HM CLAUSE

2026-2027
Guía de Beneficios

temporal

Salud
Que te apoyan

Beneficios
Que se adaptan a tu vida

Seguridad
para lo que importa

Contenido

Contactos importantes 3
¡Bienvenido a HM Clause! 4
Elegibilidad 5
Orientación sobre los beneficios para los nuevos empleados de HMC (Presentación) 6
Programa de Bienestar 7
Actividades de Lifestyle Rewards 8
RECURSOS DE HEALTHCHECK 360 9
Cómo inscribirse en línea 10
Planes médicos 11
Beneficios médicos de HMC 12
El HDHP y la HSA: Cómo Trabajan Juntos 14
Programas adicionales de Maven y Blue Shield 15
Plan dental 16
Plan de visión 17
Tarifas mensuales de las primas 18
Seguro colectivo por discapacidad a corto plazo 19
Voluntario: Seguro de Accidentes 20
Voluntario: Seguro de Enfermedades Graves 21
Voluntario: Seguro de Indemnización Hospitalaria 22
Plan de jubilación (401k) 23
Programas especiales 24
Sitio de recursos sobre beneficios 25
Recursos adicionales 25
Avisos legales importantes 26

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Contactos importantes

Cobertura	Contacto	# Grupo	Teléfono	Sitio web/Correo electrónico
Portal de beneficios/Aplicación				ourbenefitsinfo.com
Asistencia con beneficios/Línea de ayuda	Health Advocate		877-619-3435	Healthadvocate.com/members answers@healthadvocate.com
Línea de enfermería 24/7	Blue Shield of CA		877-304-0504	
Médica	Blue Shield of CA		866-346-7198	blueshieldca.com
Construcción familiar ***(Solo para participantes de Blue Shield)***	Maven			mavenclinic.com
Plan dental	Delta Dental	DPPO: 00511 HMO: 70602	800-765-6003 800-422-4234	deltadentalins.com
Plan de visión	VSP	30058404	800-877-7195	vsp.com
Farmacia minorista de medicamentos recetados	Navitus	HMC	844-268-9789	Navitus.com
Farmacia de pedido por correo	Birdi		888-240-2211	Birdirx.com
Farmacia especializada en medicamentos recetados	Lumicera		855-847-3553	Lumicera.com
Programa de Asistencia al Empleado	Health Advocate		866-695-8622	Healthadvocate.com/members answers@healthadvocate.com
Programa de bienestar	HealthCheck 360		866-511-0360x5099	myHealthCheck360.com
Discapacidad	Unum	142600	800-421-0344	unum.com
Seguro Voluntario **Accidentes:** **Enfermedades Graves:** **Indemnización Hospitalaria:**	Unum	 805091 805092 805093	800-635-5597	unum.com
Seguro para accidentes de viaje de negocios (EE. UU. y Canadá)	Zurich	ZE 931078 50-10	844-632-0002	zurichtravelassist.com
Seguro para accidentes de viaje de negocios (fuera de EE. UU. y Canadá)	Zurich	ZE 931078 50-10	416-646-5602	zurichtravelassist.com
Jubilación	Empower	700201	877-778-2100	empowermyretirement.com
Pensión de retiro	Empower	17404	877-778-2100	empowermyretirement.com

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

¡Bienvenido a HM Clause!

"En HM.CLAUSE nuestro objetivo es convertirnos en la empresa preferida por nuestros clientes, empleados y comunidades donde operamos".

Como parte de su paquete de recompensas totales, nos complace ofrecerle una amplia variedad de beneficios de calidad para proteger su salud, su familia y su estilo de vida, tales como atención médica, jubilación, programa de asistencia al empleado y beneficios por discapacidad.

En HM Clause, creemos en capacitar a nuestros empleados para que tomen decisiones informadas a la hora de seleccionar las opciones de beneficios que funcionen mejor para ellos y sus familias. Por eso hemos elaborado esta guía completa, destinada a responder algunas de las preguntas básicas que pueda tener sobre sus beneficios.

Así que prepárese una taza de café y dedique unos minutos a leer esta guía, junto con cualquier material complementario que haya recibido. También hemos publicado información adicional detallada en línea en ourbenefitsinfo.com, nuestro sitio web de autoservicio. No deje de consultarlo y aproveche todos los recursos que ponemos a su disposición.

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Elegibilidad

HM Clause se complace en anunciar nuestro programa de beneficios para 2026 destinado a nuestros valiosos empleados y sus familias. Hemos diseñado un paquete de beneficios con una variedad de opciones de cobertura porque queremos ayudarlo a mantenerse saludable, sentirse seguro y mantener un equilibrio entre el trabajo y la vida. Para obtener detalles completos sobre nuestros planes, consulte las descripciones resumidas de los planes, que se encuentran en el sitio web de Beneficios en https://www.ourbenefitsinfo.com/.

ELEGIBILIDAD TEMPORAL

En general, los empleados temporales son elegibles para los beneficios descritos en este resumen.

DEPENDIENTES ELEGIBLES

- Su cónyuge (la persona con la que está legalmente casado según la ley estatal, incluido el cónyuge del mismo sexo).
- Su pareja registrada del mismo sexo O su pareja registrada del sexo opuesto es elegible para la cobertura si presenta una prueba de registro (en los estados donde está permitido)
  o si ha completado una declaración jurada de pareja registrada (envíe un correo electrónico a hr.ampa@hmclause.com para obtener una copia).
- Sus hijos o los hijos de su pareja:
- *Los menores de 26 años generalmente son elegibles para inscribirse en la cobertura. No es necesario que vivan con usted ni que estén matriculados en la escuela. Pueden estar casados o vivir y trabajar por su cuenta.*
- *Los mayores de 26 años SOLO si están incapacitados debido a una discapacidad y dependen principalmente de usted para su manutención.*
- Para personas mayores de 26 años, consulte los folletos informativos de cada beneficio.

Si usted experimenta un evento calificado para cambiar su cobertura, debe ponerse en contacto con benefits@hmclause.com en un plazo de 31 días a partir de la fecha del evento. Si no cumple el plazo y no realiza los cambios elegidos, deberá esperar hasta el siguiente periodo de inscripción abierta para realizar los cambios. Póngase en contacto con Recursos Humanos para obtener más información.

CUÁNDO PUEDE INSCRIBIRSE

Puede inscribirse en los beneficios como nuevo empleado o durante el período de inscripción abierta anual. La cobertura para nuevos empleados comienza el primer día del mes coincidente con la fecha de contratación o el mes siguiente, siempre y cuando se inscriba en un plazo de 31 días desde que sea elegible. Si no cumple el plazo de inscripción, tendrá que esperar hasta la próxima inscripción abierta (el único momento del año en el que puede realizar cambios en sus beneficios por cualquier motivo o si experimenta un evento de vida calificado).

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Orientación sobre los beneficios para los nuevos empleados de HMC (Presentación)

Gracias por dedicar un momento a ver la presentación para nuevos empleados de HMC.También puede ver esta presentación en su dispositivo móvil:

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Programa de bienestar

¿QUÉ ES LIFESTYLE REWARDS?

El programa Lifestyle Rewards le permite desarrollar hábitos saludables en el lugar de trabajo, la comunidad y el hogar. Al establecer metas pequeñas y cumplirlas de manera constante a lo largo del año, desarrollará hábitos saludables que beneficiarán su salud general.Nos gustaría recompensarlo por dar los siguientes pasos y participar en actividades durante todo el año que beneficien su bienestar.Al crear una cuenta en myHealthCheck360, tendrá acceso a Lifestyle Rewards y podrá empezar a ganar puntos completando diferentes actividades.Creemos que pequeños pasos a lo largo del tiempo pueden ocurrir cambios positivos en su salud y bienestar.

¿POR QUÉ PARTICIPAR EN LIFESTYLE REWARDS?

Lifestyle Rewards está diseñado pensando en usted. Usted está a cargo de su y exclusivo viaje hacia el bienestar, ¡pero no tiene por qué hacerlo solo! Las ventajas de participar incluyen:

» *Mejorar su puntuación de salud*

» *Técnicas para ayudarle a gestionar el estrés*

» *Aprender a crear pequeños hábitos saludables y sostenibles para ser la mejor versión de usted mismo*

» *Ser más feliz y más saludable*

Entendemos que usted está siempre en movimiento, por lo que su programa de bienestar debe ser fácilmente accesible en cualquier lugar y en cualquier momento. Por eso HealthCheck360 le ofrece apoyo y herramientas a través de la cómoda aplicación myHealthCheck360.El objetivo para obtener su incentivo es acumular 400 puntos de la lista de actividades que aparece en la página siguiente.

