



Guía de beneficios para empleados recién contratados 2024



**BENEFICIOS
PARA USTED**



**American Senior
Communities®**

Where caring people make the difference.

Contenido

Determine su fecha de elegibilidad.....	2
Elegibilidad e inscripción	4
Seguro de vida básico gratuito.....	4
Inscripción en el plan de salud colectivo.....	4
¿Quién es elegible para el plan de salud colectivo?.....	4
Cómo inscribirse.....	4
Eventos calificativos.....	5
Portal de beneficios para empleados de ASC.....	5
Sus beneficios del plan de salud colectivo	
Seguro médico y para medicamentos recetados	6
Seguro dental.....	7
Seguro de la vista.....	8
Seguro de vida gratuito, 401(k) y cuentas de gastos flexibles.....	9
Garner Health.....	10
Beneficios voluntarios	11
Seguro de vida a término complementario.....	11
Seguro de incapacidad a corto plazo.....	11
Seguro por enfermedad crítica.....	11
Seguro contra accidentes.....	12
Definiciones de terminología importante sobre los beneficios.....	13
Avisos importantes sobre su plan de seguro de salud y otros avisos legales.....	14
Resumen de beneficios y cobertura (SBC).....	29

Determine su fecha de elegibilidad

Tabla de inicio de beneficios del seguro para empleados recién contratados en 2024		
Fecha de inicio a tiempo completo	Fecha límite para la inscripción	Fecha de elegibilidad para el seguro
(Esta es la fecha en la que comenzó a trabajar a tiempo completo en la empresa).	(Esta es la fecha en la que debe llamar para realizar su inscripción a los beneficios).	(Esta es la fecha en la que comenzaría su cobertura elegida).
10/4/2023 - 11/3/2023	12/29/2023 antes del mediodía, EST	1/1/2024
11/4/2023 - 12/4/2023	1/31/2024 antes de las 8:00 p.m., EST	2/1/2024
12/5/2023 - 1/2/2024	2/29/2024 antes de las 8:00 p.m., EST	3/1/2024
1/3/2024 - 2/2/2024	3/28/2024 antes de las 8:00 p.m., EST	4/1/2024
2/3/2024 - 3/3/2024	4/30/2024 antes de las 8:00 p.m., EST	5/1/2024
3/4/2024 - 4/3/2024	5/31/2024 antes de las 8:00 p.m., EST	6/1/2024
4/4/2024 - 5/3/2024	6/28/2024 antes de las 8:00 p.m., EST	7/1/2024
5/4/2024 - 6/3/2024	7/31/2024 antes de las 8:00 p.m., EST	8/1/2024
6/4/2024 - 7/4/2024	8/30/2024 antes de las 8:00 p.m., EST	9/1/2024
7/5/2024 - 8/3/2024	9/30/2024 antes de las 8:00 p.m., EST	10/1/2024
8/4/2024 - 9/3/2024	10/31/2024 antes de las 8:00 p.m., EST	11/1/2024
9/4/2024 - 10/3/2024	11/27/2024 antes de las 8:00 p.m., EST	12/1/2024
10/4/2024 - 11/3/2024	12/30/2024 antes del mediodía, EST	1/1/2025
11/4/2024 - 12/4/2024	1/31/2025 antes de las 8:00 p.m., EST	2/1/2025

Revise la tabla anterior para confirmar su fecha límite de inscripción y la fecha de elegibilidad para el seguro. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la persona de contacto de nómina/beneficios.

Debe llamar al Centro de atención telefónica al 1-855-288-1607 antes de la fecha límite de inscripción indicada o renunciará a participar en el plan.

El Centro de atención telefónica no opera los fines de semana ni los días festivos. El Centro de atención telefónica también cierra temprano en Navidad y Año Nuevo (real y observado).

¡Le damos la bienvenida a American Senior Communities (ASC)! Como empleado a tiempo completo (regularmente programado y trabajando al menos 30 horas cada semana), usted es elegible para ciertos beneficios provistos por la empresa. En American Senior Communities, creemos que nuestros beneficios y ventajas deben marcar la diferencia para usted, su trabajo y la vida que lleva fuera del trabajo. Aprovechando los planes ofrecidos a través de nuestro programa de beneficios, usted puede tener un mayor bienestar financiero y tranquilidad, ya sea soltero, casado o tenga otras personas que dependan de usted.

Beneficios patrocinados por la empresa	Beneficios voluntarios
<p style="text-align: center;"> Cuentas de gastos flexibles médicas, vista y dentales Seguro de vida temporal básico gratuito </p>	<p style="text-align: center;"> Seguro de vida a término adicional Incapacidad a corto plazo Seguro por enfermedad crítica Seguro contra accidentes </p>

Su fecha de elegibilidad será el primer día del mes a partir de los sesenta (60) días de empleo a tiempo completo o después de esa fecha. Este folleto contiene la información que necesita para elegir e inscribirse en tales beneficios. El Centro de inscripción telefónica puede ayudarle con sus preguntas sobre los beneficios voluntarios y de salud colectivos. Debe ponerse en contacto con el Centro de inscripción telefónica antes de la fecha límite de inscripción o renunciará a sus derechos a determinados beneficios.

Elegibilidad e inscripción

Acuse de recibo de los beneficios del seguro

El formulario de acuse de recibo de los beneficios del seguro formaba parte de los documentos requeridos para la incorporación.

Seguro de vida básico gratuito

ASC ofrece un seguro de vida colectivo a término patrocinado por la empresa gratuito a los empleados a tiempo completo. La cobertura comienza el primer día del mes a partir de los sesenta (60) días de empleo a tiempo completo. Comuníquese con el Centro de inscripción telefónica para nombrar a su beneficiario. De este modo se asegura de que el beneficio del seguro de vida se pague como usted desea. El beneficio es aproximadamente igual a un múltiplo de su salario anual. Puede cambiar la designación de su beneficiario en cualquier momento; solo tiene que llamar al Centro de inscripción telefónica.

Inscripción en el plan de salud colectivo

Inscríbase al seguro de salud colectivo y a los beneficios voluntarios a través de nuestro Centro de inscripción telefónica. Si no se inscribe a través del Centro de inscripción telefónica antes de la fecha límite de inscripción, renunciará a su derecho a inscribirse en el seguro de salud colectivo hasta la próxima inscripción abierta disponible. Una vez que renuncia a su derecho a inscribirse, su capacidad para inscribirse en los planes con posterioridad se verá muy restringida. Solo determinados cambios limitados y cualificados en su situación podrían permitirle añadir, cancelar o cambiar de cobertura durante el año, y únicamente en los 31 días siguientes a un evento cualificado. Contacte de inmediato al coordinador de nómina y beneficios si se produce un evento calificativo y desea realizar un cambio de cobertura.

En general, las deducciones comienzan el período de pago en el que comienzan sus beneficios. Las deducciones se efectúan antes de impuestos. Solo pagará por los días del período de pago en que tenga cobertura. Compruebe siempre las deducciones en su nómina. La cobertura continúa hasta su última fecha de empleo. Dependiendo de la fecha de su última fecha de empleo, las deducciones por primas podrían prorratearse en esa nómina. Se le ofrecerá la oportunidad de continuar la cobertura en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA).

¿Quién es elegible para el plan de salud colectivo?

Los beneficios de salud colectivos están disponibles para todos los empleados contratados y que trabajen a tiempo completo. En general, estos beneficios no se aplican a los empleados que trabajan de forma temporaria, sujeto a necesidad (PRN), voluntaria o a tiempo parcial, a menos que así lo exija la Ley del cuidado de salud asequible. Si elige la cobertura para usted, también podría cubrir a su cónyuge legal y a los hijos dependientes menores de 26 años que cumplan los requisitos. Los cónyuges que tengan acceso a cobertura médica a través de su empleador no podrán estar cubiertos por el plan médico. Los hijos dependientes pueden incluir a hijos biológicos o adoptados, hijos bajo su tutela legal e hijastros.

Cómo inscribirse

Lea atentamente esta guía para la inscripción. Espere hasta después de su primera nómina como empleado a tiempo completo para asegurarse de que el Centro de inscripción telefónica disponga de su información laboral. Complete su inscripción antes de la fecha límite indicada en la tabla de inscripción de la página 2 de esta guía. Llame gratuitamente al Centro de inscripción telefónica al 855-288-1607. El Centro de inscripción telefónica está abierto de lunes a viernes de 9 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Recuerde que, una vez efectuada su elección, no podrá realizar cambios a menos que se produzca un evento calificativo (descrito en la página siguiente).

Si no se inscribe a través del Centro de inscripción telefónica dentro antes de la fecha límite para la inscripción, renunciará a participar en los planes.

Antes de llamar al Centro de inscripción telefónica:

- Lea la guía; decida qué beneficios desea y qué preguntas tiene.
- Reserve tiempo suficiente para hablar con el representante del Centro de inscripción telefónica. Le recomendamos que llame desde su casa, donde podrá tener estos materiales y a sus familiares cerca por si le surgen preguntas durante la llamada.
- Necesitará su fecha de nacimiento (DOB) y su número de seguro social (SSN) para iniciar la llamada con el representante. También necesitará los nombres, fechas de nacimiento y números de seguro social de todos sus dependientes que piensa cubrir. Si alguno de sus dependientes vive en una dirección distinta a la suya, también necesitará esa información.

Eventos calificativos

Una vez que haya elegido sus beneficios, solo podrá realizar cambios durante el año si se produce un evento calificativo (cambio de situación) o en la siguiente inscripción abierta.

Entre los eventos calificativos se encuentran: matrimonio, divorcio, elegibilidad para Medicare o Medicaid, nacimiento o adopción de un hijo, cambio de la condición de dependiente del hijo, fallecimiento de cónyuge, hijo o de otro dependiente cualificado, inicio o finalización de los trámites de adopción o cualquier otro cambio que provoque una pérdida involuntaria de cobertura en otro lugar. Los cambios debidos a un evento calificativo requieren una prueba del evento y debe presentar la documentación del cambio en un plazo de 31 días a partir del evento.

Consulte con el Coordinador de nómina/beneficios en su edificio si tiene un evento calificativo.

Portal de beneficios para empleados de ASC

Encontrará más información sobre los beneficios para empleados en el Portal de beneficios para empleados de ASC.

Se puede acceder al portal desde cualquier teléfono inteligente, iPad, o computadora portátil.

URL del Portal de beneficios para empleados: ascom.mybenefitsinfo.com

Enlace del Portal de beneficios para empleados: <https://ascom.mybenefitsinfo.com/>

Código QR del Portal de beneficios para empleados;



Seguro médico con Anthem (Visite anthem.com para obtener información sobre la red de proveedores).

