



# Guía de beneficios para nuevos empleados contratados 2025



**BENEFICIOS PARA USTED**

Rev. 1/1/2025



**American Senior Communities®**

*Where caring people make the difference.*

# Índice

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 .....	5
Acontecimientos habilitantes .....	6
Portal de beneficios para empleados de ASC.....	6
Sus beneficios del plan de salud colectivo	
Seguro médico y para medicamentos recetados.....	7
Seguro dental .....	8
Seguro oftalmológico.....	9
Seguro de vida gratuito, 401(k) y cuentas de gastos flexibles.....	10
Garner Health.....	11
Beneficios voluntarios.....	12
Seguro de vida temporal complementario.....	12
Seguro de discapacidad a corto plazo .....	12
Seguro por enfermedad crítica .....	12
Seguro contra accidentes.....	13
Definiciones de terminología importante sobre los beneficios.....	14
Aviso importante sobre el seguro del plan de salud y otros avisos legales .....	15
Resumen de beneficios y cobertura (SBC).....	32

## Determine su fecha de elegibilidad

### Tabla de inicio de beneficios del seguro de 2025 para nuevos empleados contratados

Fecha de inicio a tiempo completo	Fecha límite para la inscripción	Fecha de elegibilidad para el seguro
(Esta es la fecha en la que inició su puesto 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).
10/4/2024 - 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
12/5/2024 - 1/1/2025	2/28/2025 antes de las 8:00 p. m. EST	3/1/2025
1/2/2025 - 2/1/2025	3/31/2025 antes de las 8:00 p. m. EST	4/1/2025
2/2/2025 - 3/3/2025	4/30/2025 antes de las 8:00 p. m. EST	5/1/2025
3/4/2025 - 4/3/2025	5/30/2025 antes de las 8:00 p. m. EST	6/1/2025
4/4/2025 - 5/3/2025	6/30/2025 antes de las 8:00 p. m. EST	7/1/2025
5/4/2025 - 6/3/2025	7/31/2025 antes de las 8:00 p. m. EST	8/1/2025
6/4/2025 - 7/4/2025	8/29/2025 antes de las 8:00 p. m. EST	9/1/2025
7/5/2025 - 8/3/2025	9/30/2025 antes de las 8:00 p. m. EST	10/1/2025
8/4/2025 - 9/3/2025	10/31/2025 antes de las 8:00 p. m. EST	11/1/2025
9/4/2025 - 10/3/2025	11/26/2025 antes de las 8:00 p. m. EST	12/1/2025
10/4/2025 - 11/3/2025	12/30/2025 antes del mediodía EST	1/1/2026
11/4/2025 - 12/4/2025	1/30/2026 antes de las 8:00 p. m. EST	2/1/2026

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

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

*El Centro de atención telefónica no ofrece servicios los fines de semana ni los días festivos. También cierra temprano en Navidad y en la víspera de Año Nuevo (tanto el día festivo real como el día que se celebra).*

**¡Le damos la bienvenida a American Senior Communities (ASC)!** Como empleado a tiempo completo (programado regularmente que trabaja al menos 30 horas por semana), usted es elegible para recibir ciertos beneficios proporcionados 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. Al aprovechar los planes ofrecidos a través de nuestro programa de beneficios, puede tener un mayor bienestar financiero y tranquilidad, independientemente de si está soltero, casado o tiene otras personas que dependan de usted.

Beneficios patrocinados por la empresa	Beneficios voluntarios
<p>Seguro médico, oftalmológico y dental</p> <p>Cuenta de gastos flexibles</p> <p>Seguro de vida temporal básico gratuito</p>	<p>Seguro de vida temporal adicional</p> <p>Discapacidad a corto plazo</p> <p>Seguro por enfermedad crítica</p> <p>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 dichos beneficios e inscribirse en dichos beneficios. En el Centro de atención telefónica para la inscripción pueden ayudarle con sus preguntas sobre los beneficios voluntarios y de salud colectivos. Debe ponerse en contacto con el Centro de atención telefónica para la inscripción antes de la fecha límite de inscripción o renunciará a sus derechos a determinados beneficios.

# Elegibilidad e inscripción

## **Reconocimiento de los beneficios del seguro**

El formulario de reconocimiento 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 temporal 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 atención telefónica para la inscripción a fin de 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 comunicarse con el Centro de atención telefónica para la inscripción.

## **Inscripción en el plan de salud colectivo**

Inscríbase al seguro de salud colectivo y a los beneficios voluntarios a través de nuestro Centro de atención telefónica para la inscripción. Si no se inscribe a través del Centro de atención telefónica para la inscripción 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 habilitantes en su condición podrían permitirle añadir, cancelar o cambiar de cobertura durante el año, y únicamente dentro de los 31 días posteriores a un acontecimiento habilitante. Comuníquese de inmediato con el coordinador de nómina y beneficios si se produce un acontecimiento habilitante y desea realizar un cambio de cobertura.

En general, las deducciones comienzan en el período de pago en el que comienzan sus beneficios. Las deducciones del seguro de salud colectivo se efectúan antes de deducir impuestos. Solo pagará por los días del período de pago en que tenga cobertura. Compruebe siempre las deducciones en su salario. La cobertura continúa hasta su última fecha de empleo. Según cuando caiga su última fecha de empleo, las deducciones por primas podrían prorratearse en ese salario. 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 del seguro de salud colectivo 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, de acuerdo con la necesidad (PRN), de forma voluntaria o a tiempo parcial, a menos que así lo exija la Ley de 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 con 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 recibir su primer salario como empleado a tiempo completo para asegurarse de que el Centro de atención telefónica para la inscripción 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 de forma gratuita al Centro de atención telefónica para la inscripción al 855-288-1607. El Centro de atención telefónica está disponible de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este. (está cerrado en días festivos). Recuerde que, una vez efectuada su elección, no podrá realizar cambios a menos que se produzca un acontecimiento habilitante (descrito en la página siguiente).

**Si no se inscribe a través del Centro de atención telefónica para la inscripción antes de la fecha límite para la inscripción, renunciará a participar en el plan.**

Antes de llamar al Centro de atención telefónica para la inscripción:

- Lea la guía y decida los beneficios que desea y las preguntas que tiene.
- Reserve tiempo suficiente para hablar con el representante encargado de la inscripción del Centro de atención 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 encargado de la inscripción. También necesitará los nombres, fechas de nacimiento y números de seguro social de todos los dependientes que piensa cubrir. Si alguno de sus dependientes vive en una dirección distinta de la suya, también necesitará esa información.

## Acontecimientos habilitantes

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

Los acontecimientos habilitantes pueden incluir los siguientes: matrimonio; divorcio; elegibilidad para recibir Medicare o Medicaid; nacimiento o adopción de un hijo; cambio de la condición de dependiente de un hijo; fallecimiento del cónyuge, hijo o de otro dependiente que cumple los requisitos; inicio o finalización de los trámites de adopción; o cualquier otro cambio que provoque una pérdida involuntaria de cobertura en otro lugar. Los cambios causados por un acontecimiento habilitante requieren una prueba del acontecimiento y debe presentar la documentación del cambio en un plazo de 31 días a partir del acontecimiento. Consulte con el Coordinador de nómina y beneficios en su edificio si tiene un acontecimiento habilitante.

## 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.

Dirección URL del Portal de beneficios para empleados: [ascom.mybenefitsinfo.com](https://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](http://anthem.com) para obtener información sobre la red de proveedores).

Opciones del plan médico	Plan Standard	Plan Pay Saver
<b>Deducción de prima por pago de salario</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Empleado únicamente</li> <li><input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge*</li> <li><input type="checkbox"/> Empleado + 1 o 2 hijos*</li> <li><input type="checkbox"/> Empleado + 3 o más hijos*</li> <li><input type="checkbox"/> Familiar*</li> </ul>	\$84.36 \$439.00 \$309.00 \$452.00 \$566.24	\$23.10 \$312.82 \$227.22 \$338.00 \$415.80
<b>Deducible</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Empleado únicamente</li> <li><input type="checkbox"/> Empleado + dependientes</li> </ul>	\$3,500 \$7,000	\$5,500 \$11,000
<b>Coseguro</b>	25 % dentro de la red 50 % fuera de la red	30 % dentro de la red 50 % fuera de la red
<b>Desembolso máximo anual de gastos de bolsillo dentro de la red</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Empleado únicamente</li> <li><input type="checkbox"/> Empleado + dependientes</li> </ul>	\$5,500 \$11,000	\$6,450 \$12,900
<b>Visita al consultorio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Copago de telemedicina a través de LiveHealth Online de Anthem</li> <li><input type="checkbox"/> Copago de atención primaria</li> <li><input type="checkbox"/> Copago de especialistas</li> <li><input type="checkbox"/> Copago de atención urgente</li> </ul>	\$5 de copago \$30 de copago \$30 de copago \$60 de copago	\$5 de copago \$30 de copago \$60 de copago \$80 de copago
<b>Hospitalización interna/ambulatoria</b>	Deducible, luego coseguro	
<b>Servicio de urgencias</b>	\$400 de copago, luego deducible y coseguro	
<b>Atención preventiva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Controles anuales</li> <li><input type="checkbox"/> Mamografías de rutina</li> <li><input type="checkbox"/> Colonoscopías preventivas</li> </ul>	Cobertura del 100 %	
<b>Recetas - Farmacias minoristas (suministro para 30 días)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos genéricos</li> <li><input type="checkbox"/> Marca preferida</li> <li><input type="checkbox"/> Marca no preferida</li> </ul>	\$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)
<b>Recetas surtidas en CVS/Walgreens/Rite-Aid</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos genéricos</li> <li><input type="checkbox"/> Marca preferida</li> <li><input type="checkbox"/> Marca no preferida</li> </ul>	\$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)
<b>Recetas - Pedidos por correo (suministro para 90 días)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos genéricos</li> <li><input type="checkbox"/> Marca preferida</li> <li><input type="checkbox"/> Marca no preferida</li> </ul>	\$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 <a href="mailto:customerservice@TrueRx.com">customerservice@TrueRx.com</a> .		

\*Consulte la sección Definiciones para obtener más información sobre los dependientes que reúnen los requisitos.