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Actividades de Lifestyle Rewards

Actividad	Puntos por actividad	Puntuación máxima	Validación
Meta: Gane 400 puntos con las siguientes actividades *Actividades obligatorias para obtener créditos de bienestar			
Descargue la aplicación myHealthCheck360	25	25	Envíe sus puntos desde la aplicación móvil myHealthCheck360.
Examen biométrico*	75	75	Se otorgarán puntos cuando sus resultados estén en el sistema HC360.
Realice la encuesta*	50	50	Se le otorgarán puntos cuando complete la encuesta.
Puntuación de salud de 75 o más, o mejore su puntuación anterior en 5 puntos o más	75	75	Se otorgarán puntos cuando sus resultados estén en el sistema HC360.
Completar un examen de cuidado preventivo ** (Se requiere un mínimo de dos entre el 1 de julio y el 30 de abril del año siguiente)	40	160	Los exámenes preventivos pueden incluir exámenes preventivos anuales, servicios dentales preventivos y visitas a optometría.
Completar un Reto Patrocinado por la Empresa (Se llevarán a cabo un total de 6 eventos durante el Año Beneficioso)	20 a favor Participación	120	Registra al menos una vez a la semana en tu portal myHealthCheck360 durante el desafío para ganar puntos.
Completar un reto acortado patrocinado por la empresa (2 semanas)	20	120	Registra al menos una vez a la semana en tu portal myHealthCheck360 durante el desafío para ganar puntos.
Vea un seminario web de HealthCheck360	15	50	Vea un seminario web a través de su portal myHealthCheck360 y envíe su certificación de finalización.
Lleve a cabo una actividad local	25	75	Participe en una actividad local (caminata o carrera de 5 km, vacuna contra la gripe, voluntariado, participación en una colecta de alimentos).
Realice un examen preventivo	35	25	Inicie sesión en su portal myHealthCheck360 y envíe su informe.
Envíe los resultados por fax al médico	40	25	Realice un seguimiento al menos una vez a la semana en su portal myHealthCheck360 durante el desafío para ganar puntos.
TOTAL DE PUNTOS DISPONIBLES		**790+**	

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

RECURSOS DE HEALTHCHECK 360

HealthCheck360 es su socio para el bienestar, dedicado a mejorar su salud y bienestar general. HealthCheck360 le proporciona las herramientas, la motivación y el apoyo para ayudarle en su camino hacia una vida más saludable.

CONSULTE ESTOS EXCELENTES RECURSOS

HealthCheck360
Real Results for Real People

¡Descargue la aplicación móvil!

DISPONIBLE PARA USTED:

Aplicación móvil

La aplicación móvil HealthCheck360 le permite acceder a todas las partes de su programa y a sus resultados de salud desde cualquier lugar. ***Asesoramiento en salud ilimitado***

Contáctenos al 866-511-0360 ext.5099 para hablar con un asesor de salud en cualquier momento, de forma totalmente gratuita.

Artículos del blog

¡Suscríbase al blog de HealthCheck360 para obtener recetas, ejercicios, consejos de salud y mucho más!

Redes sociales

Síganos en Facebook, Twitter e Instagram para obtener consejos rápidos durante todo el año.

Saque el máximo provecho con la aplicación móvil myHealthCheck360.Más acceso, más asistencia y un mejor seguimiento.Comience a utilizar la aplicación móvil myHealthCheck360 siguiendo los pasos a continuación.

Cree su cuenta desde su computadora de escritorio

- *Visite myHealthCheck360.com.*
- *Haga clic en el enlace para crear una nueva cuenta.*
- *Complete los detalles en pantalla con su información.*
  - *Su código de empresa es HMCLS*
  - *Su identificador único son los últimos 4 dígitos de su número de la Seguridad Social*
- *Acepte los términos y condiciones y haga clic en "Sign Up".*

Cree su cuenta desde la aplicación móvil

- *Descargue la aplicación myHealthCheck360*
- *Haga clic en "Create an account" (Crear una cuenta) e introduzca su información*
  - *Su código de empresa es HMCLS*
  - *Su identificador único son los últimos 4 dígitos de su número de la Seguridad Social*
- *Acepte los términos y condiciones y haga clic en "SIGN UP" (REGISTRARSE)*

Conecte su dispositivo

Aproveche al máximo su experiencia con myHealthCheck360 conectando un dispositivo como Garmin, o una aplicación de seguimiento como Apple Health o My FitnessPal.

Para conectarse a un dispositivo

- *Seleccione "More" (Más) en la parte inferior de la pantalla.*
- *Seleccione Connect Apps & Devices (Conectar aplicaciones y dispositivos).*
- *Busque su aplicación o dispositivo de acondicionamiento físico y seleccione Connect (Conectar).*
- *Seleccione OK Aceptar e inicie sesión en la cuenta de su aplicación de acondicionamiento físico.*

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Cómo inscribirse en línea

1. Usando MS Edge, inicia sesión en ADP a través de tu único inicio de sesión o sitio web: https://workforcenow.adp.com.
2. Ingresa tus credenciales
3. Si no puedes recordar tu ID de usuario o contraseña, haz clic en "Necesitas ayuda para iniciar sesión".
4. Selecciona el evento de inscripción correspondiente. Si es un nuevo empleado > selecciona Inscripción de Nuevo Contratado. Si es Inscripción Abierta, selecciona Inscripción Abierta...
5. Muévete por las páginas para hacer elecciones según lo que desee. Si aparece un beneficio que no quieres elegir, selecciona la opción Renunciar.
6. Una vez que se realicen todas las elecciones posibles, ADP proporcionará un resumen de los costos. Haz clic en Enviar una vez que los beneficios sean revisados y estén listos para confirmar la elección...
7. Para tus propios registros y documentación, te recomendamos ampliamente que imprimas o descargues una copia de las elecciones que hiciste durante la sesión de inscripción.

DEPENDIENTES

Si desea añadir dependientes a sus planes de seguro, se requieren los siguientes documentos, que deben cargarse en ADP en el momento de la inscripción o enviarse por correo electrónico a hr.ampa@hmclause.com en un plazo de dos semanas a partir de la elección de sus beneficios.

Para agregar un cónyuge:

- Copia del certificado de matrimonio con fecha de menos de un año Y copia de la tarjeta de la Seguridad Social del cónyuge, O copia de la primera página de su última declaración de impuestos federal o estatal.

Para agregar niños:

- Copia del certificado de nacimiento de cada hijo Y copia de la tarjeta de la Seguridad Social de cada hijo.
- Copia de la última declaración de impuestos federal/estatal con el número de la Seguridad Social del dependiente.

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Planes médicos

Nuestra cobertura médica les brinda a usted y a su familia la protección que necesitan para sus problemas de salud cotidianos o ante imprevistos. Puede elegir entre cualquiera de nuestros planes médicos. Cada plan médico ofrece: beneficios integrales de salud, cobertura para hijos elegibles de hasta 26 años, atención preventiva dentro de la red con cobertura total y cobertura de medicamentos recetados.

ELIJA EL PLAN ADECUADO PARA USTED.

PLANES DISPONIBLES

Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Blue Shield.

El plan PPO de Blue Shield ofrece mayor libertad de elección, ya que usted decide dónde, cuándo y de quién recibe atención médica.Sin embargo, para aprovechar al máximo el plan, debe prestar especial atención a la red PPO. Los proveedores de la red PPO tienen contrato con la compañía de seguros y se han comprometido a ofrecer sus servicios con un descuento significativo sobre sus tarifas habituales.

Plan de salud con deducibles altos (HDHP) de Blue Shield

Al inscribirse en el HDHP de Blue Shield, disfruta de los beneficios de un plan PPO, además de la opción de disfrutar del valor añadido de una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) con ventajas fiscales. Para obtener más información sobre la HSA, consulte la página siguiente. Para obtener más información sobre la HSA, consulte la página siguiente.

Organización de Proveedores Exclusivos (EPO) de Blue Shield

Los planes EPO son muy similares a las HMO. Por lo general, no cubren atención médica fuera de la red de proveedores del plan. Sin embargo, los miembros podrían no necesitar una referencia para consultar a un especialista siempre que utilicen los médicos y hospitales dentro de la red PPO de Blue Shield, pero no pueden buscar atención fuera de la red. La principal diferencia entre los planes radica en la cantidad que pagará en cada período de pago y cuándo necesita atención.

TÉRMINOS CLAVE QUE DEBE CONOCER

Monto del deducible anual: el monto que paga anualmente por los cargos elegibles dentro y fuera de la red antes de que el plan comience a pagar. Todos los gastos cubiertos se acumulan para el deducible dentro y fuera de la red.