Opciones del plan médico 2024	Plan Standard	Plan Pay Saver
Deducción de prima por pago de nómina <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Solo empleado <input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado + 1 o 2 hijos* <input type="checkbox"/> Empleado + 3 o más hijos* <input type="checkbox"/> Familia* 	\$74.00 \$392.50 \$294.30 \$430.50 \$539.30	\$22.00 \$279.30 \$216.40 \$321.90 \$396.00
Deducible <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Solo empleado <input type="checkbox"/> Empleado + familia 	\$2,500 \$5,000	\$5,250 \$10,500
Coseguro	25% dentro de la red 50% fuera de la red	30% dentro de la red 50% fuera de la red
Máximo anual de gastos particulares o de bolsillo dentro de la red <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Solo empleado <input type="checkbox"/> Empleado + familia 	\$5,500 \$11,000	\$6,450 \$12,900
Visita al consultorio <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Copago de telemedicina a través de LiveHealth Online de Anthem <input type="checkbox"/> Copago de atención primaria <input type="checkbox"/> Copago de especialistas <input type="checkbox"/> Copago de atención urgente 	\$5 de copago \$30 de copago \$30 de copago \$60 de copago	\$5 de copago \$30 de copago \$60 de copago \$80 de copago
Hospitalización interna/ambulatoria	Deducible, luego coseguro	
Sala de emergencia	\$400 de copago, luego deducible y coseguro	
Atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Controles anuales <input type="checkbox"/> Mamografías de rutina <input type="checkbox"/> Colonoscopías preventivas 	Cobertura de 100%	
Recetas - Farmacias minoristas (suministro para 30 días) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Genéricos <input type="checkbox"/> Marca preferida <input type="checkbox"/> Marca no preferida 	\$15 de copago \$30 de copago +30% (máx. \$65) \$50 de copago +30% (máx. \$85)	\$15 de copago \$30 de copago +30% (máx. \$85) \$50 de copago +30% (máx. \$110)
Recetas surtidas en CVS/Walgreens/Rite-Aid <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Genéricos <input type="checkbox"/> Marca preferida <input type="checkbox"/> Marca no preferida 	\$30 de copago \$60 de copago +30% (máx. \$130) \$100 de copago +30% (máx. \$170)	\$30 de copago \$60 de copago +30% (máx. \$130) \$100 de copago +30% (máx. \$170)
Recetas - Pedidos por correo (suministro para 90 días) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Genéricos <input type="checkbox"/> Marca preferida <input type="checkbox"/> Marca no preferida 	\$30 de copago \$70 de copago \$130 de copago	\$30 de copago \$110 de copago \$160 de copago
El beneficio de farmacias no cubre los medicamentos especializados. Consulte a nuestro gestor de beneficios farmacéuticos, TrueRx, si tiene preguntas sobre sus necesidades de farmacia: 866-921-4047 o customerservice@TrueRx.com .		

*Consulte la sección Definiciones para obtener más información sobre las personas a cargo elegibles.

Consulte la sección Avisos importantes sobre la cobertura de su plan médico para obtener información más detallada sobre los planes médicos y sus derechos.

Seguro dental a través de Delta Dental (encuentre proveedores de atención dental www.deltadentalin.com)

Características	Dentista no participante de PPO y Premier de Delta Dental (sujeto a facturación de saldos)*.	
Deducción de prima por pago de nómina:		
Solo empleado		\$4.98
Empleado + cónyuge**		\$11.20
Empleado + hijos**		\$13.37
Familia**		\$27.40
Deducible		
<input type="checkbox"/> Solo empleado	\$150	\$150
<input type="checkbox"/> Empleado + familia	\$450	\$450
Beneficio anual máx. - Clases I, II y III	\$1,000	\$1,000
Ortodoncia máx. de por vida - Clase IV	\$1,000	\$1,000
Beneficios de Clase I: Preventivos (2 limpiezas al año)		
<input type="checkbox"/> Servicios preventivos y de diagnóstico	El plan paga el 100%, sin deducible	El plan paga el 100%, sin deducible
<input type="checkbox"/> Radiografías		
Beneficios Clase II: Básicos		
<input type="checkbox"/> Cirugía oral	Primero el deducible y luego el plan paga el 80%.	Primero el deducible y luego el plan paga el 80%.
<input type="checkbox"/> Servicios de restauración menor		
<input type="checkbox"/> Tratamiento paliativo de emergencia		
<input type="checkbox"/> Periodoncia y endodoncia		
Clase III - Mayor		
<input type="checkbox"/> Prostodoncia	Primero el deducible y luego el plan paga el 50%.	Primero el deducible y luego el plan paga el 50%.
<input type="checkbox"/> Servicios de restauración mayor		
Clase IV - Ortodoncia		
<input type="checkbox"/> Ortodoncia: limitada a niños dependientes menores de 19 años	El plan paga el 50% hasta un máximo de \$1,000 de por vida. Sin deducible	PEl plan paga el 50% hasta un máximo de \$1,000 de por vida. Sin deducible

* Cuando reciba servicios de un dentista no participante, los porcentajes de esta columna indican la parte de la Tarifa de dentista no participante de Delta Dental que se pagará por tales servicios. Esta cantidad podría ser inferior a lo que cobre el dentista o apruebe Delta Dental, y usted será responsable de pagar esa diferencia.

**Consulte la sección Definiciones para obtener más información sobre los dependientes elegibles.

Seguro de la vista de VSP a través de Delta Dental

El seguro de la vista de VSP cubre exámenes de la vista, lentes recetados y marcos, y lentes de contacto. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, consulte la Descripción resumida del plan. Para buscar proveedores, puede visitar www.vsp.com/eye-doctor o llamar gratis al Servicio de atención al cliente al 800.877.7195.

Nivel de cobertura	Prima por pago de nómina del empleado	
<input type="checkbox"/> Solo empleado <input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado + hijos <input type="checkbox"/> Familia	\$1.41	\$7.36
	\$5.62	\$12.49
Frequency <input type="checkbox"/> Examen <input type="checkbox"/> Marcos <input type="checkbox"/> Lentes y lentes de contacto	12 meses	24 meses
	12 meses	
Características	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen de la vista	\$10 de copago	El plan paga hasta \$45
Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Ajuste y seguimiento	Hasta \$60	No se aplican descuentos para proveedores fuera de la red
Marcos	Bonificación minorista de \$130, con un descuento adicional de \$20 en marcos de marcas de diseño destacadas. 20% de ahorro en cualquier monto que supere la bonificación minorista.	El plan paga hasta \$70
Lentes estándar Monofocales Bifocales (con línea visible) Trifocales (con línea visible) Lenticulares	Los lentes monofocales, bifocales con línea visible, trifocales con línea visible o lenticulares están cubiertos en su totalidad después del copago de material de \$10. Los lentes de policarbonato están cubiertos en su totalidad para niños después del copago de material de \$10.	El plan paga hasta \$30 El plan paga hasta \$50 El plan paga hasta \$65 El plan paga hasta \$100
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	Bonificación de \$130	El plan paga hasta \$105
Medicamento necesarios	Cubierto en su totalidad después del copago	El plan paga hasta \$210

Seguro de vida gratuito

Sin costo alguno para usted, American Senior Communities ofrece un seguro de vida básico a los empleados a tiempo completo equivalente a un múltiplo de su salario anual.

Nombre a su beneficiario para el seguro de vida básico gratuito poniéndose en contacto con el Centro de inscripción telefónica. Puede actualizar su beneficiario de esta manera en cualquier momento. Si no nombra a un beneficiario, el plan determinará quién recibe el beneficio.

Plan de ahorro para la jubilación 401(k)

Los empleados tienen derecho a participar en el Plan de Ahorro para la Jubilación 401(k) desde el momento de su contratación o recontractación si tienen 21 años. Una vez inscrito y elegido el porcentaje de aporte, los aportes comenzarán a deducirse de su nómina tan pronto como sea administrativamente factible. Recibirá una Guía de jubilación 401(k) de Transamerica lo antes posible después de su fecha de contratación.

Inscríbese en el plan y establezca los beneficiarios en línea en <https://transamerica.com/portal.ascretire> o puede descargar la aplicación Transamerica Retirement en su dispositivo móvil. También puede llamar a nuestro proveedor de planes 401(k), Transamerica, al 800-755-5801.

Planes de la Sección 125

Las primas de sus beneficios de salud colectivos (Dental, Médico, Vista) se deducen automáticamente sobre una base antes de impuestos en virtud de la norma del plan de la Sección 125.

La empresa también ofrece cuentas de gastos flexibles (FSA), que son planes de ahorro antes de impuestos para pagar los gastos de guardería y los gastos médicos particulares o de bolsillo. Solo puede inscribirse en las FSA durante la inscripción abierta o al inicio del año del plan.

Acerca de esta guía

Esta guía describe los beneficios disponibles para los empleados a partir del 1 de enero de 2024. No incluye todos los detalles sobre las características y normas del plan de beneficios. Las Descripciones resumida del plan y los certificados de seguro incluyen detalles y términos de sus planes de beneficios. American Senior Communities se reserva el derecho de cambiar o discontinuar alguno o todos sus programas de beneficios o de modificar el costo de la cobertura en cualquier momento y por cualquier motivo. Recibir este documento no es garantía de empleo o elegibilidad para beneficios.

Beneficios de Garner Health

Nuevo beneficio en 2024 para los empleados y sus dependientes inscritos en uno de los planes médicos de American Senior Communities.

Garner es un innovador beneficio gratuito para empleados que utiliza el análisis de datos a fin de ayudarlo a encontrar los médicos de mayor calidad en la red Anthem de ASC y le ayuda a cubrir los gastos médicos elegibles particulares o de bolsillo cuando acude a los mejores proveedores de Garner.

¿Cómo funciona este beneficio?

Cree una cuenta Garner. A continuación, utilice la aplicación o el sitio web de Garner Health para buscar los mejores médicos en su zona. Estos proveedores principales se añaden automáticamente a su lista de proveedores aprobados tan pronto como aparecen en su pantalla. Una vez que los proveedores principales estén en su lista de proveedores aprobados, podrá obtener el reembolso de los gastos particulares o de bolsillo que reúnan los requisitos* después de su cita.

*Sus gastos médicos particulares o de bolsillo podrán ser reembolsados si:

- Ha creado una cuenta Garner y añadido el proveedor a su lista de proveedores aprobados antes de la fecha del servicio.
- Su proveedor está dentro de la red y el costo estaba cubierto por su plan de seguro de salud. (Consulte su plan de seguro de salud).
- El tipo de costo califica para el reembolso en virtud de su plan Garner. (Consulte la página "Su beneficio" en la aplicación de Garner Health para obtener más información).

¿Alguna pregunta?

Envíe un mensaje al Conserje a través de la aplicación móvil de Garner Health, en línea en getgarner.com, envíe un correo electrónico a concierge@getgarner.com o llame al 866.761.9586.

Encontrará más información sobre Garner Health y sobre cómo crear una cuenta en el Portal de beneficios para empleados de ASC, en ascom.mybenefitsinfo.com.

Las recomendaciones se basan únicamente en un análisis independiente, no en comisiones ni honorarios. Garner no tiene relaciones financieras con los médicos.

Beneficios voluntarios

Si bien la empresa comparte con usted el costo de la cobertura de atención médica, es posible que desee una protección de seguro adicional. Durante el período de inscripción abierta, puede hablar con el Centro de inscripción telefónica para adquirir beneficios voluntarios pagados por el empleado para completar su plan de seguridad financiera. Encontrará información más detallada sobre estos beneficios en el sitio web de inscripción (ascom.thebeaconselect.com). Las personas inscritas disponen de más detalles sobre los dependientes que puede cubrir con estos beneficios adicionales. Usted paga por los beneficios voluntarios con dinero después de impuestos, y puede renunciar a estos beneficios en cualquier momento durante el año.

Beneficios voluntarios de Lincoln Financial Group

Seguro de vida a término complementario

Puede adquirir un seguro de vida a término complementario voluntario para usted y sus dependientes a través de Lincoln Financial Group. Vea un breve video sobre el seguro de vida a término complementario en ascom.thebeaconselect.com.

- La cobertura puede continuar si deja su empleo.
- Adquiera cobertura para usted en incrementos de \$10,000. La cobertura está disponible para sus dependientes. Durante el período de inscripción abierta, podrán adquirirse determinados niveles o incrementos de cobertura sin necesidad de presentar una prueba de asegurabilidad. Si se requiere prueba de asegurabilidad, Lincoln Financial Group le enviará la documentación a su domicilio después de la inscripción abierta.
- El costo depende de la edad y el nivel de beneficio elegido.

Seguro de incapacidad a corto plazo

El plan de incapacidad a corto plazo de Lincoln brinda cobertura que le paga beneficios en efectivo directamente si de repente no puede trabajar. Vea un breve video sobre el seguro de incapacidad a corto plazo en ascom.thebeaconselect.com.

- Su beneficio comienza a partir del 15.º día de enfermedad o lesión y continúa durante un máximo de 11 semanas.
- En algunos casos, podría aplicarse una limitación por enfermedad preexistente, lo que puede afectar al pago de un reclamo. Su representante puede explicarle esta disposición; asegúrese de entenderla.
- Puede solicitar un beneficio semanal de hasta \$2,500, sin superar el 60% del salario.

Beneficios voluntarios a través de Aflac (Debe tener 18 años o más para inscribirse)

Los empleados que adquieran cualquiera de los dos planes de Aflac pueden recibir protección gratuita contra el fraude y orientación jurídica/financiera.

Seguro por enfermedad crítica

Si le sobreviene una enfermedad grave, lo que menos necesita es preocuparse por cómo pagar las facturas: pagos por el vehículo, el alquiler o la hipoteca, los servicios públicos y la comida. El seguro por enfermedad crítica paga un beneficio por una suma global en efectivo si le diagnostican una enfermedad cubierta, como un ataque cardíaco, un accidente cerebrovascular o si le diagnostican cáncer, incluso si recibe beneficios de otro seguro.

- Los beneficios se pagan directamente al asegurado cubierto. Puede elegir hasta \$30,000 de cobertura para usted. Hay disponible una cobertura para el cónyuge de hasta \$15,000. La cobertura de los hijos no tiene costo adicional; cada hijo a cargo está cubierto al 50% del beneficio seleccionado por el empleado.
- Podría recibir un beneficio de \$100 por año calendario para determinados exámenes médicos. Este beneficio se añade a los exámenes preventivos cubiertos por los planes médicos.
- El costo depende del nivel del beneficio y de quién esté cubierto, así como de la edad en la fecha de cobertura. Consulte los cuadros de la página siguiente para conocer los importes de las deducciones quincenales.

A continuación se detallan las primas quincenales del **Seguro por enfermedad** crítica para 2024:

Empleado - No relacionada con el tabaco	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	\$30,000
Edad 18-29	\$2.21	\$3.02	\$3.84	\$4.65	\$5.47	\$6.29
Edad 30-39	\$2.39	\$3.40	\$4.40	\$5.41	\$6.41	\$7.42
Edad 40-49	\$3.09	\$4.79	\$6.49	\$8.19	\$9.88	\$11.58
Edad 50-59	\$4.91	\$8.42	\$11.94	\$15.45	\$18.97	\$22.48
Edad 60+	\$10.83	\$20.26	\$29.70	\$39.13	\$48.57	\$58.00

Empleado - Relacionada con el tabaco	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	\$30,000
Edad 18-29	\$2.49	\$3.59	\$4.69	\$5.79	\$6.89	\$7.98
Edad 30-39	\$2.89	\$4.40	\$5.90	\$7.41	\$8.91	\$10.42
Edad 40-49	\$3.96	\$6.54	\$9.11	\$11.69	\$14.26	\$16.84
Edad 50-59	\$6.86	\$12.34	\$17.81	\$23.28	\$28.75	\$34.23
Edad +60	\$15.75	\$30.12	\$44.48	\$58.84	\$73.21	\$87.57

Cónyuge - No relacionada con el tabaco	\$5,000	\$7,500	\$10,000	\$12,500	\$15,000
Edad 18-29	\$2.08	\$2.42	\$2.77	\$3.11	\$3.46
Edad 30-39	\$2.29	\$2.74	\$3.20	\$3.65	\$4.10
Edad 40-49	\$2.98	\$3.77	\$4.56	\$5.36	\$6.15
Edad 50-59	\$4.78	\$6.47	\$8.17	\$9.86	\$11.55
Edad +60	\$10.70	\$15.35	\$20.01	\$24.66	\$29.31

Cónyuge - Relacionada con el tabaco	\$5,000	\$7,500	\$10,000	\$12,500	\$15,000
Edad 18-29	\$2.36	\$2.85	\$3.33	\$3.82	\$4.30
Edad 30-39	\$2.79	\$3.50	\$4.20	\$4.90	\$5.60
Edad 40-49	\$3.85	\$5.08	\$6.31	\$7.55	\$8.78
Edad 50-59	\$6.73	\$9.41	\$12.08	\$14.75	\$17.42
Edad +60	\$15.63	\$22.74	\$29.86	\$36.98	\$44.10

Seguro contra accidentes

El seguro contra accidentes puede ayudarle a protegerle a usted y a su familia de los elevados costos de un accidente. Este beneficio brinda cobertura en caso de lesiones accidentales dentro y fuera del trabajo, ayudándole a pagar los costos de la atención médica de emergencia, la rehabilitación a largo plazo y los gastos imprevistos que pudieran surgir. La cobertura es adicional a la de su plan médico y puede utilizarse varias veces a lo largo del año. Podría recibir un beneficio de \$25 por año calendario para determinados exámenes médicos. Este beneficio se añade a los exámenes preventivos cubiertos por los planes médicos.

El Centro de inscripción telefónica con gusto responderá cualquier pregunta que tenga sobre los beneficios voluntarios.

A continuación se detallan las primas quincenales del **Seguro contra accidentes** para 2024:

Solo empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + hijo	Empleado + familia
\$5.46	\$8.71	\$9.97	\$13.22

Definiciones importantes sobre los beneficios Terminología

Coseguro: El coseguro consiste en que tanto usted como el Plan comparten un porcentaje del gasto. El coseguro se aplica una vez alcanzado el deducible; entonces, usted y el Plan pagan cada uno un porcentaje del costo restante.

Copago: El copago es una cantidad fija en dólares que usted paga por determinados servicios médicos. Los planes médicos y de la vista tienen copagos.

Deducible: Es la cantidad en dólares que usted debe pagar antes de que el Plan pague algo. Los deducibles se aplican a los dos planes médicos y también al plan dental. En el caso de los servicios en los que no se utilizan copagos, debe alcanzar el importe del deducible antes de que el plan comience a pagar su parte de la factura. Compare los deducibles de cada plan.

Dependientes elegibles: Podrá cubrir a determinados familiares en los planes de beneficios. Estos son los dependientes elegibles para los servicios médicos, dentales y de la vista: 1) su cónyuge legal. La cobertura del plan médico (únicamente) no está disponible para su cónyuge si trabaja y tiene derecho a cobertura médica en su puesto de trabajo. 2) sus hijos.

Sus hijos podrán ser hijos biológicos, hijos adoptados, hijastros e hijos bajo tutela legal. Los hijos podrán estar cubiertos hasta el final del mes en que cumplan 26 años, salvo que sigan siendo dependientes debido a una discapacidad. Los "dependientes elegibles" podrán diferir según se trate de beneficios complementarios voluntarios de Lincoln Financial o Aflac. Consulte a su representante para obtener más información. Informe a su representante si sus dependientes viven en una dirección diferente a la suya.

Prima del empleado: Las compañías de seguros cobran una prima mensual por cada empleado cubierto. El costo depende del plan y del nivel de cobertura (individual, empleado más hijo, familiar) que elija el empleado. La empresa paga un gran porcentaje de la prima mensual, pero los empleados son responsables de pagar parte de la prima mediante deducciones en la nómina. El importe de la prima del empleado se divide en partes iguales entre los veintiséis pagos de cada año. **Los empleados son responsables del pago de las primas pendientes.**

Cuentas de gastos flexibles: Una cuenta de gastos flexible (FSA) le permite ahorrar dinero antes de impuestos para determinados gastos de atención médica y/o cuidado de dependientes. Una FSA le permite ahorrar dinero para pagar gastos que no son elegibles para el pago bajo ningún otro plan de beneficios. Debe volver a inscribirse en una FSA cada año; los saldos de la cuenta flexible no se transfieren a un nuevo año calendario.

Gastos particulares o de bolsillo: La cantidad que usted paga durante el año por gastos médicos. Incluye sus copagos, deducibles y coseguros. Elegir un plan médico con una prima más alta cada vez que paga significa que está adquiriendo un plan más completo que debería tener menores gastos particulares o de bolsillo para usted durante el año.

Descripción resumida del plan: Las descripciones resumidas del plan (SPD) contienen información más detallada sobre los planes.

Resumen de beneficios y coberturas: El Resumen de beneficios y coberturas (SBC) se encuentra al final de la guía, a partir de la página 32. El SBC sigue las directrices federales para comparar los dos planes médicos de la empresa en situaciones de reclamos similares, con el fin de ayudarle a decidir cuál es el mejor plan para usted. Las comparaciones **no** son estimaciones de costos.

Avisos anuales para 2024

Aviso legal importante que afecta su cobertura del plan de salud

Aviso importante de American Senior Communities, LLC sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con American Senior Communities y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos recetados de Medicare o en un Plan Advantage de Medicare (como HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen, como mínimo, un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también podrían ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más elevada.
2. American Senior Communities ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Plan Master Welfare de American Senior Communities, en promedio para todos los participantes del plan, NO se espera que pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Por tanto, su cobertura se considera cobertura no acreditable. Esto es importante porque, muy probablemente, obtendrá más ayuda con los costos de sus medicamentos si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, que si solo contara con la cobertura de medicamentos recetados del Plan Master Welfare de American Senior Communities. Esto también es importante porque podría implicar el pago de una prima más alta (una penalización) si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare al ser elegible por primera vez.
3. Puede conservar su cobertura actual del Plan Master Welfare de American Senior Communities. Sin embargo, como su cobertura no es acreditable, tiene que tomar decisiones sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare que podrían afectar lo que paga por tal cobertura, dependiendo de si se inscribe en un plan de medicamentos y cuándo lo hace. Cuando tome su decisión, deberá comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos, con la cobertura y el costo de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su zona. Lea atentamente este aviso, ya que explica sus opciones.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando se considere elegible para recibir Medicare por primera vez y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual de medicamentos recetados con American Senior Communities, ya que es una cobertura colectiva patrocinada por el empleador, será elegible para un período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare; sin embargo, también podría pagar una prima más alta (una penalización) porque no tenía cobertura acreditable en virtud del Plan Master Welfare de American Senior Communities.

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

Dado que la cobertura del del Plan Master Welfare de American Senior Communities no es acreditable, dependiendo del tiempo que pase sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una penalización para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. A partir del final del último mes en el que fue elegible por primera vez para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare pero no lo hizo, si pasa 63 días continuos o más sin una cobertura de medicamentos recetados que sea acreditable, su prima mensual podría aumentar al menos un 1% de la prima básica de beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podría ser sistemáticamente al menos un 19% más alta que la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga

que pagar esta prima más alta (penalización) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el mes de octubre siguiente para inscribirse.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de American Senior Communities no se verá afectada.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura actual de American Senior Communities, tenga en cuenta que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados contacte a la persona indicada en la página siguiente.

NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura a través de Nombre del grupo. También podrá solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones de cobertura de medicamentos recetados de Medicare Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". Medicare le enviará una copia del manual por correo cada año. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare lo contacten directamente. Si desea más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte el número de teléfono en la contraportada de su manual "Medicare y usted") para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-204

Si tiene ingresos y recursos limitados, tiene a su disposición ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página web de la Administración de Seguridad Social www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Fecha:	10/1/2023
Nombre de la entidad/Emisor:	American Senior Communities, LLC.
Contacto/Cargo/Oficina:	Oficina de Beneficios:
Dirección:	6900 South Gray Road, Indianapolis, IN 46237
Teléfono:	317-788-2500

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER (WHCRA) DE 1998

Aviso de inscripción

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, podría tener derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se brindará de la forma que se determine en consulta con el médico que le atienda y la 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 obtener un aspecto simétrico.
- Prótesis.
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios estarán sujetos a las mismas franquicias y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos en virtud de este plan.

Si desea más información sobre los beneficios de WHCRA, llame a Anthem al **833-578-4441**.

Aviso anual

¿Sabe que su plan, tal y como exige la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, ofrece beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las fases de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre las mamas, prótesis y complicaciones derivadas de una mastectomía, incluido el linfedema? Llame a Anthem al **833-578-4441** para obtener más información.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS DE 1996

En general, los planes de salud colectivos y los emisores de seguros de salud no podrán, en virtud de la ley federal, restringir los beneficios para cualquier hospitalización relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la legislación federal no prohíbe en general que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, en virtud de la legislación federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para indicar una duración de la hospitalización que no supere las 48 horas (o 96 horas)

NUEVAS OPCIONES DE COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS Y SU COBERTURA DE SALUD

A partir de 2014, se creó una nueva forma de adquirir un seguro médico: el **Mercado de Seguros Médicos**. Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el Mercado.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado de Seguros Médicos está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados. También podría ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de forma inmediata.

Cada año, el período de inscripción abierta para el seguro médico a través del Mercado va del 1 de noviembre al 15 de diciembre del año anterior. Para la cobertura que comienza el 1 de enero de 2024, el período de inscripción abierta del Mercado comenzará el 1 de noviembre de 2023 y finalizará el 15 de diciembre de 2023. Después del 15 de diciembre, solo podrá obtener cobertura a través del Mercado si cumple los requisitos para un período de inscripción especial o si solicita Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).

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

Podría calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumple determinadas normas. El ahorro en la prima para el que podría ser elegible depende de los ingresos de su *hogar*.

¿Afecta la cobertura de salud del empleador la posibilidad de ahorrar en la prima a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple determinadas normas, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, si su empleador no le ofrece ningún tipo de cobertura o no le ofrece una cobertura que cumpla determinados requisitos, podría ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o a una reducción de determinados gastos compartidos.

Si el costo de un plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no a otros miembros de su familia) es superior al 9.5% (ajustado anualmente, después de 2014) de los ingresos de su hogar durante el año, o si la cobertura que ofrece su empleador no cumple la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de cuidado de la salud asequible, podría ser elegible para recibir un crédito fiscal. (Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple la "norma de valor mínimo" si la parte de los costos totales de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60% de tales costos).

NOTA: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, es posible que también pierda el aporte del empleador (si lo hubiera) para la cobertura ofrecida por el empleador. Además, este aporte del empleador, así como su aporte como empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, suele excluirse de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura ofrecida por su empleador, consulte su Descripción resumida del plan o contacte a la *Oficina de Beneficios* al 317-788-2500.

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

AVISO ANUAL DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Este aviso se brinda para asegurar que comprende su derecho a solicitar una cobertura de salud colectiva. Debería leer este aviso aunque tenga previsto renunciar a la cobertura de salud en este momento.

Pérdida de otra cobertura

Si renuncia a la cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan de salud colectivo, es posible que pueda inscribirse junto con sus dependientes en este Plan si usted o sus dependientes dejan de reunir los requisitos para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). No obstante, debe solicitar la inscripción en un plazo de 31 días a partir de la fecha en que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o a partir de la fecha en que el empleador deje de aportar a la otra cobertura).

Ejemplo: Usted renunció a la cobertura de este Plan porque estaba cubierto por un plan ofrecido por el empleador de su cónyuge. Su cónyuge deja de trabajar. Si lo notifica a su empleador en un plazo de 31 días a partir de la fecha de finalización de la cobertura, usted y sus dependientes podrán solicitar la cobertura de este Plan.

Matrimonio, nacimiento o adopción

Si tiene un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, podría inscribirse usted y a sus dependientes. No obstante, debe solicitar la inscripción en los 31 días siguientes al matrimonio, nacimiento o colocación en adopción.

Ejemplo: Cuando fue contratado, era soltero y optó por no elegir los beneficios del seguro médico. Un año más tarde, contrae matrimonio. Usted y sus dependientes tienen derecho a inscribirse en este Plan. No obstante, deberá solicitarlo en un plazo de 30 días a partir de la fecha de contraer matrimonio.

Medicaid o CHIP

Si usted o sus dependientes pierden el derecho a la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o pasan a tener derecho a una subvención de asistencia para primas de Medicaid o CHIP, podría inscribirse usted y a sus dependientes. Debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días a partir de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o de la determinación del derecho a un subsidio de asistencia para primas.

Ejemplo: Cuando fue contratado, sus hijos recibían cobertura de salud a través de CHIP y usted no los inscribió en este Plan. Debido a cambios en sus ingresos, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura de CHIP. Podrá inscribirlos en este Plan si lo solicita en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que perdieron la cobertura de CHIP.

Para obtener más información o asistencia

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, contacte a la *Oficina de Beneficios* al 317-788-2500.

Asistencia para el pago de primas de Medicaid y del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos tienen derecho a Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid, o CHIP

no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de las primas, pero podría contratar un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se indican a continuación, contacte a la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si dispone de asistencia para el pago de primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, contacte a la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitarlo. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que pudiera ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por un empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para el pago de las primas de Medicaid o CHIP, así como para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se determine que es elegible para recibir asistencia con las primas**. Si tiene alguna pregunta sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, contacte al Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2023. Contacte a la oficina de su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web del Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP): http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Dirección de correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
ALASKA – Medicaid	COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
Sitio web del Programa de Pago de Primas del Seguro Médico de Alaska: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Dirección de correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: _____	Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Servicio de retransmisión del estado 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de retransmisión del estado 711 Programa de Participación en el Seguro Médico (HIBI): https://www.mycohibi.com Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
ARKANSAS – Medicaid	FLORIDA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP
Sitio web de HIPP de Georgia: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Opción 1 Sitio web de CHIPRA de Georgia: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, Opción 2	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Dirección de correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
INDIANA – Medicaid	MINNESOTA – Medicaid

<p>Healthy Indiana Plan para adultos de 19-64 con bajos ingresos Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584</p>	<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	MISSOURI – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
KANSAS – Medicaid	MONTANA – Medicaid
<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>	<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Dirección de correo electrónico: HHSHIPPPProgram@mt.gov</p>
KENTUCKY – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Sitio web del Programa de Pago de Primas del Seguro Médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Dirección de correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov</p> <p>Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</p> <p>Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
LOUISIANA – Medicaid	NEVADA – Medicaid
<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p>Sitio web de Medicaid: http://dhcnp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>
MAINE – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
<p>Sitio web de inscripción: https: www.mymaineconnection.gov/benefits/s?language=enUS Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711 Sitio web de la Prima de Seguro Médico Privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: -800-977-6740. TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711</p>	<p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>
NEW JERSEY – Medicaid and CHIP	SOUTH DAKOTA - Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>	<p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>
NEW YORK – Medicaid	TEXAS – Medicaid

Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Texas Health and Human Services Teléfono: 1-800-440-0493
NORTH CAROLINA – Medicaid	UTAH – Medicaid and CHIP
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
NORTH DAKOTA – Medicaid	VERMONT– Medicaid
Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825	Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://www.coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insuranc-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924
OREGON – Medicaid	WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075	Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP	WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Children’s Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Línea gratuita de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP	WISCONSIN – Medicaid and CHIP
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa de RIte Share)	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
SOUTH CAROLINA – Medicaid	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para primas desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, contacte a:

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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.
UU. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Opción 4, ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que un organismo federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte 44 U.S.C. 3507. Asimismo, sin perjuicio de otras disposiciones legales, no se impondrá ninguna sanción por incumplimiento de una recopilación de información si no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte 44 U.S.C. 3512.

Se calcula que la carga que supone para el público esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluso sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador, Oficina de Política e Investigación, Atención: Funcionario de autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o por correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov, incluya el número de control de OMB 1210-0137 como referencia.

Ejemplo de Aviso de Privacidad en virtud de HIPAA

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se podría utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. **Revise con atención.**

Sus derechos

En lo que respecta a 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 historiales médicos y reclamos	<ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitar ver u obtener una copia de su historial médico y de reclamos, así como de otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. • Le facilitaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, en general, en un plazo de 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable por brindar esta información.
Solicitar la corrección de historiales médicos y de reclamos	<ul style="list-style-type: none"> • Puede pedirnos que corrijamos su historial médico si considera que es incorrecto o está incompleto. Pregúntenos cómo hacerlo • Puede que le digamos que "no" a su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
Solicitud de comunicaciones confidenciales	<ul style="list-style-type: none"> • Puede pedirnos que lo contactemos de una forma específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o al laboral) o que le enviemos correspondencia a una dirección diferente. • Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables, y si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos, debemos decir "sí"
Solicitud de restricción sobre lo que usamos o compartimos	<ul style="list-style-type: none"> • Puede pedirnos que no utilicemos o compartamos determinada información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. • No estamos obligados a acceder a su petición y podríamos negarnos si ello pudiera afectar su atención.
Obtención de una lista de las personas con las que hemos compartido información	<ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido información sobre su salud durante los seis (6) años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. • Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relacionadas con tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Le brindaremos un (1) informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable en función de los costos si solicita otro en un plazo de 12 meses.
Obtención de una copia de este aviso de privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirla en formato electrónico. Le facilitaremos una copia impresa de manera oportuna.
Selección de una persona para que actúe en su nombre	<ul style="list-style-type: none"> • Si ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. • Nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar ninguna medida.

Presentación de un reclamo si cree que se han vulnerado sus derechos	<ul style="list-style-type: none"> • Puede presentar un reclamo si cree que hemos vulnerado sus derechos, para ello contacte al Departamento de Beneficios de American Senior Communities, 6900 South Gray Road, Indianapolis, IN 46237 • Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por cualquiera de los siguientes métodos. <ul style="list-style-type: none"> ○ Envíe una carta a: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Oficina de Derechos Civiles, 200 Independence Avenue, SW, Washington DC 20201. ○ Llame al: 1.877.696.6775. ○ Visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. • No tomaremos represalias contra usted por presentar un reclamo.
----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sus opciones

En el caso de determinada información de salud, puede comunicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de indicarnos que:	<ul style="list-style-type: none"> • Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas implicadas en el pago de su atención. • Compartamos información en caso de ayuda en caso de desastres. • Nos pongamos en contacto con usted para recaudar fondos. <p><i>Si no puede decirnos lo que prefiere, por ejemplo, si está inconsciente, podríamos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podríamos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.</i></p>
En estos casos, <i>nunca</i> compartimos su información a menos que nos autorice por escrito:	<ul style="list-style-type: none"> • Fines de marketing. • Venta de su información.

Otros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos utilizar o divulgar su información de salud? Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

Para ayudar a gestionar el tratamiento de salud que recibe.	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos utilizar su información de salud y compartirla con los profesionales que le están tratando. <p>Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.</p>
Gestión de nuestra organización	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos utilizar y divulgar sus datos para gestionar nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. • No se nos permite utilizar información genérica para decidir si le vamos a brindar cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de asistencia a largo plazo. <p>Ejemplo: Utilizamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.</p>
Pago de sus servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Podemos utilizar y divulgar su información de salud mientras pagamos sus servicios de salud. <p>Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.</p>

Administración de su plan	<ul style="list-style-type: none"> Podríamos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan. <p>Ejemplo: Su empresa contrata nuestro plan de salud y nosotros facilitamos a su empresa determinadas estadísticas para explicar las primas que cobramos.</p>
---------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información de salud? Se nos permite o exige compartir su información de otras formas, normalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con estos fines. Para obtener más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda en cuestiones de salud y seguridad pública	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información sobre su salud en determinadas situaciones, como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> Prevenir enfermedades Ayudar a retirar productos del mercado Informar reacciones adversas a medicamentos Informar presuntos malos tratos, negligencia o violencia doméstica Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona
Hacer investigaciones	<ul style="list-style-type: none"> Podemos utilizar o compartir sus datos para investigaciones sanitarias.
Cumplir la ley	<ul style="list-style-type: none"> Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere comprobar que cumplimos la ley federal de privacidad.
Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaborar con un médico forense o director funerario	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos. Podemos compartir información de salud con un médico forense o director funerario cuando fallece una persona.
Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.	<ul style="list-style-type: none"> Podemos utilizar o compartir información sobre su salud: <ul style="list-style-type: none"> Para reclamos de compensación de los trabajadores Para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial del orden público Con organismos de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley Para funciones gubernamentales especiales, como servicios de seguridad nacional y servicios de protección presencial
Para responder a demandas y acciones legales	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la aquí descrita a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, podrá cambiar de opinión en cualquier momento notificándonos por escrito que ha cambiado de opinión.

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

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita, y le enviaremos una copia por correo.

Sus derechos y protecciones frente a facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o le trata un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, está protegido frente a la facturación sorpresa o del saldo.

¿Qué es la "facturación del saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando consulta a un médico o a otro profesional de la salud, es posible que deba pagar determinados gastos particulares o de su bolsillo, como un copago, un coseguro y/o un deducible. Es posible que tenga otros gastos o que deba pagar la factura completa si acude a un proveedor o a un centro de atención médica que no pertenece a la red de su plan de salud.

Por "fuera de la red" se entiende los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red podrían facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el importe total cobrado por un servicio. Esto se llama "**facturación del saldo**". Es probable que este importe sea superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y puede que no cuente para el límite anual de gastos particulares o de bolsillo.

La "facturación sorpresa" es una factura del saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red pero inesperadamente le atiende un proveedor fuera de la red.

Está protegido contra la facturación de saldos en los siguientes casos:

Servicios de emergencia

Si tiene una emergencia médica y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, el proveedor o centro podrá facturarle como máximo el importe de la participación en los gastos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). **No** se le puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pudiera recibir después de encontrarse estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo de estos servicios posteriores a la estabilización..

Determinados servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red

WCuando reciba servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, es posible que determinados proveedores allí estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores podrán facturarle es el importe de participación en los gastos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios médicos de emergencias, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no** pueden facturarle el saldo y **no** podrán pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros de la red, los proveedores fuera de la red **no** pueden facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le exige que renuncie a su protección contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir asistencia fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldo, también tiene las siguientes protecciones:

- Usted sólo es responsable de pagar su parte del coste (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe:
 - Cubrir los servicios de urgencia sin exigirle que los apruebe por adelantado (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de urgencia prestados por proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted debe al proveedor o centro (coste compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de prestaciones.
 - Cuenten cualquier cantidad que pague por servicios de urgencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de gastos de bolsillo.

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY

American Senior Communities cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

American Senior Communities no excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

American Senior Communities:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros.
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea el inglés.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el director ejecutivo o el director general de su comunidad.

Si cree que American Senior Communities no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en persona, por correo postal o electrónico.

Departamento de Cumplimiento de American Senior
6900 South Gray Road
Indianapolis, IN 46237
Compliance@ASCCare.com

Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Cumplimiento de American Senior Communities está a su disposición para ayudarle.

Si desea presentar su queja de forma anónima, puede ponerse en contacto con la línea directa de American Senior Communities en el **1-888-788-2502** o en **www.ASCHotline.com**

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Comisión de Derechos Civiles de Indiana (Indiana Civil Rights Commission, ICRC) llamando al 1-800-628-2909 o presentándola electrónicamente en in.gov/icrc/.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019; 1-800-537-7697 (TDD)

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY

Español (Spanish): American Senior Communities cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339).

繁體中文 (Chinese): American Senior Communities 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339)。

Deutsch (German): American Senior Communities erfüllt geltenden bundesstaatliche Menschenrechtsgesetze und lehnt jegliche Diskriminierung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht ab.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339).

Deitsch (Pennsylvania Dutch): American Senior Communities iss willich, die Gsetze (federal civil rights) vun die Owwerichkeet zu follliche un duht alle Leit behandle in der seem Weg. Es macht nix aus, vun welle Schtamm ebber beikumt, aus welle Land die Voreldre kumme sinn, was fer en Elt ebber hot, eb ebber en Mann iss odder en Fraa, verkrippelt iss odder net.

Wann du [Deitsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzscht, kansch du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339). Rufnummer: 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339).

မြန်မာစာ (Burmese): American Senior Communities မှာ ဗဟိုအစိုးရ နှင့် သက်ဆိုင်သော အများပြည်သူ ရပိုင်ခွင့် ဥပဒေ နှင့် လက်တွေ့ အကျိုးဝင်သည် သာမက လူမျိုးအသားရောင်၊ မွေးဖွားသည့်နိုင်ငံ၊ အသက်၊ မသန်စွမ်းခြင်း၊ သို့မဟုတ် လိင် နှင့် ပတ်သက်၍လည်း ခွဲခြားဆက်ဆံမှုအလျဉ်းမရှိပါ။

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

العربية (Arabic): يلتزم American Senior Communities بقوانين الحقوق المدنية الفدرالية المعمول بها ولا يميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم: 1-888-788-888-1
رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-877-8339

한국어 (Korean): American Senior Communities 은(는) 관련 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339) 번으로 전화해 주십시오.

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY

Tiếng Việt (Vietnamese): American Senior Communities tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339).

Français (French): American Senior Communities respecte les lois fédérales en vigueur relatives aux droits civiques et ne pratique aucune discrimination basée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, l'âge, le sexe ou un handicap.

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-788-2502 (ATS : 1-800-877-8339).

日本語 (Japanese): American Senior Communities は適用される連邦公民権法を遵守し、人種、肌の色、出身国、年齢、障害または性別に基づく差別をいたしません。

注意事項 : 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-788-2502 (TTY:1-800-877-8339) まで、お電話にてご連絡ください。

Nederlands (Dutch): American Senior Communities voldoet aan de geldende wettelijke bepalingen over burgerrechten en discrimineert niet op basis van ras, huidskleur, afkomst, leeftijd, handicap of geslacht.

AANDACHT: Als u nederlands spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van de taalkundige diensten. Bel 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339).

Tagalog (Tagalog–Filipino): Sumusunod ang American Senior Communities sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339).

Русский (Russian): American Senior Communities соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-788-2502 (телетайп: 1-800-877-8339).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): American Senior Communities ਲਾਗੂ ਸੰਬੰਧੀ ਨਾਗਰਿਕ ਹੱਕਾਂ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਸਮਰਥਤਾ, ਜਾਂ ਲਿੰਗ 'ਤੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਵਿਤਕਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।
1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

हिंदी (Hindi): American Senior Communities लागू होने योग्य संघीय नागरिक अधिकार क़ानून का पालन करता है और जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, विकलांगता, या लिंग के आधार पर भेदभाव नहीं करता है।

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339) पर कॉल करें।

American Senior Communities Resumen de beneficios y cobertura (SBC)

Standard Plan y Pay Saver Plan

Esta sección se llama Resumen de beneficios y cobertura (SBC). Le ayuda a comparar la cobertura y los beneficios entre las opciones de planes médicos. Son ejemplos, no estimaciones de costos.

Lea el ejemplo completo para asegurarse de entender cómo funcionan los planes.

 <p>El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan comparten el costo de los servicios de atención médica con cobertura. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se entregará por separado. Esto es solo un resumen. Para conocer más información de su cobertura o recibir una copia de los términos de cobertura complete visite https://eoc.anthem.com/eocdps/aso o llame al 1-800-345-3806. Para conocer definiciones generales de términos comunes como monto permitido, facturación con saldo, coseguros, copagos, deducible, proveedor, u otro término que esté subrayado, consulte el Glosario. Usted puede ver el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al (833) 578-4441 para solicitar una.</p>		
<p>Preguntas importantes</p>	<p>Respuestas</p>	<p>Por qué esto es importante:</p>
<p>¿Qué es el <u>deducible</u> general?</p>	<p>\$2,500/individual o \$5,000/grupo familiar para los proveedores dentro de la red. \$5,000/individual o \$10,000/grupo familiar para proveedores fuera de la red.</p>	<p>En general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta llegar al monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros familiares en la póliza, el deducible total para el grupo familiar debe alcanzarse antes de que el plan comience a pagar.</p>
<p>¿Tiene servicios con cobertura antes de llegar al <u>deducible</u>?</p>	<p>Sí. Atención primaria. Especialista Visitas. Atención preventiva. Para obtener más información, lea a continuación.</p>	<p>Este plan cubre algunos elementos y servicios, incluso si todavía no llega a cubrir el monto del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios de atención preventiva sin tener que compartir los costos y antes de que llegue al monto del deducible. Consulte una lista de servicios de atención preventiva con cobertura en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.</p>
<p>¿Tengo otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?</p>	<p>No.</p>	<p>Usted no tiene que llegar a cubrir deducibles para acceder a servicios específicos.</p>
<p>¿Cuál es el monto <u>límite en efectivo</u> de este <u>plan</u>?</p>	<p>\$5,500/individual o \$11,000/grupo familiar para proveedores dentro de la red. \$11,000/persona o \$22,000/grupo familiar a para proveedores fuera de la red.</p>	<p>El monto límite en efectivo es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios con cobertura. Si usted tiene otros familiares en este plan, se debe llegar al monto límite en efectivo total para el grupo familiar.</p>
<p>¿Qué no se incluye en el monto <u>límite en efectivo</u>?</p>	<p>Primas, cargos de facturación del saldo y atención médica que no se cubran en este plan.</p>	<p>Incluso si paga estos gastos, no cuentan con respecto al monto límite en efectivo.</p>
<p>¿Pagará menos si se atiende con un <u>proveedor de la red</u>?</p>	<p>Sí, BlueCard PPO. Consulte www.anthem.com o llame al (833) 578-4441 para recibir una lista de proveedores dentro de la red. Los costos podrían variar según el lugar donde se preste el servicio y cómo factura el proveedor.</p>	<p>Este plan trabaja con una red de proveedores. Pagará menos si se atiende con un proveedor de la red del plan. Usted pagará el monto máximo en caso de que se atienda con un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia de precio entre el cargo del proveedor y lo que paga el plan (facturación con saldo). Sepa que su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para que le presten ciertos servicios (como los análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.</p>

¿Necesita una derivación para consultar a un especialista? No. Usted puede consultar al especialista que desee sin una derivación.

 Todos los costos por copagos y coseguros que se muestran en este cuadro son posteriores a que se haya alcanzado su deducible total, en caso de que se aplique un deducible.

