIENTES | SEMANALMENTE   |                |                |                | QUINCENALMENTE |                |                |                |
| Asociado + cónyuge                    | \$328.52       |                |                |                | \$657.05       |                |                |                |
| Asociado + hijos                      | \$296.54       |                |                |                | \$593.08       |                |                |                |
| Familiar                              | \$472.45       |                |                |                | \$944.90       |                |                |                |

## Plan Odontológico\*

| TARIFAS            | SEMANALMENTE | QUINCENALMENTE |
|--------------------|--------------|----------------|
| Asociado solamente | \$4.65       | \$9.30         |
| Asociado + cónyuge | \$11.64      | \$23.27        |
| Asociado + hijos   | \$8.37       | \$16.74        |
| Familiar           | \$12.57      | \$25.13        |

## Plan Oftalmológico\*

| TARIFAS            | SEMANALMENTE | QUINCENALMENTE |
|--------------------|--------------|----------------|
| Asociado solamente | \$2.03       | \$4.06         |
| Asociado + cónyuge | \$4.02       | \$8.05         |
| Asociado + hijos   | \$3.75       | \$7.50         |
| Familiar           | \$5.73       | \$11.47        |

## Planes Suplementarios de Indemnización Fija\*

| TARIFAS            | PLAN ESTÁNDAR |                | PLAN PREFERIDO |                |
|--------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|
|                    | Semanalmente  | Quincenalmente | Semanalmente   | Quincenalmente |
| Asociado solamente | \$13.50       | \$27.00        | \$17.84        | \$35.68        |
| Asociado + cónyuge | \$27.85       | \$55.71        | \$38.16        | \$76.32        |
| Asociado + hijos   | \$22.83       | \$45.67        | \$30.78        | \$61.56        |
| Familiar           | \$37.19       | \$74.38        | \$51.10        | \$102.20       |

\*Las deducciones por estos beneficios se harán antes de impuestos.



# APORTES DE LOS ASOCIADOS EN 2025, CONTINUACIÓN

## Plan Alto de Discapacidad a Corto Plazo (STD)

| TARIFAS            | SEMANALMENTE | QUINCENALMENTE |
|--------------------|--------------|----------------|
| Asociado solamente | \$11.72      | \$23.45        |

## Plan Bajo de Discapacidad a Corto Plazo (STD)

| TARIFAS            | SEMANALMENTE | QUINCENALMENTE |
|--------------------|--------------|----------------|
| Asociado solamente | \$6.36       | \$12.72        |

## Plan Alto por Enfermedad Crítica

| TARIFAS            | SEMANALMENTE | QUINCENALMENTE |
|--------------------|--------------|----------------|
| Asociado solamente | \$4.92       | \$9.84         |
| Asociado + cónyuge | \$7.38       | \$14.76        |
| Asociado + hijos   | \$4.92       | \$9.84         |
| Familiar           | \$7.38       | \$14.76        |

## Plan Bajo por Enfermedad Crítica

| TARIFAS            | SEMANALMENTE | QUINCENALMENTE |
|--------------------|--------------|----------------|
| Asociado solamente | \$2.46       | \$4.92         |
| Asociado + cónyuge | \$3.69       | \$7.38         |
| Asociado + hijos   | \$2.46       | \$4.92         |
| Familiar           | \$3.69       | \$7.38         |

## Plan Alto por Accidentes

| TARIFAS            | SEMANALMENTE | QUINCENALMENTE |
|--------------------|--------------|----------------|
| Asociado solamente | \$2.23       | \$4.46         |
| Asociado + cónyuge | \$4.86       | \$9.72         |
| Asociado + hijos   | \$4.86       | \$9.72         |
| Familiar           | \$7.49       | \$14.98        |

## Plan Bajo por Accidentes

| TARIFAS            | SEMANALMENTE | QUINCENALMENTE |
|--------------------|--------------|----------------|
| Asociado solamente | \$0.98       | \$1.96         |
| Asociado + cónyuge | \$2.21       | \$4.42         |
| Asociado + hijos   | \$2.21       | \$4.42         |
| Familiar           | \$3.44       | \$6.88         |

## Plan Alto por Seguro de Vida y por Muerte Accidental y Desmembramiento

| TARIFAS            | SEMANALMENTE | QUINCENALMENTE |
|--------------------|--------------|----------------|
| Asociado solamente | \$3.95       | \$7.90         |
| Asociado + cónyuge | \$4.31       | \$8.62         |
| Asociado + hijos   | \$4.31       | \$8.62         |
| Familiar           | \$4.31       | \$8.62         |

## Plan Bajo por Seguro de Vida y por Muerte Accidental y Desmembramiento

| TARIFAS            | SEMANALMENTE | QUINCENALMENTE |
|--------------------|--------------|----------------|
| Asociado solamente | \$2.63       | \$5.26         |
| Asociado + cónyuge | \$2.99       | \$5.98         |
| Asociado + hijos   | \$2.99       | \$5.98         |
| Familiar           | \$2.99       | \$5.98         |

## Plan de Indemnización Hospitalaria

| TARIFAS            | SEMANALMENTE | QUINCENALMENTE |
|--------------------|--------------|----------------|
| Asociado solamente | \$2.08       | \$4.16         |
| Asociado + cónyuge | \$4.16       | \$8.32         |
| Asociado + hijos   | \$3.34       | \$6.67         |
| Familiar           | \$5.41       | \$10.83        |



# APORTES DE LOS ASOCIADOS EN 2025, CONTINUACIÓN

## Plan de Detección del Cáncer

| TARIFAS                              | SEMANALMENTE | QUINCENALMENTE |
|--------------------------------------|--------------|----------------|
| Empleado solamente: Menor de 50 años | \$4.15       | \$8.30         |
| Empleado + cónyuge: Menor de 50 años | \$8.30       | \$16.60        |
| Empleado solamente: 50-64            | \$5.08       | \$10.16        |
| Empleado + cónyuge: 50-64            | \$10.16      | \$20.32        |
| Empleado solamente: Mayor de 65 años | \$6.00       | \$12.00        |
| Empleado + cónyuge: Mayor de 65 años | \$12.00      | \$24.00        |

## Protección contra el robo de identidad

| TARIFAS            | SEMANALMENTE | QUINCENALMENTE |
|--------------------|--------------|----------------|
| Asociado solamente | \$2.07       | \$4.14         |
| Asociado + cónyuge | \$3.45       | \$6.90         |
| Asociado + hijos   | \$3.45       | \$6.90         |
| Familiar           | \$3.45       | \$6.90         |

Para obtener más información sobre todos los servicios de valor añadido y los recursos adicionales que tiene a su disposición, consulte los enlaces de socios proveedores a continuación. Tenga en cuenta que los servicios de valor añadido que figuran a continuación no son beneficios que se deduzcan de la nómina.

**Welcome+ Telemedicine:** Para acceder a las visitas virtuales de telemedicina médica y de salud conductual, así como acceso a descuentos dentales y otros descuentos de atención médica, favor de visitar [enroll.getwelcomeplus.com](https://enroll.getwelcomeplus.com) para registrarse.

**Telemedicina MeMD:** Para acceder a las visitas virtuales de telemedicina para salud médica y conductual, visite [patient.memd.me](https://patient.memd.me) para registrarse y programar una cita con un médico.

**Tarjeta de medicamentos de Optum Perks:** Si está inscrito en los planes de indemnización fija, visite el enlace siguiente para obtener más información sobre los descuentos en medicamentos recetados que pueden estar disponibles en su localidad: [flimp.live/TBAOptumPerks](https://flimp.live/TBAOptumPerks)

**Descuentos para empleados:** Para obtener información sobre los descuentos corporativos disponibles a través del Centro de Descuentos, visite el sitio web: [discountmember.lifecare.com](https://discountmember.lifecare.com) (código de registro: trueblue).

Además, para obtener información sobre los descuentos para empresas disponibles a través del mercado de descuentos MyLife, visite: [trueblue.savings.workingadvantage.com](https://trueblue.savings.workingadvantage.com)

**Seguro para automóviles y para el hogar de Farmers:** Para conocer el conjunto de descuentos en su cobertura, visite el sitio web: [myautohome.farmers.com](https://myautohome.farmers.com)

**Plan Legal de MetLaw:** Para acceder de forma asequible a una red de abogados que pueden asistirlo en una serie de necesidades legales, visite el sitio web: [legalplans.com](https://legalplans.com). Existe un plazo abreviado para inscribirse en MetLaw. Para obtener más detalles, visite el sitio web: [flimp.live/TBALegalSummary](https://flimp.live/TBALegalSummary)

Los planes voluntarios son pólizas individuales y no se consideran planes patrocinados o avalados por su empleador. Hable con un asesor de beneficios profesional para obtener más información sobre las opciones de planes que mejor se adaptan a sus necesidades.

# 2025 Aviso Anual

TrueBlue, Inc.

*Empleados de EE. UU.*

***Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley Federal le da más opciones sobre su cobertura para medicamentos prescritos. Por favor vea la página 7-10 para obtener más detalles.***



## Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite [www.cuidadodesalud.gov](http://www.cuidadodesalud.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite [espanol.insurekidsnow.gov/](http://espanol.insurekidsnow.gov/) para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

---

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

| ALABAMA – Medicaid                                                                                                | ALASKA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sitio web: <a href="http://myalh Hipp.com">http://myalh Hipp.com</a><br>Teléfono: 1-855-692-5447                  | El Programa de Pago de AK primas del seguro médico<br>Sitio web: <a href="http://myakh Hipp.com">http://myakh Hipp.com</a><br>Teléfono: 1-866-251-4861<br>Por correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a><br>Elegibilidad de Medicaid:<br><a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a> |
| ARKANSAS – Medicaid                                                                                               | CALIFORNIA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Sitio web: <a href="http://myarh Hipp.com/">http://myarh Hipp.com/</a><br>Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447) | Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program<br>Sitio web: <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a><br>Teléfono: 916-445-8322<br>Fax: 916-440-5676<br>Por correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>                                                                                                                                                     |

| <b>COLORADO – Health First Colorado<br/>(Programa Medicaid de Colorado) y Child<br/>Health Plan Plus (CHP+)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>FLORIDA – Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Sitio web de Health First Colorado:<br/> <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/es">https://www.healthfirstcolorado.com/es</a><br/>           Centro de atención al cliente de Health First Colorado:<br/>           1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711<br/>           CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a><br/>           Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor<br/>           del estado: 711<br/>           Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas<br/>           en inglés): <a href="https://www.mychohibi.com/">https://www.mychohibi.com/</a><br/>           Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p> | <p>Sitio web:<br/> <a href="https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html</a><br/>           Teléfono: 1-877-357-3268</p>                                                                                                                                                                                                                |
| <b>GEORGIA – Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>INDIANA – Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Sitio web de GA HIPP:<br/> <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a><br/>           Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1<br/>           Sitio web de GA CHIPRA:<br/> <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a><br/>           Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2</p>                                                                                                                               | <p>Programa de pago de primas de seguro de salud<br/>           Todos los demás son Medicaid<br/>           Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a><br/> <a href="https://www.in.gov/fssa/dfp">https://www.in.gov/fssa/dfp</a><br/>           Administración de familias y servicios sociales<br/>           Teléfono: 1-800-403-0864<br/>           Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584</p> |
| <b>IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>KANSAS – Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>Sitio web de Medicaid:<br/> <a href="https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid">https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid</a><br/>           Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366<br/>           Sitio web de Hawki: <a href="https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki">https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki</a><br/>           Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563<br/>           Sitio web de HIPP: <a href="https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp">https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp</a><br/>           Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562</p>                                                 | <p>Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a><br/>           Teléfono: 1-800-792-4884<br/>           Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>KENTUCKY - Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>LOUISIANA – Medicaid</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium<br/>           Payment Program (KI-HIPP):<br/> <a href="https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a><br/>           Teléfono: 1-855-459-6328<br/>           Por correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPPPROGRAM@ky.gov">KIHIPPPROGRAM@ky.gov</a><br/>           Sitio web de KCHIP:<br/> <a href="https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx">https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx</a><br/>           Teléfono: 1-877-524-4718<br/>           Sitio web de Medicaid de Kentucky:<br/> <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms">https://chfs.ky.gov/agencies/dms</a></p>                   | <p>Sitio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a><br/>           Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>                                                                                                                                                                                                         |