Máximos de gastos por cuenta propia: el máximo que pagará anualmente por los servicios elegibles de la red, incluyendo medicamentos recetados. Todos los gastos cubiertos se acumulan para el máximo de gastos por cuenta propia dentro y fuera de la red.

Copago y coaseguro: dinero que paga por el costo de los servicios cubiertos.Los copagos no se acumulan para el deducible, sino para el máximo de gastos por cuenta propia.

Deducible integrado: cuando un plan de salud tiene deducibles integrados, significa que un solo miembro de la familia no tiene que cubrir el deducible familiar completo para que se apliquen los beneficios posteriores al deducible.Solo tendrá que cubrir la parte individual dentro del deducible familiar.

Para ayudarle a tomar una decisión informada, el RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA (SBC) ofrece un resumen fácil de entender sobre los beneficios y la cobertura de nuestros planes de salud, lo que facilita la comparación entre ellos. Los SBC están disponibles en ourbenefitsinfo.com.

Para obtener una copia impresa, comuníquese con el departamento de Recursos Humanos a benefits@hmclause.com.

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Beneficios médicos de HMC

Nada es más importante que la buena salud, y sabemos que cada empleado y su familia tienen necesidades diferentes a la hora de elegir su plan médico.Por eso, HMC ofrece opciones de planes que les ayudan a usted y a su familia a mantener una atención médica óptima.

	Plan PPO Standard de Blue Shield		Plan PPO Choice de Blue Shield		Plan HDHP de Blue Shield		Plan EPO de Blue Shield (CA Only)
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red
Deducible del año calendario							
Individual	$500	$1,500	$2,000	$4,000	$3,000	$4,500	$500
Familiar	$1,000	$3,000	$4,000	$8,000	$6,000	$9,000	$1,000
Máximo de gastos por cuenta propia por año calendario (incluye deducible)							
Individual	$1,875	$3,750	$5,000	$10,000	$6,000	$12,000	$4,000
Familiar	$3,750	$7,500	$10,000	$20,000	$12,000	$24,000	$8,000
Copay / Coinsurance							
Telemedicina	$20	No cubierto	$30	No cubierto	$30*	40%*	$20
Atención preventiva	$0	30%*	$0	40%*	$0*	40%*	$0
Médico de atención primaria	$20	30%*	$30	40%*	$30*	40%*	$20
Especialista	$30	30%*	$30	40%*	$30*	40%*	$20
Atención de urgencias	$30	30%*	$30	40%*	$30*	40%*	$20
Sala de emergencias	10%*	10%*	20%*	20%*	20%*	20%*	$100*[1]
Quiropráctico	10%*	30%*	20%*	40%*	20%*	40%*	$20
Infertilidad - De por vida	$5,000		$5,000		$5,000		$5,000
FARMACIA							
Medicamentos recetados al por menor (suministro de hasta 30 días)							
Genéricos	$15	$15	$20	$20	$20*	$20*	$10
Marca del formulario	$30	$30	$35	$35	$35*	$35*	$25
Sin formulario	$55	$55	$60	$60	$60*	$60*	$50
Especializados	20% up to $90	No cubierto	20% up to $90	No cubierto	20% up to $90	No cubierto	20% up to $90
Pedido por correo de medicamentos recetados (HMC: suministro de hasta 90 días)							
Genéricos	$30	No cubierto	$40	Not Covered	$40*	No cubierto	$20
Marca del formulario	$60	No cubierto	$70	Not Covered	$70*	No cubierto	$50
Sin formulario	$110	No cubierto	$120	Not Covered	$120*	No cubierto	$100

***sujeto a deducible**

1 Copago exento si es admitido

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

El HDHP y la HSA:Cómo trabajan juntos

En conjunto, su contribución puede cubrir una parte de su deducible y coseguro.

Atención preventiva gratuita dentro de la red

Para enfatizar la importancia del bienestar, la atención preventiva está cubierta al 100 % si la recibe de proveedores dentro de la red.
.

Deducible

Usted paga sus gastos médicos iniciales hasta alcanzar su deducible anual. Este deducible es más alto en comparación con el otro plan médico, pero se compensa con las contribuciones que pueda realizar a su HSA.

Coaseguro

Una vez alcanzado el deducible, usted y HMC comparten cualquier costo adicional de atención médica hasta alcanzar el máximo de gastos por cuenta propia.

Máximo de gastos por cuenta propia

El plan limita el monto total que pagará cada año. Una vez que alcance su máximo de gastos por cuenta propia, el plan cubre el 100 % de sus gastos elegibles dentro de la red durante el resto del año.

CÓMO FUNCIONA LA HSA

Tenga en cuenta: Los fondos disponibles para reembolso están limitados al saldo de su HSA.

Elija el HDHP durante la inscripción abierta

↓

HMC le abre una HSA y usted comienza a realizar depósitos en su cuenta.

↓

Tú determinas cuánto aportar a tu HSA en cada periodo de pago, hasta el máximo anual del IRS. Para el año del plan 2026, hasta $4,400 para Cobertura Individual y hasta $8,750 para Cobertura Familiar.

↓

Utilice el dinero de su HSA para gastos médicos, dentales o de visión elegibles.

↓

El dinero que sobra al final del año se transfiere para uso futuro.

Yolanda se inscribe solo en el HDHP con HSA. Ella elige usar su HSA para pagar los servicios cubiertos, lo que reduce el monto que debe pagar por cuenta propia para cubrir su deducible antes de que su plan de salud comience a pagar.

EJEMPLO DEL AÑO 1	EJEMPLO DEL AÑO 2
Yolanda aporta $3,000 a su HSA	Yolanda aporta $3,000 a su HSA para el año del plan Se acumulan $2,300 del año pasado para un total de $5,300
Ella usa su HSA para pagar$700 en gastos elegibles	Ella usa su HSA para pagar $1,250 de gastos elegibles
¡Tiene $2,300 en su HSA para transferir al próximo año!	**¡Tiene $4,050 en su HSA para transferir al próximo año!**

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Programas adicionales de Maven y Blue Shield

Blue Shield Connect	El modelo de servicio de más alto nivel de Blue Shield brinda a los miembros asistencia en tiempo real con alcance clínico, reclamaciones y asistencia de proveedores.
Imagenología avanzada	Gestión de beneficios de radiología para servicios de radiología ambulatoria avanzada y no urgente, que incluyen tomografía computarizada, resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones y medicina nuclear cardíaca.
Manejo del dolor y la columna vertebral	Programa de gestión de la utilización diseñado para garantizar que los procedimientos clave de columna se realicen de acuerdo con las directrices clínicas nacionales. Incluye cirugía de columna lumbar y cervical ambulatoria y no urgente, así como tratamiento intervencionista ambulatorio del dolor.
Teladoc - Salud del comportamiento	Disponible únicamente a través de los servicios médicos generales de Teladoc, ofrece psiquiatras, psicólogos, terapeutas y trabajadores sociales con experiencia para ayudar a aliviar problemas como la adicción, la depresión, el estrés o la ansiedad, la violencia doméstica, la terapia de duelo y más. Las consultas confidenciales deben programarse con antelación y pueden realizarse por teléfono o videollamada.
Wellvolution	Una plataforma de medicina de estilo de vida que crea un camino personalizado para ayudar con todo, desde mejorar la nutrición hasta dormir mejor y prevenir la diabetes, además de brindar herramientas basadas en sus objetivos de estilo de vida.
Maven	Apoyo personalizado para la formación de una familia, posparto, crianza, pediatría y menopausia. Maven Wallet disponible para adopción y gestación subrogada.

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Plan dental

Su salud dental es fundamental para su bienestar general.El seguro dental le da una razón para sonreír.
Es asequible y cubre la atención preventiva (incluyendo revisiones periódicas), así como empastes, puentes, coronas y otros servicios dentales.
Al inscribirse en el plan dental, puede visitar al dentista que prefiera, pero los proveedores de la red ofrecen mayores descuentos y pueden presentar sus reclamaciones por usted.Si prefiere consultar con un proveedor fuera de la red, tenga en cuenta que, al no tener contrato, podrían cobrarle cualquier monto facturado que exceda la tarifa con descuento negociada.
Nuestro plan dental está cubierto por el plan dental PPO de Delta Dental.Puede elegir entre 2 planes: el plan dental PPO o el plan DHMO (solo en California).Visite su sitio web en www.deltadentalins.com para encontrar un dentista en su área o llame a Delta Dental al 800-765-6003 (PPO) y al 800-422-4234 (HMO). 800-765-6003 y HMO: 800-422-4234.