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

Los deducibles pueden reducirse utilizando el beneficio Garner Health, que reembolsa las cantidades deducibles y los copagos de los servicios que cumplan los requisitos. Puede encontrar más información sobre Garner Health en esta guía y en el Portal de beneficios para empleados de ASC.



**Seguro dental a través de Delta Dental** (encuentre proveedores de atención dental en [www.deltadentalin.com](http://www.deltadentalin.com))

Características	Dentista Plan PPO y Premier de Delta Dental	No participante (sujeto a facturación de saldos)*
Deducción de prima por pago de salario		
Empleado únicamente		\$4.98
Empleado + cónyuge**		\$11.20
Empleado + hijos**		\$13.37
Familia**		\$27.40
Deducible		
<input type="checkbox"/> Empleado únicamente	\$150	\$150
<input type="checkbox"/> Empleado + dependientes	\$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)	El plan paga el 100 % Sin deducible	El plan paga el 100 % Sin deducible
<input type="checkbox"/> Servicios de diagnóstico y preventivos		
<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	El plan paga el 50 % hasta un máximo de \$1,000 de por vida  Sin deducible

\* Cuando recibe 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. Este monto 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 que reúnen los requisitos.

## Seguro oftalmológico de VSP a través de Delta Dental

El seguro oftalmológico 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](http://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"/> Empleado únicamente <input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado + hijos <input type="checkbox"/> Familiar		\$1.41 \$7.35 \$5.62 \$12.49
Frecuencia <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	Asignación por compra minorista de \$130, con una asignación adicional de \$20 en marcos de marcas de diseño destacadas. 20% de ahorro en cualquier monto que supere el descuento por compra 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)	Asignación 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 beneficio de seguro de vida temporal 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 atención telefónica para la inscripción. 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 reúnen los requisitos para 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 que se ha realizado la inscripción y se ha elegido el porcentaje de aporte, los aportes comenzarán a deducirse de su salario en cuanto sea administrativamente posible. 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, Oftalmológico) se deducen automáticamente antes de deducir 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 deducir impuestos para pagar los gastos de guardería y los gastos médicos de bolsillo. Puede inscribirse en las cuentas 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 2025. No incluye todos los detalles sobre las características y normas del plan de beneficios. Las Descripciones resumidas del plan y los certificados de seguro incluyen los detalles y los 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 ni de elegibilidad para recibir beneficios.

## Beneficio de Garner Health

**El beneficio de Garner Health está disponible para los empleados y sus dependientes inscritos en uno de los planes médicos de American Senior Communities.**

Garner es un beneficio gratuito innovador para empleados que utiliza el análisis de datos a fin de ayudarlo a encontrar los médicos de más alta calidad en la red Anthem de ASC y le ayuda a cubrir los gastos médicos elegibles de bolsillo cuando acude a los mejores proveedores de Garner. El monto máximo de reembolso por gastos calificados en 2025 es de \$3,000 para la cobertura del empleado exclusivamente y \$6,000 para la cobertura del empleado más cualquier número de dependientes.

¿Cómo funciona este beneficio?

Cree una cuenta de Garner en <https://app.getgarner.com/sign-in>. Luego, use 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 de bolsillo que reúnan los requisitos\* después de su cita.

\*Sus gastos médicos de bolsillo reunirán los requisitos para el reembolso si:

- Ha creado una cuenta Garner y ha 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 de Garner. (Consulte la página "Su beneficio" en la aplicación de Garner Health para obtener más información).

¿Tiene preguntas?

Envíe un mensaje a ConciERGE a través de la aplicación móvil de Garner Health, en línea en [getgarner.com](https://getgarner.com) o por correo electrónico en [concierge@getgarner.com](mailto:concierge@getgarner.com).

Puede encontrar más información sobre Garner Health y sobre cómo crear una cuenta en el Portal de beneficios para empleados de ASC en [ascom.mybenefitsinfo.com](https://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 atención telefónica para la inscripción a fin de adquirir beneficios voluntarios pagados por el empleado para completar su seguridad financiera. Lea esta sección detenidamente. No se inscriba en un beneficio si no lo comprende. Puede darse de baja de los beneficios voluntarios en cualquier momento durante el año llamando al Centro de atención telefónica para la inscripción.

## Beneficios voluntarios de Lincoln Financial Group

### **Seguro de vida temporal complementario**

Puede adquirir un seguro de vida temporal complementario voluntario para usted y sus dependientes a través de Lincoln Financial Group.

- Adquiera cobertura para usted en incrementos de \$10,000; para su cónyuge en incrementos de \$5,000, hasta los montos máximos del plan.
- El costo depende de la edad y el nivel de beneficio elegido.
- Puede continuar con la cobertura si deja el empleo.

### **Seguro de discapacidad a corto plazo**

El plan de discapacidad a corto plazo de Lincoln Financial Group brinda cobertura que le paga beneficios en efectivo directamente si de repente no puede trabajar.

- En el caso de los reclamos aprobados, 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.** El representante encargado de la inscripción puede explicarle esta disposición; asegúrese de entenderla.
- El costo depende de su pago y del nivel de beneficio que elija. Puede solicitar un beneficio semanal de hasta \$2,500, en incrementos de \$50, sin superar el 60 % de su salario.

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

Los empleados que se inscriban en beneficios a través de Aflac también pueden recibir protección gratuita contra fraudes y asesoramiento financiero y legal.

### **Seguro por enfermedad crítica**

En caso de enfermedad grave, lo último que debe preocuparle es cómo pagar las facturas: pagos por vehículos, alquiler o hipoteca, servicios públicos y 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 dependiente está cubierto al 50 % del beneficio seleccionado por el empleado.
- Puede 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.

A continuación se detallan las primas quincenales del **Seguro por enfermedad crítica** para 2025:

<b>Empleado - No relacionada con el tabaco</b>	<b>\$5,000</b>	<b>\$10,000</b>	<b>\$15,000</b>	<b>\$20,000</b>	<b>\$25,000</b>	<b>\$30,000</b>
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

<b>Empleado - Relacionada con el tabaco</b>	<b>\$5,000</b>	<b>\$10,000</b>	<b>\$15,000</b>	<b>\$20,000</b>	<b>\$25,000</b>	<b>\$30,000</b>
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

<b>Cónyuge - No relacionada con el tabaco</b>	<b>\$5,000</b>	<b>\$7,500</b>	<b>\$10,000</b>	<b>\$12,500</b>	<b>\$15,000</b>
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

<b>Cónyuge - Relacionada con el tabaco</b>	<b>\$5,000</b>	<b>\$7,500</b>	<b>\$10,000</b>	<b>\$12,500</b>	<b>\$15,000</b>
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 protegerse usted y a proteger 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. Puede 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 atención telefónica para la inscripción con gusto responderá cualquier pregunta que tenga sobre los beneficios voluntarios.

A continuación se detallan las primas quincenales del **Seguro por accidentes** para 2025:

<b>Empleado únicamente</b>	<b>Empleado + cónyuge</b>	<b>Empleado + hijo</b>	<b>Empleado + familiar</b>
\$5.46	\$8.71	\$9.97	\$13.22

# Definiciones de terminología importante sobre los beneficios

**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 oftalmológico tienen copagos.

**Deducible:** Es la cantidad en dólares que usted debe pagar antes de que el Plan pague algo. Los deducibles se aplican tanto a los dos planes médicos como 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:** Puede cubrir a determinados familiares en los planes de beneficios. Estos son los dependientes elegibles para los servicios médicos, dentales y de oftalmología: 1) Su cónyuge legal. La cobertura del plan médico (únicamente) no está disponible para su cónyuge si este(a) 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 a través de Lincoln Financial o Aflac. Consulte con su representante encargado de la inscripción para obtener más información. Informe a su representante encargado de la inscripción si sus dependientes viven en una dirección diferente de la suya.

**Cuentas de gastos flexibles:** Una cuenta de gastos flexible ("FSA") le permite ahorrar dinero antes de deducir impuestos para determinados gastos de atención médica 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 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 de bolsillo para usted durante el año.

**Prima:** 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 deben pagar parte de la prima mediante deducciones en su salario. El monto 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.**

**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 29. El SBC sigue las pautas 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 2025**

### **Aviso legal importante que afecta la cobertura de su 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 bajo 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 cuestiones 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 pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. American Senior Communities ha determinado que NO se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Plan Master Welfare de American Senior Communities, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Por lo 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 que tuviera que pagar 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, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Lea atentamente este aviso, ya que se explican sus opciones.

---

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando reúna los requisitos 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) por no haber tenido cobertura acreditable en virtud del Plan Master Welfare de American Senior Communities.



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

Dado que la cobertura del Plan Master Welfare de American Senior Communities no es acreditable, de acuerdo con el 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 como mínimo 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 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.

**Si desea obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados póngase en contacto con 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 de grupo. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

## **Si desea 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 se pongan directamente en contacto con usted. Si desea obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Para obtener ayuda personalizada, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte el número de teléfono en la contraportada del manual "Medicare y usted").
- Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Fecha:	10/1/2024
Nombre de la entidad/remitente:	American Senior Communities, LLC.
Contacto/Cargo/Oficina:	Oficina de Beneficios:
Dirección:	6900 South Gray Road, Indianapolis, IN 46237
Número de 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, puede tener derecho a recibir determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA) de 1998. Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, se proporcionará cobertura de la manera que se determine en consulta con el médico que le brinda tratamiento y la paciente, para:

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

Estos beneficios se proporcionarán con sujeción a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados 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 lo 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 (senos), 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 pueden, en virtud de la ley federal, restringir los beneficios para cualquier estancia hospitalaria 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, por lo general, la ley federal no prohíbe 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 ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para indicar una duración de la hospitalización inferior a 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 proporciona cierta información básica sobre el Mercado.

### **¿Qué es el Mercado de seguros médicos?**

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que cumpla con sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "lugar centralizado" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados. También puede reunir los requisitos para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato.