Evento médico común	Servicios que podría pagar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y demás información importante
		Proveedor de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si visita un consultorio o una clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	\$30/ consulta, el <u>deducible</u> no se aplica	50% de <u>coseguro</u>	Beneficios de consultas virtuales (telemedicina) disponibles.
	Consulta a un <u>especialista</u>	\$30/ consulta, el <u>deducible</u> no se aplica	50% de <u>coseguro</u>	Beneficios de consultas virtuales (telemedicina) disponibles.
	<u>Atención preventiva/pruebas de detección/vacunación</u>	Sin cargo	50% de <u>coseguro</u>	Es posible que tenga que pagar servicios que no sea <u>preventivos</u> . Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego verifique qué va a pagar el plan.
En caso de que tenga que hacer exámenes	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Los costos podrían variar según el lugar donde se preste el servicio.
	<u>Diagnóstico por imágenes</u> (IC, PET, RMN)	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
En caso de que necesite medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Tiene a disposición más información sobre la <u>cobertura de medicamentos</u> recetados en www. insert.com	Nivel 1: En general, medicamentos genéricos	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Subcontratado con TrueRX
	Nivel 2: En general, marca preferida y no preferida. Medicamentos genéricos	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	
	Nivel 3: En general, marca no preferida y medicamentos genéricos	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	
	Nivel 4: En general, medicamentos especializados preferidos	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	
	Arancel del establecimiento (ej., centro de cirugía para pacientes ambulatorios)	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
	Aranceles del médico/cirujano	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención en la sala de emergencia</u>	\$400/ consulta, luego 25% de <u>coseguro</u>	Cubierto, <u>dentro de la red</u>	
En caso de que necesite atención médica inmediata	<u>Transporte médico de emergencia</u>	25% de <u>coseguro</u>	Cubierto, <u>dentro de la red</u>	-----ninguno-----
	<u>Atención de urgencia</u>	\$60/ consulta, el <u>deducible</u> no se aplica	50% de <u>coseguro</u>	-----ninguno-----
En caso de una estancia hospitalaria	Aranceles del establecimiento (ej., habitación del hospital)	25% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	120 días/ período de beneficios para medicina física para pacientes hospitalizados.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

Evento médico común	Servicios que podía pagar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y demás información importante
		Proveedor de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
En caso de que necesite servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Aranceles del médico/cirujano	25% de coseguro	50% de coseguro	Rehabilitación, incluidos los programas de rehabilitación por día y servicios de enfermería especializada combinados. -----ninguno-----
	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio \$30/ consulta, el deducible no se aplica Otros servicios ambulatorios, 25% de coseguro	Visita al consultorio 50% de coseguro Otros servicios ambulatorios, 50% de coseguro	Visita al consultorio Beneficios de consultas virtuales (telemedicina) disponibles. Otros servicios ambulatorios
	Servicios para pacientes internados	25% de coseguro	50% de coseguro	-----ninguno-----
En caso de que esté embarazada	Visitas al consultorio	\$30/ consulta, el deducible no se aplica, luego 0% de coseguro	50% de coseguro	La atención del área de maternidad puede incluir exámenes y servicios descriptos en otras partes del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	25% de coseguro	50% de coseguro	
	Servicios del establecimiento para el nacimiento/parto	25% de coseguro	50% de coseguro	
Si necesita ayuda para volver a cubrir o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica a domicilio	25% de coseguro	50% de coseguro	90 visitas/ período de beneficios para atención médica a domicilio y servicios de enfermería particular combinados.
	Servicios de rehabilitación	25% de coseguro	50% de coseguro	*Consulte la sección Servicios terapéuticos. Los costos podrían variar según el lugar donde se preste el servicio.
	Servicios de rehabilitación	25% de coseguro	50% de coseguro	120 días/ período de beneficios para medicina física para pacientes hospitalizados, rehabilitación incluidos los programas de rehabilitación por día y servicios de enfermería especializada combinados.
	Atención de enfermería especializada	25% de coseguro	50% de coseguro	
	Equipos médicos durables	25% de coseguro	50% de coseguro	*Consulte la sección Equipos médicos durables
	Servicios de cuidados paliativos	25% de coseguro	50% de coseguro	-----ninguno-----
En caso de que su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Evaluación oftalmológica para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	-----ninguno-----
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	-----ninguno-----
	Control odontológico para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	-----ninguno-----

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

Servicios no incluidos y demás servicios con cobertura:

Servicios que en general su **Plan NO** cubre (consulte el documento de la política o del [plan](#) para conocer más información y obtener una lista de otros **servicios no incluidos**.)

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">● Acupuntura● Atención odontológica (adultos)● Examen de la vista para niños● Atención a largo plazo● Programas para bajar de peso | <ul style="list-style-type: none">● Cirugía bariátrica● Atención odontológica (pediátrica)● Lentes para niños● Examen de la vista de rutina (adultos) | <ul style="list-style-type: none">● Cirugía cosmética● Control dental● Tratamiento de infertilidad● Atención de rutina para pies, a menos que sea médicamente necesario |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Otros servicios con cobertura (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta lista no es completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Atención quiropráctica 25 visitas/período de beneficios
- Servicios de enfermería particular, 90 visitas/período de beneficios combinados con atención médica a domicilio
- Audífonos
- Atención que no sea de emergencia si viaja fuera de EE. UU. Consulte www.bcbsglobalcare.com

Sus derechos para continuar con la cobertura: Si usted desea continuar con la cobertura después de que finalice, existen agencias que pueden ayudarlo. A continuación, se encuentra la información de contacto de tales agencias: Departamento de Seguros del Estado de Indiana, 311 W. Washington Street, Suite 300, Indianapolis, Indiana 46204, (800) 622-4461, (317) 232-2395, www.in.gov/doi/3008.htm, Departamento de Trabajo, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform, o contacte a Anthem al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. También podría haber otras opciones disponibles para continuar su cobertura, entre las que se encuentran la contratación de una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Si desea más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar quejas y apelaciones: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra el [plan](#) por el rechazo de un [reclamo](#). A este proceso se lo denomina presentación de [queja](#) o [apelación](#). Si desea más información sobre sus derechos, observe la explicación de los beneficios que recibe por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Si desea obtener más información sobre sus derechos, este aviso o necesita asistencia, comuníquese con:

Atención: Quejas y apelaciones, P.O. Box 105568, Atlanta GA 30348-5568

Departamento de Trabajo, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform

¿Este plan ofrece una cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) en general comprende [planes, seguro médico](#) disponible por medio del [Mercado](#) u otras políticas particulares del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y demás coberturas determinadas. Si usted es elegible para acceder a determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), posiblemente no sea elegible para acceder al [crédito fiscal para primas](#).

¿Este plan cumple los Estándares mínimos de valor? No

Si su [plan](#) no cumple los [Estándares mínimos de valor](#), es posible que sea elegible para acceder a un [crédito fiscal por primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Para conocer ejemplos dsobre cómo este plan podría cubrir los costos en una situación médica de ejemplo, consulte la próxima sección.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un calculador de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de la forma en que este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán distintos, dependiendo de la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y demás factores. Concéntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios no incluidos](#) en el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar con otros [planes](#) médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura para una sola persona.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal y parto en el hospital [de la red](#))

- [Deducible](#) total del [plan](#) \$2,500
- [Coseguro](#) por atención de especialista \$30
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 25%
- Otro [coseguro](#) 25%

El evento de este EJEMPLO incluye servicios como:

Vistas al consultorio de [especialistas](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento/parto
 Servicios del establecimiento para el nacimiento/parto
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta a un [especialista](#) (*anestésista*)

Ejemplo de costo total \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$2,500
Copagos	\$0
Coseguro	\$2,500
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$70
El total que pagaría Peg es	\$5,070

Control de diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de una afección bien controlada)

- [Deducible](#) total del [plan](#) \$2,500
- [Coseguro](#) por atención de especialista \$30
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 25%
- Otro [coseguro](#) 25%

El evento de este EJEMPLO incluye servicios como:

Vistas al consultorio del médico de [atención primaria](#) (*incluida la educación sobre la enfermedad*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos](#) recetados
[Equipos médicos durables](#) (*glucómetro*)

Ejemplo de costo total \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$100
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$4,300
El total que pagaría Joe es	\$4,700

Fractura simple de Mía

(consulta en la sala de emergencia y seguimiento [de la red](#))

- [Deducible](#) total del [plan](#) \$2,500
- [Coseguro](#) por atención de especialista \$30
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 25%
- Otro [coseguro](#) 25%

El evento de este EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencia (*incluido los suministros médicos*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*radiografía*)
[Equipos médicos durables](#) (*muléts*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Ejemplo de costo total \$2,800

En este ejemplo, Mía pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$2,100
Copagos	\$90
Coseguro	\$100
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$10
El total que pagaría Mía es	\$2,300

El [plan](#) se haría cargo de los otros costos de los servicios con cobertura de este EJEMPLO.

True Rx: American Senior Communities LLC: Período de cobertura: 1/1/2024-12/31/2024


Resumen de beneficios de recetas **Cobertura para:** Individual + grupo familiar | **Tipo de plan:** Plan Standard



Esto es solo un resumen. Si quiere obtener más información acerca de su cobertura y los costos relacionados con las recetas, contacte a True Rx Health Strategists al: 1-866-921-4047.

Parámetros del plan de recetas	Su costo si utiliza un proveedor		Limitaciones y excepciones
	Dentro de la red	Fuera de la red	
Medicamentos genéricos	Suministro para 30 días: \$15 Suministro para 90 días: \$30 CVS/Walgreens/RiteAid Suministro para 30 días: \$30 Suministro para 90 días: \$60	Sin cobertura	Si utiliza una farmacia fuera de la red, deberá realizar el pago por adelantado. Podría recibir un reembolso en función del monto mínimo contratado, menos cualquier monto aplicable por deducible o copago.
Medicamentos de marca preferida	Suministro para 30 días: \$30 + 30% (máx. \$65) Suministro para 90 días: \$70 CVS/Walgreens/RiteAid Suministro para 30 días: \$60 + 30% (máx. \$130) Suministro para 90 días: \$140	Sin cobertura	
Medicamentos de marca no preferida	Suministro para 30 días: \$50 + 30% (máx. \$85) Suministro para 90 días: \$130 CVS/Walgreens/RiteAid Suministro para 30 días: \$100 + 30% (máx. \$170) Suministro para 90 días: \$260	Sin cobertura	
Medicamentos especializados	Sin cobertura	Sin cobertura	Se dispone de recursos adicionales a través de un proveedor externo

¿Alguna pregunta? Llame al 1-866-921-4047.

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un [plan de salud](#). El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) van a compartir el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se entregará por separado. Esto es solo un resumen.** Para conocer más información sobre su cobertura o recibir una copia de los términos completos de la cobertura, visite <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>. Para conocer definiciones generales de términos comunes como monto [permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otro término que esté [subrayado](#), consulte el Glosario. Usted puede ver el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-800-345-3806 para solicitar una copia.

Preguntas importantes		Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es el deducible general?	\$5,250/individual o \$10,500/grupo familiar para proveedores dentro de la red . \$10,500/individual o \$21,000/grupo familiar a para proveedores fuera de la red .	En general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta llegar al monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros familiares incluidos en el plan , cada familiar debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el total de los gastos por deducibles pagados por todos los familiares alcance el deducible total para el grupo familiar.	
¿Tiene servicios con cobertura antes de alcanzar el deducible ?	Sí. Atención primaria. Especialista Visitas. Atención preventiva . Para obtener más información, lea a continuación.	Este plan cubre algunos elementos y servicios, incluso si todavía no llega a cubrir el monto del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios de atención preventiva sin tener que compartir los costos y antes de que llegue al monto del deducible . Consulte una lista de servicios de atención preventiva en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/	
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que llegar a cubrir deducibles para acceder a servicios específicos.	
¿Cuál es el monto límite de gastos particulares o de bolsillo de este plan ?	\$6,450/individual o \$12,900/grupo familiar para proveedores fuera de la red . \$12,900/individual o \$25,800/grupo familiar a para proveedores fuera de la red .	El monto límite de gastos particulares o de bolsillo es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares incluidos en el plan , tienen que alcanzar su propio límite de gastos particulares o de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos particulares o de bolsillo total para el grupo familiar.	
¿Qué no se incluye en el monto límite de gastos particulares o de bolsillo ?	Primas , cargos de facturación del saldo y atención médica que no se cubran en este plan .	Incluso si paga estos gastos, no cuentan con respecto al monto límite de gastos particulares o de bolsillo .	
¿Pagará menos si se atiende con un proveedor dentro de la red ?	Sí, BlueCard PPO. Consulte www.anthem.com o llame al (833) 578-4441 para recibir una lista de proveedores dentro de la red . Los costos podrían variar según el lugar donde se preste el servicio y cómo factura el proveedor.	Este plan trabaja con una red de proveedores . Pagará menos si se atiende con un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará el monto máximo en caso de que se atienda con un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo) . Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para que le presten ciertos servicios (como los análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.	