	DPPO de Delta			DHMO de Delta
	Red PPO	**Red Premier**	**Fuera de la red**	**Dentro de la red**
Deducible por año calendario y máximo del plan anual				
Deducible particular/familiar	$25 / $75	$50 / $150	$50 / $150	$0 / $0
Máximo anual para servicios básicos y principales	$2,000 por particular	$1,200 por particular (combinado con la red)	$1,200 por particular (combinado con la red)	Ilimitado
Servicios de atención preventiva				
Exámenes, limpiezas, radiografías, tratamientos con flúor	$0	$0	$0	Listado de beneficios
Servicios básicos				
Empastes, mantenedores de espacio, selladores, extracciones, cirugía oral, endodoncia, periodoncia, exámenes de emergencia	20 %*	20 %	20 %	Listado de beneficios
Servicios principales				
Coronas, incrustaciones/onlays, prótesis dentales y puentes, reparaciones	40 %*	50 %*	50 %*	Listado de beneficios
Ortodoncia				
Adultos y niños (hasta 26 años)	50 %*	50 %*	50 %*	Listado de beneficios
Ortodoncia máxima de por vida	$1,500 por persona	$1,000 por persona	$1,000 por persona	Ilimitado
***Los montos deducibles y coseguros representan lo que usted paga por los servicios.**				

Este cuadro contiene una breve descripción general de sus opciones de plan dental. Su alcance es limitado y no pretende sustituir ni representar descripciones completas del plan. Consulte el folleto de Evidencia de Cobertura (EOC) correspondiente para obtener descripciones completas de los beneficios, exclusiones y limitaciones del plan.

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Plan de visión

Puede escoger la cobertura de visión, que ofrece una atención oftalmológica económica y de calidad en todo el país. Aunque los servicios y suministros para el cuidado de la vista están cubiertos dentro y fuera de la red, sus beneficios generalmente son mayores cuando utiliza proveedores dentro de la red.

Usted paga el copago que se muestra y cualquier monto que exceda el monto de subsidio permitido.	EN RED	FUERA DE RED
	Usted paga	**Reembolso**
Costo		
Examen	$0	Hasta $45
Materiales	$20	Reembolsado por artículo
Servicios cubiertos: lentes y monturas estándar		
Lentes individuales	$0 de lentes básicos	Hasta $30
Bifocales	$0 de lentes básicos	Hasta $50
Trifocales	$0 de lentes básicos	Hasta $65
Monturas	$150 de subsidio** + 20 % de descuento	Hasta $70
Servicios cubiertos: lentes de contacto en lugar de monturas/cristales		
Lentes de contacto - opcionales	Subsidio de $150	Hasta $105
Frecuencia de beneficios	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses
Exámenes/lentes/monturas/lentes de contacto		
Exámenes	Una vez cada 12 meses	
Lentes/monturas/lentes de contacto	Una vez cada 12 meses	

Si recibe servicios cubiertos de un proveedor no participante, usted es responsable de pagarle el costo total. Usted o el proveedor deben presentar la factura detallada y una copia de su receta junto con el formulario de reclamación a VSP.

DESCUENTOS Y AHORROS ADICIONALES

- *La corrección de la vista con láser tiene un descuento promedio del 15 % sobre el precio regular o del 5 % sobre el precio promocional; los descuentos solo están disponibles en centros contratados.*
- *Descuento TruHearing: reciba descuentos en audífonos y baterías adicionales registrándose en www.truhearing.com/vsp o llamando al 877-396-7194 para programar una cita para un examen y obtener descuentos en audífonos.*

No necesita tarjeta de identificación ni formularios de reclamación para consultar con un proveedor contratado. Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura de la vista, puede contactar a VSP llamando al 800-877-7195 o visitando www.vsp.com.

Este cuadro contiene una breve descripción general de sus opciones de plan de visión. Su alcance es limitado y no pretende sustituir ni representar descripciones completas del plan.Consulte el folleto de Evidencia de Cobertura (EOC) correspondiente para obtener descripciones completas de los beneficios, exclusiones y limitaciones del plan.

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Tarifas mensuales de las primas

Las primas se deducen quincenalmente antes de impuestos a través de la nómina, con la excepción de las parejas registradas (DP). Las contribuciones a la DP son las mismas para quienes cubren a un cónyuge legal. Sin embargo, debido a las restricciones del IRS, el costo adicional de la cobertura para parejas registradas se paga después de impuestos y su valor estará sujeto a impuestos como ingresos imputados(los ingresos imputados se incluyen en su nómina y en el formulario W-2 de fin de año y están sujetos a todos los impuestos aplicables).Para obtener más información, llame a Recursos Humanos.

TARIFAS DE BIENESTAR

Si participa en el plan de bienestar de HMC, a continuación se muestran sus deducciones de nómina mensuales.

PLAN MÉDICO	Empleado	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Familia
Plan PPO Choice de Blue Shield	$112.90	$257.50	$234.58	$368.88
PLAN DENTAL	**Empleado**	**Empleado + Cónyuge**	**Empleado + Hijo(s)**	**Empleado + Familia**
DPPO de Delta Dental	$14.00	$30.00	$26.00	$42.00
DHMO de Delta Dental	$6.18	$12.36	$12.36	$18.54
PLAN DE VISIÓN	**Empleado**	**Empleado + Cónyuge**	**Empleado + Hijo(s)**	**Empleado + Familia**
Plan de visión de VSP	$5.50	$13.00	$11.00	$17.50

TARIFAS SIN BIENESTAR

Si ***no*** participa en el plan de bienestar de HMC, a continuación se muestran sus deducciones de nómina mensuales.

PLAN MÉDICO	Empleado	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Familia
Plan PPO Choice de Blue Shield	$161.28	$367.86	$335.10	$526.98
PLAN DENTAL	**Empleado**	**Empleado + Cónyuge**	**Empleado + Hijo(s)**	**Empleado + Familia**
DPPO de Delta Dental	$14.00	$30.00	$26.00	$42.00
DHMO de Delta Dental	$6.18	$12.36	$12.36	$18.54
PLAN DE VISIÓN	**Empleado**	**Empleado + Cónyuge**	**Empleado + Hijo(s)**	**Empleado + Familia**
Plan de visión de VSP	$5.50	$13.00	$11.00	$17.50

Tenga en cuenta que, a menos que su pareja registrada sea su dependiente fiscal, según la definición del IRS, las contribuciones para la cobertura de la pareja registrada deben realizarse después de impuestos.De igual manera, la contribución de la empresa a la cobertura de su pareja registrada y sus dependientes se declarará como ingreso tributable en su formulario W-2.Para obtener más información sobre cómo se aplica este tratamiento fiscal, contacte a su asesor fiscal. Notifique a HM.Clause, Inc. si su pareja registrada es su dependiente fiscal.

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Seguro colectivo por discapacidad a corto plazo

HMC ofrece cobertura básica por discapacidad a corto plazo a través de Unum para protegerlo de dificultades financieras.El seguro por discapacidad a corto plazo (ST D) reemplaza parte de sus ingresos para cubrir necesidades de duración limitada, como:problemas durante el embarazo y la recuperación del parto, enfermedades o lesiones prolongadas, cirugía y tiempo de recuperación.

COBERTURA DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

Sus beneficios semanales de discapacidad a corto plazo serán el 60 % de sus ingresos semanales previos a la discapacidad, hasta un máximo de $1,500 menos
los ingresos deducibles.El beneficio comienza después de 7 días de discapacidad.Los beneficios comienzan de inmediato si la persona es hospitalizada.La inscripción es automática para los empleados en todos los estados, excepto California, Hawái, Nueva Jersey, Nueva York y Rhode Island.Los empleados en estos estados tienen acceso a la discapacidad a corto plazo a través de otro programa, cuyos beneficios varían según el estado.

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Seguro de Accidentes

Tal como parece, el seguro de accidentes puede ayudarte a pagar los gastos que puedas incurrir después de una lesión accidental. Este tipo de lesión incluye cosas como un accidente automovilístico, una caída mientras esquias o incluso una caída por las escaleras en casa. Este beneficio se paga sin importar cualquier otra cobertura de seguro que puedas tener (incluyendo tu cobertura médica).

Visitas a la sala de emergencias	**Exámenes médicos – incluyendo exámenes diagnósticos importantes**
Estancias hospitalarias	**Fisioterapia**
Fracturas y dislocaciones	**Transporte y hospedaje: si estás fuera de casa cuando ocurre el accidente**

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

Nuevamente, estos beneficios son adicionales a cualquier beneficio de seguro de salud que puedas recibir. El monto del beneficio se paga directamente a ti. Puedes usar este dinero de cualquier manera que desees, incluyendo deducibles, cuidado infantil, limpieza del hogar, víveres, servicios públicos o cualquier propósito que te ayude a cubrir tus necesidades personales, financieras o del hogar. A continuación hay un ejemplo.