| MAINE – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Sitio web por inscripción:<br/> <a href="https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US">https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</a><br/> Teléfono: 1-800-442-6003<br/> TTY: Maine relay 711<br/> Página web por primos de seguro de salud privado:<br/> <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a><br/> Teléfono: 1-800-977-6740<br/> TTY: Maine relay 711</p> | <p>Sitio web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a><br/> Teléfono: 1-800-862-4840<br/> TTY: 711<br/> Por correo electrónico: <a href="mailto:masspremassistance@accenture.com">masspremassistance@accenture.com</a></p>                                                                                                                                                               |
| MINNESOTA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | MISSOURI – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>Sitio web: <a href="https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/">https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/</a><br/> Teléfono: 1-800-657-3672</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Sitio web:<br/> <a href="https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a><br/> Teléfono: 573-751-2005</p>                                                                                                                                                                                                                                                      |
| MONTANA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NEBRASKA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>Sitio web:<br/> <a href="https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a><br/> Teléfono: 1-800-694-3084<br/> Por correo electrónico: <a href="mailto:HSHIPPPProgram@mt.gov">HSHIPPPProgram@mt.gov</a></p>                                                                                                                                                                                                     | <p>Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a><br/> Teléfono: 1-855-632-7633<br/> Lincoln: 402-473-7000<br/> Omaha: 402-595-1178</p>                                                                                                                                                                                                                                                 |
| NEVADA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcfp.nv.gov">http://dhcfp.nv.gov</a><br/> Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a><br/> Teléfono: 603-271-5218<br/> Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218<br/> Por correo electrónico: <a href="mailto:DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov">DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</a></p> |
| NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NUEVA YORK – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Sitio web de Medicaid:<br/> <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a><br/> Teléfono: 1-800-356-1561<br/> Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392<br/> Sitio web de CHIP:<br/> <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a><br/> Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)</p>                                 | <p>Sitio web: <a href="https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a><br/> Teléfono: 1-800-541-2831</p>                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| CAROLINA DEL NORTE – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DAKOTA DEL NORTE – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov">https://medicaid.ncdhhs.gov</a><br/> Teléfono: 919-855-4100</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Sitio web: <a href="http://www.hhs.nd.gov/healthcare">http://www.hhs.nd.gov/healthcare</a><br/> Teléfono: 1-844-854-4825</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| OKLAHOMA – Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | OREGON – Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a><br>Teléfono – 1-888-365-3742                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sitio web: <a href="https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx">https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx</a><br>Teléfono: 1-800-699-9075                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| PENSILVANIA – Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Sitio web: <a href="https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html">https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html</a><br>Teléfono: 1-800-692-7462<br>Sitio web de CHIP:<br><a href="https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html">https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html</a><br>Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437) | Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a><br>Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| CAROLINA DEL SUR – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DAKOTA DEL SUR – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a><br>Teléfono: 1-888-549-0820                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a><br>Teléfono: 1-888-828-0059                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| TEXAS – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | UTAH– Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Sitio web: <a href="https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico">https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico</a><br>Teléfono: 1-800-440-0493                                                                                                                                                                                       | Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP)<br>Sitio web: <a href="https://medicaid.utah.gov/upp/">https://medicaid.utah.gov/upp/</a><br>Por correo electrónico: <a href="mailto:upp@utah.gov">upp@utah.gov</a><br>Teléfono: 1-888-222-2542<br>Sitio web de expansión para adultos:<br><a href="https://medicaid.utah.gov/expansion/">https://medicaid.utah.gov/expansion/</a><br>Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah:<br><a href="https://medicaid.utah.gov/buyout-program/">https://medicaid.utah.gov/buyout-program/</a><br>Sitio web de CHIP: <a href="https://chip.utah.gov/espanol/">https://chip.utah.gov/espanol/</a> |
| VERMONT – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | VIRGINIA – Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Sitio web:<br><a href="https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program">https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program</a><br>Teléfono: 1-800-250-8427                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Sitio web:<br><a href="https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select">https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select</a><br><a href="https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs">https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs</a><br>Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924                                                                                                                                                                   |
| WASHINGTON – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Sitio web: <a href="http://www.hca.wa.gov">http://www.hca.wa.gov</a><br>Teléfono: 1-800-562-3022                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sitio web: <a href="https://dhhr.wv.gov/bms/">https://dhhr.wv.gov/bms/</a><br><a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a><br>Teléfono de Medicaid: 304-558-1700<br>Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| WISCONSIN – Medicaid y CHIP                                                                                                                                            | WYOMING – Medicaid                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sitio web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a><br>Teléfono: 1-800-362-3002 | Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a><br>Teléfono: 1-800-251-1269 |

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.  
 Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados  
[www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol](http://www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol)  
 1-866-444-EBSA (3272)

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

### Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

## Aviso de inscripción especial de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro médico o cobertura colectiva del plan de salud, es posible que puedan inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador detiene las contribuciones a su otra cobertura o a la otra cobertura de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la otra cobertura de sus dependientes (o después de que el empleador detenga las contribuciones a la otra cobertura).

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

Por último, usted o sus dependientes pueden tener derechos especiales de inscripción si se pierde la cobertura de Medicaid o un programa de seguro médico estatal (Programa estatal de seguro médico para niños [State Children's Health Insurance Program, SCHIP]), o cuando usted o sus dependientes obtengan la elegibilidad para la asistencia para las primas estatales. Tiene 60 días a partir de la ocurrencia de uno de estos eventos para notificar a la compañía e inscribirse en el plan.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Beneficios para Asociados en [AssociateBenefits@trueblue.com](mailto:AssociateBenefits@trueblue.com) o déjenos un mensaje de voz al (253) 680-8443.

## Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998

¿Sabía que su plan, según lo exige la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA) de 1998, ofrece beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y complicaciones resultantes, incluido el linfedema? Comuníquese con el proveedor de su plan médico principal para obtener más información.

## Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres (Newborns and Mothers' Health Protection Act, NMHPA)

Por lo general, los planes colectivos de salud y los emisores de seguros de salud, no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios relacionados con el parto o el recién nacido de la duración de la estadía en el hospital a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dar de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para ordenar una estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

## Aviso de la USERRA

Su derecho a continuar participando en el plan durante los permisos por servicio militar activo está protegido por la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, USERRA). En consecuencia, si se ausenta del trabajo debido a un período de servicio activo en el ejército por menos de 31 días, su participación en el plan no será interrumpida.

Si no elige seguir participando en el plan durante una ausencia por servicio militar de más de 31 días, usted y los miembros de su familia cubiertos tendrán la oportunidad de elegir la cobertura de continuación de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) solo bajo la póliza de seguro médico para un período de 24 meses (período de 18 meses si eligió la cobertura antes del 10 de diciembre de 2004), que comienza el primer día de su permiso de ausencia. Debe pagar las primas de la cobertura de continuación con fondos después de impuestos, sujeto a las reglas que se establecen en ese plan.

## Ley de permiso médico familiar

Un empleado elegible puede tomar hasta 12 semanas de permiso no remunerado y con protección laboral dentro de un período de 12 meses. La Ley de Permiso Médico Familiar (Family Medical Leave Act, FMLA) brinda protección laboral y de beneficios para las personas que se encuentran en un permiso calificado por la FMLA.

El permiso puede tomarse por las siguientes razones:

- El nacimiento o colocación de un niño para adopción o cuidado de acogida temporal.
- La vinculación emocional con un niño (el permiso debe tomarse dentro de un año del nacimiento o la colocación del niño).
- El cuidado del cónyuge, hijo o padre del empleado, que tenga una afección de salud calificada como grave.
- Cuidado de la afección de salud que califique como grave del propio empleado, que haga que no pueda realizar su trabajo.
- Exigencias de calificación relacionadas con el despliegue en el extranjero de un miembro militar que sea el cónyuge, hijo o padre del empleado.

Un empleado elegible es alguien que haya trabajado para el empleador durante al menos 12 meses, que haya trabajado al menos 1,250 horas en un período definido de 12 meses y que trabaje en un lugar con al menos 50 empleados dentro de un radio de 75 millas.

Un empleado elegible que sea cónyuge, hijo, padre o familiar cercano cubierto de un miembro del servicio puede ser elegible para hasta 26 semanas de permiso de la FMLA en un solo período de 12 meses en caso de lesión o enfermedad grave del miembro del servicio.

Los empleados que deseen tomar un permiso de la FMLA deben avisar con 30 días de anticipación cuando la necesidad sea previsible y dicho aviso sea práctico. Cuando no sea posible avisar con anticipación, el empleado debe notificar al empleador lo antes posible; generalmente, el mismo día o el día hábil siguiente en que al empleado le surja la necesidad del permiso. No realizar la notificación cuando el permiso sea previsible puede descalificar al empleado de tomar el permiso hasta 30 días después de que se haya entregado la notificación.

Un empleador debe notificar a un empleado sobre sus derechos y responsabilidades bajo la FMLA. Los empleadores también pueden exigir una certificación de la necesidad de un permiso.

Comuníquese con Recursos Humanos si tiene alguna pregunta.

## Aviso de indemnización fija

PLAN DE INDEMNIZACIÓN FIJA ESTÁNDAR: NO ES UNA COBERTURA DE SALUD CALIFICATIVA ("COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA") QUE CUMPLA CON EL REQUISITO DE COBERTURA DE SALUD DE LA LEY DE CUIDADO ASEQUIBLE. SI NO TIENE LA COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL, ES POSIBLE QUE DEBA UN PAGO ADICIONAL CON SUS IMPUESTOS.

PLAN DE INDEMNIZACIÓN FIJA PREFERENCIAL: NO ES UNA COBERTURA DE SALUD CALIFICATIVA ("COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA") QUE CUMPLA CON EL REQUISITO DE COBERTURA DE SALUD DE LA LEY DE CUIDADO ASEQUIBLE. SI NO TIENE LA COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL, ES POSIBLE QUE DEBA UN PAGO ADICIONAL CON SUS IMPUESTOS.

# Aviso de cobertura acreditable de Medicare

## Aviso importante de TrueBlue, Inc. sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare:

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

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como una organización para el mantenimiento de la salud [Health Maintenance Organization, HMO] o una organización de proveedores preferidos [Preferred Provider Organization, PPO]) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. TrueBlue, Inc. determinó que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan médico principal, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

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

Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados sin que sea su culpa, también será elegible para un período de inscripción especial (Special Enrollment Period, SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de TrueBlue, Inc. se verá afectada. Las personas elegibles para Medicare pueden mantener esta cobertura si eligen la Parte D, y este plan se coordinará con la cobertura de la Parte D. Consulte su resumen de beneficios detallado para conocer la información de su plan de medicamentos recetados. Consulte las páginas 7 - 9 de la guía de divulgación de cobertura acreditable de los Centros de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid, CMS) para personas elegibles para la Parte D de Medicare (disponible en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>), que describe las disposiciones u opciones del plan de medicamentos recetados que las personas elegibles para Medicare pueden tener a su disposición cuando son elegibles para la Parte D de Medicare.

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

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

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

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1 % al mes de la prima del beneficiario principal de Medicare por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser constantemente al menos un 19 % más alta que la prima del beneficiario principal de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. También es posible que deba esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

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

Comuníquese con la persona que figura a continuación para obtener más información. **NOTA:** recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura a través de TrueBlue, Inc. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

# Cobertura acreditable de Medicare

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

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". De parte de Medicare, recibirá una copia del manual por correo todos los años. También, es posible que los responsables de los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen con usted directamente.

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

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el número de teléfono de la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted") para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teletipo (Teletypewriter, TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Si su ingresos y recursos son limitados, tiene a su disposición ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov), o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**Recuerde: conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba entregar una copia de este aviso al momento de la inscripción para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado a pagar una prima más alta (una multa).**

Contacto--cargo/oficina: Recursos Humanos

Dirección: 1015 A Street; Tacoma, WA. 98402

Número de teléfono: 253-383-9101

Formulario CMS 10182-CC

Actualizado el 1 de abril de 2011

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, no se exige que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0990. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima inicialmente en un promedio de 8 horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado 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.

# Aviso de cobertura acreditable de Medicare

## Aviso importante de TrueBlue, Inc. sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare:

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

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como una HMO o una PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. TrueBlue, Inc. determinó que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan Enhanced Major Medical HSA, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

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

Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados, sin que sea su culpa, también será elegible para un período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de TrueBlue, Inc. se verá afectada. Las personas elegibles para Medicare pueden mantener esta cobertura si eligen la Parte D, y este plan se coordinará con la cobertura de la Parte D. Consulte su resumen de beneficios detallado para conocer la información de su plan de medicamentos recetados. Consulte las páginas 7 - 9 de la guía de divulgación de cobertura acreditable de los CMS para personas elegibles para la Parte D de Medicare (disponible en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>), que describe las disposiciones u opciones del plan de medicamentos recetados que las personas elegibles para Medicare pueden tener a su disposición cuando son elegibles para la Parte D de Medicare.

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

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

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

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1 % al mes de la prima del beneficiario principal de Medicare por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser constantemente al menos un 19 % más alta que la prima del beneficiario principal de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. También, es posible que deba esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

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

Comuníquese con la persona que figura a continuación para obtener más información. **NOTA:** recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura a través de TrueBlue, Inc. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

## Cobertura acreditable de Medicare

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

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". De parte de Medicare, recibirá una copia del manual por correo todos los años. También es posible que los responsables de los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen con usted directamente.

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

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el número de teléfono de la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted") para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si su ingresos y recursos son limitados, tiene a su disposición ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov), o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**Recuerde: conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba entregar una copia de este aviso al momento de la inscripción para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado a pagar una prima más alta (una multa).**

Contacto--cargo/oficina: Recursos Humanos

Dirección: 1015 A Street; Tacoma, WA. 98402

Número de teléfono: 253-383-9101

Formulario CMS 10182-CC

Actualizado el 1 de abril de 2011

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se exige que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0990. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima inicialmente en un promedio de 8 horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado 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.

# Derechos de continuación de cobertura bajo la COBRA

## Introducción

Usted recibió este aviso porque recientemente obtuvo una cobertura bajo un plan colectivo de salud (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de la COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la continuación de la cobertura de la COBRA, su disponibilidad para usted y su familia, y lo que debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando se vuelve elegible para la COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura, que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de la COBRA.

El derecho a la continuación de la cobertura de la COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985. La continuación de la cobertura de la COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando termina la cobertura colectiva de salud. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y sobre la ley federal, debe revisar la descripción resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

**Es posible que disponga de otras opciones cuando pierda la cobertura colectiva de salud.** Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros médicos. Al inscribirse en una cobertura del mercado, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de desembolso personal más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días de otro plan colectivo de salud para el cual sea elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

## ¿Qué es la continuación de la cobertura de la COBRA?

La continuación de la cobertura de la COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, finalizaría debido a un evento de la vida, lo cual también se denomina "evento de calificación". Los eventos específicos de calificación se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento de calificación, se debe ofrecer la continuación de la cobertura de la COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura del Plan se pierde debido al evento de calificación. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura de la COBRA deben pagar esa continuación.

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

- Sus horas de trabajo se reducen, o
- su empleo termina por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte.

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

- Fallecimiento de su cónyuge.
- Reducción de las horas laborales de su cónyuge.
- Finalización del empleo de su cónyuge por cualquier motivo distinto a una falta grave de su parte.
- Adquisición de derechos a los beneficios de Medicare de parte de su cónyuge (según la Parte A, Parte B o ambas).
- Divorcio o separación legal de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos de calificación:

- Fallecimiento del padre-empleado.
- Reducción de las horas laborales del padre-empleado.
- Finalización del empleo del padre-empleado por cualquier motivo distinto a una falta grave de su parte.
- Adquisición de derechos a los beneficios de Medicare del padre-empleado (según la Parte A, Parte B o ambas).
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura según el Plan como "hijo dependiente".

## ¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura de la COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de la COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el administrador del Plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento de calificación. El empleador debe notificar al administrador del Plan de los siguientes eventos de calificación:

- Finalización del empleo o reducción de las horas laborales.
- Fallecimiento del empleado.

**Para todos los demás eventos de calificación (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a la ocurrencia del evento de calificación.**

# Derechos de continuación de cobertura bajo la COBRA (continuación)

## ¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura de la COBRA?

Cuando el administrador del Plan reciba el aviso de que ha ocurrido un evento de calificación, se ofrecerá la continuación de la cobertura de la COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados, quienes tendrán el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de la misma. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de la COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura de la COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura de la COBRA es una continuación temporal de la cobertura, que generalmente dura 18 meses, debido a la finalización del empleo o la reducción de las horas laborales. Algunos eventos de calificación, o un segundo evento de calificación durante el período inicial de la cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que se puede extender este período de 18 meses de continuación de la cobertura de la COBRA:

### Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la continuación de la cobertura de la COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o una persona de su familia cubierta por el Plan tiene una discapacidad y usted notifica al administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura de la COBRA por un máximo de 29 meses. La discapacidad debería haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura de la COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de la cobertura de esta.

### Segunda extensión por evento de calificación del período de continuación de cobertura de 18 meses

Si su familia experimenta otro evento de calificación durante los 18 meses de la continuación de la cobertura de la COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de la continuación de la cobertura de la COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento de calificación. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de la cobertura de la COBRA si el empleado o ex empleado fallece (tiene el derecho a los beneficios de Medicare, según la Parte A, la Parte B o ambas), se divorcia o se separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible, según el Plan, como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento de calificación hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento de calificación.

## ¿Existen otras opciones de cobertura además de la continuación de la cobertura de la COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura de la COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de cobertura de planes colectivos de salud (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura de la COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

## En caso de que tenga preguntas

Las preguntas sobre su Plan o sus derechos de continuación de la cobertura de la COBRA deben dirigirse al contacto identificado a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), incluida la COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible, y otras leyes que afectan los planes colectivos de salud, comuníquese con la Oficina Regional o Distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (Employee Benefits Security Administration, EBSA) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. en su área o visite [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) (las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de la EBSA están disponibles en el sitio web de la EBSA). Para obtener más información sobre el mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

## Mantenga su plan informado de los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También, debe guardar una copia para sus registros de cualquier aviso que envíe al administrador del Plan.

## Información de contacto del Plan

TrueBlue, Inc.  
Associate Benefits Department  
1015 A Street, Tacoma, WA 98402  
Buzón de voz: (253) 680-8443

# Aviso de privacidad de la HIPAA: su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede acceder a esta información. Revísela con atención.

## **Sus derechos**

Tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus registros médicos y reclamaciones.
- Corregir sus registros médicos y reclamaciones.
- Solicitar comunicaciones confidenciales.
- Pedirnos que limitemos la información que divulgamos.
- Obtener una lista de aquellos a quienes hemos divulgado su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

## **Sus opciones**

Tiene algunas opciones referentes a la forma en que usamos y divulgamos la información a medida que:

- Respondemos las preguntas de cobertura de su familia y amigos.
- Proporcionamos auxilio en casos de desastres.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

## **Nuestros usos y divulgaciones**

Podemos usar y divulgar su información a medida que:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe.
- Dirigimos nuestra organización.
- Pagamos por sus servicios médicos.
- Administramos su plan de salud.
- Ayudamos con problemas de salud y seguridad pública.
- Realizamos investigaciones.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajamos con un médico forense o director de funeraria.
- Abordamos las solicitudes de compensación para trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

## **Sus derechos**

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

### **Obtener una copia de los registros médicos y reclamaciones**

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos, reclamaciones y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud, por una tarifa razonable basada en el costo.

### **Pedirnos que corrijamos los registros médicos y reclamaciones**

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros médicos y reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos como hacerlo.
- Podemos denegar su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, llamando al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos aprobarlas si nos informa que estaría en peligro si no lo hacemos.

### **Pedirnos que limitemos lo que usamos o divulgamos**

- Puede pedirnos que no usemos ni divulguemos cierta información médica para el tratamiento o pago ni para realizar nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos denegarla si esto afecta su atención.

### **Obtener una copia de este aviso de privacidad**

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de forma electrónica. Le entregaremos una copia impresa a la brevedad.

# Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades — Continuación

## Elegir a alguien que actúe en su nombre

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

## Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que violamos sus derechos al comunicarse con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20211, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

## Sus opciones

En el caso de cierta información médica, puede decirnos sus opciones sobre lo que divulgamos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo divulgamos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Infórmenos lo que desea que hagamos y cumpliremos sus instrucciones.

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

- Divulguemos la información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Divulguemos la información en una situación de auxilio en caso de desastres.

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

En estos casos nunca divulgaremos su información, a menos que nos otorgue su permiso por escrito:

- Fines de mercadeo.
- Venta de su información.

## Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o divulgamos normalmente su información médica?

Por lo general, usamos o divulgamos su información médica de las siguientes maneras:

### Para ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

- Podemos usar su información médica y divulgarla a los profesionales que lo estén tratando.  
Ejemplo: un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

### Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No podemos usar la información genética para decidir si cubriremos su caso y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.  
Ejemplo: usamos su información médica para crear mejores servicios para usted.

### Pagar por sus servicios médicos

- Podemos usar y divulgar su información médica mientras pagamos por sus servicios médicos.  
Ejemplo: divulgamos su información a su plan dental para coordinar el pago de sus trabajos dentales.

### Administrar su plan

- Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.  
Ejemplo: su compañía tiene un contrato con nosotros para proporcionarle un plan de salud y le entregamos ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

## ¿De qué otra manera podemos usar o divulgar su información médica?

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

## Ayuda con problemas de salud y seguridad pública

Podemos divulgar su información médica en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos.
- Informe de reacciones adversas a medicamentos.
- Informe de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades — Continuación

### Realizar investigaciones

- Podemos usar o divulgar su información en casos de investigaciones de salud.

### Cumplir la ley

Divulgaremos su información si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso al Departamento de Salud y Servicios Humanos si desean ver que estamos cumpliendo la ley federal de privacidad.

### Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos divulgar su información médica a organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos divulgar su información médica a un médico forense, examinador médico o director funerario cuando una persona fallezca.

### Abordar las solicitudes de compensación para trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o divulgar su información médica:

- Para reclamaciones de compensación laboral.
- Para fines de cumplimiento de la ley, o con un oficial de cumplimiento de la ley.
- Para agencias de supervisión médica para actividades autorizadas por ley.
- Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, seguridad nacional y protección presidencial.

### Responder a demandas y acciones legales

Podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

### Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia.
- No usaremos ni divulgaremos su información de otra manera que no sea como se describe aquí, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

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

### Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud en nuestro sitio web y le enviaremos una copia por correspondencia.

|                                    |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| Nombre del empleador:              | TrueBlue                              |
| Estado de ubicación del empleador: | Washington                            |
| Nombre del emisor:                 | UnitedHealthcare                      |
| Nombre del plan de mercadeo:       | Minimum Essential Coverage (MEC) Plan |
| Año del plan:                      | 2025                                  |

**Diez (10) categorías de beneficios esenciales de salud (Essential Health Benefit, EHB):**

- Servicios para pacientes ambulatorios (atención ambulatoria que recibe sin que le hayan dado ingreso en un hospital)
- Servicios de emergencia
- Hospitalización (como cirugía y estancias nocturnas)
- Servicios de laboratorio
- Servicios de salud mental (Mental Health, MH) y trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD), incluido el tratamiento de salud del comportamiento (esto incluye asesoramiento y psicoterapia)
- Servicios pediátricos, incluida la atención bucal y de la vista (pero la cobertura dental y de la vista para adultos no son beneficios de salud esenciales)
- Embarazo, maternidad y atención al recién nacido (tanto antes como después del nacimiento)
- Medicamentos con receta
- Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o afecciones crónicas a obtener o recuperar habilidades mentales y físicas)

**Listado de beneficios esenciales de salud de Illinois (EHB) 2020-2025 (P.A. 102-0630)**

| Ítem | Beneficios de EHB                                                                                           | Categorías de EHB        | Página de referencia N.º de referencia | ¿Beneficio cubierto por el plan del empleador? |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1    | Lesión accidental - Dental                                                                                  | Ambulatorio              | Págs. 10 y 17                          | No                                             |
| 2    | Inyecciones y pruebas de alergia                                                                            | Ambulatorio              | Pág. 11                                | No                                             |
| 3    | Audífonos osteointegrados                                                                                   | Ambulatorio              | Págs. 17 y 35                          | No                                             |
| 4    | Equipo médico duradero                                                                                      | Ambulatorio              | Pág. 13                                | No                                             |
| 5    | Cuidados paliativos                                                                                         | Ambulatorio              | Pág. 28                                | No                                             |
| 6    | Tratamientos para la infertilidad (fertilidad)                                                              | Ambulatorio              | Págs. 23 - 24                          | No                                             |
| 7    | Tarifa del centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)                  | Ambulatorio              | Pág. 21                                | No                                             |
| 8    | Médico de cirugía para pacientes ambulatorios/Servicios quirúrgicos (servicios para pacientes ambulatorios) | Ambulatorio              | Págs. 15 - 16                          | No                                             |
| 9    | Enfermería privada                                                                                          | Ambulatorio              | Págs. 17 y 34                          | No                                             |
| 10   | Prótesis/órtesis                                                                                            | Ambulatorio              | Pág. 13                                | No                                             |
| 11   | Esterilización (vasectomía para hombres)                                                                    | Ambulatorio              | Pág. 10                                | No                                             |
| 12   | Trastorno de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint Disorder, TMJ)                      | Ambulatorio              | Págs. 13 y 24                          | No                                             |
| 13   | Servicios de la sala de emergencia (incluye emergencias de MH/SUD)                                          | Servicios de emergencia  | Pág. 7                                 | No                                             |
| 14   | Transporte/ambulancia de emergencia                                                                         | Servicios de emergencia  | Págs. 4 y 17                           | No                                             |
| 15   | Cirugía bariátrica (obesidad)                                                                               | Hospitalización          | Pág. 21                                | No                                             |
| 16   | Reconstrucción mamaria después de la mastectomía                                                            | Hospitalización          | Págs. 24 - 25                          | No                                             |
| 17   | Cirugía reconstructiva                                                                                      | Hospitalización          | Págs. 25 - 26 y 35                     | No                                             |
| 18   | Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (por ejemplo, estadía en el hospital)                 | Hospitalización          | Pág. 15                                | No                                             |
| 19   | Centro de enfermería especializada                                                                          | Hospitalización          | Pág. 21                                | No                                             |
| 20   | Trasplantes - Trasplantes de órganos humanos (transporte y alojamiento incluidos)                           | Hospitalización          | Págs. 18 y 31                          | No                                             |
| 21   | Servicios de diagnóstico                                                                                    | Servicios de laboratorio | Págs. 6 y 12                           | No                                             |
| 22   | Agente de reversión de opioides intranasal asociado con prescripciones de opioides                          | MH/SUD                   | Pág. 32                                | No                                             |
| 23   | Tratamiento de salud mental (conductual) (incluyendo el tratamiento para pacientes hospitalizados)          | MH/SUD                   | Págs. 8 - 9, 21                        | No                                             |
| 24   | Tratamiento asistido médicamente con opioides (Opioid Medically Assisted Treatment, MAT)                    | MH/SUD                   | Pág. 21                                | No                                             |

|    |                                                                                                               |                                                           |                                                    |                                                                                                                                         |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25 | Trastornos por consumo de sustancias (incluyendo el tratamiento para pacientes hospitalizados)                | MH/SUD                                                    | Págs. 9 y 21                                       | No                                                                                                                                      |
| 26 | Telepsiquiatría                                                                                               | MH/SUD                                                    | Pág. 11                                            | No                                                                                                                                      |
| 27 | Medicamentos antiinflamatorios de uso tópico para el dolor agudo y crónico                                    | MH/SUD                                                    | Pág. 32                                            | No                                                                                                                                      |
| 28 | Atención dental pediátrica                                                                                    | Cuidado pediátrico bucal y de la vista                    | Consulte el documento dental pediátrico de AllKids | No                                                                                                                                      |
| 29 | Cobertura pediátrica de la vista                                                                              | Cuidado pediátrico bucal y de la vista                    | Págs. 26 - 27                                      | No                                                                                                                                      |
| 30 | Servicios de maternidad                                                                                       | Embarazo, maternidad y atención al recién nacido          | Págs. 8 y 22                                       | No - but Routine prenatal visits are covered as preventive with no cost sharing. Sonograms are no included in the prenatal requirements |
| 31 | Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios                                                           | Medicamentos con receta                                   | Págs. 29 - 34                                      | Yes                                                                                                                                     |
| 32 | Examen y detección del cáncer colorrectal                                                                     | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 12 y 16                                      | Yes                                                                                                                                     |
| 33 | Servicios para la prevención del embarazo/control de la natalidad                                             | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 13 y 16                                      | Yes                                                                                                                                     |
| 34 | Capacitación y educación para la autogestión de la diabetes                                                   | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 11 y 35                                      | Yes                                                                                                                                     |
| 35 | Suministros para diabéticos para el tratamiento de la diabetes                                                | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 31 - 32                                      | NO                                                                                                                                      |
| 36 | Mamografía - Detección                                                                                        | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 12, 15 y 24                                  | Yes                                                                                                                                     |
| 37 | Osteoporosis - Medición de la masa ósea                                                                       | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 12 y 16                                      | Yes                                                                                                                                     |
| 38 | Pruebas de Papanicolaou/pruebas de antígeno prostático específico/prueba para el control del cáncer de ovario | Servicios preventivos y de bienestar                      | Pág. 16                                            | Si - Pap and Ovarian tests<br>No - Prostate                                                                                             |
| 39 | Servicios de cuidado preventivo                                                                               | Servicios preventivos y de bienestar                      | Pág. 18                                            | Yes                                                                                                                                     |
| 40 | Esterilización (mujeres)                                                                                      | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 10 y 19                                      | Yes                                                                                                                                     |
| 41 | Manipulación quiropráctica y osteopática                                                                      | Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación | Págs. 12 - 13                                      | No                                                                                                                                      |
| 42 | Servicios de habilitación y rehabilitación                                                                    | Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación | Págs. 8, 9, 11, 12, 22 y 35                        | No                                                                                                                                      |