Cada año, el período de inscripción abierta para el seguro médico a través del Mercado va del 1.º de noviembre al 15 de diciembre del año anterior. Para la cobertura que comienza el 1.º de enero de 2025, el período de inscripción abierta del Mercado comenzará el 1.º de noviembre de 2024 y finalizará el 15 de diciembre de 2024. 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 reunir los requisitos para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece cobertura que no cumple con determinadas normas. El ahorro en la prima para el que podría cumplir los requisitos depende *de* los ingresos de su *hogar*.

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

Sí. Si usted tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con determinadas normas, no reunirá los requisitos para obtener un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, si su empleador no le ofrece ningún tipo de cobertura o no le ofrece una cobertura que cumpla con determinadas normas, puede reunir los requisitos para obtener un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o una reducción de determinados costos 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 reunir los requisitos para recibir un crédito fiscal. (Un plan de salud patrocinado por un empleador cumple la "norma de valor mínimo" si la parte de los costos totales permitidos de los beneficios cubiertos por el plan no es inferior al 60 % de dichos costos).

**NOTA:** Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica 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?

Si desea más información sobre la cobertura que le ofrece su empleador, consulte su Descripción resumida del plan o póngase en contacto con *la Oficina de Beneficios al 317-788-2500*.

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para obtener cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [www.healthcare.gov](http://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 de 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 para un dependiente (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan de salud colectivo, es posible que pueda inscribirse a usted mismo y a 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 aportar a su otra cobertura o a la de sus dependientes). No obstante, deberá 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 usted 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 que reúnen los requisitos podrán solicitar la cobertura de este Plan.

### **Matrimonio, nacimiento o adopción**

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

matrimonio, el nacimiento o la 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 que reúnen los requisitos tienen derecho a inscribirse en este Plan. No obstante, debe solicitarlo en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que contrajo matrimonio.

### **Medicaid o CHIP**

Si usted o sus dependientes dejan de reunir los requisitos para recibir la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o pasan a cumplir los requisitos para recibir un subsidio 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 cumplimiento de los requisitos para recibir 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 reúnen los requisitos para recibir la cobertura de CHIP. Puede 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, póngase en contacto con 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 cumplen los requisitos para recibir Medicaid o CHIP y usted cumple los requisitos para recibir cobertura médica de su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudarle a pagar la cobertura con fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no cumplen los requisitos para recibir Medicaid o CHIP, no cumplirá los requisitos para recibir estos programas de asistencia para el pago de las primas, pero podría contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://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, póngase en contacto con 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 reunir los requisitos para recibir alguno de estos programas, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al **1-877-KIDS NOW** o visite [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo solicitarlo. Si reúne los requisitos, pregunte en su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por un empleador.

Si usted o sus dependientes reúnen los requisitos para recibir asistencia para el pago de 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 reúne los requisitos para recibir la ayuda para el pago de las primas**. Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción en el plan de su empleador, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2023. Póngase en contacto con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

<p style="text-align: center;"><b>ALABAMA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447</p>	<p style="text-align: center;"><b>CALIFORNIA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web del Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP): <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a></p>
<p style="text-align: center;"><b>ALASKA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web del Programa de Pago de Primas del Seguro Médico de Alaska: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad para Medicaid: <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a></p>	<p style="text-align: center;"><b>COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</b></p> <p>Sitio web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a> Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Servicio de retransmisión del estado 711 CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a> Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de retransmisión del estado 711 Programa de Participación en el Seguro Médico (HIBI): <a href="https://www.mycohibi.com">https://www.mycohibi.com</a> Servicio de atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>
<p style="text-align: center;"><b>ARKANSAS – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p style="text-align: center;"><b>FLORIDA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html</a> Teléfono: 1-877-357-3268</p>
<p style="text-align: center;"><b>GEORGIA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web de HIPP de Georgia: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a> Teléfono: 678-564-1162, Opción 1 Sitio web de CHIPRA de Georgia: <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a> Teléfono: (678) 564-1162, Opción 2</p>	<p style="text-align: center;"><b>MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a> Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: <a href="mailto:masspremassistance@accenture.com">masspremassistance@accenture.com</a></p>
<p style="text-align: center;"><b>INDIANA – Medicaid</b></p> <p>Healthy Indiana Plan para adultos de 19-64 años con bajos ingresos Sitio web: <a href="http://www.in.gov/fssa/hip/">http://www.in.gov/fssa/hip/</a> Teléfono: 1-877-438-4479 El resto de Medicaid Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a> Teléfono: 1-800-457-4584</p>	<p style="text-align: center;"><b>MINNESOTA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp">https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</a> Teléfono: 1-800-657-3739</p>

<p align="center"><b>IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</b></p> <p>Sitio web de Medicaid:  <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members">https://dhs.iowa.gov/ime/members</a>  Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366  Sitio web de Hawki:  <a href="http://dhs.iowa.gov/Hawki">http://dhs.iowa.gov/Hawki</a>  Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563  Sitio web de HIPP:  <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp">https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp</a>  Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p align="center"><b>MISSOURI – Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a>  Teléfono: 573-751-2005</p>
<p align="center"><b>KANSAS – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a>  Teléfono: 1-800-792-4884  Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>	<p align="center"><b>MONTANA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a>  Teléfono: 1-800-694-3084  Correo electrónico: <a href="mailto:HSHIPPProgram@mt.gov">HSHIPPProgram@mt.gov</a></p>
<p align="center"><b>KENTUCKY – Medicaid</b></p> <p>Sitio web del Programa de Pago de Primas del Seguro Médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP):  <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a>  Teléfono: 1-855-459-6328  Correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPP.PROGRAM@ky.gov">KIHIPP.PROGRAM@ky.gov</a></p> <p>Sitio web de KCHIP:  <a href="https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx">https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</a>  Teléfono: 1-877-524-4718  Sitio web de Medicaid de Kentucky: <a href="https://chfs.ky.gov">https://chfs.ky.gov</a></p>	<p align="center"><b>NEBRASKA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a>  Teléfono: 1-855-632-7633  Lincoln: 402-473-7000  Omaha: 402-595-1178</p>
<p align="center"><b>LOUISIANA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a>  Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p align="center"><b>NEVADA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcfnv.gov">http://dhcfnv.gov</a>  Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>
<p align="center"><b>MAINE – Medicaid</b></p> <p>Sitio web de inscripción:  https:  <a href="http://www.mymaineconnection.gov/benefits/s?language=enUS">www.mymaineconnection.gov/benefits/s?language=enUS</a>  Teléfono: 1-800-442-6003  TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711  Sitio web de la Prima de Seguro Médico Privado:  <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a>  Teléfono: -800-977-6740.  TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711</p>	<p align="center"><b>NEW HAMPSHIRE – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a>  Teléfono: 603-271-5218  Línea gratuita para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>
<p align="center"><b>NEW JERSEY – Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio web de Medicaid:  <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a>  Teléfono de Medicaid: 609-631-2392  Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a>  Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>	<p align="center"><b>SOUTH DAKOTA - Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a>  Teléfono: 1-888-828-0059</p>
<p align="center"><b>NUEVA YORK – Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>  Teléfono: 1-800-541-2831</p>	<p align="center"><b>TEXAS – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="#">Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program   Texas Health and Human Services</a>  Teléfono: 1-800-440-0493</p>

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

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

Departamento de Trabajo de EE. UU.  
Administración de Seguridad de Beneficios  
para Empleados  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://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](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, Opción 4 del menú, ext 61565

## Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Publicación 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 ni 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 esta muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte en 44 U.S.C. 3507. Asimismo, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona podrá ser sancionada por incumplir una recopilación de información si en ella no figura un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte en 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 [ebbsa.opr@dol.gov](mailto:ebbsa.opr@dol.gov), e 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. **Revíselo 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.

Obtención de una copia de los historiales médicos y reclamos	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Le proporcionaremos 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.</li></ul>
Solicitud de la corrección de historiales médicos y de reclamos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede pedirnos que corrijamos sus historiales médicos y de reclamos si considera que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.</li><li>• Es posible que digamos "no" a su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.</li></ul>
Solicitud de comunicaciones confidenciales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una forma específica (por ejemplo: el teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos correspondencia a una dirección diferente.</li><li>• Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables, y si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos, debemos decir "sí".</li></ul>
Solicitud de restricción sobre lo que usamos o compartimos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede pedirnos que <b>no</b> utilicemos ni compartamos determinada información de salud acerca de tratamientos, pagos o nuestras operaciones.</li><li>• No estamos obligados a acceder a su petición y podríamos negarnos si ello pudiera afectar su atención.</li></ul>



<p>Obtención de una lista de las personas con las que hemos compartido información</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<p>Obtención de una copia de este aviso de privacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
<p>Selección de una persona para que actúe en su nombre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si usted ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercitar sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.</li> <li>• Nos aseguraremos de que la persona tenga dicha autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar ninguna medida.</li> </ul>
<p>Presentación de un reclamo si cree que se han vulnerado sus derechos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede presentar un reclamo si cree que hemos vulnerado sus derechos; para ello, póngase en contacto con el Departamento de Beneficios de American Senior Communities, 6900 South Gray Road, Indianapolis, IN 46237.</li> <li>• 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"> <li>○ Envíe una carta a: US Dept. of Health &amp; Human Services Office of Civil Rights, 200 Independence Avenue, SW, Washington DC 20201.</li> <li>○ Llame al: 1877,696.6775.</li> <li>○ Visite: <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints">www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints</a>.</li> </ul> </li> <li>• No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.</li> </ul>

## Sus opciones

En el caso de determinada información de salud, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese 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"><li>• Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas implicadas en el pago de su atención.</li><li>• Compartamos información en relación con ayuda por motivos de desastres.</li><li>• Nos pongamos en contacto con usted con fines de recaudación de fondos.</li></ul> <p><i>Si no puede decirnos lo que prefiere, por ejemplo, si está inconsciente, podríamos 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 dé permiso por escrito:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fines de comercialización.</li><li>• Venta de su información.</li></ul>

## Otros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos utilizar o compartir su información de salud? Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes formas.

