

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.

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/ 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 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: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

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

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

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

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

Para 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
 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
 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 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 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
- 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, 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
- 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, 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.

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 (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.

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/.
- 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.

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.

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 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 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 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)

Listado de beneficios esenciales de salud de Illinois (EHB) 2020-2025 (P.A. 102-0630)				¿Beneficio cubierto por el plan del empleador?
Ítem	Beneficios de EHB	Categorías de EHB	Página de referencia N.º de referencia	
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 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 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.