**Nota especial:** En virtud de la Ley Pública 102-0104, vigente desde el 22 de julio de 2021, cualquier EHB enumerado anteriormente, que sea clínicamente apropiado y médicamente necesaria su provisión a través de los servicios de telesalud, debe estar cubierto de la misma forma que cuando esos EHB se proveen de manera presencial.

|                                    |                    |
|------------------------------------|--------------------|
| Nombre del empleador:              | TrueBlue           |
| Estado de ubicación del empleador: | Washington         |
| Nombre del emisor:                 | UnitedHealthcare   |
| Nombre del plan de mercadeo:       | Major Medical Plan |
| Año del plan:                      | 2025               |

**Diez (10) categorías de beneficios esenciales de salud (Essential Health Benefit, EHB):**

- Servicios para pacientes ambulatorios (atención ambulatoria que recibe sin que le hayan dado ingreso en un hospital)
- Servicios de emergencia
- Hospitalización (como cirugía y estancias nocturnas)
- Servicios de laboratorio
- Servicios de salud mental (Mental Health, MH) y trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD), incluido el tratamiento de salud del comportamiento (esto incluye asesoramiento y psicoterapia)
- Servicios pediátricos, incluida la atención bucal y de la vista (pero la cobertura dental y de la vista para adultos no son beneficios de salud esenciales)
- Embarazo, maternidad y atención al recién nacido (tanto antes como después del nacimiento)
- Medicamentos con receta
- Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o afecciones crónicas a obtener o recuperar habilidades mentales y físicas)

**Listado de beneficios esenciales de salud de Illinois (EHB) 2020-2025 (P.A. 102-0630)**

| Ítem | Beneficios de EHB                                                                                           | Categorías de EHB        | Página de referencia N.º de referencia | ¿Beneficio cubierto por el plan del empleador? |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1    | Lesión accidental - Dental                                                                                  | Ambulatorio              | Págs. 10 y 17                          | Si                                             |
| 2    | Inyecciones y pruebas de alergia                                                                            | Ambulatorio              | Pág. 11                                | Si                                             |
| 3    | Audífonos osteointegrados                                                                                   | Ambulatorio              | Págs. 17 y 35                          | No                                             |
| 4    | Equipo médico duradero                                                                                      | Ambulatorio              | Pág. 13                                | Si                                             |
| 5    | Cuidados paliativos                                                                                         | Ambulatorio              | Pág. 28                                | Si                                             |
| 6    | Tratamientos para la infertilidad (fertilidad)                                                              | Ambulatorio              | Págs. 23 - 24                          | No                                             |
| 7    | Tarifa del centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)                  | Ambulatorio              | Pág. 21                                | Si                                             |
| 8    | Médico de cirugía para pacientes ambulatorios/Servicios quirúrgicos (servicios para pacientes ambulatorios) | Ambulatorio              | Págs. 15 - 16                          | Si                                             |
| 9    | Enfermería privada                                                                                          | Ambulatorio              | Págs. 17 y 34                          | No                                             |
| 10   | Prótesis/órtesis                                                                                            | Ambulatorio              | Pág. 13                                | Prótesis - Si<br>órtesis - No                  |
| 11   | Esterilización (vasectomía para hombres)                                                                    | Ambulatorio              | Pág. 10                                | Si                                             |
| 12   | Trastorno de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint Disorder, TMJ)                      | Ambulatorio              | Págs. 13 y 24                          | No                                             |
| 13   | Servicios de la sala de emergencia (incluye emergencias de MH/SUD)                                          | Servicios de emergencia  | Pág. 7                                 | Si                                             |
| 14   | Transporte/ambulancia de emergencia                                                                         | Servicios de emergencia  | Págs. 4 y 17                           | Si                                             |
| 15   | Cirugía bariátrica (obesidad)                                                                               | Hospitalización          | Pág. 21                                | No                                             |
| 16   | Reconstrucción mamaria después de la mastectomía                                                            | Hospitalización          | Págs. 24 - 25                          | Si                                             |
| 17   | Cirugía reconstructiva                                                                                      | Hospitalización          | Págs. 25 - 26 y 35                     | Si                                             |
| 18   | Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (por ejemplo, estadía en el hospital)                 | Hospitalización          | Pág. 15                                | Si                                             |
| 19   | Centro de enfermería especializada                                                                          | Hospitalización          | Pág. 21                                | Si                                             |
| 20   | Trasplantes - Trasplantes de órganos humanos (transporte y alojamiento incluidos)                           | Hospitalización          | Págs. 18 y 31                          | Si                                             |
| 21   | Servicios de diagnóstico                                                                                    | Servicios de laboratorio | Págs. 6 y 12                           | Si                                             |
| 22   | Agente de reversión de opioides intranasal asociado con prescripciones de opioides                          | MH/SUD                   | Pág. 32                                | Si                                             |
| 23   | Tratamiento de salud mental (conductual) (incluyendo el tratamiento para pacientes hospitalizados)          | MH/SUD                   | Págs. 8 - 9, 21                        | Si                                             |
| 24   | Tratamiento asistido médicamente con opioides (Opioid Medically Assisted Treatment, MAT)                    | MH/SUD                   | Pág. 21                                | Si                                             |

|    |                                                                                                               |                                                           |                                                    |                                             |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 25 | Trastornos por consumo de sustancias (incluyendo el tratamiento para pacientes hospitalizados)                | MH/SUD                                                    | Págs. 9 y 21                                       | Si                                          |
| 26 | Telepsiquiatría                                                                                               | MH/SUD                                                    | Pág. 11                                            | Si                                          |
| 27 | Medicamentos antiinflamatorios de uso tópico para el dolor agudo y crónico                                    | MH/SUD                                                    | Pág. 32                                            | No                                          |
| 28 | Atención dental pediátrica                                                                                    | Cuidado pediátrico bucal y de la vista                    | Consulte el documento dental pediátrico de AllKids | No                                          |
| 29 | Cobertura pediátrica de la vista                                                                              | Cuidado pediátrico bucal y de la vista                    | Págs. 26 - 27                                      | No                                          |
| 30 | Servicios de maternidad                                                                                       | Embarazo, maternidad y atención al recién nacido          | Págs. 8 y 22                                       | Si                                          |
| 31 | Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios                                                           | Medicamentos con receta                                   | Págs. 29 - 34                                      | Si                                          |
| 32 | Examen y detección del cáncer colorrectal                                                                     | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 12 y 16                                      | Si                                          |
| 33 | Servicios para la prevención del embarazo/control de la natalidad                                             | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 13 y 16                                      | Si                                          |
| 34 | Capacitación y educación para la autogestión de la diabetes                                                   | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 11 y 35                                      | Si                                          |
| 35 | Suministros para diabéticos para el tratamiento de la diabetes                                                | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 31 - 32                                      | No                                          |
| 36 | Mamografía - Detección                                                                                        | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 12, 15 y 24                                  | Si                                          |
| 37 | Osteoporosis - Medición de la masa ósea                                                                       | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 12 y 16                                      | Si                                          |
| 38 | Pruebas de Papanicolaou/pruebas de antígeno prostático específico/prueba para el control del cáncer de ovario | Servicios preventivos y de bienestar                      | Pág. 16                                            | Si - Pap and Ovarian tests<br>No - Prostate |
| 39 | Servicios de cuidado preventivo                                                                               | Servicios preventivos y de bienestar                      | Pág. 18                                            | Si                                          |
| 40 | Esterilización (mujeres)                                                                                      | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 10 y 19                                      | Si                                          |
| 41 | Manipulación quiropráctica y osteopática                                                                      | Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación | Págs. 12 - 13                                      | Si                                          |
| 42 | Servicios de habilitación y rehabilitación                                                                    | Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación | Págs. 8, 9, 11, 12, 22 y 35                        | Si                                          |

**Nota especial:** En virtud de la Ley Pública 102-0104, vigente desde el 22 de julio de 2021, cualquier EHB enumerado anteriormente, que sea clínicamente apropiado y médicamente necesaria su provisión a través de los servicios de telesalud, debe estar cubierto de la misma forma que cuando esos EHB se proveen de manera presencial.

|                                    |                                             |
|------------------------------------|---------------------------------------------|
| Nombre del empleador:              | TrueBlue                                    |
| Estado de ubicación del empleador: | Washington                                  |
| Nombre del emisor:                 | UnitedHealthcare                            |
| Nombre del plan de mercadeo:       | Enhanced Major Medical Plan (HSA Qualified) |
| Año del plan:                      | 2025                                        |

**Diez (10) categorías de beneficios esenciales de salud (Essential Health Benefit, EHB):**

- Servicios para pacientes ambulatorios (atención ambulatoria que recibe sin que le hayan dado ingreso en un hospital)
- Servicios de emergencia
- Hospitalización (como cirugía y estancias nocturnas)
- Servicios de laboratorio
- Servicios de salud mental (Mental Health, MH) y trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD), incluido el tratamiento de salud del comportamiento (esto incluye asesoramiento y psicoterapia)
- Servicios pediátricos, incluida la atención bucal y de la vista (pero la cobertura dental y de la vista para adultos no son beneficios de salud esenciales)
- Embarazo, maternidad y atención al recién nacido (tanto antes como después del nacimiento)
- Medicamentos con receta
- Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o afecciones crónicas a obtener o recuperar habilidades mentales y físicas)

**Listado de beneficios esenciales de salud de Illinois (EHB) 2020-2025 (P.A. 102-0630)**

| Ítem | Beneficios de EHB                                                                                           | Categorías de EHB        | Página de referencia<br>N.º de referencia | ¿Beneficio cubierto<br>por el plan del<br>empleador? |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1    | Lesión accidental - Dental                                                                                  | Ambulatorio              | Págs. 10 y 17                             | Si                                                   |
| 2    | Inyecciones y pruebas de alergia                                                                            | Ambulatorio              | Pág. 11                                   | Si                                                   |
| 3    | Audífonos osteointegrados                                                                                   | Ambulatorio              | Págs. 17 y 35                             | No                                                   |
| 4    | Equipo médico duradero                                                                                      | Ambulatorio              | Pág. 13                                   | Si                                                   |
| 5    | Cuidados paliativos                                                                                         | Ambulatorio              | Pág. 28                                   | Si                                                   |
| 6    | Tratamientos para la infertilidad (fertilidad)                                                              | Ambulatorio              | Págs. 23 - 24                             | No                                                   |
| 7    | Tarifa del centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)                  | Ambulatorio              | Pág. 21                                   | Si                                                   |
| 8    | Médico de cirugía para pacientes ambulatorios/Servicios quirúrgicos (servicios para pacientes ambulatorios) | Ambulatorio              | Págs. 15 - 16                             | Si                                                   |
| 9    | Enfermería privada                                                                                          | Ambulatorio              | Págs. 17 y 34                             | No                                                   |
| 10   | Prótesis/órtesis                                                                                            | Ambulatorio              | Pág. 13                                   | Prótesis - Si<br>órtesis - No                        |
| 11   | Esterilización (vasectomía para hombres)                                                                    | Ambulatorio              | Pág. 10                                   | Si                                                   |
| 12   | Trastorno de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint Disorder, TMJ)                      | Ambulatorio              | Págs. 13 y 24                             | No                                                   |
| 13   | Servicios de la sala de emergencia (incluye emergencias de MH/SUD)                                          | Servicios de emergencia  | Pág. 7                                    | Si                                                   |
| 14   | Transporte/ambulancia de emergencia                                                                         | Servicios de emergencia  | Págs. 4 y 17                              | Si                                                   |
| 15   | Cirugía bariátrica (obesidad)                                                                               | Hospitalización          | Pág. 21                                   | No                                                   |
| 16   | Reconstrucción mamaria después de la mastectomía                                                            | Hospitalización          | Págs. 24 - 25                             | Si                                                   |
| 17   | Cirugía reconstructiva                                                                                      | Hospitalización          | Págs. 25 - 26 y 35                        | Si                                                   |
| 18   | Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (por ejemplo, estadía en el hospital)                 | Hospitalización          | Pág. 15                                   | Si                                                   |
| 19   | Centro de enfermería especializada                                                                          | Hospitalización          | Pág. 21                                   | Si                                                   |
| 20   | Trasplantes - Trasplantes de órganos humanos (transporte y alojamiento incluidos)                           | Hospitalización          | Págs. 18 y 31                             | Si                                                   |
| 21   | Servicios de diagnóstico                                                                                    | Servicios de laboratorio | Págs. 6 y 12                              | Si                                                   |
| 22   | Agente de reversión de opioides intranasal asociado con prescripciones de opioides                          | MH/SUD                   | Pág. 32                                   | Si                                                   |
| 23   | Tratamiento de salud mental (conductual) (incluyendo el tratamiento para pacientes hospitalizados)          | MH/SUD                   | Págs. 8 - 9, 21                           | Si                                                   |
| 24   | Tratamiento asistido médicamente con opioides (Opioid Medically Assisted Treatment, MAT)                    | MH/SUD                   | Pág. 21                                   | Si                                                   |