Ayudar a gestionar el tratamiento de salud que recibe.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar su información de salud y compartirla con profesionales que le estén brindando tratamiento.</li></ul> <p><b>Ejemplo:</b> Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.</p>
Dirigir nuestra organización	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar y divulgar su información para gestionar nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.</li><li>• <b>No se nos permite utilizar información genérica para decidir si le vamos a brindar cobertura y el precio de esa cobertura.</b> Esto no se aplica a los planes de asistencia a largo plazo.</li></ul> <p><b>Ejemplo:</b> Utilizamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.</p>
Pagar sus servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos utilizar y divulgar su información de salud mientras pagamos sus servicios de salud.</li></ul> <p><b>Ejemplo:</b> Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.</p>
Administrar su plan	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.</li></ul> <p><b>Ejemplo:</b> Su empresa contrata nuestro plan de salud y nosotros proporcionamos a su empresa determinadas estadísticas para explicar las primas que cobramos.</p>

¿De qué otra manera 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](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

Ayuda en cuestiones de salud y seguridad pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir información sobre su salud en determinadas situaciones, como por ejemplo las siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prevenir enfermedades</li> <li>○ Ayudar a retirar productos del mercado</li> <li>○ Informar sobre reacciones adversas a medicamentos</li> <li>○ Informar sobre sospechas de maltrato, abandono o violencia doméstica</li> <li>○ Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona</li> </ul> </li> </ul>
Realización de investigaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones sanitarias.</li> </ul>
Cumplimiento de la ley	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 con la ley federal de privacidad.</li> </ul>
Respuesta a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y colaboración con un médico forense o director funerario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.</li> <li>• Podemos compartir información de salud con un perito forense, médico forense o director funerario cuando fallece una persona.</li> </ul>
Gestión de solicitud de indemnización por accidente laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos utilizar o compartir su información de salud:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En casos de reclamos relacionados con indemnización por accidente laboral</li> <li>○ A efectos del cumplimiento de la ley o ante un oficial del orden público</li> <li>○ Con organismos de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley</li> <li>○ Para funciones gubernamentales especiales, como servicios de seguridad nacional y servicios de protección presencial</li> </ul> </li> </ul>
Respuesta a demandas y acciones legales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.</li> </ul>

### 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 lo podemos hacer, 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](http://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 tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, usted 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 atención médica, es posible que deba pagar determinados gastos de bolsillo, como un copago, un coseguro 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 e instituciones 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 monto sea superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no contar para el límite anual de gastos de bolsillo.

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

### Usted está protegido contra la facturación de saldos en los siguientes casos:

#### Servicios de emergencias

Si tiene una emergencia médica y recibe servicios de emergencia de un proveedor o una institución fuera de la red, el proveedor o la institución podrá facturarle como máximo el monto 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

Cuando reciba servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, es posible que determinados proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores podrán facturarle es el monto de participación en los gastos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios médicos de emergencia, 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 estas instituciones 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 una**

## **institución de la red de su plan.**

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

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o la institución estuviera dentro de la red).  
Su plan de salud pagará directamente a los proveedores e instituciones fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe:
  - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
  - Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
  - Basar lo que usted debe al proveedor o a la institución (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o una institución de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
  - Contabilizar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de gastos de bolsillo.

## La discriminación es ilegal

American Senior Communities cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual descrita en 45 CFR § 92.101(a)(2)).

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

American Senior Communities:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables, así como ayudas y servicios auxiliares gratuitos y apropiados para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes profesionales de lengua de señas.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Ofrece servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no sea el inglés, que pueden incluir:
  - Intérpretes profesionales.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita adaptaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con el Director Ejecutivo o el Gerente General de su comunidad.

Si cree que en su comunidad no le han proporcionado estos servicios o se le ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Departamento de Cumplimiento de American Senior Communities en:

American Senior Communities Compliance Department  
6900 South Gray Road  
Indianapolis, IN 46237  
317-788-2500  
[Compliance@ASCCare.com](mailto:Compliance@ASCCare.com)

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Cumplimiento de American Senior Communities está a su disposición para ayudarle. Si desea presentar sus quejas de forma anónima, puede comunicarse con la línea directa de American Senior Communities al 1-888-788-2502 o en [www.ASCHotline.com](http://www.ASCHotline.com).

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

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Este aviso está disponible en el sitio web de American Senior Communities: [www.ASCCare.com](http://www.ASCCare.com)

## Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística, y ayudas y servicios auxiliares

	Idioma	ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339) or speak to your provider.
1	Spanish/Español	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339) o hable con su proveedor.
2	Chinese/中文	注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-888-788-2502（文本电话：1-800-877-8339）或咨询您的服务提供商。
3	German/Deutsch	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
4	Pennsylvanian Dutch/Deitsch	Wann du Druwwel hoscht fer Englisch verschtehe, kenne mer epper beigriege fer dich helfe unni as es dich ennich eppes koschte zeelt. Mir kenne dich helfe aa wann du Druwwel hoscht fer heere odder sehne. Mir kenne Schtofft lauder mache odder iesier fer lese un sell koscht dich aa nix. Ruf 1-888-788-2502 (TTY: 800-877-8339) uff odder schwetz mit dei Provider.
5	Burmese/မြန်မာ	သတိပြုရန်- သင်က မြန်မာဘာသာစကား ပြောဆိုပါက၊ အခမဲ့ ဘာသာစကားအကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများကို ရရှိနိုင်ပါသည်။ အသုံးပြုနိုင်သော ဖော်မတ်များဖြင့် အချက်အလက်များ ဖော်ပြပေးရန် သင့်လျော်သော အရန်အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကိုလည်း အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339) သို့ဖုန်းခေါ်ပါ သို့မဟုတ် သင်၏ ဆောင်ရွက်ပေးသူနှင့် စကားပြောပါ။
6	Arabic/العربية	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-888-788-2502 (1-800-877-8339) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.
7	Korean/한국어	주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

8	Vietnamese/ Việt	LUU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-888-788-2502 (Người khuyết tật: 1-800-877-8339) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.
9	French/Français	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-888-788-2502 (TTY : 1-800-877-8339) ou parlez à votre fournisseur.
10	Japanese/日本語	注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-888-788-2502（TTY：1-800-877-8339）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。
11	Dutch/ Nederlands	LET OP: als je Nederlands spreekt, zijn er gratis taalhelpdiensten voor je beschikbaar. Passende hulpmiddelen en diensten om informatie in toegankelijke formaten te verstrekken, zijn ook gratis beschikbaar. Bel 1-888-788-2502 (tty: 1-800-877-8339) of spreek met je provider.
12	Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339) o makipag-usap sa iyong provider.
13	Russian/ РУССКИЙ	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339) или обратитесь к своему поставщику услуг.
14	Panjabi/ਪੰਜਾਬੀ	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।
15	Hindi/हिंदी	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात 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 plenamente cómo funcionan los planes.

## Resumen de beneficios y cobertura:

Lo que cubre este [Plan](#) y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Periodo de la cobertura: 01/01/2025 - 12/31/2025  
Cobertura: Individual + Familiar | Tipo de Plan: PPO

### American Senior Communities: Plan Standard PPO



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 obtener más información sobre su cobertura o recibir una copia de los términos completos de cobertura, visite: <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) o llamar al (844) 344-7409 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible total</a> ?	\$3,500/persona o \$7,000/familiar para los <a href="#">proveedores dentro de la red</a> . \$7,000/persona o \$14,000/familiar para los <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta llegar al monto del <a href="#">deducible</a> para que este <a href="#">plan</a> comience a aportar. Si usted tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar total.
¿Se brindan servicios con cobertura antes de llegar al <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Atención primaria. Consulta al <a href="#">especialista</a> . <a href="#">Atención preventiva</a> . Atención oftalmológica. Para obtener más información, consulte a continuación.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos elementos y servicios, incluso si todavía no llega a cubrir el monto del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre determinados <a href="#">servicios de atención preventiva</a> sin <a href="#">tener que compartir los costos</a> y antes de que llegue al monto del <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios de atención preventiva</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que llegar a cubrir los <a href="#">deducibles</a> para acceder a servicios específicos.
¿Cuál es el monto <a href="#">límite de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$5,500/persona u \$11,000/familiar para los <a href="#">proveedores dentro de la red</a> . \$11,000/persona o \$22,000/familiar para los <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .	El <a href="#">monto límite de bolsillo</a> es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios con cobertura. Si usted tiene otros familiares en este <a href="#">plan</a> , estos deben alcanzar su propio <a href="#">monto límite de bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">monto límite de bolsillo</a> familiar total.
¿Qué no se incluye en el <a href="#">monto límite de bolsillo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , gastos de <a href="#">facturación del saldo</a> y atención médica que no se cubran en este <a href="#">plan</a> .	Incluso si paga estos gastos, no cuentan con respecto al <a href="#">monto límite de bolsillo</a> .
¿Pagará menos si se atiende con un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Consulte <a href="http://www.anthem.com/find-care/?alphaprefix=AJ">www.anthem.com/find-care/?alphaprefix=AJ</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagará menos si se atiende con un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará el monto máximo en caso de que se atienda con un <a href="#">proveedor fuera</a>

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

	o llame al (844) 344-7409 para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> . Los gastos podrían variar según el lugar donde se preste el servicio y cómo factura el <a href="#">proveedor</a> .	<a href="#">de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y el aporte de su <a href="#">plan (facturación del saldo)</a> . Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para determinados servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que desee sin una <a href="#">derivación</a> .



Todos los gastos de [copago](#) y [coseguro](#) 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 demás información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	\$30/consulta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica	50 % de <a href="#">coseguro</a>	Beneficios de consultas virtuales (telemedicina) disponibles.
	Consulta a un <a href="#">especialista</a>	\$30/consulta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica	50 % de <a href="#">coseguro</a>	Beneficios de consultas virtuales (telemedicina) disponibles.
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección</a> /vacunación	Sin cargo	50 % de <a href="#">coseguro</a>	Es posible que tenga que pagar servicios que no sean preventivos. Consulte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué va a pagar el <a href="#">plan</a> .
En caso de que tenga que hacer exámenes	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	25 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	Los gastos podrían variar según el lugar donde se preste el servicio.
	Diagnóstico por imágenes (TC/PET, RMN)	25 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	Los gastos podrían variar según el lugar donde se preste el servicio.
En caso de que necesite medicamentos para tratar su enfermedad o afección Tiene a disposición más información sobre la <a href="#">cobertura</a>	En general, medicamentos genéricos (Nivel 1)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Subcontratado con True RX.
	En general, marca preferida y no preferida Medicamentos genéricos (Nivel 2)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	
	En general, marca no preferida y medicamentos genéricos (Nivel 3)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	

\* Para obtener más información sobre 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 demás información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
<a href="#">de medicamentos recetados</a> en <a href="#">www.[insertar]</a> .	En general, medicamentos preferidos <a href="#">especializados</a> (de marca y genéricos) (Nivel 4)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	
<b>En caso de una cirugía ambulatoria</b>	Arancel de la institución (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	25 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguno-----
	Aranceles del médico/cirujano	25 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguno-----
<b>En caso de que necesite atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en sala de emergencias</a>	\$400/consulta, luego 25 % de <a href="#">coseguro</a>	Cubierto como <a href="#">dentro de la red</a>	-----ninguno-----
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	25 % de <a href="#">coseguro</a>	Cubierto como <a href="#">dentro de la red</a>	-----ninguno-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$60/consulta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica	50 % de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguno-----
<b>En caso de una hospitalización</b>	Arancel del establecimiento (p. ej., habitación del hospital)	25 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	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	25 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguno-----
<b>En caso de que necesite servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio \$30/consulta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica Otros servicios ambulatorios 25 % de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio 50 % de <a href="#">coseguro</a> Otros servicios ambulatorios 50 % de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio Beneficios de consultas virtuales (telemedicina) disponibles. Otros servicios ambulatorios -----ninguno-----
	Servicios para pacientes hospitalizados	25 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguno-----
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$30/embarazo para la primera consulta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica, luego 0 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	Un <a href="#">copago</a> por embarazo por servicios de visitas al consultorio. La atención del área de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	25 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios de la institución para el nacimiento/parto	25 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita ayuda para la</b>	<a href="#">Atención médica domiciliaria</a>	25 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	90 visitas/período de beneficios para atención médica a domicilio

\* Para obtener más información sobre 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 demás información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
recuperación o tiene otras necesidades médicas especiales				y servicios de enfermería particular combinados.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	25 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	*Consulte la sección Servicios terapéuticos. Los gastos podrían variar según el lugar donde se preste el servicio.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	25 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	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.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	25 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	*Consulte la sección <a href="#">Equipo médico duradero</a>
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	25 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguno-----
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>	25 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguno-----
En caso de que su hijo necesite atención odontológica u oftalmológica	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	-----ninguno-----
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	-----ninguno-----
	Control odontológico para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	-----ninguno-----

### Servicios no incluidos y demás servicios con cobertura:

Servicios que en general su <a href="#">plan</a> NO cubre (consulte el documento de la política o del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios no incluidos</a> ).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Tratamiento de la infertilidad</li> <li>• Programas para bajar de peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Atención odontológica (Adultos)</li> <li>• Atención a largo plazo</li> <li>• Examen de la vista de rutina (Adultos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control odontológico para niños</li> <li>• Anteojos para niños</li> <li>• Atención de rutina para pies, a menos que sea <a href="#">médicamente necesario</a></li> </ul>

Otros servicios con cobertura (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <a href="#">plan</a> ).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 consultas de atención quiropráctica/período de beneficios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos \$2,000 máximo/oído/de por vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayor parte de la cobertura se presta fuera de Estados Unidos. Consulte <a href="http://www.bcbsglobalcore.com">www.bcbsglobalcore.com</a></li> </ul>

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

- 90 consultas de servicios de enfermería particular/período de beneficios combinados con atención médica a domicilio

**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/idoi/3008.htm](http://www.in.gov/idoi/3008.htm), Departamento de Trabajo, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador, (866) 444-EBSA (3272), [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o comuníquese con 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](http://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 su [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, consulte la explicación de los beneficios que recibirá 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](http://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 reúne los requisitos para recibir determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), posiblemente no reúna los requisitos para acceder al [crédito fiscal para primas](#).

**¿Este plan cumple con los Estándares mínimos de valor? Sí.**

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

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

## 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, según la atención real que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros 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.

<b>Peg va a tener un bebé</b> (9 meses de atención prenatal y parto en el hospital de la red)	<b>Control de diabetes tipo 2 de Joe</b> (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)	<b>Fractura simple de Mia</b> (consulta en la sala de emergencia y atención de seguimiento dentro de la red)																																										
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <a href="#">Deducible</a> total del <a href="#">plan</a> \$2,500</li> <li>■ <a href="#">Copago por atención de especialista</a> \$30</li> <li>■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (institución) 25 %</li> <li>■ Otro <a href="#">coseguro</a> 25 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <a href="#">Deducible</a> total del <a href="#">plan</a> \$2,500</li> <li>■ <a href="#">Copago por atención de especialista</a> \$30</li> <li>■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (institución) 25 %</li> <li>■ Otro <a href="#">coseguro</a> 25 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <a href="#">Deducible</a> total del <a href="#">plan</a> \$2,500</li> <li>■ <a href="#">Copago por atención de especialista</a> \$30</li> <li>■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (institución) 25%</li> <li>■ Otro <a href="#">coseguro</a> 25%</li> </ul>																																										
El evento de este EJEMPLO incluye servicios como:	El evento de este EJEMPLO incluye servicios como:	El evento de este EJEMPLO incluye servicios como:																																										
Visitas al consultorio de <a href="#">especialista</a> ( <i>atención prenatal</i> ) Servicios profesionales para el nacimiento/parto Servicios de las instituciones para el nacimiento/parto <a href="#">Pruebas de diagnóstico</a> ( <i>ecografías y análisis de sangre</i> ) Consulta a un <a href="#">especialista</a> ( <i>anestesia</i> )	Visitas al consultorio del <a href="#">médico de atención primaria</a> ( <i>incluida la educación sobre la enfermedad</i> ) <a href="#">Pruebas de diagnóstico</a> ( <i>análisis de sangre</i> ) <a href="#">Medicamentos recetados</a> <a href="#">Equipos médicos duraderos</a> ( <i>glucómetro</i> )	<a href="#">Atención en servicio de emergencias</a> ( <i>incluidos los suministros médicos</i> ) <a href="#">Prueba de diagnóstico</a> ( <i>radiografía</i> ) <a href="#">Equipo médico duradero</a> ( <i>muletas</i> ) <a href="#">Servicios de rehabilitación</a> ( <i>fisioterapia</i> )																																										
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #e1f5fe;"><b>Ejemplo de costo total</b></td> <td style="text-align: right;"><b>\$12,700</b></td> </tr> </table>	<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$12,700</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #e1f5fe;"><b>Ejemplo de costo total</b></td> <td style="text-align: right;"><b>\$5,600</b></td> </tr> </table>	<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$5,600</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: #e1f5fe;"><b>Ejemplo de costo total</b></td> <td style="text-align: right;"><b>\$2,800</b></td> </tr> </table>	<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$2,800</b>																																				
<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$12,700</b>																																											
<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$5,600</b>																																											
<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$2,800</b>																																											
<p>En este ejemplo, Peg pagaría:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #e1f5fe;"><a href="#">Costo compartido</a></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><a href="#">Deducibles</a></td> <td style="text-align: right;">\$3,500</td> </tr> <tr> <td><a href="#">Copagos</a></td> <td style="text-align: right;">\$ 0</td> </tr> <tr> <td><a href="#">Coseguro</a></td> <td style="text-align: right;">\$2,300</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>Lo que no se cubre</i></td> </tr> <tr> <td>Límites o exclusiones</td> <td style="text-align: right;">\$70</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e1f5fe;"><b>El total que pagaría Peg es</b></td> <td style="text-align: right;"><b>\$5,870</b></td> </tr> </tbody> </table>	<a href="#">Costo compartido</a>		<a href="#">Deducibles</a>	\$3,500	<a href="#">Copagos</a>	\$ 0	<a href="#">Coseguro</a>	\$2,300	<i>Lo que no se cubre</i>		Límites o exclusiones	\$70	<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$5,870</b>	<p>En este ejemplo, Joe pagaría:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #e1f5fe;"><a href="#">Costo compartido</a></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><a href="#">Deducibles</a></td> <td style="text-align: right;">\$100</td> </tr> <tr> <td><a href="#">Copagos</a></td> <td style="text-align: right;">\$300</td> </tr> <tr> <td><a href="#">Coseguro</a></td> <td style="text-align: right;">\$0</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>Lo que no se cubre</i></td> </tr> <tr> <td>Límites o exclusiones</td> <td style="text-align: right;">\$4,300</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e1f5fe;"><b>El total que pagaría Joe es</b></td> <td style="text-align: right;"><b>\$4,700</b></td> </tr> </tbody> </table>	<a href="#">Costo compartido</a>		<a href="#">Deducibles</a>	\$100	<a href="#">Copagos</a>	\$300	<a href="#">Coseguro</a>	\$0	<i>Lo que no se cubre</i>		Límites o exclusiones	\$4,300	<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>\$4,700</b>	<p>En este ejemplo, Mia pagaría:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #e1f5fe;"><a href="#">Costo compartido</a></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><a href="#">Deducibles</a></td> <td style="text-align: right;">\$2,100</td> </tr> <tr> <td><a href="#">Copagos</a></td> <td style="text-align: right;">\$90</td> </tr> <tr> <td><a href="#">Coseguro</a></td> <td style="text-align: right;">\$100</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>Lo que no se cubre</i></td> </tr> <tr> <td>Límites o exclusiones</td> <td style="text-align: right;">\$10</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e1f5fe;"><b>El total que pagaría Mia es</b></td> <td style="text-align: right;"><b>\$2,300</b></td> </tr> </tbody> </table>	<a href="#">Costo compartido</a>		<a href="#">Deducibles</a>	\$2,100	<a href="#">Copagos</a>	\$90	<a href="#">Coseguro</a>	\$100	<i>Lo que no se cubre</i>		Límites o exclusiones	\$10	<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$2,300</b>
<a href="#">Costo compartido</a>																																												
<a href="#">Deducibles</a>	\$3,500																																											
<a href="#">Copagos</a>	\$ 0																																											
<a href="#">Coseguro</a>	\$2,300																																											
<i>Lo que no se cubre</i>																																												
Límites o exclusiones	\$70																																											
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$5,870</b>																																											
<a href="#">Costo compartido</a>																																												
<a href="#">Deducibles</a>	\$100																																											
<a href="#">Copagos</a>	\$300																																											
<a href="#">Coseguro</a>	\$0																																											
<i>Lo que no se cubre</i>																																												
Límites o exclusiones	\$4,300																																											
<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>\$4,700</b>																																											
<a href="#">Costo compartido</a>																																												
<a href="#">Deducibles</a>	\$2,100																																											
<a href="#">Copagos</a>	\$90																																											
<a href="#">Coseguro</a>	\$100																																											
<i>Lo que no se cubre</i>																																												
Límites o exclusiones	\$10																																											
<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$2,300</b>																																											

El [plan](#) se haría cargo de los demás costos de los servicios cubiertos en el EJEMPLO.

**Resumen de beneficios y cobertura:** Lo que cubre este [Plan](#) y lo que usted paga por los servicios cubiertos

**Periodo de la cobertura:** 01/01/2025 - 12/31/2025

**Cobertura:** Individual + Familiar | **Tipo de Plan:** PPO

**American Senior Communities: Plan Pay Saver PPO**



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 obtener más información sobre su cobertura o recibir una copia de los términos completos de cobertura, visite: <https://eoc.anthem.com/eocdps/aso>. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) o llamar al (844) 344-7409 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> total?	\$5,500/persona u \$11,000/familiar para los <a href="#">proveedores dentro de la red</a> . \$11,000/persona o \$22,000/familiar para los <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta llegar al monto del <a href="#">deducible</a> para que este <a href="#">plan</a> comience a aportar. Si usted tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar total.
¿Se brindan servicios con cobertura antes de llegar al <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Atención primaria. Visita al <a href="#">especialista</a> . <a href="#">Atención preventiva</a> . Atención oftalmológica. Para obtener más información, consulte a continuación:	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos elementos y servicios, incluso si todavía no llega a cubrir el monto del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre determinados <a href="#">servicios de atención preventiva</a> sin <a href="#">tener que compartir los costos</a> y antes de que llegue al monto del <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios de atención preventiva</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que llegar a cubrir los <a href="#">deducibles</a> para acceder a servicios específicos.
¿Cuál es el monto <a href="#">límite de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$6,450/persona o \$12,900/familiar para los <a href="#">proveedores dentro de la red</a> . \$12,900/persona o \$25,800/familiar para los <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .	El <a href="#">monto límite de bolsillo</a> es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios con cobertura. Si usted tiene otros familiares en este <a href="#">plan</a> , estos deben alcanzar su propio <a href="#">monto límite de bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">monto límite de bolsillo</a> familiar total.
¿Qué no se incluye en el <a href="#">monto límite de bolsillo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , gastos de <a href="#">facturación del saldo</a> y atención médica que no se cubran en este <a href="#">plan</a> .	Incluso si paga estos gastos, no cuentan con respecto al <a href="#">monto límite de bolsillo</a> .

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



¿Pagará menos si se atiende con un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Consulte <a href="http://www.anthem.com/find-care/?alphaprefix=AJS">www.anthem.com/find-care/?alphaprefix=AJS</a> o llame al (844) 344-7409 para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> . Los gastos podrían variar según el lugar donde se preste el servicio y cómo factura el <a href="#">proveedor</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagará menos si se atiende con un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará el monto máximo en caso de que se atienda con un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y el aporte de su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para determinados servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que desee sin una <a href="#">derivación</a> .



Todos los gastos de [copago](#) y [coseguro](#) 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 demás información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	\$30/consulta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica	50 % de <a href="#">coseguro</a>	Beneficios de consultas virtuales (telemedicina) disponibles.
	Consulta a un <a href="#">especialista</a>	\$60/consulta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica	50 % de <a href="#">coseguro</a>	Beneficios de consultas virtuales (telemedicina) disponibles.
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección</a> /vacunación	Sin cargo	50 % de <a href="#">coseguro</a>	Es posible que tenga que pagar servicios que no sea preventivos. Consulte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué va a pagar el <a href="#">plan</a> .
En caso de que tenga que hacer exámenes	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	30 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	Los gastos podrían variar según el lugar donde se preste el servicio.
	Diagnóstico por imágenes (TC/PET, RMN)	30 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	Los gastos podrían variar según el lugar donde se preste el servicio.
En caso de que necesite medicamentos	En general, medicamentos genéricos (Nivel 1)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Subcontratado con True RX.

\* Para obtener más información sobre 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 demás información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
<b>para tratar su enfermedad o afección</b> Tiene a disposición más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="#">www.[insertar]</a> .	En general, marca preferida y no preferida Medicamentos genéricos (Nivel 2)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	
	En general, marca no preferida y medicamentos genéricos (Nivel 3)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	
	En general, medicamentos preferidos <a href="#">especializados</a> (de marca y genéricos) (Nivel 4)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura (farmacia minorista y entrega a domicilio)	
<b>En caso de una cirugía ambulatoria</b>	Arancel del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguno-----
	Aranceles del médico/cirujano	30 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguno-----
<b>En caso de que necesite atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en sala de emergencias</a>	\$400/consulta, luego 30 % de <a href="#">coseguro</a>	Cubierto como <a href="#">dentro de la red</a>	-----ninguno-----
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	30 % de <a href="#">coseguro</a>	Cubierto como <a href="#">dentro de la red</a>	-----ninguno-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$80/consulta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica	50 % de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguno-----
<b>En caso de una hospitalización</b>	Arancel del establecimiento (p. ej., habitación del hospital)	30 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	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 <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguno-----
<b>En caso de que necesite servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio \$30/consulta, el <a href="#">deducible</a> no se aplica Otros servicios ambulatorios 30 % de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio 50 % de <a href="#">coseguro</a> Otros servicios ambulatorios 50 % de <a href="#">coseguro</a>	Visita al consultorio Beneficios de consultas virtuales (telemedicina) disponibles. Otros servicios ambulatorios -----ninguno-----
	Servicios para pacientes hospitalizados	30 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguno-----
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$30/embarazo para la primera consulta, el <a href="#">deducible</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	Un <a href="#">copago</a> por embarazo por servicios de visitas al consultorio.

\* Para obtener más información sobre 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 demás información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
		no se aplica, luego 0 % de <a href="#">coseguro</a>		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	30 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios del establecimiento para el nacimiento/parto	30 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	
Si necesita ayuda para la recuperación o tiene otras necesidades médicas especiales	<a href="#">Atención médica domiciliaria</a>	30 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	90 visitas/período de beneficios para atención médica a domicilio y servicios de enfermería particular combinados.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	30 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	*Consulte la sección Servicios terapéuticos. Los gastos podrían variar según el lugar donde se preste el servicio.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	30 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	30 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	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.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	30 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	*Consulte la sección <a href="#">Equipo médico duradero</a>
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>	30 % de <a href="#">coseguro</a>	50 % de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguno-----
En caso de que su hijo necesite atención odontológica u oftalmológica	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	-----ninguno-----
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Control odontológico para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	-----ninguno-----

### 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 obtener más información y una lista de otros **servicios no incluidos**).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Control odontológico para niños
- Cirugía cosmética
- Atención odontológica (Adultos)
- Anteojos para niños
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo

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

- Programas para bajar de peso
- Examen de la vista de rutina (Adultos)
- Atención de rutina para pies, a menos que sea médicamente necesario

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

- Atención quiropráctica 25 visitas/período de beneficios
- 90 consultas de servicios de enfermería particular/período de beneficios combinados con atención médica a domicilio
- Audífono \$2,000 máximo/oído/de por vida
- La mayor parte de la cobertura se presta fuera de Estados Unidos. Consulte [www.bcbsglobalcore.com](http://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/idoi/3008.htm](http://www.in.gov/idoi/3008.htm), Departamento de Trabajo, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador, (866) 444-EBSA (3272), [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o comuníquese con 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](http://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 su [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, consulte la explicación de los beneficios que recibirá 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](http://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 reúne los requisitos para recibir determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), posiblemente no reúna los requisitos para acceder al [crédito fiscal para primas](#).

**¿Este plan cumple con los Estándares mínimos de valor? Sí.**

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

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

## 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, según la atención real que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros 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)

■ <a href="#">Deducible</a> total del <a href="#">plan</a>	\$5,250
■ <a href="#">Copago por atención de especialista</a>	\$60
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (institución)	30 %
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	30 %

El evento de este EJEMPLO incluye servicios como:

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

<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$12,700</b>
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$5,500
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,200
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$70
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$6,570</b>

### Control de diabetes tipo 2 de Joe

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

■ <a href="#">Deducible</a> total del <a href="#">plan</a>	\$5,250
■ <a href="#">Copago por atención de especialista</a>	\$60
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (institución)	30 %
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	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 duraderos](#) (*glucómetro*)

<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$5,600</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$100
<a href="#">Copagos</a>	\$400
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$4,300
<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>\$4,800</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ <a href="#">Deducible</a> total del <a href="#">plan</a>	\$5,250
■ <a href="#">Copago por atención de especialista</a>	\$60
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (institución)	30 %
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	30 %

El evento de este EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en servicio de emergencias](#) (*incluidos los suministros médicos*)  
[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografía*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$2,800</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<a href="#">Costo compartido</a>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$2,100
<a href="#">Copagos</a>	\$200
<a href="#">Coseguro</a>	\$100
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$10
<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$2,410</b>

El [plan](#) se haría cargo de los demás costos de los servicios cubiertos en el EJEMPLO.

## Servicios de acceso lingüístico:

(TTY/TDD: 711)

**Albanian (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 (844) 344-7409

**Amharic (አማርኛ):** ስለዚህ ሰነድ ማንኛውም ጥያቄ ካለዎት በራስዎ ቋንቋ እርዳታ እና ይህን መረጃ በገጻዎቻችሁ ሙሉ በሙሉ አለዎት። አስተርጓሚ ለማናገር (844) 344-7409 ይደውሉ።

**Arabic (العربية):** إذا كان لديك أي استفسارات بشأن هذا المستند، فيحق لك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون مقابل. للتحدث إلى مترجم، اتصل على (844) 344-7409.

**Armenian (հայերեն):** Եթե այս փաստաթղթի հետ կապված հարցեր ունեք, դուք իրավունք ունեք անվճար ստանալ օգնություն և տեղեկատվություն ձեր լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (844) 344-7409:

**Bassa (Bàsɔ̀ Wùdù):** M̄ dyi dyi-diè-djè b̄é b̄édjé b̄á céè-djè nià ke dyí ní, ɔ̀ m̀ò nì dyí-b̄édjèin-djè b̄é m̀ ké gbo-kpá-kpá kè b̄ǒ kp̄ǒ djé m̀ b̄ídjí-wùdùùn b̄ó pídyi. B̄é m̀ ké wuɖu-zìin-nyò d̀ò gbo wùdù ke, d̀á (844) 344-7409.

**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 বলার জন্য (844) 344-7409 -তে কল করুন।

**Burmese (မြန်မာ):** ဤစာရွက်စာတမ်းနှင့် ပတ်သက်၍ သင့်တွင် မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါက အချက်အလက်များနှင့် အကူအညီကို အခကြေးငွေ ပေးစရာမလိုပဲ သင့်ဘာသာစကားဖြင့် ရယူနိုင်ခွင့် သင့်တွင် ရှိပါသည်။ စကားပြန် တစ်ဦးနှင့် စကားပြောနိုင်ရန် ဖု (844) 344-7409 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

**Chinese (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(844) 344-7409。

**Dinka (Dinka):** Na n̄ɔŋ thiëc nē ke de yā thorē, ke yin n̄ɔŋ loŋ bē yi kuony ku w̄er alēu bē ḡɛɛr yic yin ne thoŋ du ke cin w̄eu tāāuē ke piny. Te k̄or yin ba jam w̄enē ran ye thok geryic, ke yin c̄ol (844) 344-7409.

**Dutch (Nederlands):** 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 (844) 344-7409.

**Farsi (فارسی):** در صورتی که سؤالی پیرامون این سند دارید، این حق را دارید که اطلاعات و کمک را بدون هیچ هزینه‌ای به زبان مادری‌تان دریافت کنید. برای گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره (844) 344-7409 تماس بگیرید.

## Servicios de acceso lingüístico:

**French (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 (844) 344-7409.

**German (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 (844) 344-7409.

**Greek (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 διερμηνέα, τηλεφωνήστε στο (844) 344-7409.

**Gujarati (ગુજરાતી):** જો આ દસ્તાવેજ અંગે આપને કોઈપણ પ્રશ્નો હોય તો, કોઈપણ ખર્ચ વગર આપની ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો તમને અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, કોલ કરો (844) 344-7409.

**Haitian Creole (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 (844) 344-7409.

**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 (844) 344-7409 ।

**Hmong (White Hmong):** 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 (844) 344-7409.

**Igbo (Igbo):** O bụr ụ na ị nwere ajujụ o bụla gbasara akwụkwọ a, ị nwere ikike ịnweta enyemaka na ozi n'asụsụ gị na akwụghị ụgwọ o bụla. Ka gị na ọkọwa okwu kwuo okwu, kpọọ (844) 344-7409.

**Ilokano (Ilokano):** Nu addaan ka iti aniaman a saludsod panggep iti daytoy a dokumento, adda karbengam a makaala ti tulong ken impormasyon babaen ti lenguahem nga awan ti bayad na. Tapno makatungtong ti maysa nga tagipatarus, awagan ti (844) 344-7409.

**Indonesian (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 (844) 344-7409.

**Italian (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 (844) 344-7409

## Servicios de acceso lingüístico:

**Japanese (日本語):** この文書についてなにかご不明な点があれば、あなたにはあなたの言語で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 (844) 344-7409 にお電話ください。

**Khmer (ខ្មែរ):** បើអ្នកមានសំណួរផ្សេងទៀតអំពីឯកសារនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីជជែកជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមហៅ(844) 344-7409 ។

**Kirundi (Kirundi):** Ugize ikibazo ico arico cose kuri iyi nyandiko, ufise uburenganzira bwo kuronka ubufasha mu rurimi rwawe ata giciro. Kugira uvugishe umusemuzi, akura (844) 344-7409.

**Korean (한국어):** 본 문서에 대해 어떠한 문의사항이라도 있을 경우, 귀하에게는 귀하가 사용하는 언어로 무료 도움 및 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역사와 이야기하려면(844) 344-7409 로 문의하십시오.

**Lao (ພາສາລາວ):** ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບເອກະສານນີ້, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ເພື່ອໂອ້ນລັກວ່າມແບພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ (844) 344-7409.

**Navajo (Diné):** Dii naaltsoos biká'ígíí lahgo bina'idiilkidgo ná bohónéedzá dóó bee ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehjī bee nił hodoonih t'áadoo báąh ilinígóó. Ata' halne'ígíí la' bich'i' hadeesdzih nínizingo kojī' hodiilnih (844) 344-7409.

**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 (844) 344-7409

**Oromo (Oromifaa):** Sanadi kanaa wajiin walqabaate gaffi kamiyuu yoo qabduu tanaan, Gargaarsa argachuu fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana dubaachuuf, (844) 344-7409 bilbilla.

**Pennsylvania Dutch (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 (844) 344-7409 aa.

**Polish (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 (844) 344-7409.

**Portuguese (Português):** 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 (844) 344-7409.



## Servicios de acceso lingüístico:

**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 ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, (844) 344-7409 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Romanian (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 (844) 344-7409.

**Russian (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. (844) 344-7409.

**Samoan (Samoa):** Afai e iai ni ou fesili e uiga i lenei tusi, e iai lou 'aia e maua se fesoasoani ma faamatalaga i lou lava gagana e aunoa ma se totoi. Ina ia talanoa i se tagata faaliliu, vili (844) 344-7409.

**Serbian (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 (844) 344-7409.

**Spanish (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 (844) 344-7409.

**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 (844) 344-7409.

**Thai (ไทย):** หากท่านมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับเอกสารฉบับนี้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยโทร (844) 344-7409 เพื่อพูดคุยกับล่าม

**Ukrainian (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 (844) 344-7409.

**Urdu (اردو):** 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 لئے، (844) 344-7409 پر کال کریں۔

**Vietnamese (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 (844) 344-7409.

**(Yiddish) (אידיש):** אויב איר האט שאלות וועגן דעם דאקומענט, האט איר די רעכט צו באקומען דעם אינפארמאציע אין אייער שפראך אהן קיין פרייז. צו רעדן צו אן איבערזעצער, רופט (844) 344-7409.

## Servicios de acceso lingüístico:

**Yoruba (Yorùbá):** Tí o bá ní èyíkéyí ibèrè nípa àkọsílẹ̀ yí, o ní ètọ́ láti gba ìrànwọ́ àti ìwífún ní èdè rẹ̀ lófẹ́ẹ̀. Bá wa ògbùfọ̀ kan sọrọ̀, pe (844) 344-7409.

### **Es importante que le brindemos un trato justo**

Por eso cumplimos las leyes federales en materia de derechos civiles en nuestros programas y actividades de salud. 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 discapacidades 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 queja 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, al 1- 800-537-7697) o en línea en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# True Rx: American Senior Communities LLC: Período de cobertura: 1/1/2025-12/31/2025

## Resumen de beneficios de recetas

Cobertura: Individual + 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, comuníquese con 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	No cubierto	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	No cubierto	
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	No cubierto	
Medicamentos especializados	No cubierto	No cubierto	Se dispone de recursos adicionales a través de un proveedor externo

¿Tiene preguntas? Llame al 1-866-921-4047.

# True Rx: American Senior Communities LLC: Período de cobertura: 1/1/2025-12/31/2025

## Resumen de beneficios de recetas

Cobertura: Individual + 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, comuníquese con 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	No cubierto	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	No cubierto	
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	No cubierto	
Medicamentos especializados	No cubierto	No cubierto	Se dispone de recursos adicionales a través de un proveedor externo

**Resumen de beneficios y cobertura:** Lo que cubre este Plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos:

**Período de cobertura:** 1 de enero de 2025–31 de diciembre de 2025

**American Senior Communities Plan HRA (Garner Health como Administrador)**

**Tipo de plan:** HRA (Integrado con Planes médicos completos:)  
**Cobertura:** Individual o Familiar



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 obtener más información sobre su cobertura o recibir una copia de los términos completos, comuníquese con su empleador o llame a Garner Health al 1-866-761-9586. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-866-761-9586 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible total</a> ?	\$0	Aunque este Plan HRA no tiene una franquicia en sí mismo, está integrado con un plan de salud médico colectivo total patrocinado por un empleador que puede tener un deducible total. (Consulte el SBC o el plan de salud colectivo).
¿Se brindan servicios con cobertura antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	No se aplica.	Este Plan HRA no está sujeto a un deducible. El Plan HRA reembolsa los gastos médicos en los que incurra por atención médica prestada por proveedores de atención médica recomendados o aprobados a través del sitio web, la aplicación para teléfonos inteligentes o el servicio Concierge de Garner Health, hasta el saldo del monto de su HRA. No reembolsa los gastos médicos en los que incurra por atención médica prestada por proveedores de atención médica no recomendados o aprobados por Garner.
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	El Plan HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por un empleador que puede tener un deducible, incluidos otros deducibles para servicios determinados.
¿Cuál es el monto <a href="#">límite de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	No se aplica.	El Plan HRA solo puede reembolsar hasta el monto de su cuenta HRA.
¿Qué no se incluye en el <a href="#">monto límite de bolsillo</a> ?	No se aplica.	El Plan HRA solo puede reembolsar hasta el monto de su cuenta HRA.
¿Pagará menos si se atiende con un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Depende.	El Plan HRA reembolsará los gastos médicos en los que incurra por atenderse con un proveedor de la red que haya sido recomendado o aprobado a través del sitio web, la aplicación para teléfonos inteligentes o el servicio Concierge de Garner Health hasta el saldo de su cuenta HRA. Los proveedores fuera de la red no están recomendados ni aprobados por Garner Health y no dispondrá de reembolso para su cuenta HRA.
¿Necesita una <a href="#">derivación para consultar a un especialista</a> ?	Depende.	Este Plan HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por un empleador. Si el plan de salud colectivo patrocinado por el empleador requiere una derivación para consultar a un especialista, entonces para que se le reembolse hasta el saldo de su cuenta HRA, deberá (1) obtener una derivación y (2) seleccionar un especialista recomendado o aprobado a través del sitio web, la aplicación para teléfonos inteligentes o el servicio Concierge de Garner Health.