De camino al trabajo, John sufrió un accidente de coche.

Fue trasladado en ambulancia terrestre a la sala de urgencias e ingresado en el hospital.

Tuvo una luxación de cadera y pasó cinco días en el hospital.

Recibió varias sesiones de fisioterapia antes de volver al trabajo.

John presentó su reclamación por accidente y recibió fondos de su seguro de accidentes.

Los destinó a cubrir el deducible y el copago, así como a compensar los ingresos perdidos por los días que no trabajó.

Ejemplo de montos de beneficios que recibes por lo siguiente:					
Ambulancia terrestre	$300	Atención Urgente	$75	Articulación de la cadera	$3,375
Sala de Emergencias	$100	Estancia hospitalaria – Admisión	$1,000	Conmoción cerebral	$200
Rayos X	$50	Estancia hospitalaria – diaria	$300	Terapia Física (10 sesiones)	$20

Por favor, consulte el resumen de beneficios para más detalles de esta cobertura.

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Seguro por Enfermedades Graves

Las enfermedades críticas pueden tener un gran impacto en tu vida. Una enfermedad crítica puede impedirte trabajar y dificultar hacer cosas simples y cotidianas. El seguro para enfermedades críticas puede ayudarte a reducir tu estrés – financiero y mental – mientras te recuperas de tu enfermedad. Estas enfermedades pueden incluir, pero no se limitan a, las siguientes:

Infarto	**Enfermedad de Alzheimer**
Esclerosis sistémica	**Enfermedad de Parkinson**
Derrame	**Falla orgánica mayor**

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

El seguro de Enfermedades Graves paga un monto fijo de beneficio único si te diagnostican una enfermedad o dolencia cubierta después de la fecha de vigencia de tu cobertura. Puedes usar este dinero para cualquier propósito que prefieras. Puede ayudar a cubrir gastos que no cubre tu plan de salud (como tu deducible o copagos), ingresos perdidos, cuidado infantil, viajes de ida y vuelta al tratamiento, costos de atención médica en casa o cualquiera de tus gastos regulares del hogar. A continuación tienes un ejemplo.

Tom sufrió una situación relativamente Golpe pequeño.

→ Fue hospitalizado Por cinco días.

→ Empezó rehabilitación para obtener De vuelta a donde estaba físicamente antes El derrame.

→ Tom presentó su reclamación y recibió una suma global pago de $10,000.

BENEFICIO TOTAL POR ENFERMEDADES CRÍTICAS PAGADO: $15,000

	MONTO DEL BENEFICIO	MONTO GARANTIZADO DE EMISIÓN
Empleado	$10,000, $20,000, $30,000	Emisión Garantizada
Cónyuge	100% del monto del empleado	Emisión Garantizada
Hijos	50% del monto del empleado	Emisión Garantizada

Por favor, consulte el resumen de beneficios para más detalles de esta cobertura.

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Seguro de Indemnización Hospitalaria

Cuando se trata de la salud tuya y de tu familia, las hospitalizaciones inesperadas o a largo plazo no deberían ser un momento para preocuparse por los costos médicos. El seguro de indemnización hospitalaria ayuda poniendo la recuperación primero sobre las facturas hospitalarias. El seguro de indemnización hospitalaria complementa tu cobertura de seguro médico actual ayudando a pagar los gastos por estancias hospitalarias. Dependiendo del plan, el seguro de indemnización hospitalaria te da pagos en efectivo para ayudarte a cubrir los gastos adicionales que pueden surgir mientras te recuperas. Por lo general, los planes pagan con base en el número de días de hospitalización.

Confinamiento hospitalario – Primer día	**Confinamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos**
Cuidados Críticos	**Tamizaje de salud**

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

La Indemnización Hospitalaria ofrece un beneficio en efectivo único para ayudar a cubrir los costos que pueden venir con una estancia hospitalaria que tu plan de salud no cubre. Usa tu cobertura de indemnización hospitalaria para ayudar a cubrir los gastos médicos de tu bolsillo o gastos diarios como renta, comida o transporte.

Estás ingresado en un hospital (lesión, enfermedad repentina o en desarrollo)

Mientras estás en el hospital, los cargos empiezan a acumularse por cada día que permanecen en el hospital.

El Seguro de Indemnización Hospitalaria Anthem te paga una suma global por cada día que estés en el hospital hasta el máximo del plan de beneficios. Puedes usar el dinero por cualquier motivo

BENEFICIOS		
	BENEFICIO DIARIO	MÁXIMO ANUAL
Confinamiento hospitalario – Primer día	$1,000	1 día
Confinamiento hospitalario – Diario	$100	365 Días
Unidad de Cuidados Intensivos - Diaria	$100	30 Días

Por favor, consulte el resumen de beneficios para más detalles de esta cobertura.

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Plan de jubilación (401k)

PREPÁRESE PARA LA JUBILACIÓN

Para mejorar su capacidad de ahorro para la jubilación, HMC
ofrece una función de inscripción automática al plan 401(k) para su jubilación.
Su plan de jubilación 401(k) con HM Clause puede ayudarle a prepararse para la jubilación que desea. Comience hoy mismo utilizando las herramientas del plan para ahorrar los ingresos de jubilación que pueda necesitar.
Inscríbase en https://empowermyretirement.com o llamando al 855-756-4738 de lunes a viernes de 8 a. m. a 10 p. m., hora del Este de EE. UU., y los sábados de 9 a. m. a 5:30 p. m., hora del Este de EE.

ELEGIBILIDAD

Como empleado regular, puede participar el primer día del mes siguiente a 30 días de empleo (debe tener 18 años o más) y podrá aportar entre el 1 % y el 70 % de su remuneración elegible, hasta el límite del IRS de $22,500.
Tenga en cuenta que las contribuciones cesarán cuando los empleados con alta remuneración alcancen el límite del IRS.

CONTRIBUCIÓN PARALELA DE LA EMPRESA

HMC contribuye de forma paralela el 100 % de las contribuciones aplicables hasta un 6 %de la remuneración elegible.Esto significa queusted aporta el 6 % a su cuenta de jubilación y HMC aporta el 100 % de esa cantidad.
También se ofrece un suplemento de jubilación adicional a los empleados elegibles al primer día del mes siguiente a los 6 meses de servicio. Este suplemento proporciona entre un 3 % y un 7 % de las contribuciones adicionales de la empresa, según la proximidad de la edad de jubilación.

BENEFICIARIOS

Una de las primeras cosas que debe hacer al optar por participar en el plan 401(k) es designar un beneficiario en línea a través de su cuenta personal de jubilación.Mantener esta importante información en línea es fácil y confiable.
Si experimenta un evento de vida (por ejemplo, un cambio en el estado civil o un nacimiento), es posible que deba actualizar la designación del al menos una vez al año. beneficiario.Se recomienda que revise sus designaciones

ANTES DE IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES ROTH

Con el plan 401(k) tradicional, sus contribuciones se realizan antes de impuestos y el 50 % se adquiere tras un año de servicio. Además, solo paga impuestos al recibir una distribución.
Todas las contribuciones a Roth se realizan con dinero después de impuestos. En otras palabras, con la opción Roth, ya ha pagado impuestos sobre el dinero que aporta.
El IRS establece anualmente los límites de contribución anual a las cuentas de jubilación 401(k).Consulte nuestra página de beneficios para obtener más información.

ADQUISICIÓN DE DERECHO

La adquisición de derechos se refiere al porcentaje de participación en su cuenta. Siempre tiene derecho a la adquisición de sus propias contribuciones al plan 401(k) (antes de impuestos y Roth).Además, las contribuciones del empleador al plan 401(k) (la contribución paralela) y las ganancias siempre tienen derecho a la adquisición de derechos al 50 %, y las ganancias tienen derecho al 100 % después de 2 años de empleo.

TRANSFERENCIAS

Si tiene cuentas de jubilación externas de un empleador anterior, puede transferir esos fondos a su cuenta de jubilación 401(k) de HMC. Para obtener más información sobre cómo iniciar una transferencia, comuníquese con Empower al 855-756-4738.

OPCIONES DE INVERSIÓN

Dispone de una amplia gama de opciones de inversión principals a través de su plan, incluyendo los fondos de jubilación con fecha objetivo. Cada opción se explica con más detalle en las hojas de fondos del plan.

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Programas especiales

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

Este programa ofrece acceso a través de su sitio web o por teléfono, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.El proveedor del EAP, Health Advocate, está disponible para brindar asistencia con diversos tipos de asesoramiento familiar, asuntos financieros, cuidado infantil, asuntos legales y muchos otros temas.Tiene derecho a un máximo de 8 visitas por incidente, ya sea en persona o por asesoramiento en video para problemas a corto plazo.