|    |                                                                                                               |                                                           |                                                    |                                             |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 25 | Trastornos por consumo de sustancias (incluyendo el tratamiento para pacientes hospitalizados)                | MH/SUD                                                    | Págs. 9 y 21                                       | Si                                          |
| 26 | Telepsiquiatría                                                                                               | MH/SUD                                                    | Pág. 11                                            | Si                                          |
| 27 | Medicamentos antiinflamatorios de uso tópico para el dolor agudo y crónico                                    | MH/SUD                                                    | Pág. 32                                            | No                                          |
| 28 | Atención dental pediátrica                                                                                    | Cuidado pediátrico bucal y de la vista                    | Consulte el documento dental pediátrico de AllKids | No                                          |
| 29 | Cobertura pediátrica de la vista                                                                              | Cuidado pediátrico bucal y de la vista                    | Págs. 26 - 27                                      | No                                          |
| 30 | Servicios de maternidad                                                                                       | Embarazo, maternidad y atención al recién nacido          | Págs. 8 y 22                                       | Si                                          |
| 31 | Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios                                                           | Medicamentos con receta                                   | Págs. 29 - 34                                      | Si                                          |
| 32 | Examen y detección del cáncer colorrectal                                                                     | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 12 y 16                                      | Si                                          |
| 33 | Servicios para la prevención del embarazo/control de la natalidad                                             | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 13 y 16                                      | Si                                          |
| 34 | Capacitación y educación para la autogestión de la diabetes                                                   | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 11 y 35                                      | Si                                          |
| 35 | Suministros para diabéticos para el tratamiento de la diabetes                                                | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 31 - 32                                      | No                                          |
| 36 | Mamografía - Detección                                                                                        | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 12, 15 y 24                                  | Si                                          |
| 37 | Osteoporosis - Medición de la masa ósea                                                                       | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 12 y 16                                      | Si                                          |
| 38 | Pruebas de Papanicolaou/pruebas de antígeno prostático específico/prueba para el control del cáncer de ovario | Servicios preventivos y de bienestar                      | Pág. 16                                            | Si - Pap and Ovarian tests<br>No - Prostate |
| 39 | Servicios de cuidado preventivo                                                                               | Servicios preventivos y de bienestar                      | Pág. 18                                            | Si                                          |
| 40 | Esterilización (mujeres)                                                                                      | Servicios preventivos y de bienestar                      | Págs. 10 y 19                                      | Si                                          |
| 41 | Manipulación quiropráctica y osteopática                                                                      | Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación | Págs. 12 - 13                                      | Si                                          |
| 42 | Servicios de habilitación y rehabilitación                                                                    | Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación | Págs. 8, 9, 11, 12, 22 y 35                        | Si                                          |

**Nota especial:** En virtud de la Ley Pública 102-0104, vigente desde el 22 de julio de 2021, cualquier EHB enumerado anteriormente, que sea clínicamente apropiado y médicamente necesaria su provisión a través de los servicios de telesalud, debe estar cubierto de la misma forma que cuando esos EHB se proveen de manera presencial.



## Major Medical Plan

 El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El Resumen de Beneficios y Cobertura le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios para el cuidado de la salud cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, visit: <https://flimp.live/TrueBlueAssociates> o llame al 1-833-822-7259. Para conocer definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultarlo en <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/UG-Glossary-508-MM.pdf> o llamar al 1-833-822-7259 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                                  | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                | ¿Por qué es importante?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general?                                                  | Dentro de la <u>red</u> *: \$6,750 individual / \$13,500 familiar<br>Fuera de la <u>red</u> *: \$13,300 individual / \$26,600 familiar por año calendario. *Los <u>deducibles</u> se aplican tanto fuera como dentro de la <u>red</u>                                                     | Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si su póliza incluye a otros familiares, se debe alcanzar el <u>deducible</u> familiar general antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> ?                    | Sí. Los <u>servicios para el cuidado preventivo y primario</u> están cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> .                                                                                                                                                                    | Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a>           |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para ciertos servicios específicos?                       | No hay otros <u>deducibles</u> .                                                                                                                                                                                                                                                          | Usted no tiene que pagar <u>deducibles</u> para ciertos servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los costos de otros servicios cubiertos por este <u>plan</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿Cuál es el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?             | Servicios médicos- Para <u>proveedores de la red</u> *: \$6,750 individual / \$13,500 familiar<br>Para proveedores fuera de la <u>red</u> *: \$26,600 individual / \$53,200 familiar por año calendario<br>*Se aplican los gastos de su bolsillo tanto dentro como fuera de la <u>red</u> | El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , se debe alcanzar el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> familiar general.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> ? | Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación del saldo</u> , el cuidado de la salud que este <u>plan</u> no cubre y las multas por no obtener una prenotificación para los servicios.                                                                                                | Aunque usted pague estos gastos, estos no se tendrán en cuenta para alcanzar los <u>gastos de su bolsillo</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?                                   | Sí. Visite <a href="http://www.myuhc.com">www.myuhc.com</a> o llame al 1-833-822-7259 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .                                                                                                                                            | Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Pagará más si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> y podría recibir una factura de su <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede usar un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> para algunos servicios (como pruebas de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios. |
| ¿Necesita una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?                    | No                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Puede consultar a cualquier <u>especialista</u> sin una <u>referencia</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro se producen luego de haber alcanzado el **deducible**, si se aplica el **deducible**.

| Evento médico común                                                                 | Los servicios que podría necesitar                                                                                | Lo que usted pagará                       |                                                 | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     |                                                                                                                   | Proveedor de la red<br>(Pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red<br>(Pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Si visita el consultorio o la clínica de un <b>proveedor</b> de cuidado de la salud | Visita a un médico de cuidado primario para tratar una enfermedad o una lesión                                    | 0% de <u>coseguro</u>                     | 50% de <u>coseguro</u>                          | Visita virtual - Dentro de la red está cubierto 100% de coseguro después del deducible por un Designado<br>Proveedor de red virtual. No hay cobertura de visitas virtuales para personas fuera de la red. Si recibe servicios además de la visita al consultorio, es posible que se apliquen copagos, deducibles o coseguros adicionales. |
|                                                                                     | Visita a un <u>especialista</u>                                                                                   | 0% de <u>coseguro</u>                     | 50% de <u>coseguro</u>                          | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                     | <u>Servicios de cuidado preventivo/pruebas de detección</u> /vacunas                                              | Sin cargo                                 | 50% de <u>coseguro</u>                          | Es posible que tenga que pagar por los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> . Los servicios están al 100%, solo dentro de la red.                                                              |
| Si tiene que hacerse un examen                                                      | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)                                                 | 0% de <u>coseguro</u>                     | 50% de <u>coseguro</u>                          | Se requiere autorización previa para estudios del sueño o el beneficio se reduce en un 50 %.                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                     | Imágenes (tomografía computarizada [CT]/por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI]) | 0% de <u>coseguro</u>                     | 50% de <u>coseguro</u>                          | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| Evento médico común                                                                                                                                                                                                  | Los servicios que podría necesitar                         | Lo que usted pagará                                                                       |                                                        | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                      |                                                            | <u>Proveedor de la red</u><br>(Pagará el mínimo)                                          | <u>Proveedor fuera de la red</u><br>(Pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b><br><b>Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta, visite <a href="http://www.myuhc.com">www.myuhc.com</a>.</b> | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                           | Minorista: 0% de <u>coseguro</u><br>Farmacia de pedidos por correo: 0% de <u>coseguro</u> | Sin cobertura                                          | Suministro de 31 días para minorista/90 días para farmacia de pedidos por correo.<br>Determinados medicamentos requieren preautorización.<br>Primero, se debe alcanzar el <u>deducible</u> . No todos los medicamentos tienen cobertura<br>Determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos anticonceptivos) están cubiertos sin cargo. |
|                                                                                                                                                                                                                      | Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)                | Minorista: 0% de <u>coseguro</u><br>Farmacia de pedidos por correo: 0% de <u>coseguro</u> | Sin cobertura                                          | Suministro de 31 días para minorista/90 días para farmacia de pedidos por correo.<br>Determinados medicamentos requieren preautorización.<br>Primero, se debe alcanzar el <u>deducible</u> . No todos los medicamentos tienen cobertura<br>Determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos anticonceptivos) están cubiertos sin cargo. |
|                                                                                                                                                                                                                      | Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)             | Minorista: 0% de <u>coseguro</u><br>Farmacia de pedidos por correo: 0% de <u>coseguro</u> | Sin cobertura                                          | Suministro de 31 días para minorista/90 días para farmacia de pedidos por correo.<br>Determinados medicamentos requieren preautorización.<br>Primero, se debe alcanzar el <u>deducible</u> . No todos los medicamentos tienen cobertura<br>Determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos anticonceptivos) están cubiertos sin cargo. |
|                                                                                                                                                                                                                      | <u>Medicamentos especializados</u> (Nivel 4)               | Sin cobertura                                                                             | Sin cobertura                                          | Sin cobertura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si le hacen una cirugía para pacientes ambulatorios</b>                                                                                                                                                           | Tarifa del centro (por ej.: centro de cirugía ambulatoria) | 0% de <u>coseguro</u>                                                                     | 50% de <u>coseguro</u>                                 | Se requiere preautorización o el beneficio se reduce al 50%                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                      | Tarifas del médico/cirujano                                | 0% de <u>coseguro</u>                                                                     | 50% de <u>coseguro</u>                                 | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Evento médico común                                                                | Los servicios que podría necesitar                      | Lo que usted pagará                       |                                                 | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                    |                                                         | Proveedor de la red<br>(Pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red<br>(Pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Si necesita atención médica inmediata                                              | <u>Cuidado en la sala de emergencias</u>                | 0% de <u>coseguro</u>                     | 0% de <u>coseguro</u>                           | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                    | <u>Transporte médico de emergencia</u>                  | 0% de coseguro                            | 0% de coseguro                                  | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                    | <u>Cuidado de urgencia</u>                              | 0% de <u>coseguro</u>                     | 50% de <u>coseguro</u>                          | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Si tiene una estadía en el hospital                                                | Tarifa del centro (por ej.: la habitación del hospital) | 0% de <u>coseguro</u>                     | 50% de <u>coseguro</u>                          | Se requiere preautorización o el beneficio se reduce al <b>50%</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                    | Tarifas del médico/cirujano                             | 0% de <u>coseguro</u>                     | 50% de <u>coseguro</u>                          | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Si necesita servicios de salud mental, del comportamiento o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios                   | 0% de <u>coseguro</u>                     | 50% de <u>coseguro</u>                          | Se requiere autorización previa fuera de la red para ciertos tratamientos y la hospitalización parcial/tratamiento ambulatorio intensivo o el beneficio se reduce en un 50 %.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                    | Servicios para pacientes hospitalizados                 | 0% de <u>coseguro</u>                     | 50% de <u>coseguro</u>                          | Se requiere preautorización o el beneficio se reduce al 50%.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Si está embarazada                                                                 | Visitas al consultorio                                  | 0% de <u>coseguro</u>                     | 50% de <u>coseguro</u>                          | El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicio se podrá aplicar un copago, coseguro o deducible. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC. (es decir, ultrasonido). Fuera de la red Se requiere autorización previa. Estadías hospitalarias que exceden lo normal y superan las 48 horas para parto vaginal o 96 horas para cesárea o el beneficio se reduce en un 50 %. |
|                                                                                    | Servicios profesionales por el parto                    | 0% de <u>coseguro</u>                     | 50% de <u>coseguro</u>                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                    | Servicios del centro por el parto                       | 0% de <u>coseguro</u>                     | 50% de <u>coseguro</u>                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| Evento médico común                                                                                                      | Los servicios que podría necesitar         | Lo que usted pagará                       |                                                 | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                          |                                            | Proveedor de la red<br>(Pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red<br>(Pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Si necesita ayuda para el proceso de recuperación o si tiene otras necesidades especiales del cuidado de la salud</b> | <u>Cuidado médico a domicilio</u>          | 0% de <u>coseguro</u>                     | 50% de <u>coseguro</u>                          | Limitado a 60 días. Se requiere preautorización o el beneficio se reduce al 50%                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                          | <u>Servicios para la rehabilitación</u>    | 0% de <u>coseguro</u>                     | 50% de <u>coseguro</u>                          | Terapia pulmonar, rehabilitación cardíaca, fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional: limitadas a 40 visitas combinadas por año. La terapia cognitiva se limita a 20 visitas combinadas por año calendario dentro de la <u>red</u> y fuera de la <u>red</u> . |
|                                                                                                                          | <u>Servicios para la habilitación</u>      | Sin cobertura                             | Sin cobertura                                   | Sin cobertura                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                          | <u>Cuidado de enfermería especializada</u> | 0% de <u>coseguro</u>                     | 50% de <u>coseguro</u>                          | Limitado a 60 días. Se requiere preautorización o el beneficio se reduce al <b>50%</b>                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                          | <u>Equipo Médico Duradero</u>              | 0% de <u>coseguro</u>                     | 50% de <u>coseguro</u>                          | Se requiere autorización previa para DME de más de \$1,000 (compra o alquiler acumulativo), o el beneficio se reduce en un 50%.                                                                                                                                          |
|                                                                                                                          | <u>Cuidados paliativos</u>                 | 0% de <u>coseguro</u>                     | 50% de <u>coseguro</u>                          | Se requiere autorización previa para cuidados paliativos o beneficios para pacientes hospitalizados reduce en un 50%                                                                                                                                                     |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de cuidado de la vista</b>                                                   | Examen de la vista para niños              | Ninguna                                   | Ninguna                                         | El examen de la vista de niños no está cubierto.                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                          | Anteojos para niños                        | Ninguna                                   | Ninguna                                         | Los anteojos de niños no están cubiertos.                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                          | Chequeo dental para niños                  | Ninguna                                   | Ninguna                                         | No está cubierto el chequeo dental infantil.                                                                                                                                                                                                                             |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| Los servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> .) |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura</li><li>• Examen de la vista de rutina para adultos (es decir, refracción)</li><li>• Cirugía bariátrica</li></ul>                        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía estética</li><li>• Cuidado dental (adultos)</li><li>• <u>Servicios para la habilitación</u></li><li>• Audífonos</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de la infertilidad</li><li>• Cuidado a largo plazo</li><li>• Cuidado que no es de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos</li><li>• Enfermería privada</li><li>• Programas de pérdida de peso</li></ul> |
| Otros servicios cubiertos (las limitaciones pueden aplicarse a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del <u>plan</u> .)                                       |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado quiropráctico - 25 visitas por año calendario</li></ul>                                                                                     |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                           |

**Sus derechos a continuar con la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura luego de que esta termine. La información de contacto para estas agencias es: Puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform>. Otras opciones para continuar la cobertura también están disponibles para usted, incluida la compra de la cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros](#) de Salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.cuidadodesalud.gov/es/](http://www.cuidadodesalud.gov/es/) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos a presentar una queja formal o una apelación:** Hay agencias que pueden ayudarle si usted tiene una queja contra el plan por una denegación de un reclamo. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para el reclamo médico. Sus documentos del plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una queja formal por cualquier motivo relacionado con su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o si necesita ayuda, puede llamar al 1-833-822-7259, o bien, puede visitar [myuhc.com](http://myuhc.com) o contactarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o en [dol.gov/ebsa/healthreform](http://dol.gov/ebsa/healthreform).