Todos los gastos de [copago](#) y [coseguro](#) 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 demás información importante*
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a>	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	0-100 %	N/A	Este Plan HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por un empleador. Si este servicio está cubierto por el plan de salud colectivo, se le puede reembolsar hasta el saldo de su cuenta HRA por los gastos de bolsillo elegibles de deducible, copago y coseguro. Para ser elegible para recibir el reembolso de este tipo de gastos médicos, debe utilizar el sitio web, la aplicación para teléfonos inteligentes o el servicio Concierge de Garner Health a fin de recibir la recomendación o aprobación de un médico de la red antes de incurrir en los gastos de bolsillo con ese médico.
	Consulta a un <a href="#">especialista</a>	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección/</a> vacunación	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
En caso de que tenga que hacer exámenes	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Este Plan HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por un empleador. Si este servicio está cubierto por el plan de salud colectivo, se le puede reembolsar hasta el saldo de su cuenta HRA por los gastos de bolsillo elegibles de deducible, copago y coseguro. Para ser elegible para recibir el reembolso de este tipo de gastos médicos, debe utilizar el sitio web, la aplicación para teléfonos inteligentes o el servicio Concierge de Garner Health a fin de recibir la recomendación o aprobación de un médico de la red antes de incurrir en los gastos de bolsillo con ese médico. Si se trata de una prueba de diagnóstico o de diagnóstico por imágenes no invasiva, los gastos de bolsillo elegibles solo calificarán para el reembolso por parte del Plan HRA si la prueba de diagnóstico o de diagnóstico por imágenes fue solicitada por

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y demás información importante*
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
				un proveedor recomendado o aprobado por Garner. Si la prueba de diagnóstico o de diagnóstico por imágenes es invasiva, los gastos de bolsillo solo calificarán para el reembolso si el proveedor de la prueba cuenta con la recomendación o aprobación de Garner antes de la fecha del servicio. Si tiene preguntas sobre qué tipos de pruebas se consideran invasivas o no invasivas, póngase en contacto con el servicio Concierge de Garner Health a través del chat en línea mediante el sitio web o la aplicación para teléfono inteligente de Garner Health, o por teléfono al (866) 761-9586.
	Diagnóstico por imágenes (TC/PET, RMN)	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
<b>En caso de que necesite medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b>	Medicamentos genéricos	N/A. No hay cobertura disponible en su cuenta HRA para este tipo de evento médico	N/A. No hay cobertura disponible en su cuenta HRA para este tipo de evento médico	Este Plan HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por un empleador, que puede brindar cobertura para algunos de los gastos de bolsillo en relación con los medicamentos. Sin embargo, no hay cobertura disponible en su cuenta HRA para este tipo de evento médico.
	Algunos medicamentos de marca preferida	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	Medicamentos de marca no preferida.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
<b>En caso de una cirugía ambulatoria</b>	Arancel de la institución (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	(Igual que si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica).	(Igual que si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica).	Este Plan HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por un empleador. Si este servicio está cubierto por el plan de salud colectivo, se le puede reembolsar hasta el saldo de su cuenta HRA por los gastos de bolsillo elegibles de deducible, copago y coseguro. Para ser elegible para recibir el reembolso de este tipo de gastos médicos, debe utilizar el sitio web, la aplicación para teléfonos inteligentes o el

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y demás información importante*
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
				servicio Concierge de Garner Health a fin de recibir la recomendación o aprobación de un médico de la red antes de incurrir en los gastos de bolsillo con ese médico.
	Aranceles del médico/cirujano	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
En caso de que necesite atención médica inmediata	<a href="#">Atención en sala de emergencia</a>	N/A	N/A	Este Plan HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por un empleador, que puede brindar cobertura para algunos de los gastos de bolsillo en relación con la atención médica inmediata. Sin embargo, no hay cobertura disponible en su cuenta HRA para este tipo de evento médico.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
En caso de una hospitalización	Arancel del establecimiento (p. ej., habitación del hospital)	(Igual que si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica).	(Igual que si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica).	Este Plan HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por un empleador. Si este servicio está cubierto por el plan de salud colectivo, se le puede reembolsar hasta el saldo de su cuenta HRA por los gastos de bolsillo elegibles de deducible, copago y coseguro. Para ser elegible para recibir el reembolso de este tipo de gastos médicos, debe utilizar el sitio web, la aplicación para teléfonos inteligentes o el servicio Concierge de Garner Health a fin de recibir la recomendación o aprobación de un médico de la red antes de incurrir en los gastos de bolsillo con ese médico.
	Aranceles del médico/cirujano	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
En caso de que necesite servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.



Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y demás información importante*
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
	Servicios de la institución para el nacimiento/parto	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
Si necesita ayuda para la recuperación o tiene otras necesidades médicas especiales	<a href="#">Atención médica domiciliaria</a>	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
En caso de que su hijo necesite atención odontológica u oftalmológica	Examen de la vista para niños	N/A. No hay cobertura disponible en su cuenta HRA para este tipo de evento médico.	N/A. No hay cobertura disponible en su cuenta HRA para este tipo de evento médico.	Este Plan HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por un empleador, que puede brindar cobertura para algunos de los gastos de bolsillo en relación con este tipo de evento médico. Sin embargo, no hay cobertura disponible en su cuenta HRA para este tipo de evento médico.
	Anteojos para niños	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	Control odontológico para niños	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.

**Servicios no incluidos y demás servicios con cobertura:**

<p>Servicios que en general su <a href="#">Plan</a> NO cubre (consulte el documento de la política o del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios no incluidos</a>.)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier gasto pagadero a través de otra fuente (como el plan médico colectivo de su empleador).</li> <li>• Cualquier servicio o procedimiento que NO esté cubierto por el plan médico colectivo de su empleador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier servicio o procedimiento que NO esté cubierto por el plan médico colectivo de su empleador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier servicio o suministro que supere el monto de la Cuenta HRA o los servicios o suministros que no sean reembolsables (aunque se ajusten a la definición de atención médica) en virtud de la Sección 213 del Código de Rentas Internas.</li> </ul>

<p>Otros servicios con cobertura (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <a href="#">plan</a> ).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>
--

**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: Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). 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](http://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 su [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, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#). 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: [insertar la información de contacto aplicable de las instrucciones].

**¿Este plan ofrece una cobertura esencial mínima? No**, sin embargo, este plan está integrado con un plan de salud colectivo que puede proporcionar cobertura esencial mínima.

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 reúne los requisitos para recibir determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), posiblemente no reúna los requisitos para acceder al [crédito fiscal para primas](#).

**¿Este plan cumple con los Estándares mínimos de valor? No**, sin embargo, este plan está integrado con un plan de salud colectivo que puede cumplir con las normas de valor mínimo. Si su [plan](#) no cumple con las [normas de valor mínimo](#), es posible que sea elegible para acceder a un [crédito fiscal para primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través

del [Mercado](#).

**Declaración de divulgación de PRA:** De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es **0938-1146**. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente **0.08** horas por respuesta en promedio, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la(s) estimación(es) sobre el tiempo o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

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, según la atención real que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y [servicios no incluidos](#) en el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar con otros [planes](#). 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)

- El [deducible total del plan](#) \$0
- [Especialista \[costo compartido\]](#) N/A
- [Hospital \(institución\) \[costo compartido\]](#) N/A
- [Otro \[costo compartido\]](#) N/A

El evento de este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios profesionales para el nacimiento/parto

Servicios de las instituciones para el nacimiento/parto

[Pruebas de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)

Consulta a un [especialista](#) (anestesia)

<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$12,700</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	N/A
<a href="#">Copagos</a>	N/A
<a href="#">Coseguro</a>	N/A
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	N/A
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>N/A</b>

**Control de diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- El [deducible total del plan](#) \$0
- [Especialista \[costo compartido\]](#) N/A
- [Hospital \(institución\) \[costo compartido\]](#) N/A
- [Otro \[costo compartido\]](#) N/A

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 duraderos](#) (glucómetro)

<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$5,600</b>
-------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	N/A
<a href="#">Copagos</a>	N/A
<a href="#">Coseguro</a>	N/A
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	N/A
<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>N/A</b>

**Fractura simple de Mia**  
(consulta en la sala de emergencia y atención de seguimiento dentro de la red)

- El [deducible total del plan](#) \$0
- [Especialista \[costo compartido\]](#) N/A
- [Hospital \(institución\) \[costo compartido\]](#) N/A
- [Otro \[costo compartido\]](#) N/A

El evento de este EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en servicio de emergencias](#) (incluidos los suministros médicos)

[Prueba de diagnóstico](#) (radiografía)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$2,800</b>
-------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	N/A
<a href="#">Copagos</a>	N/A
<a href="#">Coseguro</a>	N/A
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	N/A
<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>N/A</b>

**\*\* Este Plan HRA no cubre determinados servicios del modo en que lo hace un plan médico total. En su lugar, reembolsa los gastos de bolsillo elegibles de deducible, copago y coseguro en los que se haya incurrido de conformidad con su plan de salud médico colectivo total patrocinado por el empleador, y que se consideren susceptibles de reembolso en virtud de la Sección 213 del Código de Rentas Internas, hasta el monto disponible en el Plan HRA, y de conformidad con los requisitos descritos en el documento del plan. El plan de salud colectivo patrocinado por el empleador (integrado con el Plan HRA) se haría cargo de los demás gastos de esta cobertura EJEMPLO.**