Su sitio web es healthadvocate.com/members.Acceda a los servicios llamando o contactando con el equipo de soporte en answers@HealthAdvocate.com o al 866-695-8622.

ASISTENCIA EN VIAJES DE NEGOCIOS

HM CLAUSE le ofrece un seguro de viaje de negocios.Esta cobertura se aplica a cualquier viaje a más de 160 kilómetros de su domicilio. La cobertura de esta póliza incluye:

- *Indemnización hospitalaria por pérdida de ingresos*
- *Gastos médicos por accidente*
- *Seguro de vida y seguro por AD&D*
- *Evacuación médica y repatriación*
- *Para obtener ayuda, comuníquese con Zurich A:*
  - *EE. UU. y Canadá: (844) 632-0002*
  - *En cualquier otro lugar: (416) 646-5602*

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Sitio de recursos sobre beneficios

Para encontrar información y contactos importantes en un solo lugar, visite nuestro sitio web de beneficios para empleados, ourbenefitsinfo.com. Allí encontrará documentos, descripciones, material multimedia y enlaces a otros recursos e información.

© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

Recursos adicionales

CENTRO DE RECURSOS DE BENEFICIOS

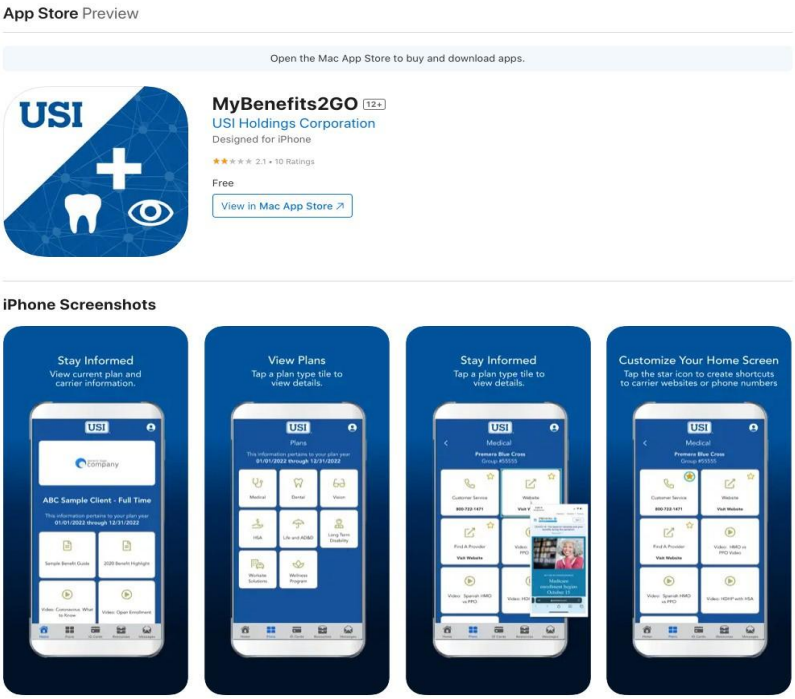
¿Tiene preguntas sobre sus beneficios médicos, dentales y de visión?
HMC ofrece una línea de ayuda especializada en beneficios que le permite solicitar la asistencia de un profesional de seguros para resolver sus dudas y problemas con los beneficios.
Simplemente llame y un representante eficiente y atento le estará esperando para ofrecerle la asesoría personalizada que necesita.
¡El BRC está disponible tanto para usted como para sus dependientes, independientemente de si está inscrito en los beneficios!

- » *Obtenga más información sobre sus beneficios*
- » *Reciba asistencia con sus reclamaciones*
- *Solicite suministros como tarjetas de identificación y formularios de reclamaciones*
- » *Obtenga información sobre proveedores de salud y la utilización de sus planes*

Si tiene preguntas o necesita ayuda, ¡deje que los especialistas en beneficios de BRC le ayuden!
Llame: 888 336-7463
Correo electrónico: brcca@usi.com
Disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico)

APLICACIÓN MÓVIL USI

Un recurso adicional es nuestra aplicación móvil USI.Esta aplicación le brinda acceso a la información sobre beneficios de HMC en su teléfono las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Visite la tienda de aplicaciones de su teléfono (Apple o Google), descarga la aplicación gratuita "MyBenefits2GO" e ingrese el código de nuestro plan **A98047.**Tendrá la información de su plan al alcance de la mano.



© 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados. Visite ourbenefitsinfo.com para obtener información completa.

HM.Clause, Inc.

Avisos Requeridos

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte la página 10 para obtener más detalles.

IMPORTANT NOTICE: This document is provided to help employers understand the compliance obligations for Health & Welfare benefit plans, but it may not take into account all the circumstances relevant to a particular plan or situation. It is not exhaustive and is not a substitute for legal advice.

Avisos legales importantes que afectan la cobertura de su plan de salud

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER

Si le han realizado una mastectomía o están por realizársela, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios bajo la ley de derechos de salud y cáncer de la mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se suministrará de la manera determinada en la consulta con el médico interviniente y el paciente, para:

- Todas las fases de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionará con sujeción a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en.

NEWBORNS ACT DISCLOSURE − FEDERAL

Por lo general, los planes de salud grupales y las compañías de seguros de salud no pueden, conforme a la ley federal, restringir beneficios de estancia hospitalaria relacionada con el parto tanto para la madre como para el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. No obstante, la ley federal en general no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, de acuerdo con la ley federal, solicitar que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para indicar una duración de la estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

NOTICE OF SPECIAL ENROLLMENT RIGHTS

Si decide no inscribirse o no inscribir a sus dependientes (incluido su cónyuge) porque tiene otro seguro de salud u otra cobertura de plan de salud grupal, usted podría inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes perdieran su elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de hacer los aportes correspondientes a la otra cobertura suya o de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes a la finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o siguientes a la fecha en que el empleador deje de hacer los aportes correspondientes a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente debido a matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, usted podría inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Además, si decide no inscribirse o no inscribir a sus dependientes (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal CHIP esté en vigencia, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si:

- se pierde la cobertura de Medicaid o de un programa estatal CHIP; o
- usted o las personas sus dependientes tienen derecho a una subvención de ayuda a la prima por parte del Estado.
- En cualquier caso, debe solicitar la inscripción 60 días después de la pérdida de la cobertura o en la fecha en que sea elegible para recibir asistencia para primas. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, llame a la persona de contacto que aparece al final de este resumen.

PROTECCIÓN CONTRA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

HealthCheck360 es un programa voluntario disponible a todos los empleados elegibles a beneficios. Este programa es administrado de acuerdo a las regulaciones federales que permiten programas de bienestar auspiciados por el empleador y que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluyendo la Ley de 1990 de Americanos con Incapacidades, la Ley de 2008 de Información Genética No-discriminatoria y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud que fueran aplicables, entre otras. También se le requerirá que complete un chequeo biométrico que incluirá un análisis de sangre para determinar Colesterol y Glucosa. Ud no está obligado a particpar en los chequeos biométricos.

Sin embargo, aquellos que escojan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo al haber mejorado o acercado a niveles favorables. A pesar que no están obligados a participar en los chequeos biométricos, sólo lo empleados que lo cumplan recibirán Créditos en sus primas de seguros de salud del año siguiente.

Habría incentivos adicionales disponibles a los empleados que participan en ciertas actividades tales como un examen preventivo. Si Ud. no pudiera participar en alguna de las actividades relacionadas con la salud, o logra cualquiera de los resultados de salud requeridos para ganar un incentivo, tendrá derecho a un arreglo razonable u otra alternativa. Ud. podrá solicitar un arreglo razonable o una alternativa poniéndose en contacto con Administrador del plan al teléfono # 530-747-3789.

Los resultados de su chequeo biométrico le ayudarán enterarse de su estado de salud actual y riesgos potenciales y también se usarán para ofrecerle servicios de acuerdo con el programa de bienestar, tales como consejos para su salud, cursos sobre bienestar. También se le estimula a que comparta sus resultados o sus inquietudes con su médico personal.

Protecciones contra la divulgación de información médica
Estamos requeridos por ley de mantener la privacidad y seguridad de su información de salud que pueda identificarlo personalmente. A pesar que el programa de bienestar y la familia de compañías HM.Clause, Inc. podrá usar la información total coleccionada para diseñar un programa basado en riesgos de salud identificados con el lugar de trabajo, HealthCheck360 no revelará ninguna de su información personal ya sea públicamente o al empleador, excepto como fuera necesario para responder a una solicitud proveniente de Ud. para arreglos razonables necesarios para participar en el programa de bienestar, o como expresamente permitido por la ley.