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Una cobertura esencial mínima generalmente incluye planes y seguro de salud disponibles a través del Mercado u otras políticas individuales del Mercado, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Plan, CHIP), TRICARE, y otras coberturas. Si usted cumple los requisitos para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no cumpla los requisitos para el crédito de impuesto sobre la prima.

### ¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, es posible que cumpla los requisitos para recibir un crédito de impuesto sobre la prima para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

### Servicios de acceso en diferentes idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-440-5987.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-440-5987.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-440-5987.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-440-5987.

—En la siguiente sección hay ejemplos de cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica.—

Sobre estos ejemplos de cobertura:



**Esto no es una calculadora de costos.** Los tratamientos mencionados son solo ejemplos de cómo este plan cubriría los cuidados médicos. Los costos reales serán diferentes, en función del cuidado que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Céntrese en las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos dentro del plan. Use esta información para comparar la porción de los costos que puede pagar mediante distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

### Peg tendrá un bebé

(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

|                                               |         |
|-----------------------------------------------|---------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u> | \$6,750 |
| ■ <u>Coseguro</u> del <u>especialista</u>     | 0%      |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)       | 0%      |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                        | 0%      |

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del especialista (*cuidados prenatales*)  
 Servicios profesionales por el parto  
 Servicios del centro por el parto  
 Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Visita a un especialista (*anestesia*)

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|-------------------------|----------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <u>Costo compartido</u>        |         |
|--------------------------------|---------|
| <u>Deducibles</u>              | \$0     |
| <u>Copagos</u>                 | \$0     |
| <u>Coseguro</u>                | \$0     |
| <u>Lo que no está cubierto</u> |         |
| Límites o exclusiones          | \$0     |
| El total que Peg pagaría es de | \$6,750 |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de cuidado rutinario dentro de la red de una condición bien controlada)

|                                               |         |
|-----------------------------------------------|---------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u> | \$6,750 |
| ■ <u>Coseguro</u> del <u>especialista</u>     | 0%      |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)       | 0%      |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                        | 0%      |

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del médico de cuidado primario (*incluye información educativa sobre la enfermedad*)  
 Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta  
Equipo Médico Duradero (*medidor de glucosa*)

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <u>Costo compartido</u>        |         |
|--------------------------------|---------|
| <u>Deducibles</u>              | \$0     |
| <u>Copagos</u>                 | \$0     |
| <u>Coseguro</u>                | \$0     |
| <u>Lo que no está cubierto</u> |         |
| Límites o exclusiones          | \$0     |
| El total que Joe pagaría es de | \$5,600 |

### Fractura simple de Mia

(cuidado médico de seguimiento y visita a la sala de emergencias dentro de la red)

|                                               |         |
|-----------------------------------------------|---------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u> | \$6,750 |
| ■ <u>Coseguro</u> del <u>especialista</u>     | 0%      |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)       | 0%      |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                        | 0%      |

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Cuidado en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)  
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)  
Equipo Médico Duradero (*muletas*)  
Servicios para la rehabilitación (*fisioterapia*)

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <u>Costo compartido</u>        |         |
|--------------------------------|---------|
| <u>Deducibles</u>              | \$0     |
| <u>Copagos</u>                 | \$0     |
| <u>Coseguro</u>                | \$0     |
| <u>Lo que no está cubierto</u> |         |
| Límites o exclusiones          | \$0     |
| El total que Mia pagaría es de | \$2,800 |

El plan será responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos que sirven de EJEMPLO.

We do not treat members differently because of sex, age, race, color, disability or national origin.

If you think you were treated unfairly because of your sex, age, race, color, disability or national origin, you can send a complaint to the Civil Rights Coordinator.

**Online:** [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)

**Mail:** Civil Rights Coordinator. UnitedHealthcare Civil Rights Grievance. P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

You must send the complaint within 60 days of when you found out about it. A decision will be sent to you within 30 days. If you disagree with the decision, you have 15 days to ask us to look at it again. If you need help with your complaint, please call the toll-free number listed within this Summary of Benefits and Coverage (SBC), TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

You can also file a complaint with the U.S. Dept. of Health and Human Services.

**Online:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Phone:** Toll-free 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

**Mail:** U.S. Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

We provide free services to help you communicate with us. Such as, letters in other languages or large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call the number contained within this Summary of Benefits and Coverage (SBC), TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

---

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número gratuito que aparece en este Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

請注意：如果您說**中文 (Chinese)**，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打本福利和承保摘要 (Summary of Benefits and Coverage, SBC) 內所列的免付費電話號碼。

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng **Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ghi trong bản Tóm lược về quyền lợi và đài thọ bảo hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) này.

알림: 한국어(**Korean**)를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 본 혜택 및 보장 요약서(Summary of Benefits and Coverage, SBC)에 기재된 무료전화번호로 전화하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numerong nakalista sa Buod na ito ng Mga Benepisyo at Saklaw (Summary of Benefits and Coverage o SBC).

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному в данном «Обзоре льгот и покрытия» (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال برقم الهاتف المجاني المدرج بداخل مخلص المزايا والتغطية (SBC: Summary of Benefits and Coverage) هذا.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki nan Rezime avantaj ak pwoteksyon sa a (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro sans frais figurant dans ce Sommaire des prestations et de la couverture (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer podany w niniejszym Zestawieniu świadczeń i refundacji (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue para o número gratuito listado neste Resumo de Benefícios e Cobertura (Summary of Benefits and Coverage - SBC).

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamate il numero verde indicato all'interno di questo Sommario dei Benefit e della Copertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die in dieser Zusammenfassung der Leistungen und Kostenübernahmen (Summary of Benefits and Coverage, SBC) angegebene gebührenfreie Rufnummer an.

注意事項：日本語 (**Japanese**) を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。本「保障および給付の概要」(Summary of Benefits and Coverage, SBC) に記載されているフリーダイヤルにてお電話ください。

توجه: اگر زبان شما فارسی (Farsi) است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگان ذکر شده در این خالصه مزایا و پوشش (SBC، Summary of Benefits and Coverage) تماس بگیرید.

ध्यान दें: मदद आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, ननःशुल्क उपलब्ध हैं। लाभ और कवरेज (Summary of Benefits and Coverage, SBC) के इस सारांश के भीतर सचीबद्ध टोल फ्री नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu dawb teev muaj nyob ntawm Tsab Ntawv Nthuav Qhia Cov Txiaj Ntsim Zoo thiab Kev Kam Them Nqi (Summary of Benefits and Coverage, SBC) no.

ចំណាប់អារម្មណ៍៖ បើសិនអ្នកនិយាយ**ភាសាខ្មែរ (Khmer)** បសវន៍នយភាសាបោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមស្វែងរកប្រយោជន៍បច្ចេកទេស ឧបសគ្គនៃការគ្រប់គ្រង បសច្ច័កដ៏សប្បុរសឬប្រយោជន៍ និងក្លែងបន្លំ បង្កើន (Summary of Benefits and Coverage, SBC) បន្ថែម។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan ti awan bayad na nu tawagan nga numero nga nakalista iti uneg na daytoy nga Dagup dagiti Benipisyo ken Pannakasakup (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yáníłti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqódi Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóó Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodiilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka bilaashka ah ee ku yaalla Soo-koobitaanka Dheefaha iyo Caymiska (Summary of Benefits and Coverage, SBC).



## Enhanced Major Medical HSA Plan



El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El Resumen de Beneficios y Cobertura le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios para el cuidado de la salud cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su

cobertura o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, visit: <https://flimp.live/TrueBlueAssociates> o llame al 1-833-822-7259. Para conocer definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultarlo en <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/UG-Glossary-508-MM.pdf> o llamar al 1-833-822-7259 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                                  | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                         | ¿Por qué es importante?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general?                                                  | Dentro de la <u>red</u> *: \$3,000 individual / \$6,000 familiar<br>Fuera de la <u>red</u> *: \$6,000 individual / \$12,000 familiar por año calendario. *Los <u>deducibles</u> se aplican tanto fuera como dentro de la red                                                       | Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si su póliza incluye a otros familiares, se debe alcanzar el <u>deducible</u> familiar general antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> ?                    | Sí. Cuidado preventivo                                                                                                                                                                                                                                                             | Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a>                  |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para ciertos servicios específicos?                       | No hay otros <u>deducibles</u> .                                                                                                                                                                                                                                                   | Usted no tiene que pagar <u>deducibles</u> para ciertos servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los costos de otros servicios cubiertos por este <u>plan</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿Cuál es el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?             | Servicios médicos- Para <u>proveedores de la red</u> *: \$6,750 individual / \$13,500 familiar<br>Para proveedores fuera de la <u>red</u> *: \$26,600 individual / \$53,200 familiar por año calendario<br>*Se aplican los gastos de su bolsillo tanto dentro como fuera de la red | El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , se debe alcanzar el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> familiar general.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> ? | Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación del saldo</u> , el cuidado de la salud que este <u>plan</u> no cubre y las multas por no obtener una prenotificación para los servicios.                                                                                         | Aunque usted pague estos gastos, estos no se tendrán en cuenta para alcanzar los <u>gastos de su bolsillo</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?                                   | Sí. Visite <a href="http://www.myuhc.com">www.myuhc.com</a> o llame al 1-833-822-7259 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .                                                                                                                                     | Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Pagará más si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> y podría recibir una factura de su <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede usar un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> para algunos servicios (como pruebas de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios. |
| ¿Necesita una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?                    | No                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Puede consultar a cualquier <u>especialista</u> sin una <u>referencia</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

 Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro se producen luego de haber alcanzado el **deducible**, si se aplica el **deducible**.