¿Necesita una derivación para consultar a un [especialista](#)? No. Usted puede consultar al [especialista](#) que desee sin una derivación.

 Todos los costos por [copagos](#) y [coseguros](#) que se muestran en este cuadro son posteriores a que se haya alcanzado su [deducible](#), en caso de que se aplique un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si visita un consultorio o una clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	\$30/ consulta, el deducible no se aplica	50% de coseguro	Beneficios de consultas virtuales (telemedicina) disponibles.
	Consulta a un especialista	\$60/ consulta, el deducible no se aplica	50% de coseguro	Beneficios de consultas virtuales (telemedicina) disponibles.
En caso de que tenga que hacer exámenes	Atención preventiva/pruebas de detección/vacunación	Sin cargo	50% de coseguro	Es posible que tenga que pagar servicios que no sea preventivo. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique qué va a pagar el plan .
	Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	30% de coseguro	50% de coseguro	-----ninguno-----
En caso de que necesite medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Tiene a disposición más información sobre la cobertura de medicamentos en www.[ingrese] .	Diagnóstico por imágenes (TC, PET, RMN)	30% de coseguro	50% de coseguro	-----ninguno-----
	Nivel 1: En general, medicamentos genéricos	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Subcontratado con TrueRX
	Nivel 2: En general, medicamentos de marca preferida y genéricos no preferidos	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	
	Nivel 3: En general, medicamentos de marca no preferida y genéricos	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	
Nivel 4: En general, medicamentos especializados preferidos (de marca y genéricos)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)		
En caso de tener una cirugía ambulatoria	Arancel del establecimiento (ej., centro de cirugía para pacientes ambulatorios)	30% de coseguro	50% de coseguro	-----ninguno-----
	Aranceles del médico/cirujano	30% de coseguro	50% de coseguro	-----ninguno-----
En caso de que necesite atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencia	\$400/ consulta, luego 30% de coseguro	Covered as In- Network	-----ninguno-----
	Transporte médico de emergencia	30% de coseguro	Covered as In- Network	-----ninguno-----

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
	Atención de urgencia	\$80/ consulta, el deducible no se aplica	50% de coseguro	-----ninguno-----
En caso de internación u hospitalización	Aranceles del establecimiento (ej., habitación del hospital)	30% de coseguro	50% de coseguro	120 días/ período de beneficios para medicina física para pacientes hospitalizados, rehabilitación incluidos los programas de rehabilitación por día y servicios de enfermería especializada combinados.
	Aranceles del médico/cirujano	30% de coseguro	50% de coseguro	-----ninguno-----
En caso de que necesite servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio \$30/ visita, el deducible no se aplica Otros servicios ambulatorios, 30% de coseguro	Visita al consultorio 50% de coseguro Otros servicios ambulatorios, 50% de coseguro	Visita al consultorio Beneficios de consultas virtuales (telemedicina) disponibles. Otros servicios ambulatorios -----ninguno-----
	Servicios para pacientes hospitalizados	30% de coseguro	50% de coseguro	-----ninguno-----
	Visitas al consultorio	\$30/ consulta, el deducible no se aplica, luego 0% de coseguro	50% de coseguro	La atención del área de maternidad podría incluir exámenes y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ecografía).
En caso de que esté embarazada	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	30% de coseguro	50% de coseguro	
	Servicios del establecimiento para el nacimiento/parto	30% de coseguro	50% de coseguro	
	Atención médica a domicilio	30% de coseguro	50% de coseguro	90 visitas/ período de beneficios para atención médica a domicilio y servicios de enfermería particular combinados.
En caso de necesitar ayuda durante la recuperación o tiene otras necesidades médicas especiales	Servicios de rehabilitación	30% de coseguro	50% de coseguro	*Consulte la sección Servicios terapéuticos
	Servicios de rehabilitación	30% de coseguro	50% de coseguro	
	Atención de enfermería especializada	30% de coseguro	50% de coseguro	120 días/ período de beneficios para medicina física para pacientes hospitalizados, rehabilitación incluidos los programas de rehabilitación por día y servicios de enfermería especializada combinados.
	Equipos médicos durables	30% de coseguro	50% de coseguro	*Consulte la sección Equipos médicos durables
	Servicios de cuidados paliativos	30% de coseguro	50% de coseguro	-----ninguno-----
	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	-----ninguno-----

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en <https://coc.anthem.com/cocdps/aso>.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
En caso de que su hijo necesite atención dental o de la vista	Lentes para niños Control dental para niños	Sin cobertura Sin cobertura	Sin cobertura Sin cobertura	-----ninguno-----

Servicios no incluidos y demás servicios cubiertos:

Servicios que en general su **Plan NO** cubre (consulte el documento de la política o del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros servicios no **incluidos**.)

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Atención dental (adultos) • Examen de la vista para niños • Atención a largo plazo • Programas para bajar de peso | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Atención dental (pediátrica) • Lentes para niños • Examen de la vista de rutina (adultos) | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética • Control dental • Tratamiento de infertilidad • Atención de rutina para pies, a menos que sea médicamente necesario |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Otros servicios cubiertos (se podrían aplicar limitaciones a estos servicios. Esta lista no es completa. Consulte el documento de su plan).

- Atención quiropráctica 25 visitas/período de beneficios
- Servicios de enfermería particular, 90 visitas/período de beneficios combinados con atención médica a domicilio
- Audífonos
- La mayoría de las coberturas provistas fuera de E.E. UU. Visite www.bcbsglobalcore.com

Sus derechos para continuar con la cobertura: Si usted desea continuar con la cobertura después de que finalice, existen agencias que pueden ayudarlo. A continuación, se encuentra la información de contacto de tales agencias: Departamento de Seguros del Estado de Indiana, 311 W. Washington Street, Suite 300, Indianapolis, Indiana 46204, (800) 622-4461, (317) 232-2395, www.in.gov/doi/3008.htm, Departamento de Trabajo, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform, o contacte a Anthem al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. También podría haber otras opciones disponibles para continuar su cobertura, entre las que se encuentran la contratación de una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Si desea más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar quejas y apelaciones: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra el [plan](#) por el rechazo de un [reclamo](#). A este proceso se lo denomina presentación de [queja](#) o [apelación](#). Si desea más información sobre sus derechos, observe la explicación de los beneficios que recibe por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Si desea obtener más información sobre sus derechos, este aviso o necesita asistencia, comuníquese con:

Atención: Quejas y apelaciones, P.O. Box 105568, Atlanta GA 30348-5568

Departamento de Trabajo, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform

¿Este plan ofrece una cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) en general comprende [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras políticas particulares del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y demás coberturas determinadas. Si usted es elegible para acceder a determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), posiblemente no sea elegible para acceder al [crédito fiscal por primas](#).

*Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

¿Este plan cumple los Estándares mínimos de valor? Sí

Si su plan no cumple los Estándares mínimos de valor, es posible que sea elegible para acceder a un crédito fiscal por primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Para conocer ejemplos sobre cómo este plan podría cubrir los costos en una situación médica de ejemplo, consulte la próxima sección

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un calculador de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de la forma en que este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán distintos, dependiendo de la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y demás factores. Concéntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios no incluidos](#) en el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar con otros planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura para una sola persona.

Peg va a tener un bebé

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

- [Deducible total del plan](#) \$5,250
- [Coseguro por atención de especialista](#) \$60
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 30%
- [Otro coseguro](#) 30%

El evento de este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de [especialistas](#) (*atención prenatal*)
[Servicios profesionales](#) para el nacimiento/parto
[Servicios del establecimiento](#) para el nacimiento/parto
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta a un [especialista](#) (*anestesiología*)

Control de diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención dentro de la red de una afección bien controlada)

- [Deducible total del plan](#) \$5,250
- [Coseguro por atención de especialista](#) \$60
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 30%
- [Otro coseguro](#) 30%

El evento de este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de [atención primaria](#) (*incluida la educación sobre la enfermedad*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipos médicos durables](#) (*glucómetro*)

Fractura simple de Mia

(consulta en la sala de emergencia y seguimiento dentro de la red)

- [Deducible total del plan](#) \$5,250
- [Coseguro por atención de especialista](#) \$60
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 30%
- [Otro coseguro](#) 30%

El evento de este EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencia (*incluido los suministros médicos*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*radiografía*)
[Equipos médicos durables](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Ejemplo de costo total \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$5,250
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,200
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$70
El total que pagaría Peg es	\$6,520

Ejemplo de costo total \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$100
Copagos	\$400
Coseguro	\$0
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$4,300
El total que pagaría Joe es	\$4,800

Ejemplo de costo total \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$2,500
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$10
El total que pagaría Mia es	\$2,710

El [plan](#) se haría cargo de los otros costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

True Rx: American Senior Communities LLC: Período de cobertura: 1/1/2024-12/31/2024

Resumen de beneficios de recetas | Cobertura para: Individual + grupo familiar | Tipo de plan: Plan Pay Saver



Esto es solo un resumen. Si quiere obtener más información acerca de su cobertura y los costos relacionados con las recetas, contacte a True Rx Health Strategists al: 1-866-921-4047.

Parámetros del plan de recetas	Su costo si utiliza un proveedor		Limitaciones y excepciones
	Dentro de la red	Fuera de la red	
Medicamentos genéricos	Suministro para 30 días: \$15 Suministro para 90 días: \$30 CVS/Walgreens/Rite-Aid Suministro para 30 días: \$30 Suministro para 90 días: \$60	Sin cobertura	Si utiliza una farmacia fuera de la red, deberá realizar el pago por adelantado. Podría recibir un reembolso en función del monto mínimo contratado, menos cualquier monto aplicable por deducible o copago.
Medicamentos de marca preferida	Suministro para 30 días: \$30 + 30% (máx. \$85) Suministro para 90 días: \$110 CVS/Walgreens/Rite-Aid Suministro para 30 días: \$60 + 30% (máx. \$130) Suministro para 90 días: \$220	Sin cobertura	
Medicamentos de marca no preferida	Suministro para 30 días: \$50 + 30% (máx. \$110) Suministro para 90 días: \$160 CVS/Walgreens/Rite-Aid Suministro para 30 días: \$100 + 30% (máx. \$170) Suministro para 90 días: \$320	Sin cobertura	
Medicamentos especializados	Sin cobertura	Sin cobertura	

Se dispone de recursos adicionales a través de un proveedor externo

¿Alguna pregunta? Llame al 1-866-921-4047.

Servicios de acceso a idiomas:

(TTY/TDD: 714)

Albanés (Shqip): Nëse keni pyetje në lidhje me këtë dokument, keni të drejtë të merrni falas ndihmë dhe informacion në gjuhën tuaj. Për të kontaktuar me një përkthyes, telefononi (833) 578-4441

Amárico (አማርኛ): ስለዚህ ሰነድ ማንኛውም ጥያቄ ካለዎት ስራስዎ ቋንቋ እርዳታ እና ይህን መረጃ በነጻ የማግኘት መብት አለዎት። አስተርጓሚ ለማናገር (833) 578-4441 ይደውሉ።

. (833) 578-4441 على مترجم، اتصل على المتحدث إلى مقابل. للتحدث إلى المتحدث و المعلومات بلغتك دون مقابل. (العربية) Arabic

Armenio (հայերեն): Եթե այս փաստաթղթի հետ կապված հարցեր ունեք, դուք իրավունք ունեք անվճար և ստանալ օգնություն և տեղեկատվություն ձեր լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (833) 578-4441:

Bassa (Bàsɔ̀ wùdù): M̄ d̄yi d̄yi-diè-d̄è-b̄è b̄éq̄é b̄á céé-d̄è nià ke d̄yí ní, ɔ̀ mò ni d̄yí-b̄éq̄èin-d̄è b̄é m̄ ké gbo-kpá-kpá kè b̄b̄ kpò d̄é m̄ b̄íq̄j-wùdùùn b̄ó pídyi. Bé m̄ ké wuɖu-zìin-nyò d̄ò gbo wùdù ke, d̄á (833) 578-4441.

Bengali (বাংলা): যদি এই নথিপত্রের বিষয়ে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে আপনার ভাষায় বিনামূল্যে সাহায্য পাওয়ার ও তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। একজন দোভাষীর সাথে কথা জান (833) 578-4441 - (৩ কল করুন)

Birmano (မြန်မာ): ဤစာရွက်စာတမ်းနှင့် ပတ်သက်၍ သင့်တွင် မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါက အချက်အလက်များနှင့် အကူအညီကို အကြောင်းငွေ မေးစရာမလိုပဲ သင့်ဘာသာစကားဖြင့် ရလှနိုင်ခွင့် သင့်တွင် ရှိပါသည်။ စကားပြန် တစ်ဦးနှင့် စကားပြောနိုင်ရန် ဖု (833) 578-4441 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

Chino (中文): 如果您對本文件有任何疑問，您有權使用您的語言免費獲得協助和資訊。如需與譯員通話，請致電(833) 578-4441。

Dinka (Dinka): Na nɔŋ thiëc në ke de yä thoɾë, ke yin nɔŋ loŋ bë yi kuony ku wër alëu bë geer yic yin ne thonj du ke cin wëu tääuë ke piny. Te kor yin ba jam wënë ran ye thok geryic, ke yin col (833) 578-4441.

Holandés (Países Bajos): Bij vragen over dit document hebt u recht op hulp en informatie in uw taal zonder bijkomende kosten. Als u een tolk wilt spreken, belt u (833) 578-4441.

فارسی (Farsi): در صورتی که سؤالی بپرسامون این سند دارید، این حق را دارید که اطلاعات و کمک را بدون هیچ هزینه ای به زبان مادریتان دریافت کنید. برای گفتگو با یک مترجم شما، با شماره (833) 578-4441 تماس بگیرید.

Servicios de acceso a idiomas:

Francés (Français): Si vous avez des questions sur ce document, vous avez la possibilité d'accéder gratuitement à ces informations et à une aide dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le (833) 578-4441.

Alemán (Deutsch): Wenn Sie Fragen zu diesem Dokument haben, haben Sie Anspruch auf kostenfreie Hilfe und Information in Ihrer Sprache. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, bitte wählen Sie (833) 578-4441.

Griego (Ελληνικά): Αν έχετε τυχόν απορίες σχετικά με το παρόν έγγραφο, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας δωρεάν. Για να μιλήσετε με κάποιον διεγμηνέα, τηλεφωνήστε στο (833) 578-4441.

Gujarati (ગુજરાતી): જો આ દસ્તાવેજ અંગે આપને કોઈપણ પ્રશ્નો હોય તો, કોઈપણ પર્ય વગર આપની ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો તમને અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, કોલ કરો (833) 578-4441.

Criollo haitiano (Kreyòl Ayisyen): Si ou gen nenpòt kesyon sou dokiman sa a, ou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou gratis. Pou pale ak yon entèprèt, rele (833) 578-4441.

Hindi (हिंदी): अगर आपके पास इस दस्तावेज़ के बारे में कोई प्रश्न हैं, तो आपको निःशुल्क अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुभाषिये से बात करने के लिए, कॉल करें (833) 578-4441 ।

Hmong (Hmong Blanco): Yog tias koj muaj lus nug dab tsi ntsig txog daim ntawv no, koj muaj cai tau txais kev pab thiab lus qhia hais ua koj hom lus yam tsim xam tus nqi. Txhawm rau tham nrog tus neeg txhais lus, hu xov tooj rau (833) 578-4441.

Igbo (Igbo): O bụrụ na ị nwere ajuju o bụla gbasara akwụkwọ a, ị nwere ikike inweta enyemaka na ozi n'asụsụ gị na akwụghị ụgwọ o bula. Ka gị na okwọ okwu kwuo okwu, kpọọ (833) 578-4441.

Ilokano (Ilokano): Nu addaan ka iti aniaman a saludsod panggep iti daytoy a dokumento, adda karbengam a makaala ti tulong ken impormasyon babaen ti lengwahem nga awan ti bayad na. Tapno makatungtong ti maysa nga tagipatarus, awagan ti (833) 578-4441.

Indonesio (Bahasa Indonesia): Jika Anda memiliki pertanyaan mengenai dokumen ini, Anda memiliki hak untuk mendapatkan bantuan dan informasi dalam bahasa Anda tanpa biaya. Untuk berbicara dengan interpreter kami, hubungi (833) 578-4441.

Italiano (Italiano): In caso di eventuali domande sul presente documento, ha il diritto di ricevere assistenza e informazioni nella sua lingua senza alcun costo aggiuntivo. Per parlare con un interprete, chiami il numero (833) 578-4441

Japonés (日本語): この文書についてなにかご不明な点があれば、あなたにはあなたに無料で支援を受け情報を得る権利があります。通訳と話すには (833) 578-4441 にお電話ください。

Servicios de acceso a idiomas:

Khmer (ខ្មែរ): បើអ្នកមានសំណួរផ្សេងទៀតអំពីឯកសារនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។
ដើម្បីជ្រើសរើសភាសាអ្នកបកប្រែ សូមហៅ(833) 578-4441 ។

Kirundi (Kirundi): Ugize ikibazo icyo arico cose kuri iyi nyandiko, ufise uburenganzira bwo kuronka ubufasha mu rurimi rwawe ata giciro. Kugira uvugishe umusemuzi, akura (833) 578-4441.

Coreano (한국어): 본 문서에 대해 어떠한 문의사항이라도 있을 경우, 귀하에게는 귀하가 사용하는 언어로 무료 도움 및 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역사와 이야기하려면(833) 578-4441 로 문의하십시오.

Lao (ລາວ): ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບເອກະສານນີ້, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.
ເພື່ອໂອ້ນລັບລ່າມເປັນພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ (833) 578-4441.

Navajo (Diné): Dii naaltsoos bika'igii lahgo bina'idilkidgo ná bohónéédzá dóó bee ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehj' bee nit hodoonih t'áadoo bááh ílinígóó.
Ata' halné'ígii la' bich'j' hadeesdzih nínizingo koj' hodílinih (833) 578-4441.

Nepali (नेपाली): यदि यो कागजातबारे तपाईंसँग केही प्रश्नहरू छन् भने, आफ्नै भाषामा निःशुल्क सहयोग तथा जानकारी प्राप्त गर्न पाउने हक तपाईंसँग छ।
दोभाषेसँग कुरा गर्नका लागि, यहाँ कल गर्नुहोस् (833) 578-4441

Oromo (Oromifaa): Sanadi kanaa wajjin walqabaate gaffi kamiyuu yoo qabduu tanaan, Gargaarsa argachuu fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana dubaachuuf, (833) 578-4441 bilbilla.

Alemán de Pensilvania (Deutsch): Wann du Frooge iwwer selle Document hoscht, du hoscht die Recht um Hilfe un Information zu griege in dei Schprooch mitaus Koscht. Um mit en Iwwersetze zu schwetze, ruff (833) 578-4441 aa.

Polaco (polski): W przypadku jakichkolwiek pytań związanych z niniejszym dokumentem masz prawo do bezpłatnego uzyskania pomocy oraz informacji w swoim języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer (833) 578-4441.

Portugués (Portugués): Se tiver quaisquer dúvidas acerca deste documento, tem o direito de solicitar ajuda e informações no seu idioma, sem qualquer custo.
Para falar com um intérprete, ligue para (833) 578-4441.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਦੁਬਾਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ (833) 578-4441 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Servicios de acceso a idiomas:

Rumano (Română): Dacă aveți întrebări referitoare la acest document, aveți dreptul să primiți ajutor și informații în limba dumneavoastră în mod gratuit. Pentru a vă adresa unui interpret, contactați telefonic (833) 578-4441.

Ruso (Русский): если у вас есть какие-либо вопросы в отношении данного документа, вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Чтобы связаться с устным переводчиком, позвоните по тел. (833) 578-4441.

Samoano (Samoa): Afai e iai ni ou fesili e uiga i lenCI tusi, e iai lou 'aia e maua se fesoasoani ma faamatalaga i lou lava gagana e aunoa ma se tofogi. Ina ia talanoa i se tagata faaliliu, vili (833) 578-4441.

Serbio (Srpski): Ukoliko imate bilo kakvih pitanja u vezi sa ovim dokumentom, imate pravo da dobijete pomoć i informacije na vašem jeziku bez ikakvih troškova. Za razgovor sa prevodiocem, pozovite (833) 578-4441.

Español (Español): Si tiene preguntas acerca de este documento, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma, sin costos. Para hablar con un intérprete, llame al (833) 578-4441.

Tagalog (Tagalog): Kung mayroon kang anumang katanungan tungkol sa dokumentong ito, may karapatan kang humingi ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Makipag-usap sa isang tagapagpaliwanag, tawagan ang (833) 578-4441.

Tailandés (ไทย): หากท่านมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับเอกสารฉบับนี้
ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่าน
(833) 578-4441 เพื่อพูดคุยกับ ลาม

Україно (Українська): якщо у вас виникають запитання з приводу цього документа, ви маєте право безкоштовно отримати допомогу й інформацію вашою рідною мовою. Щоб отримати послуги перекладача, зателефонуйте за номером: (833) 578-4441.

اگر اس دستاویز کے بارے میں آپ کا کوئی سوال ہے، تو آپ کو مدد اور اپنی زبان میں مفت معلومات حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔ کسی مترجم سے بات کرنے کے لیے، (833) 578-4441 پر کال کریں۔

Vietnamita (Tiếng Việt): Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về tài liệu này, quý vị có quyền nhận sự trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị hoàn toàn miễn phí. Để trao đổi với một thông dịch viên, hãy gọi (833) 578-4441.

אין איברענעווער, רופט 578-4441 (833).
אויב איר האט שאלות וועגן דעם דאקומענט, האט איר די רעכט צו באקומען דעם אינפארמאציע אין אייער שפראך אהן קיין פארן. צו רעדן צו

Yoruba (Yorùbá): Tí o bá ní èyàkékúyí ibèrè nípa àkòsílẹ̀ yí, o ní ètò láti gba ìrànwọ̀ àti iwífún ní èdè èyàkékéyí. Bá wa ògbùfò kan sòrò, pe (833) 578-4441.

Servicios de acceso a idiomas:

Es importante que le brindemos un trato justo.

Por eso cumplimos las leyes federales en materia de derechos civiles en nuestros programas y actividades sanitarios. No discriminamos, excluimos ni tratamos de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. A las personas con discapacidad les ofrecemos ayudas y servicios gratuitos. Para las personas cuya lengua materna no sea el inglés, ofrecemos servicios gratuitos de asistencia lingüística mediante intérpretes y otras lenguas escritas. ¿Le interesan estos servicios? Llame al Servicio de atención al socio que figura en su tarjeta de identificación (TTY/TDD: 711). Si cree que no le hemos ofrecido estos servicios o que hemos discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una denuncia, también conocida como queja formal. Puede presentar una denuncia a nuestro Coordinador de cumplimiento por escrito al Coordinador de cumplimiento, P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. O puede presentar una denuncia ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, en 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 o puede llamar al 1-800-368- 1019 (TDD: 1- 800-537-7697) o en línea, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios para presentación de quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