La información médica que lo identifique a Ud. personalmente que sea proporcionada en conexión con el programa de bienestar no será dada a sus supervisores o administradores y no podrá ser usada nunca para tomar decisiones respecto a su empleo.

La información de su salud no se venderá, intercambiará, transferirá, o de cualquier otra forma será revelada, excepto en la medida permitida por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y Ud. no será solicitado o requerido a renunciar la confidencialidad de su información de salud como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquiera que recibiera su información para propósitos de suministarle servicios como parte del programa de salud estará regido por los mismos requisitos de confidencialidad. El único individuo o individuos que recibirán información de salud personalmente identificable son representantes de Health Advocate con el fin de poder darle los servicios que ofrece el programa de bienestar.

Además, la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá por separado de su archivo de personal, la información guardada electrónicamente será codificada y ninguna información proporcionada por Ud. como parte del programa de bienestar será usada en efectuar cualquier decisión referente a su empleo. Se tomarán precauciones apropiadas y en caso que ocurriera violación de la información que Ud. dé en conexión con el programa de bienestar, se lo comunicaremos inmediatamente.

Ud. no sufrirá discriminación en su empleo debido a información médica que haya ofrecido como parte de su participación en el programa de bienestar, ni podrá estar sujeto a represalias si escogiera no participar.

Si tuviera preguntas o dudas respecto a este aviso, o acerca de la protección contra discriminación y represalia, por favor póngase en contacto con Administrador del plan al teléfono # 530-747-3789.

DIVULGACIÓN DEL PROGRAMA DE BIENESTAR DE HIPAA

Su plan de salud se compromete a ayudarlo a lograr su mejor salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si cree que no puede cumplir con un estándar para una recompensa bajo este programa de bienestar, es posible que califique para una oportunidad de ganar la misma recompensa por diferentes medios. Contáctenos al 530-747-3789 y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted a la luz de su estado de salud.

DIVULGACIÓN DEL MODELO DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

Blue Shield of California generalmente permiten la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Hasta que usted haga esta designación, Blue Shield of California designan una para usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con Blue Shield of California al 866-346-719.

En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de Blue Shield of California ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se requiera que el profesional de la salud cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento preaprobado o los procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con Blue Shield of California al 866-346-719.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE ERISA

Como participante del plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones según la ley de seguridad en el Ingreso de los Retirados de 1974 ("Employee Retirement Income Security Act, ERISA"). La ley ERISA dispone que todos los participantes tendrán derecho a:

Recibir información sobre su plan y sus beneficios

- Examinar, sin cargo, en la oficina del administrador del plan y en otros lugares especificados, los documentos del plan y el plan, incluyendo el contrato de seguro y copias de todos los documentos presentados por el plan ante el departamento de trabajo ante los EE.UU. Departamento de trabajo de los Estados Unidos, si los hubiera, tales como informes anuales y descripciones del plan.
- Obtener copias de los documentos del plan y otra información del plan cuando lo solicite por escrito al administrador del plan. El administrador del plan puede cobrarle un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del plan, si se requiere que se presente conforme a ERISA. El Administrador del Plan está obligado, por ley, a proporcionar a cada participante una copia de este resumen de informe anual, si lo hubiera.

Continuar con la cobertura del plan de salud grupal

Si corresponde, puede continuar con la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o sus dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el plan como resultado de un evento habilitante. Es posible que usted y sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise la descripción resumida del plan y los documentos que rigen el Plan con respecto a las reglas sobre la continuación de los derechos de cobertura de COBRA.

Acciones Prudentes tomadas por los Fiduciarios del Plan

Además de establecer derechos para los participantes, ERISA impone obligaciones a las personas que son responsables de la operación del Plan. Estas personas, llamadas "fiduciarios" del Plan, tienen el deber de operar el Plan con prudencia y en beneficio de usted y de los demás participantes del Plan.

Nadie, ni la compañía ni ninguna otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para impedir que obtenga beneficios sociales o que ejerza sus derechos en virtud de la ley ERISA.

Haga valer sus derechos

Si se le deniega un reclamo de beneficio de bienestar en su totalidad o en parte, usted debe recibir una explicación por escrito sobre el motivo de la denegación. Tiene derecho a que el plan revise y reconsidere su solicitud.

Conforme a ERISA, hay pasos que usted puede tomar para hacer valer estos derechos. Por ejemplo, si usted solicita materiales del administrador del plan y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede requerir que el administrador del plan le proporcione los materiales y le pague hasta $152 por día (hasta un tope de $1527 por solicitud), hasta que usted reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado debido a razones fuera del control del administrador del plan. Si usted tiene un reclamo de beneficios que se niega o ignora, en todo o en parte, y ha agotado los procedimientos de reclamos disponibles conforme al plan, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Si sucede que los fiduciarios del plan hacen un mal uso del dinero del plan, o si usted es discriminado por hacer valer sus derechos, puede buscar ayuda en el Departamento de trabajo de Estados Unidos, o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si usted tiene éxito, el tribunal puede ordenar a la persona que usted ha demandado que pague estos costos y honorarios. Si usted pierde (por ejemplo, si el tribunal concluye que su reclamo es frívolo), el tribunal puede ordenar que usted pague estos costos y honorarios.

Asistencia con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, esta declaración o sus derechos según la ley ERISA, debe comunicarse con la oficina más cercana de la administración de seguridad de beneficios para los empleados de Estados Unidos, del departamento del trabajo de Estados Unidos, listado en su directorio telefónico o con la división de asistencia técnica y consultas, administración seguridad de beneficios para los Empleados de Estados Unidos, Departamento de Trabajo, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20220.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Las preguntas sobre cualquier parte de esta información pueden dirigirse a

Wendy Relich
260 Cousteau Place, Suite 210
Davis, California United States 95618
530-747-3734
wendy.relich@hmclause.com

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica sobre usted, y cómo puede acceder a dicha información. Por favor, léalo detenidamente.

Su información, sus derechos, nuestras responsabilidades.

Se alienta a los destinatarios del aviso a que lo lean en su totalidad.
La información de contacto para preguntas o quejas está disponible al final del aviso.

Sus derechos

Tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus registros de salud y reclamos
- Corregir sus registros de salud y reclamos
- Solicitar una comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones con respecto a la forma en que usamos y compartimos la información a medida que:

- Responder a las preguntas sobre la cobertura de su familia y amigos
- Proporcionar socorro en casos de desastre
- Comercializar nuestros servicios y vender su información

Nuestros usos y divulgaciones

Podremos usar y compartir su información para:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Pagar sus servicios de salud
- Administrar su plan médico
- Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad
- Realizar investigaciones
- Cumplir con la ley
- Responder las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director de funeraria.
- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno
- Responder demandas o acciones legales

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia de los registros de salud y reclamos

- Usted puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones, y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le brindaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, generalmente, antes de que transcurran 30 días de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable para cubrir los costos.

Pedirnos que corrijamos los registros de salud y de pedidos de reembolso

- Nos puede solicitar que corrijamos sus registros de salud y reclamaciones si cree que no son correctos o que están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito, generalmente dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (p. ej. al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos un correo postal a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y le diremos que "sí" si nos dice que usted estará en peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Usted puede pedirnos que no utilicemos o compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud.

Obtener una lista de las personas con las cuales hemos compartido la información

- Usted puede solicitar una lista (contabilización) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años previos a la fecha que usted solicita, con quién la compartimos y porqué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas con tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya solicitado hacer). Suministraremos una contabilización por año de manera gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable con base en los costos si usted solicita otra antes de que transcurran 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha accedido a recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa rápidamente.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien un poder notarial para atención médica o si alguien es su tutor legal, dicha 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 sus derechos han sido violados

- Usted puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros usando la información al final de este aviso.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20221, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información de salud, usted puede indicarnos sus opciones sobre lo que desea que compartamos. Si tiene una preferencia clara sobre la manera en que debemos compartir su información en las situaciones descriptas a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

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

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su cuidado
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastres.

Si usted no puede informarnos sobre sus preferencias porque, por ejemplo, usted no está consciente, nosotros compartiremos su información si creemos que es para su beneficio. También podremos compartir su información cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.
En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos brinde permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo utilizamos o compartimos normalmente la información sobre su salud?

Normalmente, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están tratando.
Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su plan de tratamiento y diagnóstico para que podamos organizar servicios adicionales.

Pagar sus servicios de salud

Podemos usar y divulgar la información sobre su salud mientras pagamos por sus servicios médicos.
Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan odontológico para coordinar el pago de su trabajo odontológico.