| Evento médico común                                                                        | Los servicios que podría necesitar                                                                                | Lo que usted pagará                              |                                                        | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                            |                                                                                                                   | <u>Proveedor de la red</u><br>(Pagará el mínimo) | <u>Proveedor fuera de la red</u><br>(Pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> de cuidado de la salud</b> | Visita a un médico de cuidado primario para tratar una enfermedad o una lesión                                    | 20% de <u>coseguro</u>                           | 50% de <u>coseguro</u>                                 | Visita virtual: dentro de la red, un proveedor designado de la red virtual cubre un coseguro del 20 % después del deducible. No hay cobertura de visitas virtuales para personas fuera de la red. Si recibe servicios además de la visita al consultorio, es posible que se apliquen copagos, deducibles o coseguros adicionales. |
|                                                                                            | Visita a un <u>especialista</u>                                                                                   | 20% de <u>coseguro</u>                           | 50% de <u>coseguro</u>                                 | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                            | <u>Servicios de cuidado preventivo/pruebas de detección</u> /vacunas                                              | Sin cargo                                        | 50% de <u>coseguro</u>                                 | Es posible que tenga que pagar por los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> . Los servicios están al 100%, solo dentro de la red.                                                      |
| <b>Si tiene que hacerse un examen</b>                                                      | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)                                                 | 20% de <u>coseguro</u>                           | 50% de <u>coseguro</u>                                 | Se requiere autorización previa para estudios del sueño o el beneficio se reduce en un 50 %.                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                            | Imágenes (tomografía computarizada [CT]/por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI]) | 20% de <u>coseguro</u>                           | 50% de <u>coseguro</u>                                 | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| Evento médico común                                                                                                                                                                                                  | Los servicios que podría necesitar                         | Lo que usted pagará                                                                         |                                                        | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                      |                                                            | <u>Proveedor de la red</u><br>(Pagará el mínimo)                                            | <u>Proveedor fuera de la red</u><br>(Pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b><br><b>Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta, visite <a href="http://www.myuhc.com">www.myuhc.com</a>.</b> | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                           | Minorista: 20% de <u>coseguro</u><br>Farmacia de pedidos por correo: 20% de <u>coseguro</u> | Sin cobertura                                          | Suministro de 31 días para minorista/90 días para farmacia de pedidos por correo. Determinados medicamentos requieren preautorización. Primero, se debe alcanzar el <u>deducible</u> . No están cubiertos todos los medicamentos Determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos anticonceptivos) están cubiertos sin cargo. |
|                                                                                                                                                                                                                      | Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)                | Minorista: 20% de <u>coseguro</u><br>Farmacia de pedidos por correo: 20% de <u>coseguro</u> | Sin cobertura                                          | Suministro de 31 días para minorista/90 días para farmacia de pedidos por correo. Determinados medicamentos requieren preautorización. Primero, se debe alcanzar el <u>deducible</u> . No están cubiertos todos los medicamentos Determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos anticonceptivos) están cubiertos sin cargo. |
|                                                                                                                                                                                                                      | Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)             | Minorista: 20% de <u>coseguro</u><br>Farmacia de pedidos por correo: 20% de <u>coseguro</u> | Sin cobertura                                          | Suministro de 31 días para minorista/90 días para farmacia de pedidos por correo. Determinados medicamentos requieren preautorización. Primero, se debe alcanzar el <u>deducible</u> . No están cubiertos todos los medicamentos Determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos anticonceptivos) están cubiertos sin cargo. |
|                                                                                                                                                                                                                      | <u>Medicamentos especializados</u> (Nivel 4)               | Sin cobertura                                                                               | Sin cobertura                                          | Sin cobertura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Si le hacen una cirugía para pacientes ambulatorios</b>                                                                                                                                                           | Tarifa del centro (por ej.: centro de cirugía ambulatoria) | 20% de <u>coseguro</u>                                                                      | 50% de <u>coseguro</u>                                 | Se requiere preautorización o el beneficio se reduce al 50%                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                      | Tarifas del médico/cirujano                                | 20% de <u>coseguro</u>                                                                      | 50% de <u>coseguro</u>                                 | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| Evento médico común                                                                | Los servicios que podría necesitar                      | Lo que usted pagará                       |                                                 | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                    |                                                         | Proveedor de la red<br>(Pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red<br>(Pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Si necesita atención médica inmediata                                              | <u>Cuidado en la sala de emergencias</u>                | 20% de <u>coseguro</u>                    | 20% de <u>coseguro</u>                          | Ninguna.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                    | <u>Transporte médico de emergencia</u>                  | 20% de <u>coseguro</u>                    | 20% de <u>coseguro</u>                          | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                    | <u>Cuidado de urgencia</u>                              | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Si tiene una estadía en el hospital                                                | Tarifa del centro (por ej.: la habitación del hospital) | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          | Se requiere preautorización o el beneficio se reduce al 50%                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                    | Tarifas del médico/cirujano                             | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Si necesita servicios de salud mental, del comportamiento o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios                   | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          | Se requiere autorización previa fuera de la red para ciertos tratamientos y la hospitalización parcial/tratamiento ambulatorio intensivo o el beneficio se reduce en un 50 %.                                                                                                                                                                    |
|                                                                                    | Servicios para pacientes hospitalizados                 | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          | Se requiere preautorización o el beneficio se reduce al 50%                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Si está embarazada                                                                 | Visitas al consultorio                                  | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          | El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicio se podrá aplicar un copago, coseguro o deducible. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC. (es decir, ultrasonido). Fuera de la red Se requiere autorización previa. Estadías hospitalarias |
|                                                                                    | Servicios profesionales por el parto                    | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                    | Servicios del centro por el parto                       | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                                                                                          |                                            |                                           |                                                 | que exceden lo normal y superan las 48 horas para parto vaginal o 96 horas para cesárea o el beneficio se reduce en un 50 %.                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Evento médico común                                                                                                      | Los servicios que podría necesitar         | Lo que usted pagará                       |                                                 | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                          |                                            | Proveedor de la red<br>(Pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red<br>(Pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Si necesita ayuda para el proceso de recuperación o si tiene otras necesidades especiales del cuidado de la salud</b> | <u>Cuidado médico a domicilio</u>          | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          | Limitado a 60 días. Se requiere preautorización o el beneficio se reduce al 50%.                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                          | <u>Servicios para la rehabilitación</u>    | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          | Terapia pulmonar, rehabilitación cardíaca, fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional: limitadas a 40 visitas combinadas por año. La terapia cognitiva se limita a 20 visitas combinadas por año calendario dentro de la <u>red</u> y fuera de la <u>red</u> . |
|                                                                                                                          | <u>Servicios para la habilitación</u>      | Sin cobertura                             | Sin cobertura                                   | Sin cobertura                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                          | <u>Cuidado de enfermería especializada</u> | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          | Limitado a 60 días. Se requiere preautorización o el beneficio se reduce al <b>50%</b>                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                          | <u>Equipo Médico Duradero</u>              | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          | Se requiere autorización previa para DME de más de \$1,000 (compra o alquiler acumulativo), o el beneficio se reduce en un 50%.                                                                                                                                          |
|                                                                                                                          | <u>Cuidados paliativos</u>                 | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                          | Se requiere autorización previa para cuidados paliativos o beneficios para pacientes hospitalizados reduce en un 50%                                                                                                                                                     |

| Evento médico común                                             | Los servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará                              |                                                        | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                 |                                    | <u>Proveedor de la red</u><br>(Pagará el mínimo) | <u>Proveedor fuera de la red</u><br>(Pagará el máximo) |                                                         |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de cuidado de la vista | Examen de la vista para niños      | Ninguna                                          | Ninguna                                                | El examen de la vista de niños no está cubierto.        |
|                                                                 | Anteojos para niños                | Ninguna                                          | Ninguna                                                | Los anteojos de niños no están cubiertos.               |
|                                                                 | Chequeo dental para niños          | Ninguna                                          | Ninguna                                                | No está cubierto el chequeo dental infantil.            |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| Los servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> .) |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Examen de la vista de rutina para adultos (es decir, refracción)</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Cuidado dental (adultos)</li> <li>• <u>Servicios para la habilitación</u></li> <li>• Audífonos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de la infertilidad</li> <li>• Cuidado a largo plazo</li> <li>• Cuidado que no es de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos</li> <li>• Enfermería privada</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul> |
| Otros servicios cubiertos (las limitaciones pueden aplicarse a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del <u>plan</u> .)                                       |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado quiropráctico - 25 visitas por año calendario</li> </ul>                                                                                   |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

**Sus derechos a continuar con la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura luego de que esta termine. La información de contacto para estas agencias es: Puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform>. Otras opciones para continuar la cobertura también están disponibles para usted, incluida la compra de la cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros](#) de Salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.cuidadodesalud.gov/es/](http://www.cuidadodesalud.gov/es/) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos a presentar una [queja formal](#) o una [apelación](#):** Hay agencias que pueden ayudarle si usted tiene una queja contra el [plan](#) por una denegación de un [reclamo](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para el [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también proporcionan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo relacionado con su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o si necesita ayuda, puede llamar al 1-833-822-7259, o bien, puede visitar [myuhc.com](http://myuhc.com) o contactarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o en [dol.gov/ebsa/healthreform](http://dol.gov/ebsa/healthreform).

#### **¿Este [plan](#) proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

Una [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#) y [seguro de salud](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras políticas individuales del Mercado, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (Children Health Insurance Plan, CHIP), TRICARE, y otras coberturas. Si usted cumple los requisitos para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no cumpla los requisitos para el crédito de impuesto sobre la [prima](#).

#### **¿Este [plan](#) cumple los estándares de valor mínimo? Sí**

Si su [plan](#) no cumple los [estándares de valor mínimo](#), es posible que cumpla los requisitos para recibir un [crédito de impuesto sobre la prima](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

#### **Servicios de acceso en diferentes idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-440-5987.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-440-5987.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-440-5987.

Navajo (Dine): Dineke'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-877-440-5987.

---

*En la siguiente sección hay ejemplos de cómo este [plan](#) paga por los servicios en una situación médica específica.*

---

Sobre estos ejemplos de cobertura:



**Esto no es una calculadora de costos.** Los tratamientos mencionados son solo ejemplos de cómo este plan cubriría los cuidados médicos. Los costos reales serán diferentes, en función del cuidado que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Céntrese en las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos dentro del plan. Use esta información para comparar la porción de los costos que puede pagar mediante distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

**Peg tendrá un bebé**  
(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

|                                               |         |
|-----------------------------------------------|---------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u> | \$3,000 |
| ■ <u>Coseguro</u> del <u>especialista</u>     | 20%     |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)       | 20%     |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                        | 20%     |

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:  
Visitas al consultorio del especialista (*cuidados prenatales*)  
Servicios profesionales por el parto  
Servicios del centro por el parto  
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)  
Visita a un especialista (*anestesia*)

|                                |          |
|--------------------------------|----------|
| Costo total del ejemplo        | \$12,700 |
| En este ejemplo, Peg pagaría:  |          |
| <u>Costo compartido</u>        |          |
| Deducibles                     | \$3,000  |
| Copagos                        | \$0      |
| <u>Coseguro</u>                | \$1,900  |
| <u>Lo que no está cubierto</u> |          |
| Límites o exclusiones          | \$0      |
| El total que Peg pagaría es de | \$4,900  |

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de cuidado rutinario dentro de la red de una condición bien controlada)

|                                               |         |
|-----------------------------------------------|---------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u> | \$3,000 |
| ■ <u>Coseguro</u> del <u>especialista</u>     | 20%     |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)       | 20%     |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                        | 20%     |

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:  
Visitas al consultorio del médico de cuidado primario (*incluye información educativa sobre la enfermedad*)  
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta  
Equipo Médico Duradero (*medidor de glucosa*)

|                                |         |
|--------------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo        | \$5,600 |
| En este ejemplo, Joe pagaría:  |         |
| <u>Costo compartido</u>        |         |
| Deducibles                     | \$3,000 |
| Copagos                        | \$0     |
| <u>Coseguro</u>                | \$500   |
| <u>Lo que no está cubierto</u> |         |
| Límites o exclusiones          | \$0     |
| El total que Joe pagaría es de | \$3,500 |

**Fractura simple de Mia**  
(cuidado médico de seguimiento y visita a la sala de emergencias dentro de la red)

|                                               |         |
|-----------------------------------------------|---------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u> | \$3,000 |
| ■ <u>Coseguro</u> del <u>especialista</u>     | 20%     |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)       | 20%     |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                        | 20%     |

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:  
Cuidado en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)  
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)  
Equipo Médico Duradero (*muletas*)  
Servicios para la rehabilitación (*fisioterapia*)

|                                |         |
|--------------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo        | \$2,800 |
| En este ejemplo, Mia pagaría:  |         |
| <u>Costo compartido</u>        |         |
| Deducibles                     | \$2,800 |
| Copagos                        | \$0     |
| <u>Coseguro</u>                | \$0     |
| <u>Lo que no está cubierto</u> |         |
| Límites o exclusiones          | \$0     |
| El total que Mia pagaría es de | \$2,800 |

We do not treat members differently because of sex, age, race, color, disability or national origin.

If you think you were treated unfairly because of your sex, age, race, color, disability or national origin, you can send a complaint to the Civil Rights Coordinator.

**Online:** [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)

**Mail:** Civil Rights Coordinator. UnitedHealthcare Civil Rights Grievance. P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

You must send the complaint within 60 days of when you found out about it. A decision will be sent to you within 30 days. If you disagree with the decision, you have 15 days to ask us to look at it again. If you need help with your complaint, please call the toll-free number listed within this Summary of Benefits and Coverage (SBC), TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

You can also file a complaint with the U.S. Dept. of Health and Human Services.

**Online:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Phone:** Toll-free 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

**Mail:** U.S. Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

We provide free services to help you communicate with us. Such as, letters in other languages or large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call the number contained within this Summary of Benefits and Coverage (SBC), TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

---

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número gratuito que aparece en este Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

請注意：如果您說**中文 (Chinese)**，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打本福利和承保摘要 (Summary of Benefits and Coverage, SBC) 內所列的免付費電話號碼。

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng **Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ghi trong bản Tóm lược về quyền lợi và đài thọ bảo hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) này.

알림: 한국어(**Korean**)를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 본 혜택 및 보장 요약서(Summary of Benefits and Coverage, SBC)에 기재된 무료전화번호로 전화하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numerong nakalista sa Buod na ito ng Mga Benepisyo at Saklaw (Summary of Benefits and Coverage o SBC).

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному в данном «Обзоре льгот и покрытия» (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال برقم الهاتف المجاني المدرج بداخل مخلص المزايا والتغطية (SBC: Summary of Benefits and Coverage) هذا.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki nan Rezime avantaj ak pwoteksyon sa a (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro sans frais figurant dans ce Sommaire des prestations et de la couverture (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer podany w niniejszym Zestawieniu świadczeń i refundacji (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue para o número gratuito listado neste Resumo de Benefícios e Cobertura (Summary of Benefits and Coverage - SBC).

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamate il numero verde indicato all'interno di questo Sommario dei Benefit e della Copertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die in dieser Zusammenfassung der Leistungen und Kostenübernahmen (Summary of Benefits and Coverage, SBC) angegebene gebührenfreie Rufnummer an.

注意事項：日本語 (**Japanese**) を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。本「保障および給付の概要」(Summary of Benefits and Coverage, SBC) に記載されているフリーダイヤルにてお電話ください。

توجه: اگر زبان شما فارسی (Farsi) است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگان ذکر شده در این خالصه مزایا و پوشش (SBC: Summary of Benefits and Coverage) تماس بگیرید.

ध्यान दें: मदद आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, ननःशुल्क उपलब्ध हैं। लाभ और कवरेज (Summary of Benefits and Coverage, SBC) के इस सारांश के भीतर सचीबद्ध टोल फ्री नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu dawb teev muaj nyob ntawm Tsab Ntawv Nthuav Qhia Cov Txiaj Ntsim Zoo thiab Kev Kam Them Nqi (Summary of Benefits and Coverage, SBC) no.

ចំណាប់អារម្មណ៍៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (Khmer) បសវនករនិយាយភាសាខ្មែរ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមស្វែងរកប្រព័ន្ធប្រយោជន៍ ឬសេវាផ្សេងៗទៀតដែលមានក្នុង ប័ណ្ណបញ្ជីប្រយោជន៍ និងការរ៉ាប់រង (Summary of Benefits and Coverage, SBC) បន្ថែម។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan ti awan bayad na nu tawagan nga numero nga nakalista iti uneg na daytoy nga Dagup dagiti Benipisyo ken Pannakasakup (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yáníłti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqódi Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóó Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodiilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka bilaashka ah ee ku yaalla Soo-koobitaanka Dheefaha iyo Caymiska (Summary of Benefits and Coverage, SBC).



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El Resumen de Beneficios y Cobertura refleja cómo usted y el [plan](#) compartirán el costo de los servicios cubiertos para el cuidado de la salud. **NOTA:**

La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de las condiciones completas de la cobertura, visítenos en [flexwork.uhc.com](http://flexwork.uhc.com) o llame al **1-855-892-2401**.

Para ver las definiciones generales de términos frecuentes, tales como [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) o llamar al **1-855-892-2401** para solicitar una copia.

| Preguntas Importantes                                                                        | Respuestas                                                                                                                                                      | Por Qué Esto es Importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?                                               | \$0                                                                                                                                                             | Consulte la tabla Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este <a href="#">plan</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> ?           | Sí. El <a href="#">cuidado preventivo</a> y las categorías con <a href="#">copago</a> están cubiertos antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, aunque usted no haya alcanzado el <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se puede aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> . Consulte una lista de los <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                                                                                                                                                                                        |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos?                             | No                                                                                                                                                              | Usted no tiene que alcanzar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de su bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ? | No corresponde                                                                                                                                                  | Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">límite de gastos de su bolsillo</a> sobre sus gastos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de su bolsillo</a> ?                | No corresponde                                                                                                                                                  | Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">límite de gastos de su bolsillo</a> sobre sus gastos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?                                | Sí. Visite <a href="http://flexwork.uhc.com">flexwork.uhc.com</a> o llame al 1-855-892-2401 para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .   | Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará lo máximo si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y podría recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre lo que cobra el <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Verifíquelo con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">referencia</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ?  | No                                                                                                                                                              | Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que elija sin una <a href="#">referencia</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |



| Evento Médico Común                                                                                                                                                                                                                         | Servicios que Podría Necesitar                                                                                                               | Lo que Pagará Usted                          |                                                    | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                              | Proveedor de la Red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si visita una clínica o el consultorio de un <a href="#">proveedor</a> de cuidado de la salud</b>                                                                                                                                        | Visita al médico de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad                                                                     | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                             | Visita al <a href="#">especialista</a>                                                                                                       | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                             | <a href="#">Cuidado preventivo/pruebas de detección</a> /vacunas                                                                             | Sin cargo                                    | Sin cobertura                                      | Incluye <a href="#">servicios preventivos</a> especificados en la ley de reforma del cuidado de la salud. Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que usted necesita son preventivos, luego verifique lo que pagará su <a href="#">plan</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Si le realizan un examen</b>                                                                                                                                                                                                             | <a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)                                                                      | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                             | Estudios por imágenes (tomografías computarizadas [CT]/tomografías por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI]) | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b><br>Para obtener más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> , visite <a href="http://www.flexwork.uhc.com">www.flexwork.uhc.com</a> | Medicamentos del Nivel 1                                                                                                                     | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">medicamentos con receta</a> preventivos especificados en la reforma del cuidado de la salud sin costo compartido. Consulte una lista de los <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits</a> . Los miembros también reciben una tarjeta de descuentos de farmacia de Optum Perks™ que puede ayudarles a ahorrar en la mayoría de medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). |
|                                                                                                                                                                                                                                             | Medicamentos del Nivel 2                                                                                                                     | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                             | Medicamentos del Nivel 3                                                                                                                     | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                             | Medicamentos del Nivel 4                                                                                                                     | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| Evento Médico Común                                                                                     | Servicios que Podría Necesitar                                        | Lo que Pagará Usted                          |                                                    | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                                                         |                                                                       | Proveedor de la Red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo) |                                                         |
| <b>Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio</b>                                             | Tarifa del centro médico (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |
|                                                                                                         | Honorarios del médico/ cirujano                                       | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      |                                                         |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                            | <a href="#">Cuidado en la sala de emergencias</a>                     | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |
|                                                                                                         | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                       | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |
|                                                                                                         | <a href="#">Cuidado de urgencia</a>                                   | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |
| <b>En caso de una estadía en el hospital</b>                                                            | Tarifa del centro médico (por ejemplo, habitación de hospital)        | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |
|                                                                                                         | Honorarios del médico/ cirujano                                       | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      |                                                         |
| <b>Si necesita servicios para la salud mental, la salud del comportamiento o el abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                                 | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |
|                                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados                               | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |
| <b>Si está embarazada</b>                                                                               | Visitas al consultorio                                                | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |
|                                                                                                         | Servicios profesionales para el parto                                 | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |
|                                                                                                         | Servicios del centro para el parto                                    |                                              |                                                    |                                                         |

| Evento Médico Común                                                                     | Servicios que Podría Necesitar                           | Lo que Pagará Usted                          |                                                    | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                                         |                                                          | Proveedor de la Red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo) |                                                         |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Cuidado de asistencia médica a domicilio</a> | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |
|                                                                                         | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>              | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |
|                                                                                         | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |
|                                                                                         | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>      | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |
|                                                                                         | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                   | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |
|                                                                                         | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>         | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |
| <b>Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista</b>                                 | Examen de la vista para niños                            | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |
|                                                                                         | Anteojos para niños                                      | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |
|                                                                                         | Examen dental para niños                                 | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguna                                                 |

## Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su [Plan](#) Generalmente NO Cubre (Para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#), consulte el documento de su póliza o [plan](#).)

- |                                                                  |                                                            |                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ● Acupuntura                                                     | ● <a href="#">Equipo médico duradero</a>                   | ● Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos                          |
| ● Cirugía bariátrica                                             | ● <a href="#">Cuidado en la sala de emergencias</a>        | ● Cirugía para pacientes ambulatorios                                                                 |
| ● Parto                                                          | ● <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>          | ● <a href="#">Medicamentos con receta</a>                                                             |
| ● Examen de la vista para niños                                  | ● <a href="#">Servicios de habilitación</a>                | ● Visitas al consultorio de un <a href="#">especialista</a> /cuidado primario por enfermedad o lesión |
| ● Examen dental para niños                                       | ● Aparatos auditivos                                       | ● Servicios de enfermería privada                                                                     |
| ● Anteojos para niños                                            | ● <a href="#">Cuidado de asistencia médica a domicilio</a> | ● <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                                                         |
| ● Quiropráctico                                                  | ● <a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>         | ● Cuidado de la vista de rutina (adultos)                                                             |
| ● Cirugía estética                                               | ● Estadía en el hospital                                   | ● Cuidado de los pies de rutina                                                                       |
| ● Cuidado dental (adultos)                                       | ● Tratamiento de la infertilidad                           | ● <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a> ,                                               |
| ● <a href="#">Pruebas de diagnóstico y estudios por imágenes</a> | ● Cuidado a largo plazo                                    | ● <a href="#">Cuidado de urgencia</a> y                                                               |
|                                                                  |                                                            | ● Programas de control de peso                                                                        |

Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

Ninguna

**Sus Derechos a Continuar con la Cobertura:** Si usted desea continuar con su cobertura después de que termine, hay agencias que pueden ayudar. Información de contacto de estas agencias: es la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-3272 o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). También es posible que usted disponga de otras opciones de cobertura, por ejemplo, comprar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros](#) de Salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus Derechos a Presentar Quejas Formales y Apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su [plan](#) sobre la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, examine la explicación de beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o para obtener ayuda, comuníquese con: UnitedHealthcare FlexWork al 1-855-892-2401, o con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

### ¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

La [Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro de salud](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), TRICARE y cierta otra cobertura. Si usted cumple los requisitos para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no cumpla los requisitos para el [crédito fiscal para la prima](#).

### ¿Este plan cumple con las Normas de Valor Mínimo? No

Si su [plan](#) no cumple con las [Normas de Valor Mínimo](#), es posible que usted cumpla los requisitos para recibir un [crédito fiscal para la prima](#) que le ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

### Servicios de Acceso en Otros Idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-291-2634.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-291-2634.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-291-2634.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-291-2634.

*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica, consulte la próxima sección.*

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [flexwork.uhc.com](http://flexwork.uhc.com).

Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:



**Esto no es un estimador de costos.** Los tratamientos mencionados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir el cuidado médico. Sus costos reales serán diferentes según el cuidado real que usted reciba, los precios que le cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Preste atención a los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que podría pagar en distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

| Peg Tendrá un Bebé<br>(9 meses de cuidado prenatal y parto en el hospital dentro de la red)                                                                                                                                                                                                                                                                                |          | Manejo de la Diabetes Tipo 2 de Joe<br>(un año de cuidado de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)                                                                                                                                                                                                                                                            |         | Fractura Simple de Mia<br>(visita a la sala de emergencias y cuidado médico de seguimiento dentro de la red)                                                                                                                                                                                                                                   |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$0      | ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$0     | ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$0     |
| ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$0      | ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$0     | ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$0     |
| ■ <a href="#">Copago</a> por el hospital (centro)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0      | ■ <a href="#">Copago</a> por el hospital (centro)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0     | ■ <a href="#">Copago</a> por el hospital (centro)                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$0     |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0%       | ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0%      | ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 0%      |
| Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:<br>Visitas al consultorio de un <a href="#">especialista</a> ( <i>cuidado prenatal</i> )<br>Servicios profesionales para el parto<br>Servicios del centro para el parto<br><a href="#">Pruebas de diagnóstico</a> ( <i>ecografías y análisis de sangre</i> )<br>Visita al <a href="#">especialista</a> ( <i>anestesia</i> ) |          | Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:<br>Visitas al consultorio de un <a href="#">médico de cuidado primario</a> ( <i>incluye información educativa sobre la enfermedad</i> )<br><a href="#">Pruebas de diagnóstico</a> ( <i>análisis de sangre</i> )<br><a href="#">Medicamentos con receta</a><br><a href="#">Equipo médico duradero</a> ( <i>medidor de glucosa</i> ) |         | Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:<br><a href="#">Cuidado en la sala de emergencias</a> ( <i>incluye suministros médicos</i> )<br><a href="#">Prueba de diagnóstico</a> ( <i>radiografía</i> )<br><a href="#">Equipo médico duradero</a> ( <i>muletas</i> )<br><a href="#">Servicios de rehabilitación</a> ( <i>fisioterapia</i> ) |         |
| Ejemplo de Costo Total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$12,700 | Ejemplo de Costo Total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$5,600 | Ejemplo de Costo Total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$2,800 |
| En este ejemplo, Peg pagaría:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | En este ejemplo, Joe pagaría:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |         | En este ejemplo, Mia pagaría:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |
| Costo compartido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          | Costo compartido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         | Costo compartido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |
| <a href="#">Deducibles</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0      | <a href="#">Deducibles</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0     | <a href="#">Deducibles</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0     |
| <a href="#">Copagos</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$0      | <a href="#">Copagos</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$0     | <a href="#">Copagos</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0     |
| <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$0      | <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0     | <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$0     |
| Qué no está cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          | Qué no está cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         | Qué no está cubierto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |
| Límites o exclusiones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$11,200 | Límites o exclusiones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$5,300 | Límites o exclusiones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$2,800 |
| Total que pagaría Peg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$11,200 | Total que pagaría Joe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$5,300 | Total que pagaría Mia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$2,800 |

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.

No tratamos a los miembros de manera diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad ni origen nacional.

Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puede enviar una queja al Coordinador de Derechos Civiles.

**Por Internet:** [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)

**Correo Postal:** Civil Rights Coordinator. UnitedHealthcare Civil Rights Grievance. P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

Debe enviar la queja en un plazo no mayor de 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Recibirá la decisión en un plazo no mayor de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tendrá 15 días para solicitar que la revisemos nuevamente.

Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número gratuito que se encuentra en este Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC), TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**Por Internet:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios para quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

**Por Teléfono:** Número gratuito 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

**Correo Postal:** U.S. Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comuniquen con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para solicitar ayuda, llame al número que se encuentra en este Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC), TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

---

**ATENCIÓN:** Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número gratuito que aparece en este Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

**請注意：**

**XIN LUU Ý:** Nếu quý vị nói **tiếng Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ghi trong bản Tóm lược về quyền lợi và đài thọ bảo hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) này.

**알림:** **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 본 혜택 및 보장 요약서(Summary of Benefits and Coverage, SBC)에 기재된 무료 전화번호로 전화하십시오.

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numerong nakalista sa Buod na ito ng Mga Benepisyo at Saklaw (Summary of Benefits and Coverage o SBC).

**ВНИМАНИЕ:** бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному в данном «Обзоре льгот и покрытия» (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

**تنبيه:** إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال برقم الهاتف المجاني المدرج بداخل مخلص المزايا والتغطية (SBC، Summary of Benefits and Coverage) هذا.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki nan Rezime avantaj ak pwoteksyon sa a (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d’aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro sans frais figurant dans ce Sommaire des prestations et de la couverture (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer podany w niniejszym Zestawieniu świadczeń i refundacji (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue para o número gratuito listado neste Resumo de Benefícios e Cobertura (Summary of Benefits and Coverage - SBC).

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l’**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamate il numero verde indicato all'interno di questo Sommario dei Benefit e della Copertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die in dieser Zusammenfassung der Leistungen und Kostenübernahmen (Summary of Benefits and Coverage, SBC) angegebene gebührenfreie Rufnummer an.

注意事項：日本語 **(Japanese)** を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。本「保障および給付の概要」(Summary of Benefits and Coverage, SBC)に記載されているフリーダイヤルにてお電話ください。

توجه: اگر زبان شما **فارسی (Farsi)** است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگان ذکر شده در این خلاصه مزایا و پوشش (Summary of Benefits and Coverage, SBC) تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी **(Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, निःशुल्क उपलब्ध हैं। लाभ और कवरेज (Summary of Benefits and Coverage, SBC) के इस सारांश के भीतर सूचीबद्ध टोल फ्री नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu dawb teev muaj nyob ntawm Tsab Ntawv Nthuav Qhia Cov Txiaj Ntsim Zoo thiab Kev Kam Them Nqi (Summary of Benefits and Coverage, SBC) no.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយ**ភាសាខ្មែរ (Khmer)** សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតចេញថ្លៃ ដែលមានកត់នៅក្នុង សេចក្តីសង្ខេបអត្ថប្រយោជន៍ និងការរ៉ាប់រង (Summary of Benefits and Coverage, SBC) នេះ។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan ti awan bayad na nu tawagan nga numero nga nakalista iti uneg na daytoy nga Dagup dagiti Benipisyo ken Pannakasakup (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yánilti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shòqdí Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóó Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodíilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka bilaashka ah ee ku yaalla Soo-koobitaanka Dheefaha iyo Caymiska (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