Administrar su plan

Podemos divulgar la información sobre su salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.
Ejemplo: su compañía nos contrata para proporcionar un plan médico y nosotros le proporcionamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

Dirigimos nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No podemos usar información genética para decidir si le brindaremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: utilizamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

¿De qué otra manera usamos o compartimos su información de salud?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, por lo general de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir ciertas condiciones legales antes de poder compartir información para estos fines. Para más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudamos con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir información de salud sobre usted en ciertas situaciones como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con la retirada de productos
- Notificar reacciones adversas a los medicamentos. Notificar supuestos abusos, negligencias o violencia doméstica
- Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona.

Realizamos investigaciones

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Para cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el departamento de salud y servicios humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Respondemos las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director de funeraria.

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de búsqueda de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funerales cuando una persona fallece.

Abordar la remuneración de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras exigencias gubernamentales

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para los reclamos de compensación de trabajadores
- Para fines de cumplimiento de la ley, o con un oficial de cumplimiento de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley
- Para funciones especiales del gobierno, como el ejército, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial

Para responder a demandas y acciones legales

Podremos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Usos y Divulgaciones de Información de Tratamiento por Trastorno por Uso de Sustancias (SUD)

- Si recibimos o mantenemos registros sobre usted provenientes de un programa de tratamiento de SUD sujeto a 42 CFR parte 2 (un "Programa Parte 2"), mediante el consentimiento que usted otorgue al Programa Parte 2 para usar o divulgar dichos registros, o cualquier testimonio que relate el contenido de esos registros, estos reciben una protección adicional.
  Estos registros no pueden usarse ni divulgarse en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra, a menos que usted otorgue un consentimiento por escrito, o que se emita una orden judicial después de que se le haya proporcionado notificación y oportunidad de ser escuchado a usted o al titular de los registros.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una filtración que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos información de forma diferente a la descrita aquí a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. En caso de autorizarnos a hacerlo, usted puede cambiar de idea en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de idea.

Para más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos y condiciones de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web (si es aplicable), y le enviaremos una copia por correo.

Otras instrucciones para el Aviso

- 1 de julio de 2026
- Wendy Relich, 530-747-3734, wendy.relich@hmclause.com

LENGUAJE MODELO PARA EL USO DE TODAS LAS ENTIDADES SOBRE EL AVISO DE DIVULGACIÓN

INDIVIDUAL DE LA COBERTURA ACREDITABLE PARA BENEFICIARIOS DESPUÉS DEL 1 DE ABRIL DE 2011.

Si usted está recibiendo este aviso electrónicamente, usted es responsable de proporcionar una copia de esta notificación a cualquier dependiente elegible para Medicare Part D que esté cubierto bajo el plan de salud.

Aviso Importante de [Inserte el Nombre de la Entidad] Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con HM.Clause, Inc. y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. **La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.**

2. **HM.Clause, Inc. ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Blue Shield of California EPO – California Only, Standard PPO, Choice PPO, HSA PPO en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.**

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

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para subscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0990. Calculamos que tardará unas 8 horas para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

LENGUAJE MODELO PARA EL USO DE TODAS LAS ENTIDADES SOBRE EL AVISO DE DIVULGACIÓN

INDIVIDUAL DE LA COBERTURA ACREDITABLE PARA BENEFICIARIOS DESPUÉS DEL 1 DE ABRIL DE 2011.

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

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con HM.Clause, Inc. puede ser afectada.

Si cancela su cobertura actual con HM.Clause, Inc. y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan obtener su cobertura de nuevo.

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

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con HM.Clause, Inc. y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas…

Llame a nuestra oficina para más información. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con HM.Clause, Inc. cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

CMS Form 10182-CC **Revisada el 1 de Abril de 2011**

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0990. Calculamos que tardará unas 8 horas para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

LENGUAJE MODELO PARA EL USO DE TODAS LAS ENTIDADES SOBRE EL AVISO DE DIVULGACIÓN

INDIVIDUAL DE LA COBERTURA ACREDITABLE PARA BENEFICIARIOS DESPUÉS DEL 1 DE ABRIL DE 2011.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas…

Revise el manual "Medicare y Usted" para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente.

Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite www.medicare.gov por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778.

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

Fecha:	07/01/2026
Nombre de la Entidad/Remitente:	HM.Clause, Inc.
Contacto – Puesto/Oficina:	Wendy Relich
Dirección:	260 Cousteau Place, Suite 210 Davis, California 95618
Número de Teléfono:	530-747-3734

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0990. Calculamos que tardará unas 8 horas para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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 enero de 2026. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid	ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
ALASKA – Medicaid	**CALIFORNIA – Medicaid**
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	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	Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	
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/dfr Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP	**KANSAS – Medicaid**
Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com	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: KIHIPP.PROGRAM@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	Louisiana Medicaid Website: https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Medicaid Customer Service Line: 1-888-342-6207 Louisiana Medicaid email: healthy@la.gov Louisiana Health Insurance Premium Program (LaHIPP) Website: https://www.ldh.la.gov/lahipp LaHIPP phone: 1-877-697-6703 LaHIPP email: La.HIPP@la.gov LaHIPP fax: 1-888-716-9787 LaHIPP mailing address: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000 Tucker, GA 30084
MAINE – Medicaid	**IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)**
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 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
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: HHSHIPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	**NUEVO HAMPSHIRE – 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://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
NEVADA – Medicaid	**NUEVA YORK – Medicaid**
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	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
VIRGINIA – Medicaid y CHIP	**UTAH– Medicaid y CHIP**
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	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	TEXAS – Medicaid
Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427	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
WASHINGTON – Medicaid	**WISCONSIN – Medicaid y CHIP**
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP	**WYOMING – Medicaid**
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)	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 enero de 2026, 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)

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

Formulario aprobado
OMB n.º 1210-0149
(vence el 31 de
diciembre de 2026)

PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

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

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

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 %[1] de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.[2]

Nota: si compra un plan de salud a través del Mercado, en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de

---

[1] Indexado anualmente; consulte https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf para 2023.

[2] Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.

cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que, si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.

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

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

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificativos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificativo para inscribirse en un plan del Mercado.

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

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

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

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

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

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte el Resumen de la descripción del plan de salud o comuníquese con _____

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

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada según la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador HM. Clause, Inc.		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 94-1695235
5. Dirección del 260 Cousteau Place, Suite 210		6. Número de teléfono del empleador 530-747-3722
7. Ciudad Davos	8. Estado CA	7. Ciudad Davos
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Wendy Relich		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) 530-747-3734	12. Dirección de correo electrónico wendy.relich@hmclause.com	

A continuación, se ofrece información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:
  - [x] Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

    Empleados a tiempo completo que trabajan más de 30 horas por semana.

  - [x] Algunos empleados. Los empleados elegibles son:

    Los empleados de temporada son elegibles para participar en la opción Choice PPO solo si trabajan al menos mil (1,000) horas pero no más de mil setecientas (1,700 horas) en un período de doce (12) meses consistente con los períodos de medición definidos por la ACA.

- Respecto a los dependientes:
  - [x] Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

    Cónyuge (la persona con la que está legalmente casado según la ley estatal, incluido el cónyuge del mismo sexo), pareja doméstica del mismo sexo O pareja doméstica del sexo opuesto, hijo(s) e hijo(s) de su pareja doméstica.

  - [ ] No ofrecemos cobertura.

[x] Si se marca, esta cobertura cumple con la norma de valor mínimo y el costo de esta cobertura para usted debe ser asequible, según los salarios de los empleados.

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

Si decide buscar cobertura en el Mercado, **HealthCare.gov** lo guiará a través del proceso. Aquí está la información del empleador que ingresará cuando visite **HealthCare.gov** para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

La siguiente información corresponde a la Herramienta de Cobertura del Empleador del Mercado. Completar esta sección es opcional para los empleadores, pero ayudará a garantizar que los empleados comprendan sus opciones de cobertura.

13. ¿El empleado es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o será eligible en los próximos 3 meses?

☐ **Sí** (Continuar)
13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo es elegible el empleado para la cobertura? _____ (mm/dd/aaaa) (Continuar)
☐ **No** (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con la norma de valor mínimo*?
☐ Sí (Pase a la pregunta 15) ☐ No (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado)

15. Para el plan de menor costo que cumple con la norma de valor mínimo* ofrecido solamente al empleado (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.
a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? $_____
b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes
☐ Mensualmente ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

Si el año del plan termina pronto y sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, pase a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

---

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan? _____
☐ El empleador no ofrecerá cobertura de salud
☐ El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima por el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla con la norma de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Consulte la pregunta 15.)
a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? $
b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes
☐ Mensualmente ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente