



Inscripción abierta 2026

Guía de beneficios para empleados

Fechas de inscripción abierta:

20 de octubre al 14 de noviembre de 2025



BENEFICIOS PARA USTED



**American Senior
Communities®**

Where caring people make the difference.

ENROLLMENT SITE

Your Benefits Enrollment

Please Sign In

If you are newly eligible for benefits, you must call the Enrollment Center, (855) 288-1607, for your initial benefits orientation.

If you are here for open enrollment, please enter your login credentials below and log in. You can also call the Enrollment Center at (855) 288-1607 to enroll or ask questions.

Your Employee ID is your 8-digit Ultipro Employee ID. Your PIN is the last 4 digits of your SSN and last 2 digits of your birth year.

Ultipro Employee ID (8-digit):

PIN:

By entering your Employee ID or Username and Personal Identification Number, you are agreeing to the [Terms of Use](#).

[Log in](#)

Índice

Introducción e información clave.....	2
Proceso de inscripción paso a paso.....	3
Después de la inscripción abierta.....	4
Seguro médico y para medicamentos recetados.....	5
Información adicional sobre los planes médicos.....	6
Qué necesita saber sobre cómo usar el plan tradicional y el plan combinado.....	7
Beneficios de Garner Health.....	8
Northwind Pharmaceuticals para medicamentos para la diabetes.....	8
Seguro dental.....	9
Seguro de la vista.....	10
Cuentas de gastos flexibles.....	11
Beneficios voluntarios de Lincoln Financial Group.....	12
Definiciones de terminología importante sobre los beneficios.....	14
Resumen de beneficios y cobertura (SBC).....	15
Aviso importante sobre su plan de seguro de salud y otros avisos legales.....	42

Introducción

La inscripción abierta es el momento en que puede darse de baja, cambiar o inscribirse en los beneficios para el próximo año. Las opciones que elija durante la inscripción abierta entrarán en vigor el 1.º de enero de 2026 y continuarán durante el año calendario.

¿Quién es elegible para participar en la inscripción abierta?

- Los empleados a tiempo completo que trabajan regularmente 30 horas a la semana, O
- Los empleados que no están clasificados como empleados a tiempo completo, pero trabajan una media de 30 horas a la semana. Podrá ser elegible para la cobertura médica (solamente) en virtud de la Ley del cuidado de salud asequible (ACA).

Sus primas médicas, dentales y de la vista, y por cuentas de gastos flexibles se deducirán antes de impuestos en virtud del Plan de la Sección 125 (o cafetería).

Un mensaje especial para los empleados contratados recientemente:

Si fue contratado como empleado a tiempo completo desde el 4 de octubre de 2025 hasta el 3 de noviembre de 2025, será elegible para recibir beneficios a partir del 1.º de enero de 2026. Tiene hasta el 30 de diciembre de 2025 para inscribirse. Si fue contratado como empleado a tiempo completo el 4 de noviembre de 2025 o después, será elegible de nuevo para los beneficios a partir del 1 de febrero de 2026.

Los empleados recientemente elegibles deben inscribirse a través del Centro de inscripción telefónica al 855-288-1607. Este período de inscripción abierta no se aplica a usted. Los empleados contratados a partir del 4 de octubre de 2025 deberán visitar el Portal de beneficios para empleados de ASC (ascom.mybenefitsinfo.com) para consultar la Guía de beneficios para empleados 2026.

Información clave para 2026

Tenga en cuenta estos puntos clave a la hora de revisar sus opciones de beneficios:

- Los planes médicos cambiarán para el año 2026. En 2026, habrá dos planes médicos: el Plan tradicional y el Plan combinado.
- Recibirá nuevas tarjetas de identificación para su seguro médico de 2026.
 - **NO podrá utilizar su tarjeta de identificación del seguro médico de 2025 en 2026.**
 - Si se inscribe en el Plan tradicional, recibirá una tarjeta de identificación.
 - Si se inscribe en el Plan combinado, recibirá dos tarjetas de identificación: una tarjeta para visitas al consultorio y otra para visitas al hospital.
- Garner Health seguirá ofreciendo a los empleados y dependientes del plan médico la oportunidad de que se les reembolsen los gastos de bolsillo por acudir a un proveedor principal de Garner. El importe del reembolso aumentará en 2026.
- TrueRx seguirá prestando servicios de recetas médicas a los afiliados al plan médico de ASC.
- Northwind Pharmaceuticals seguirá prestando servicios de recetas médicas para diabéticos a los afiliados al plan médico ASC.
- Delta Dental seguirá brindando la cobertura dental y de la vista en 2026. Las primas de los seguros dentales y de la vista van a aumentar. No es necesario realizar ninguna acción a menos que desee cambiar su elección de seguro dental o de la vista para 2026.
- Los beneficios por enfermedad crítica y accidente pasarán de Aflac a Lincoln Financial Group en 2026.
- *NUEVO* El beneficio de indemnización hospitalaria a través de Lincoln Financial Group estará disponible en 2026.
- **Las cuentas de gastos flexibles no se prorrogarán a 2026.** Debe inscribirse si desea tener una cuenta de gastos flexibles en 2026.

IMPORTANTE:

- Los planes médicos cambiarán en 2026. Si actualmente está inscrito en un plan médico de ASC y no realiza una nueva elección durante el período de inscripción abierta, se le inscribirá en el Plan tradicional si actualmente está inscrito en el Plan estándar. Se le inscribirá en el plan combinado si actualmente está inscrito en el Plan Pay Saver.
- Las cuentas de gastos flexibles de 2025 vencerán el 31 de diciembre de 2025. Si desea tener una cuenta de gastos flexibles en 2026, debe inscribirse durante el período de inscripción abierta.
- Los productos de Aflac, el seguro de enfermedades graves y el seguro de accidentes, serán administrados por Lincoln Financial Group en 2026. Si está inscrito en uno de estos productos y no realiza ningún cambio, se le asignarán por defecto los productos de Lincoln.

Proceso de inscripción paso a paso

Comprenda sus opciones – *Lea esta guía.*

Este es el momento del año para revisar sus beneficios. Asegúrese de que entiende lo que tiene ahora y, a continuación, revise sus opciones para realizar cambios. En esta Guía encontrará respuestas a muchas de sus preguntas. Si tiene más preguntas:

- Llame al Centro de inscripción telefónica al 855-288-1607.
- Visite el sitio web de inscripción en ascom.thebeaconselect.com
- Comuníquese con el Equipo de beneficios de ASC en ASCBenefitsAdministrators@ASCCare.com

Preparación para la inscripción

Tenga a mano los nombres, fechas de nacimiento y números de seguro social de los miembros de su familia que desee asegurar. **NO PODRÁ INSCRIBIRLOS SIN ESTA INFORMACIÓN.** La dirección postal de las personas a su cargo coincidirá con la suya, a menos que comunique lo contrario al Centro de inscripción telefónica.

Le llevará tiempo revisar sus opciones y hacer selecciones. Elija un momento para inscribirse en el que no le interrumpan durante al menos treinta minutos. No se sienta apresurado. No se inscriba para un beneficio que no entienda. ¡Haga preguntas!

Hay dos formas de inscribirse:

A través del sitio web de inscripción *(la forma más rápida y práctica de inscribirse).*

Durante el período de inscripción abierta, todos los empleados elegibles pueden acceder al sitio web de inscripción (ascom.thebeaconselect.com) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El sitio web contiene videos y folletos informativos útiles y es una forma más rápida y práctica de inscribirse. Su nombre de usuario es su número de identificación UltiPro de 8 dígitos. Su PIN/contraseña son los cuatro últimos dígitos de su número de seguro social + los dos últimos dígitos de su año de nacimiento.

- Si tiene problemas para acceder al sitio, intente utilizar un navegador diferente.
- Tome nota del número de confirmación en la página de confirmación/guardado.
- Su inscripción en línea no estará completa hasta que revise y firme electrónicamente la declaración de confirmación.
- Necesita su PIN de acceso para confirmar su inscripción (el PIN de acceso son los 4 últimos dígitos de su número de seguro social y los dos últimos dígitos de su año de nacimiento, es decir, SSSS75). **No cambie su PIN.**

Utilice el Centro de inscripción telefónica: 855-288-1607

El Centro de inscripción telefónica atiende de lunes a viernes, de 9.00 a.m. a 8.00 p.m., hora del Este. (Cerrado en días festivos) El Centro de atención telefónica puede estar muy ocupado a veces. Si no se conecta pronto, puede:

- Colgar y volver a llamar más tarde, o
- Dejar su número de teléfono para que un representante le devuelva la llamada, o
- Inscribirse en línea en ascom.thebeaconselect.com

La mayoría de las llamadas se devuelven en 24 horas. Tenga configurado su buzón de voz para recibir un mensaje en caso de no estar disponible cuando le devuelva la llamada el representante de inscripción. Después de que haya dejado un mensaje, los representantes harán cinco intentos para ponerse en contacto con usted.

¡NO ESPERE HASTA EL ÚLTIMO DÍA DE INSCRIPCIÓN ABIERTA PARA INSCRIBIRSE!

Después de la inscripción abierta

Podrá consultar la confirmación de sus beneficios para 2026 iniciando sesión en el sitio web de inscripción en ascom.thebeaconselect.com. Revise este formulario y verifique que la confirmación refleje correctamente sus elecciones para 2026. Comuníquese con el Equipo de beneficios de la oficina central de ASC en ASCBenefitsAdministrators@ASCCare.com de inmediato si hay algún error.

Cualquier cambio que realice en sus opciones de beneficios entrará en vigor el 1.º de enero de 2026. Los cambios en la deducción de primas entrarán en vigor en su primer cheque de pago del nuevo año. Revise con atención su primer cheque de pago de enero para comprobar que las deducciones de sus beneficios son correctas. Si no identifica un error a tiempo, es posible que tenga que realizar pagos adicionales correctivos de primas más adelante en el año.

- **Tarjetas de identificación del plan de médico:** Recibirá nuevas tarjetas de identificación si está inscrito en un plan médico de ASC para 2026.
 - Plan tradicional: recibirá una tarjeta.
 - Plan combinado: recibirá dos tarjetas.
- **Tarjetas de identificación del plan dental:** Las tarjetas dentales solo se enviarán por correo a los empleados que hayan optado por el seguro dental durante el período de inscripción abierta. Puede descargar una copia de su tarjeta dental en el sitio web de Delta Dental.
- **Tarjetas de identificación del plan de la vista:** Las tarjetas de la vista no se envían por correo a los afiliados. Los afiliados solo tienen que decir a su proveedor que tienen VSP a través de Delta Dental.

Sus opciones médicas, dentales, de la vista y de cuenta de gastos flexibles permanecerán vigentes durante todo el año 2026. Solo puede hacer cambios limitados si experimenta un evento calificativo como un nacimiento, divorcio o pérdida involuntaria de cobertura. Su elegibilidad podría cambiar si se modifica su situación laboral. Consulte de inmediato a su coordinador de nómina/beneficios si experimenta un evento calificativo. Los cambios por evento calificativo se deben enviar al Equipo de beneficios para la oficina central de ASC ASCBenefitsAdministrators@ASCCare.com dentro de los 31 días de ocurrir un evento calificativo.

Puede renunciar voluntariamente a sus opciones de beneficios después de impuestos a través de Lincoln Financial Group en cualquier momento. También podrá cambiar el beneficiario de su seguro de vida en cualquier momento. Comuníquese con el Centro de inscripción telefónica si desea renunciar a las prestaciones de Lincoln Financial Group o actualizar el beneficiario de su seguro de vida.

Encontrará más información sobre los beneficios para empleados descritos en esta Guía en el Portal de beneficios para empleados de ASC. Puede acceder al portal utilizando este enlace: <https://ascom.mybenefitsinfo.com> o escaneando el código QR a continuación.



Comience a revisar sus opciones de beneficios para 2026 en la página siguiente.

Acerca de esta Guía

Esta Guía describe los beneficios disponibles para los empleados a partir del 1.º de enero de 2026. 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 detalles y plazos de sus planes de beneficios. American Senior Communities se reserva el derecho de cambiar o discontinuar alguno o todos sus programas de beneficios o de modificar el costo de la cobertura en cualquier momento y por cualquier motivo. Recibir este documento no es garantía de empleo o elegibilidad para beneficios. Si existe alguna discrepancia entre esta guía de beneficios y las Descripciones resumidas del plan (SPD) o los Certificados de cobertura, prevalecerán las SPD y los Certificados.

Seguro médico y para medicamentos recetados

(revise los detalles de ambas opciones del plan antes de tomar una decisión sobre el plan médico)

Opciones del plan médico	Plan tradicional (Red de Anthem)	Plan combinado (Red de Anthem para visitas a médicos. Precios basados en referencias para visitas en las instalaciones.)
Deducción de prima por pago de nómina ☐ Solo empleado ☐ Empleado + cónyuge* ☐ Empleado + 1 o 2 hijos* ☐ Empleado + 3 o más hijos* ☐ Grupo familiar*	☐ \$84.36 ☐ \$439.00 ☐ \$309.00 ☐ \$452.00 ☐ \$566.24	☐ \$23.10 ☐ \$312.82 ☐ \$227.22 ☐ \$338.00 ☐ \$415.80
Deducible ☐ Solo empleado ☐ Empleado + Dependientes	☐ \$4,000 ☐ \$8,000	☐ \$4,000 ☐ \$8,000
Coseguro	25% dentro de la red 50% fuera de la red	25% dentro de la red 50% fuera de la red 25% (servicios en establecimientos)
Máximo anual de gastos particulares o de bolsillo dentro de la red ☐ Solo empleado ☐ Empleado + Dependientes	☐ \$6,000 ☐ \$12,000	☐ \$6,000 ☐ \$12,000
Visita al consultorio ☐ Copago de telemedicina a través de LiveHealth Online de Anthem ☐ Copago de atención primaria ☐ Copago de especialistas ☐ Copago de atención urgente	☐ Copago de \$5 ☐ Copago de \$30 ☐ Copago de \$60 ☐ Copago de \$80	☐ Copago de \$5 ☐ Copago de \$30 ☐ Copago de \$60 ☐ Copago de \$80
Hospitalización interna/ambulatoria	Deducible, luego coseguro	Deducible, luego coseguro
Sala de emergencia (ER)	Copago de \$400, luego deducible y coseguro	Copago de \$400, luego deducible y coseguro
Atención preventiva ☐ Controles anuales ☐ Mamografías de rutina ☐ Colonoscopías preventivas	☐ Cobertura de 100% ☐ Cobertura de 100% ☐ Cobertura de 100%	☐ Cobertura de 100% ☐ Cobertura de 100% ☐ Cobertura de 100%
Recetas - Farmacias minoristas (suministro para 30 días)* ☐ Genéricos ☐ Marca preferida ☐ Marca no preferida	☐ Copago de \$15 ☐ Copago de \$30 + 30% (máx. \$65) ☐ Copago de \$50 + 30% (máx. \$85)	☐ Copago de \$15 ☐ Copago de \$30 + 30% (máx. \$65) ☐ Copago de \$50 + 30% (máx. \$85)
Recetas surtidas en CVS/Walgreens/Rite-Aid** ☐ Genéricos ☐ Marca preferida ☐ Marca no preferida	☐ Copago de \$30 ☐ Copago de \$60 + 30% (máx. \$130) ☐ Copago de \$100 + 30% (máx. \$170)	☐ Copago de \$30 ☐ Copago de \$60 + 30% (máx. \$130) ☐ Copago de \$100 + 30% (máx. \$170)
Recetas - Pedidos por correo (suministro para 90 días)** ☐ Genéricos ☐ Marca preferida ☐ Marca no preferida	☐ Copago de \$30 ☐ Copago de \$70 ☐ Copago de \$130	☐ Copago de \$30 ☐ Copago de \$70 ☐ Copago de \$130
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 al: 866-921-4047 o en customerservice@trueRx.com .		

*Consulte la sección "Definiciones de terminología importante relacionada con los beneficios" en esta Guía para obtener más información sobre los dependientes elegibles y otros términos relacionados con sus beneficios de salud.

****Los medicamentos recetados para diabéticos y prediabéticos** se obtienen a través de **Northwind Pharmaceuticals**. En esta Guía encontrará más información sobre Northwind Pharmaceuticals y el costo de estos medicamentos.

En esta Guía se puede encontrar más información sobre cómo el **plan combinado** utiliza los **precios basados en referencias**.

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 **gastos médicos particulares o de bolsillo** podrán reducirse utilizando el **beneficio Garner Health**, que puede proporcionar el reembolso de los servicios médicos calificados cuando acuda a un proveedor principal de Garner. Encontrará más información sobre Garner Health en esta Guía y en el Portal de beneficios para empleados de ASC (ascom.mybenefitsinfo.com).

Para obtener más información sobre los planes médicos, póngase en contacto con AmeriBen al: 855-258-6467 o en <https://Engage.AmeriBen.com>.

Información adicional sobre los planes médicos

Plan médico tradicional

El plan médico tradicional usa la Red Anthem. Tendrá una tarjeta de seguro para utilizar en todos los servicios incluidos en este plan.

TrueRx es la farmacia de este plan médico para todos los medicamentos, excepto los medicamentos para la diabetes. Todos los medicamentos para la diabetes son dispensados por Northwind Pharmaceuticals.

Los medicamentos especializados no están cubiertos por el plan. Aurora Health es el programa de defensa de derechos y beneficios de farmacia que se utiliza para los medicamentos especializados. Para obtener más información sobre Aurora Health, visite el Portal de beneficios para empleados (ascom.mybenefitsinfo.com) o póngase en contacto con Aurora Health al 833-759-6096. Una vez completada la inscripción, regístrese en línea en <https://www.AuroraHealth.us/register>.

Garner Health es un beneficio gratuito que puede ayudarle a reducir sus gastos médicos elegibles de su bolsillo, como copagos y deducibles, cuando acude a un proveedor principal de Garner. Consulte la sección Beneficios de Garner Health de esta Guía.

Plan médico combinado

El plan médico combinado utiliza tanto la Red Anthem como los precios basados en referencias.

La cobertura de la red Anthem es para servicios médicos como visitas al médico de cabecera o al especialista y análisis de laboratorio. Para estos servicios, utilizará una tarjeta de seguro de Anthem.

Los precios basados en referencias se utilizan para todos los servicios de las instalaciones, como hospitalizaciones, enfermería especializada y servicios de diagnóstico por imagen avanzados. Para estos servicios, utilizará la tarjeta sin el logotipo de Anthem. Los precios basados en referencias reducen el costo del servicio al utilizar el precio estándar de Medicare como base para los cargos.

TrueRx es la farmacia de este plan médico para todos los medicamentos, excepto los medicamentos para la diabetes. Todos los medicamentos para la diabetes son dispensados por Northwind Pharmaceuticals.

Los medicamentos especializados no están cubiertos por el plan. Aurora Health es el programa de defensa de derechos y beneficios de farmacia que se utiliza para los medicamentos especializados. Para obtener más información sobre Aurora Health, visite el Portal de beneficios para empleados (ascom.mybenefitsinfo.com) o póngase en contacto con Aurora Health al 833-759-6096. Una vez completada la inscripción, regístrese en línea en <https://www.AuroraHealth.us/register>.

Garner Health es un beneficio gratuito que puede ayudarle a reducir sus gastos médicos elegibles de su bolsillo, como copagos y deducibles, cuando acude a un proveedor principal de Garner. Consulte la sección Beneficios de Garner Health de esta Guía.

Para obtener más información acerca de ambos planes, llame al Centro de inscripción telefónica al 855-288-1607.

Qué necesita saber sobre cómo usar el plan tradicional y el plan combinado

1. Llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, 855-258-6467, si tiene alguna pregunta sobre cómo funciona el plan médico, qué cubre y qué tarjeta de identificación debe utilizar.
 - a. AmeriBen comenzará a atender llamadas para ayudar a los miembros de ASC a partir del 15 de diciembre de 2025.
2. Si se inscribe en el Plan tradicional, utilice la tarjeta de identificación con el logotipo de Anthem para todos los servicios, médicos, hospitales, laboratorios y diagnóstico por imagen.
3. Si se inscribe en el Plan combinado:
 - a. Utilice la tarjeta de servicios médicos y auxiliares con el logotipo de Anthem cada vez que acuda al médico o al laboratorio.
 - b. Utilice la tarjeta AmeriBen **sin** el logotipo de Anthem para hospitales y servicios de diagnóstico por imagen.
 - c. Nunca pague más de lo que indica su Explicación de beneficios (EOB) que debe pagar por una visita o servicio médico.
 - d. Asegúrese de abrir todo el correo que reciba de sus proveedores u hospitales y compruebe que el importe que le facturan es el mismo que figura en su Explicación de beneficios (EOB). Si no es así, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación y comunique que es posible que haya recibido una factura por el saldo restante. AmeriBen confirmará si ese es el caso o no. Si se trata de una factura por saldo, AmeriBen lo transferirá a Imagine360 y ellos le explicarán los pasos que van a seguir para ayudarle a resolverlo.
 - e. Lea todos los documentos antes de firmarlos y asegúrese de no firmar ni aceptar ningún tipo de acuerdo de pago por una factura o servicio médico.
 - f. Es posible que el equipo de acceso a proveedores de Spring Tide Health se comunique con usted en caso de haber detectado un problema con un proveedor.
4. Si vive en Fort Wayne, Indiana, y el Parkview Hospital es importante para usted para cualquier servicio en las instalaciones que no sea de urgencias, debería considerar la posibilidad de inscribirse en el Plan tradicional.
5. Si vive en Richmond, Indiana, y Reid Health es importante para usted para cualquier servicio en las instalaciones que no sea de emergencia, debería considerar inscribirse en el Plan tradicional.
6. Si tiene alguna inquietud con respecto a un proveedor, hospital, laboratorio o servicio de diagnóstico por imagen, pídale que llamen al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación: 855-258-6467.

Beneficios de Garner Health

El nuevo 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 innovador beneficio gratuito para empleados que utiliza el análisis de datos a fin de ayudarle a encontrar los médicos de mayor calidad en la red Anthem de ASC y le ayuda a cubrir los gastos médicos elegibles particulares o de bolsillo cuando acude a los proveedores principales de Garner. El importe máximo de reembolso de 2026 para los gastos calificativos es de \$3,500 para la cobertura de empleado únicamente y de \$7,000 para la cobertura de empleado más cualquier cantidad de dependientes.

¿Cómo funciona este beneficio?

Cree una cuenta Garner en <https://app.getgarner.com/sign-in>. Una vez que tenga la cuenta, utilice la aplicación o el sitio web de Garner Health para buscar los mejores médicos en su zona. Estos proveedores principales se añaden automáticamente a su lista de proveedores aprobados tan pronto como aparecen en su pantalla. Una vez que un proveedor principal esté en su lista de proveedores aprobados, podrá obtener el reembolso de los gastos particulares o de bolsillo calificados* después de su cita.

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

- Ha creado una cuenta Garner y añadido el proveedor principal a su lista de proveedores aprobados antes de la fecha del servicio.
- El costo del servicio médico 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 Health. (Consulte la página "Su beneficio" en la aplicación de Garner Health para obtener más información).

¿Alguna pregunta?

Envíe un mensaje al Conserje a través de la aplicación móvil de Garner Health, en línea en getgarner.com, envíe un correo electrónico a conciierge@getgarner.com, o llame al 866-761-9586.

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

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

Northwind Pharmaceuticals para medicamentos para la diabetes



American Senior Communities ofrece el programa Diabetes Clinical Blueprint en colaboración con Northwind Pharmaceuticals. Al participar en el programa Clinical Blueprint, los afiliados inscritos en uno de los planes médicos colectivos de ASC recibirán prácticos kits para prediabetes/diabetes que contienen todos los medicamentos y suministros necesarios para la diabetes, además de acceso exclusivo a asesores de salud, enfermeros y farmacéuticos para obtener apoyo adicional que le ayude a mantener su salud bajo control. ASC reconoce su compromiso con el programa eliminando o reduciendo sus copagos mientras participa activamente con el equipo de Northwind.

Copagos para 2026 de medicamentos para prediabetes y diabetes a través de Northwind Pharmaceuticals:

	Afiliados que participan en el programa Clinical Blueprint	Afiliados que NO participan en el programa Clinical Blueprint (solo farmacia)
Kit de medicamentos/suministros de ma	Copago de \$45	Copago de \$65
Kit de medicamentos/suministros genér	\$0	Copago de \$20

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

Nivel de cobertura		Prima por pago de nómina del empleado	
☐ Solo empleado		☐ \$6.32	
☐ Empleado + cónyuge*		☐ \$14.23	
☐ Empleado + hijos*		☐ \$16.98	
☐ Grupo familiar*		☐ \$34.80	
Características	Dentista de Delta Dental PPO y Premier	Dentista no participante (sujeto a facturación del saldo restante)**	
Deducible			
☐ Solo empleado	☐ \$150	☐ \$150	
☐ 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 Clase I – Preventivos			
☐ Diagnóstico y preventivo (2 limpiezas al año)	El plan paga el 100%, sin deducible	El plan paga el 100%, sin deducible	
☐ Radiografías			
Beneficios Clase II– Básicos			
☐ Cirugía oral	Primero el deducible y luego el plan paga el 80%.	Primero el deducible y luego el plan paga el 80%.	
☐ Servicios de restauración menor			
☐ Tratamiento paliativo de emergencia			
☐ Periodoncia y endodoncia			
Beneficios Clase III – Especialidades			
☐ Prostodoncia	Primero el deducible y luego el plan paga el 50%.	Primero el deducible y luego el plan paga el 50%.	
☐ Servicios de restauración mayor			
Clase IV – Ortodoncia			
☐ Ortodoncia: limitada a hijos dependientes menores de 18 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.	

*Consulte la sección "Definiciones de terminología importante relacionada con los beneficios" en esta Guía para obtener más información sobre los dependientes elegibles.

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

Seguro de la vista – VSP a través de Delta Dental

(encuentre un proveedor en www.vsp.com/eye-doctor o llame al número gratuito de Atención al cliente al 800-877-7195)

Nivel de cobertura	Prima por pago de nómina del empleado	
☐ Solo empleado ☐ Empleado + cónyuge* ☐ Empleado + hijos* ☐ Grupo familiar*	☐ \$1.52 ☐ \$7.93 ☐ \$6.06 ☐ \$13.49	
Servicio	Frecuencia	
☐ Examen ☐ Marcos ☐ Lentes ☐ Lentes de contacto (en lugar de marcos y lentes)	☐ 12 meses ☐ 24 meses ☐ 12 meses ☐ 12 meses	
Características	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen de la vista	Copago de \$10	El plan paga hasta \$45
Lentes de contacto ☐ Ajuste y evaluación (una vez cada 12 meses)	El plan paga hasta \$60	No se aplican descuentos para proveedores fuera de la red.
Marcos	Copago de \$10 para materiales, luego bonificación de \$130	El plan paga hasta \$70
Lentes estándar ☐ Monofocales ☐ Bifocales (con línea visible) ☐ Trifocales (con línea visible) ☐ Progresivos ☐ Lenticulares	Copago de \$10 para materiales Copago de \$10 para materiales Copago de \$10 para materiales Copago de \$10 para materiales Copago de \$10 para materiales	El plan paga hasta \$30 El plan paga hasta \$50 El plan paga hasta \$65 El plan paga hasta \$50 El plan paga hasta \$100
Lentes de contacto opcionales (en lugar de marcos y lentes)**	Bonificación de \$130	El plan paga hasta \$105
Lentes de contacto médicamente necesarios	Copago de \$10 para materiales	El plan paga hasta \$210
Características adicionales dentro de la red		
Descuento en marcos además de la bonificación	Una bonificación adicional de \$20 en marcos de marcas de diseñadores destacados. 20% de ahorro en cualquier monto que supere la bonificación minorista.	
Par adicional	20% de ahorro en pares adicionales ilimitados de anteojos con receta y/o anteojos de sol sin receta de cualquier proveedor de la red VSP dentro de los 12 meses posteriores al examen.	
Cirugía ocular Lasik	Descuento promedio del 15% sobre el precio normal o del 5% sobre el precio promocional; descuentos solo disponibles en los establecimientos concertados.	

*Consulte la sección "Definiciones de terminología importante relacionada con los beneficios" en esta Guía para obtener más información sobre los dependientes elegibles.

**Las lentes de contacto opcionales se proporcionan en lugar de todos los demás beneficios de lentes y marcos. Una vez obtenidas las lentes de contacto, no volverá a tener derecho a lentes y marcos durante 12 meses.

Cuentas de gastos flexibles a través de WEX Inc.

Una cuenta de gastos flexibles (FSA) le ayuda a ahorrar dinero para ciertos gastos de atención médica y cuidado de dependientes que se producen durante el año. Una FSA le permite ahorrar dinero antes de impuestos para pagar gastos que no son elegibles para el pago bajo ningún otro plan de beneficios. American Senior Communities ofrece dos opciones a través de WEX Inc.: una FSA para atención médica y una FSA para el cuidado de dependientes. Todas las inscripciones para las FSA de 2025 terminan el 31 de diciembre de 2025. Debe volver a inscribirse en las FSA todos los años; las cuentas flexibles no se transfieren a un nuevo año calendario. Una vez que se inscriba, WEX Inc. le enviará información sobre cómo utilizar su(s) cuenta(s) flexible(s). Consulte la pestaña Preguntas frecuentes en el sitio web de inscripción (ascom.thebeaconselect.com) para obtener información general útil sobre las cuentas de gastos flexibles. Visite WEXinc.com para obtener más información sobre las cuentas de gastos flexibles y una calculadora que le ayudará a estimar cuánto podría aportar a su cuenta de gastos flexibles. *Tenga en cuenta que, si deja su empleo durante 2026, cambiarán sus plazos de presentación para el reembolso de la cuenta flexible.*

Este plan no incluye la función de tarjeta de débito.

FSA de reembolso por atención médica

Con este tipo de FSA, los participantes ahorran para gastos elegibles de atención médica no cubiertos por su plan médico, como un deducible o su parte del coseguro. Podrá participar en la FSA aunque no esté cubierto por los planes médico, dental o de la vista. Si tiene alguno de los siguientes gastos que no están cubiertos en su totalidad por un plan de seguro, puede pagarlos a través de la FSA con dinero libre de impuestos. El IRS modifica anualmente el máximo que puede aportar a una cuenta de gastos flexibles para atención médica. **Tenga en cuenta que perderá cualquier saldo restante al final del año.** Algunos ejemplos de gastos elegibles son:

Nota: Ciertos medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) solo serán elegibles para el reembolso en la FSA si tiene una receta de su médico.

- Deducible, coseguro o copagos del plan médico o dental
- Servicios de la vista, incluidos lentes de contacto, solución para lentes de contacto, exámenes de la vista y anteojos
- Servicios dentales y ortodoncia
- Acupuntura
- Audífonos
- Cirugía ocular Lasik

FSA para el cuidado de dependientes

La FSA para el cuidado de dependientes permite a los empleados utilizar dinero antes de impuestos para pagar por el cuidado de dependientes cualificados mientras usted trabaja, como por ejemplo la guardería para niños menores de 13 años. La cantidad máxima anual que puede aportar a la FSA para el cuidado de dependientes es de \$7,500 por hogar y de \$3,750 si está casado y presenta la declaración por separado por año calendario. **Tenga en cuenta que perderá cualquier saldo restante al final del año.** Algunos ejemplos de gastos elegibles son:

- El costo del cuidado de niños (menores de 13 años) o adultos dependientes
- El costo del cuidado de una persona dentro o fuera de su domicilio
- Guarderías y centros preescolares (excluidos los jardines de infantes o kínder)

Nota: Planifique con cuidado para evitar que le quede saldo al final del año del plan, ya que su cuenta no se transfiere de un año al siguiente y la ley no permite las devoluciones. Guarde siempre los recibos, incluso después de haber recibido el reembolso de su cuenta. No dé por sentado que todos los gastos están cubiertos.

Todas las cuentas de gastos flexibles de 2025 finalizarán el 31 de diciembre de 2025. Las FSA no se transfieren a un nuevo año calendario. Debe inscribirse o reinscribirse durante la inscripción abierta para tener cuentas de gastos flexibles en 2026. Las deducciones para su FSA de 2026 comenzarán con su primer pago en 2026.

Beneficios voluntarios de Lincoln Financial Group

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 adquirir beneficios voluntarios pagados por el empleado para completar su plan de seguridad financiera. Las primas de los beneficios voluntarios se deducen después de impuestos, y puede cancelar estos beneficios en cualquier momento del año llamando al Centro de inscripción telefónica. **Debe tener al menos 18 años de edad para inscribirse en estos beneficios.**

Seguro de vida a término complementario

Puede adquirir un seguro de vida a término complementario voluntario para usted y sus dependientes. Vea un breve video sobre el seguro de vida a término complementario en el Sitio web de inscripción (ascom.thebeaconselect.com).

- Adquiera cobertura para usted en incrementos de \$10,000. La cobertura también está disponible para sus dependientes.
- Podrán adquirirse determinados niveles o incrementos de cobertura sin necesidad de presentar una prueba de asegurabilidad. Si se requiere una prueba de asegurabilidad, debe registrarse en **LincolnFinancial.com** utilizando el código de empresa **AMSENCOM**. Seleccione **Completar prueba de asegurabilidad** y siga los pasos para completar el proceso.
- El costo depende de la edad y el nivel de beneficio elegido.
- La cobertura puede continuar si deja su empleo.

Seguro de discapacidad a corto plazo

El plan de discapacidad a corto plazo de Lincoln brinda cobertura que le paga beneficios en efectivo directamente si de repente no puede trabajar. Vea un breve video sobre el seguro de discapacidad a corto plazo en el Sitio web de inscripción.

- 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 el pago de un reclamo.** En el Centros de inscripción telefónica le pueden explicar esta disposición; asegúrese de entenderla.
- Puede solicitar un beneficio semanal de hasta \$2,500, sin superar el 60% del salario.

Seguro por enfermedad crítica

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

- Puede elegir hasta \$30,000 de cobertura para usted. La cobertura disponible para el cónyuge es de hasta \$15,000. La cobertura para hijos no tiene ningún costo adicional; cada hijo dependiente está cubierto por el 50% del beneficio seleccionado por el empleado.
- Podría recibir un beneficio de \$100 por año calendario para determinados exámenes médicos.
- El costo depende del nivel del beneficio y de quién esté cubierto, así como de la edad en la fecha de cobertura.

Las primas quincenales para enfermedades críticas en 2026 se detallan en la tabla a continuación y en la página siguiente.

Empleado – No relacionada con el tabaco	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	\$30,000
Edad 18-29	\$1.05	\$2.10	\$3.14	\$4.19	\$5.24	\$6.29
Edad 30-39	\$1.24	\$2.47	\$3.71	\$4.95	\$6.18	\$7.42
Edad 40-49	\$1.93	\$3.86	\$5.79	\$7.72	\$9.65	\$11.58
Edad 50-59	\$3.75	\$7.50	\$11.24	\$14.99	\$18.74	\$22.49
Edad +60	\$9.67	\$19.33	\$29.00	\$38.67	\$48.33	\$58.00

Empleado – Relacionada con el tabaco	\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	\$30,000
Edad 18-29	\$1.33	\$2.66	\$3.98	\$5.31	\$6.64	\$7.97
Edad 30-39	\$1.74	\$3.47	\$5.21	\$6.94	\$8.68	\$10.41
Edad 40-49	\$2.81	\$5.61	\$8.42	\$11.22	\$14.03	\$16.84
Edad 50-59	\$5.70	\$11.40	\$17.11	\$22.81	\$28.51	\$34.21
Edad +60	\$14.59	\$29.19	\$43.78	\$58.38	\$72.97	\$87.56

Cónyuge – No relacionada con el tabaco	\$2,500	\$5,000	\$7,500	\$10,000	\$12,500	\$15,000
Edad 18-29	\$0.58	\$1.15	\$1.73	\$2.30	\$2.88	\$3.45
Edad 30-39	\$0.68	\$1.37	\$2.05	\$2.73	\$3.42	\$4.10
Edad 40-49	\$1.02	\$2.05	\$3.07	\$4.10	\$5.12	\$6.15
Edad 50-59	\$1.93	\$3.85	\$5.78	\$7.70	\$9.63	\$11.55
Edad +60	\$4.89	\$9.77	\$14.66	\$19.55	\$24.43	\$29.32

Cónyuge – Relacionada con el tabaco	\$2,500	\$5,000	\$7,500	\$10,000	\$12,500	\$15,000
Edad 18-29	\$0.72	\$1.44	\$2.15	\$2.87	\$3.59	\$4.31
Edad 30-39	\$0.93	\$1.87	\$2.80	\$3.73	\$4.67	\$5.60
Edad 40-49	\$1.46	\$2.93	\$4.39	\$5.85	\$7.32	\$8.78
Edad 50-59	\$2.90	\$5.81	\$8.71	\$11.62	\$14.52	\$17.43
Edad +60	\$7.35	\$14.70	\$22.05	\$29.40	\$36.75	\$44.10

Seguro contra accidentes

El seguro contra accidentes puede ayudarle a protegerle a usted y a su familia de los elevados costos de un accidente. Brinda cobertura dentro y fuera del trabajo si usted o su dependiente cubierto sufre una lesión cubierta. Esta cobertura le paga una indemnización única en efectivo para ayudarle a gestionar los costos de la atención médica de emergencia, la rehabilitación a largo plazo y los gastos inesperados que puedan surgir. A continuación se detallan las primas quincenales del **Seguro contra accidentes** para 2026:

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

Seguro de indemnización hospitalaria

El seguro de indemnización hospitalaria le paga un beneficio en efectivo si usted o su dependiente cubierto acuden al hospital debido a una enfermedad o lesión cubierta. Podría recibir un beneficio de \$50 por año calendario para determinados exámenes médicos. Las tablas a continuación muestran los beneficios hospitalarios básicos y las primas quincenales para 2026 del seguro de indemnización hospitalaria.

Beneficios hospitalarios básicos	
Admisión hospitalaria	\$1,000 por día durante 2 días por año calendario
Hospitalización diaria	\$200 por día durante 30 días por año calendario, a partir del segundo día de hospitalización
Admisión en la UCI del hospital	\$2,000 al día durante 1 día por año calendario
Hospitalización en la UCI del hospital	\$400 por día durante 30 días por año calendario, a partir del segundo día de hospitalización
Atención neonatal	\$500 al día durante 1 día por año calendario
Preexistente	Ninguno

Solo empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + hijo(s) (familia monoparental)	Empleado + grupo familiar
\$8.23	\$17.56	\$12.49	\$22.74

Definiciones importantes sobre los beneficios Terminología

Servicios auxiliares: Medidas de apoyo o diagnóstico que complementan y respaldan al médico de cabecera, personal de enfermería u otro proveedor de atención médica en el tratamiento de un paciente. Algunos ejemplos son las pruebas de diagnóstico, los estudios de imagen, la fisioterapia y los servicios de laboratorio.

Facturación del saldo: Se produce cuando los proveedores facturan al paciente la diferencia entre el importe que cobran y el importe que aprueba el seguro del paciente. Si recibe una factura de un proveedor o centro por un importe diferente al que figura en su Explicación de beneficios, póngase en contacto con AmeriBen de inmediato al: 855-258-6467.

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

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

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

Dependientes elegibles: Podrá cubrir a determinados familiares en los planes de beneficios. Estos son los dependientes elegibles para los servicios médicos, dentales y de la vista: 1) Su cónyuge legal. La cobertura del plan médico (únicamente) no está disponible para su cónyuge si trabaja y tiene derecho a cobertura médica en su empleo. 2) Sus hijos, que 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 elegibles ante el IRS debido a una discapacidad. Los "dependientes elegibles" podrán diferir en virtud de los beneficios complementarios voluntarios de Lincoln Financial Group. Consulte al Centro de inscripción telefónica para obtener más información. Informe al Centro de inscripción telefónica si sus dependientes viven en una dirección diferente a la suya.

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

Explicación de los beneficios: Una explicación de beneficios (EOB) es un informe de la compañía de seguros que describe los costos relacionados con las visitas al médico o a la clínica. La EOB le informa que se ha presentado una reclamación, junto con los detalles de los costos. Una EOB no es una factura.

Servicios en las instalaciones: Costos relacionados con la atención recibida en un hospital o centro de salud. Algunos ejemplos son todos los cargos del hospital y de las instalaciones y los servicios de diagnóstico por imagen avanzados.

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

Gastos particulares o de bolsillo: La cantidad que usted paga durante el año por gastos médicos. Incluye sus copagos, deducibles y coseguros.

Servicios preventivos: Atención que le mantiene sano y detecta problemas de forma temprana. Algunos ejemplos son los exámenes físicos anuales, las pruebas de detección, las vacunas y las visitas de control infantil.

Servicios profesionales: Atención prestada por médicos y otros profesionales sanitarios. Algunos ejemplos son las visitas al consultorio del médico de cabecera, internistas, pediatras o médicos clínicos.

Precios basados en referencias: Método de reembolso que utiliza las tarifas de reembolso de Medicare (o un equivalente derivado) como referencia y fija los precios de las reclamaciones en función de un múltiplo de esa tarifa.

Atención especializada: Atención prestada por médicos o proveedores que se centran en un área específica de la medicina. Algunos ejemplos son la cardiología, la dermatología y la ortopedia.

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

Resumen de beneficios y cobertura: El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) sigue las directrices federales para comparar los dos planes médicos de la empresa en situaciones de reclamos similares, con el fin de ayudarle a decidir cuál es el mejor plan para usted. Las comparaciones no son estimaciones de costos. El SBC se incluye en esta Guía.

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se entregará por separado. Esto es solo un resumen. Para conocer más información sobre su cobertura o recibir una copia de los términos completos de la cobertura, visite engage.ameriben.com o llame al 1-855-258-6467. Para conocer definiciones generales de términos comunes como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otro término que esté subrayado, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llame al 1-855-258-6467 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas			Por qué es importante:
¿Qué es el <u>deducible</u> total?		Dentro de la red	Fuera de la red	En general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta llegar al monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros familiares incluidos en el <u>plan</u> , cada familiar debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el total de los gastos por <u>deducibles</u> pagados por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> total para el grupo familiar.
	Por participante:	\$4,000	\$8,000	
	Por grupo familiar:	\$8,000	\$16,000	
	Aporte a la HRA Por participante: \$3,500 Por grupo familiar: \$7,000 El dinero disponible en la cuenta de gastos médicos (HRA) ayudan a compensar el costo del <u>deducible</u> .			
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Visitas a consultorios de la <u>red</u> , servicios de <u>atención preventiva</u> y <u>atención de urgencia</u> .			Este <u>plan</u> cubre algunos elementos y servicios, incluso si todavía no llega a cubrir el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.			Usted no tiene que llegar a cubrir <u>deducibles</u> para acceder a servicios específicos.
¿Cuál es el <u>monto límite de gastos particulares o de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?		Dentro de la red	Fuera de la red	El <u>monto límite de gastos particulares o de bolsillo</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares incluidos en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar su propio <u>monto límite de gastos particulares o de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>monto límite de gastos particulares o de bolsillo</u> total para el grupo familiar.
	Por participante:	\$6,000	\$12,000	
	Por grupo familiar:	\$12,000	\$24,000	
¿Qué no se incluye en el <u>monto límite de gastos particulares o de bolsillo</u> ?	Primas, cargos <u>facturados al saldo</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre y trasplantes fuera de la <u>red</u> .			Incluso si paga estos gastos, no cuentan con respecto al <u>monto límite de gastos particulares o de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Va a pagar menos si se atiende con un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí, para servicios médicos: Anthem. Visite www.anthem.com o llame al 1-855-258-6467 para obtener una lista de proveedores dentro de la <u>red</u>. Sí, para medicamentos recetados: TrueRx. Para obtener una lista de farmacias minoristas y de venta por correo, ingrese a www.TrueRx.com o llame al 1-866-921-4047.	Este <u>plan</u> trabaja con una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si se atiende con un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará el monto máximo en caso de que se atienda con un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para que le presten ciertos servicios (como los análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede consultar al <u>especialista</u> que desee sin una <u>derivación</u> .



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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si visita un consultorio o una clínica de un <u>proveedor</u> de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	Anthem LiveHealth Online Copago de \$5 por visita, sin deducible Otro Copago de \$30 por visita, sin deducible	Coseguro de 50% después del deducible	Incluye consultas virtuales.
	Consulta con un <u>especialista</u> .	Anthem LiveHealth Online Copago de \$5 por visita, sin deducible Otro Copago de \$60 por visita, sin deducible	Coseguro de 50% después del deducible	
	<u>Atención preventiva/pruebas de detección/vacunación</u>	Sin cargo	Coseguro de 50% después del deducible	Es posible que tenga que pagar servicios que no sean preventivos. Consulte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Y luego compruebe qué pagará su <u>plan</u> .
En caso de que tenga que hacer exámenes	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	_____ninguna_____
	Diagnóstico por imagen (TC, PET, RMN)	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	_____ninguna_____

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en engage.ameriben.com.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Farmacias preferidas de TrueRx y Pedidos por correo de TrueRx (pagará lo mínimo)	CVS/Walgreens/Rite-Aid (pagará lo máximo)	
En caso de que necesite medicamentos para tratar su enfermedad o afección Tiene a disposición más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en www.truerx.com	Medicamentos genéricos	Suministro para treinta (30) días Copago de \$15 Suministro para noventa (90) días Copago de \$30	Suministro para treinta (30) días Copago de \$30	No hay <u>deducible</u> para los <u>medicamentos recetados</u> . Los <u>medicamentos recetados</u> por correo están limitados a un suministro de noventa (90) días a través del servicio de pedido por correo de TrueRx. No todos los <u>medicamentos recetados</u> están cubiertos. Para determinar si un medicamento específico está cubierto por su <u>plan</u> , inicie sesión en su cuenta en www.TrueRx.com . Si obtiene <u>medicamentos recetados</u> en una farmacia que no pertenece a la red, deberá pagar el costo total de la receta y luego solicitar el reembolso. Es posible que haya servicios adicionales para <u>medicamentos especializados</u> disponibles a través de un proveedor externo.
	Medicamentos de marca preferida	Suministro para treinta (30) días Copago de \$30, luego coseguro de 30% hasta \$65 Suministro para noventa (90) días Copago de \$70	Suministro para treinta (30) días Copago de \$60, luego coseguro de 30% hasta \$130	
	Medicamentos de marca no preferida	Suministro para treinta (30) días Copago de \$50, luego coseguro de 30% hasta \$85 Suministro para noventa (90) días Copago de \$130	Suministro para treinta (30) días Copago de \$100, luego coseguro de 30% hasta \$170	
	<u>Medicamentos especializados</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en engage.ameriben.com.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
En caso de tener una cirugía ambulatoria	Arancel del establecimiento (p. ej., centro de cirugía para pacientes ambulatorios)	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	_____ninguna_____
	Aranceles del médico/cirujano	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencia</u>	Copago de \$400 por visita después del deducible, luego coseguro de 25%		No se cubre el uso que no sea de emergencia.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Coseguro de 25% después del deducible		_____ninguna_____
	<u>Atención de urgencia</u>	Copago de \$80 por visita, sin deducible	Coseguro de 50% después del deducible	_____ninguna_____
En caso de internación u hospitalización	Cargos por el uso de las instalaciones (p. ej.: habitación en el hospital)	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	Limitado a la tarifa de habitación semiprivada. Máximo anual para rehabilitación hospitalaria: ciento veinte (120) días.
	Aranceles del médico/cirujano	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio Copago de \$30, sin deducible Otro Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	Incluye visitas virtuales, hospitalización parcial y tratamiento psiquiátrico intensivo diurno.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	Incluye tratamiento en el hogar.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en engage.ameriben.com.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
En caso de que esté embarazada	Visitas al consultorio	Visita inicial Copago de \$30 por embarazo, sin deducible Visitas posteriores Sin cargo	Coseguro de 50% después del deducible	Los <u>costos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, podría aplicarse un <u>copago</u> , un <u>coseguro</u> o un <u>deducible</u> . La atención del área de maternidad podría incluir exámenes y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales durante el parto	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	
	Servicios en el establecimiento durante el parto	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	
En caso de necesitar ayuda durante la recuperación o tiene otras necesidades especiales	<u>Atención médica a domicilio</u>	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	Máximo por año calendario: noventa (90) visitas, incluyendo enfermería privada y terapia como parte del plan de <u>atención médica a domicilio</u> . La terapia de infusión a domicilio y la diálisis a domicilio no se aplicarán a este máximo.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	Máximo por año calendario: cuarenta y ocho (48) visitas, combinadas
	<u>Servicios de habilitación</u>	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	Máximo por año calendario: ciento veinte (120) días.
	<u>Equipos médicos duraderos</u>	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	_____ninguna_____
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	Cobertura limitada a los participantes del plan con una esperanza de vida inferior a doce (12) meses.
En caso de que su hijo necesite atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	_____ninguna_____
	Lentes para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	_____ninguna_____

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en engage.ameriben.com.

Servicios excluidos y demás servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre generalmente (consulte el documento de la política o del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- | | | |
|----------------------|-------------------------------|--|
| • Acupuntura | • Atención dental (adultos) | • Examen de la vista de rutina (adultos) |
| • Cirugía bariátrica | • Tratamiento de infertilidad | • Programas para bajar de peso |
| • Cirugía cosmética | • Atención a largo plazo | |

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

- | | | |
|--|---|---|
| • Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre corre peligro) | • Audífonos
Máximo de por vida: \$2,000 por oído | • Enfermería privada (solo como parte de la atención médica a domicilio) |
| • Atención quiropráctica
Máximo por año calendario: veinticinco (25) visitas | • Para consultar por la atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos, limitada a Global Core , visite www.bcbsglobalcore.com . | • Cuidado rutinario de los pies (solo cuando sea médicamente necesario) |

Sus derechos para continuar con la cobertura: Si usted desea continuar con la cobertura después de que finalice, existen agencias que pueden ayudarle. A continuación, se encuentra la información de contacto de tales agencias: Departamento de Trabajo, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador al 1-866-444-EBSA (3272), o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. También podrá contactar al Administrador del plan en 6900 South Gray Road, IN 46237. También podría haber otras opciones disponibles para continuar su cobertura, entre las que se encuentran la contratación de un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Si desea más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar reclamaciones y apelaciones: Existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra el plan por el rechazo de un reclamo. A este proceso se lo denomina presentación de reclamación o apelación. Si desea más información sobre sus derechos, observe la explicación de los beneficios que recibe por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también brindan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una reclamación por cualquier motivo ante su plan. Si desea obtener más información sobre sus derechos, este aviso o necesita asistencia, comuníquese con: Departamento de Trabajo, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador al 1-866-444-EBSA (3272), o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

También podrá ponerse en contacto con el administrador externo (TPA) para ayudar al administrador del plan con la resolución de reclamaciones. El nombre, la dirección y el número de teléfono del TPA son:

AmeriBen
Atención: Appeals Coordination (Coordinación de apelaciones)
P.O. Box 7186
Boise, ID 83707
1-855-258-6467

¿Este plan ofrece una cobertura esencial mínima? Sí

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

¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? No

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en engage.ameriben.com.

Si su plan no cumple los Estándares mínimos de valor, podrá ser elegible para acceder a un crédito fiscal por prima para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso a idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-258-6467.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-258-6467.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-258-6467.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-258-6467.

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

Declaración sobre la PRA De conformidad con la Ley de simplificación de trámites administrativos (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). 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 se estima en un promedio de **0.08** horas por respuesta, lo que incluye el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn.: PRA Reports Clearance Officer (Responsable de autorización de informes de la PRA), Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en engage.ameriben.com.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un calculador de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de la forma en que este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán distintos, dependiendo de la atención real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y demás factores. Concéntrese en los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos en virtud del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en virtud de los distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en

Peg va a tener un bebé

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

■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u>	\$4,000
■ <u>Copago</u> por visita al <u>especialista</u>	\$60
■ <u>Costos compartidos</u> por visita al hospital (centro)	25%
■ Otros <u>costos compartidos</u>	25%

El evento de este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
Servicios profesionales para el nacimiento/parto
Servicios del establecimiento para el nacimiento/parto
Pruebas de diagnóstico (ecografías y análisis de sangre)
Visita a un especialista (*anestesia*).

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$4,000
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,900
Lo que no se cubre	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Peg es	\$5,930

Control de diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u>	\$4,000
■ <u>Copago</u> por visita al <u>especialista</u>	\$60
■ <u>Costos compartidos</u> por visita al hospital (centro)	25%
■ Otros <u>costos compartidos</u>	25%

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*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$900
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
Lo que no se cubre	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Joe es	\$1,400

Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u>	\$4,000
■ <u>Copago</u> por visita al <u>especialista</u>	\$60
■ <u>Costos compartidos</u> por visita al hospital (centro)	25%
■ Otros <u>costos compartidos</u>	25%

El evento de este EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencia (*incluidos los suministros médicos*)
Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
Equipos médicos duraderos (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,700
Copagos	\$70
Coseguro	\$0
Lo que no se cubre	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$2,770

El plan se haría cargo de los otros costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Estamos aquí para ayudarle, en muchos idiomas

La ley exige que incluyamos un mensaje en todos estos idiomas diferentes. ¿Tiene curiosidad por saber qué dicen? Aquí tiene la versión en inglés: "Tiene derecho a recibir ayuda en su idioma de forma gratuita. Solo tiene que llamar al número de Servicio de atención al afiliado que figura en su tarjeta de identificación". ¿Tiene algún impedimento visual? También puede solicitar este documento en otros formatos.

Español

Usted tiene derecho a obtener asistencia en su idioma sin cargo. Llame al número de Servicios para miembros que figura en su tarjeta de identificación. ¿Tiene alguna deficiencia visual? También puede solicitar este documento en otros formatos.

Chino

您有權免費獲得使用您的語言提供的協助。只需撥打印於您的 ID 卡上的會員服務部電話號碼即可。視力障礙？您也可以索取本文件的其他格式。

Vietnamita

Quý vị có quyền nhận trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, miễn phí. Quý vị chỉ cần gọi đến số điện thoại của Ban Dịch vụ Thành viên trên thẻ ID của quý vị. Quý vị bị khiếm thị? Quý vị cũng có thể yêu cầu các định dạng khác của tài liệu này.

Coreano

귀하는 귀하의 언어로 된 도움을 무료로 받을 권리가 있습니다. 귀하의 ID 카드에 있는 가입자 서비스 번호로 전화하십시오. 시각 장애인이신가요? 다른 형식으로 된 이 문서를 요청하실 수 있습니다.

Tagalog

May karapatan kang makakuha ng tulong na nasa iyong wika nang libre. Tawagan lang ang numero ng Member Services na nasa iyong ID card. May kapansanan sa paningin? Maaari ka ring humingi ng iba pang mga format ng dokumentong ito.

Ruso

У вас есть право на бесплатное получение помощи на вашем родном языке. Просто позвоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному на вашей идентификационной карте. У вас проблемы со зрением? Вы также можете запросить этот документ в других форматах.

Criollo francés

Ou gen dwa jwenn èd nan lang ou gratis. Jis rele nimewo Sèvis Manm ki sou Kat ID ou a gratis Gen pwoblèm vizyèl? Ou ka mande tou pou lòt fòm nan dokiman sa a.

Árabe

لك الحق في الحصول على هذه المعلومات والحصول على المساعدة بلغتك مجانًا. فقط اتصل برقم خدمات الأعضاء الموجود على بطاقة هويتك. هل تعاني من ضعف البصر؟ يمكنك أيضًا طلب تنسيقات أخرى لهذه الوثيقة.

Francés

Vous avez le droit d'obtenir de l'aide dans votre langue gratuitement. Appelez simplement le numéro du Services membres figurant sur votre carte d'identité. Vous êtes une personne malvoyante ? Vous pouvez également demander à accéder à ce document dans d'autres formats.

Persa

شما حق دارید به زبان خود به صورت رایگان کمک بگیرید. فقط با شماره خدمات اعضا مندرج در کارت عضویت خود تماس بگیرید. آیا دچار اختلال بینایی هستید؟ همچنین می‌توانید فرمت‌های دیگر این سند را درخواست کنید.

Armenio

Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն ստանալու ձեր լեզվով: Պարզապես գանգահարեք ձեր ID քարտի վրա գտնվող Անդամների սպասարկման համարին: Տեսողության խանգարում ունեցող եք: Կարող եք նաև խնդրել այս փաստաթղթի այլ ձևաչափեր:

Japonés

あなたにはあなたの言語で無料で支援を受ける権利があります。IDカードに記載されている会員サービス番号にお電話ください」視覚障害をお持ちですか？他の形式でこの文書を要求することもできます。

Italiano

Hai il diritto di ricevere assistenza gratuita nella tua lingua. Basta chiamare il numero del Servizio Membri presente sulla tua tessera identificativa. Hai problemi di vista? È possibile richiedere anche altri formati di questo documento.

Alemán

Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie einfach die Nummer des Mitgliederservices auf Ihrer

ID-Karte an. Sehbehindert?
Sie können dieses Dokument auch in anderen
Formaten anfordern.

Polaco

Masz prawo do bezpłatnej pomocy w swoim języku. Wystarczy zadzwonić pod numer Biura Obsługi Klienta podany na karcie identyfikacyjnej. Masz wadę wzroku? Możesz również poprosić o inne formaty tego dokumentu.

Alemán de Pensilvania

Du hoscht's Recht fer Hilf griege in dei Schprooch fer nix. Duh yuscht die Member Services Number uffrufe uff dei ID Card. Hoscht Druwwel fer sehne? Du kannscht des do Schreiwes in en differnter Weg griege so as du's besser sehne kannscht.

Es importante que le brindemos un trato justo.

Cumplimos las leyes federales en materia de derechos civiles en nuestros programas y actividades sanitarios. Los miembros pueden obtener modificaciones razonables, así como ayudas y servicios complementarios gratuitos si tienen una discapacidad. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para las personas cuyo idioma principal no es el inglés (o que tienen un dominio limitado), ofrecemos servicios gratuitos de asistencia lingüística, como intérpretes y otros idiomas escritos. ¿Le interesan estos servicios? Llame al Servicio de atención al afiliado que figura en su tarjeta de identificación (TTY/TDD: 711) o visite nuestro sitio web. Si considera que hemos fallado en algún aspecto o desea obtener más información sobre los procedimientos de reclamación, puede enviar una queja por correo postal a: Coordinador de cumplimiento, P.O. Box 7186 Boise, ID 83707, o directamente al Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (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. También puede llamar al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) o visitar <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se entregará por separado.

Esto es solo un resumen. Para conocer más información sobre su cobertura o recibir una copia de los términos completos de la cobertura, visite engage.ameriben.com o llame al 1-855-258-6467. Para conocer definiciones generales de términos comunes como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otro término que esté subrayado, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llame al 1-855-258-6467 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas			Por qué es importante:
¿Qué es el <u>deducible</u> total?		Dentro de la red	Fuera de la red	En general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta llegar al monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros familiares incluidos en el <u>plan</u> , cada familiar debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el total de los gastos por <u>deducibles</u> pagados por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> total para el grupo familiar.
	Por participante:	\$4,000	\$8,000	
	Por grupo familiar:	\$8,000	\$16,000	
	Aporte a la HRA Por participante: \$3,500 Por grupo familiar: \$7,000 El dinero disponible en la cuenta de gastos médicos (HRA) ayudan a compensar el costo del <u>deducible</u> .			
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Visitas a consultorios de la <u>red</u> , servicios de <u>atención preventiva</u> y <u>atención de urgencia</u> .			Este <u>plan</u> cubre algunos elementos y servicios, incluso si todavía no llega a cubrir el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.			Usted no tiene que llegar a cubrir <u>deducibles</u> para acceder a servicios específicos.
¿Cuál es el <u>monto límite de gastos particulares o de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?		Dentro de la red	Fuera de la red	El <u>monto límite de gastos particulares o de bolsillo</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares incluidos en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar su propio <u>monto límite de gastos particulares o de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>monto límite de gastos particulares o de bolsillo</u> total para el grupo familiar.
	Por participante:	\$6,000	\$12,000	
	Por grupo familiar:	\$12,000	\$24,000	
¿Qué no se incluye en el <u>monto límite de gastos particulares o de bolsillo</u> ?	Primas, cargos <u>facturados al saldo</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre y trasplantes fuera de la <u>red</u> .			Incluso si paga estos gastos, no cuentan con respecto al <u>monto límite de gastos particulares o de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Va a pagar menos si se atiende con un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí, para servicios médicos: Anthem. Visite www.anthem.com o llame al 1-855-258-6467 para obtener una lista de proveedores dentro de la <u>red</u>. Sí, para medicamentos recetados: TrueRx. Para obtener una lista de farmacias minoristas y de venta por correo, ingrese a www.TrueRx.com o llame al 1-866-921-4047.	Este <u>plan</u> trabaja con una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si se atiende con un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará el monto máximo en caso de que se atienda con un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para que le presten ciertos servicios (como los análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede consultar al <u>especialista</u> que desee sin una <u>derivación</u> .



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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si visita un consultorio o una clínica de un <u>proveedor</u> de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	Anthem LiveHealth Online Copago de \$5 por visita, sin deducible Otro Copago de \$30 por visita, sin deducible	Coseguro de 50% después del deducible	Incluye consultas virtuales.
	Consulta con un <u>especialista</u> .	Anthem LiveHealth Online Copago de \$5 por visita, sin deducible Otro Copago de \$60 por visita, sin deducible	Coseguro de 50% después del deducible	
	<u>Atención preventiva/pruebas de detección/vacunación</u>	Sin cargo	Coseguro de 50% después del deducible	Es posible que tenga que pagar servicios que no sean preventivos. Consulte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Y luego compruebe qué pagará su <u>plan</u> .
En caso de que tenga que hacer exámenes	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	_____ninguna_____
	Diagnóstico por imagen (TC, PET, RMN)	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	_____ninguna_____

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en engage.ameriben.com.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Farmacias preferidas de TrueRx y Pedidos por correo de TrueRx (pagará lo mínimo)	CVS/Walgreens/Rite-Aid (pagará lo máximo)	
En caso de que necesite medicamentos para tratar su enfermedad o afección Tiene a disposición más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en www.truerx.com	Medicamentos genéricos	Suministro para treinta (30) días Copago de \$15 Suministro para noventa (90) días Copago de \$30	Suministro para treinta (30) días Copago de \$30	No hay <u>deducible</u> para los <u>medicamentos recetados</u> . Los <u>medicamentos recetados</u> por correo están limitados a un suministro de noventa (90) días a través del servicio de pedido por correo de TrueRx. No todos los <u>medicamentos recetados</u> están cubiertos. Para determinar si un medicamento específico está cubierto por su <u>plan</u> , inicie sesión en su cuenta en www.TrueRx.com . Si obtiene <u>medicamentos recetados</u> en una farmacia que no pertenece a la red, deberá pagar el costo total de la receta y luego solicitar el reembolso. Es posible que haya servicios adicionales para <u>medicamentos especializados</u> disponibles a través de un proveedor externo.
	Medicamentos de marca preferida	Suministro para treinta (30) días Copago de \$30, luego coseguro de 30% hasta \$65 Suministro para noventa (90) días Copago de \$70	Suministro para treinta (30) días Copago de \$60, luego coseguro de 30% hasta \$130	
	Medicamentos de marca no preferida	Suministro para treinta (30) días Copago de \$50, luego coseguro de 30% hasta \$85 Suministro para noventa (90) días Copago de \$130	Suministro para treinta (30) días Copago de \$100, luego coseguro de 30% hasta \$170	
	<u>Medicamentos especializados</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en engage.ameriben.com.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
En caso de tener una cirugía ambulatoria	Arancel del establecimiento (p. ej., centro de cirugía para pacientes ambulatorios)	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	_____ninguna_____
	Aranceles del médico/cirujano	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencia</u>	Copago de \$400 por visita después del deducible, luego coseguro de 25%		No se cubre el uso que no sea de emergencia.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Coseguro de 25% después del deducible		_____ninguna_____
	<u>Atención de urgencia</u>	Copago de \$80 por visita, sin deducible	Coseguro de 50% después del deducible	_____ninguna_____
En caso de internación u hospitalización	Cargos por el uso de las instalaciones (p. ej.: habitación en el hospital)	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	Limitado a la tarifa de habitación semiprivada. Máximo anual para rehabilitación hospitalaria: ciento veinte (120) días.
	Aranceles del médico/cirujano	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio Copago de \$30, sin deducible Otro Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	Incluye visitas virtuales, hospitalización parcial y tratamiento psiquiátrico intensivo diario.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	Incluye tratamiento en el hogar.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en engage.ameriben.com.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
En caso de que esté embarazada	Visitas al consultorio	Visita inicial Copago de \$30 por embarazo, sin deducible Visitas posteriores Sin cargo	Coseguro de 50% después del deducible	Los <u>costos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, podría aplicarse un <u>copago</u> , un <u>coseguro</u> o un <u>deducible</u> . La atención del área de maternidad podría incluir exámenes y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales durante el parto	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	
	Servicios en el establecimiento durante el parto	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	
En caso de necesitar ayuda durante la recuperación o tiene otras necesidades especiales	<u>Atención médica a domicilio</u>	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	Máximo por año calendario: noventa (90) visitas, incluyendo enfermería privada y terapia como parte del plan de <u>atención médica a domicilio</u> . La terapia de infusión a domicilio y la diálisis a domicilio no se aplicarán a este máximo.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	Máximo por año calendario: cuarenta y ocho (48) visitas, combinadas
	<u>Servicios de habilitación</u>	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	Máximo por año calendario: ciento veinte (120) días.
	<u>Equipos médicos duraderos</u>	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	—————ninguna—————
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	Coseguro de 25% después del deducible	Coseguro de 50% después del deducible	Cobertura limitada a los participantes del plan con una esperanza de vida inferior a doce (12) meses.
En caso de que su hijo necesite atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	—————ninguna—————
	Lentes para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	—————ninguna—————

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en engage.ameriben.com.

Servicios excluidos y demás servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre generalmente (consulte el documento de la política o del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- | | | |
|----------------------|-------------------------------|--|
| • Acupuntura | • Atención dental (adultos) | • Examen de la vista de rutina (adultos) |
| • Cirugía bariátrica | • Tratamiento de infertilidad | • Programas para bajar de peso |
| • Cirugía cosmética | • Atención a largo plazo | |

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

- | | | |
|--|---|---|
| • Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre corre peligro) | • Audífonos
Máximo de por vida: \$2,000 por oído | • Enfermería privada (solo como parte de la atención médica a domicilio) |
| • Atención quiropráctica
Máximo por año calendario: veinticinco (25) visitas | • Para consultar por la atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los Estados Unidos, limitada a Global Core , visite www.bcbsglobalcore.com . | • Cuidado rutinario de los pies (solo cuando sea médicamente necesario) |

Sus derechos para continuar con la cobertura: Si usted desea continuar con la cobertura después de que finalice, existen agencias que pueden ayudarle. A continuación, se encuentra la información de contacto de tales agencias: Departamento de Trabajo, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador al 1-866-444-EBSA (3272), o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. También podrá contactar al Administrador del plan en 6900 South Gray Road, IN 46237. También podría haber otras opciones disponibles para continuar su cobertura, entre las que se encuentran la contratación de un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Si desea más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar reclamaciones y apelaciones: Existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra el plan por el rechazo de un reclamo. A este proceso se lo denomina presentación de reclamación o apelación. Si desea más información sobre sus derechos, observe la explicación de los beneficios que recibe por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también brindan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una reclamación por cualquier motivo ante su plan. Si desea obtener más información sobre sus derechos, este aviso o necesita asistencia, comuníquese con: Departamento de Trabajo, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador al 1-866-444-EBSA (3272), o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

También podrá ponerse en contacto con el administrador externo (TPA) para ayudar al administrador del plan con la resolución de reclamaciones. El nombre, la dirección y el número de teléfono del TPA son:

AmeriBen
Atención: Appeals Coordination (Coordinación de apelaciones)
P.O. Box 7186
Boise, ID 83707
1-855-258-6467

¿Este plan ofrece una cobertura esencial mínima? Sí

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

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en engage.ameriben.com.

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

Si su plan no cumple los Estándares mínimos de valor, podrá ser elegible para acceder a un crédito fiscal por prima para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso a idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-258-6467.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-258-6467.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-258-6467.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-855-258-6467.

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

Declaración sobre la PRA De conformidad con la Ley de simplificación de trámites administrativos (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). 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 se estima en un promedio de **0.08** horas por respuesta, lo que incluye el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn.: PRA Reports Clearance Officer (Responsable de autorización de informes de la PRA), Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en engage.ameriben.com.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

Peg va a tener un bebé (9 meses de atención prenatal y parto en un hospital dentro de la red)

■ El <u>deducible</u> total del plan	\$4,000
■ <u>Copago</u> por visita al <u>especialista</u>	\$60
■ <u>Costos compartidos</u> por visita al hospital (centro)	25%
■ Otros <u>costos compartidos</u>	25%

El evento de este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
Servicios profesionales para el nacimiento/parto
Servicios del establecimiento para el nacimiento/parto
Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
Visita a un especialista (*anestesia*).

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$4,000
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,900
Lo que no se cubre	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Peg es	\$5,930

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

■ El <u>deducible</u> total del plan	\$4,000
■ <u>Copago</u> por visita al <u>especialista</u>	\$60
■ <u>Costos compartidos</u> por visita al hospital (centro)	25%
■ Otros <u>costos compartidos</u>	25%

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*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$900
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
Lo que no se cubre	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Joe es	\$1,400

Fractura simple de Mia (consulta en la sala de emergencia dentro de la red)

■ El <u>deducible</u> total del plan	\$4,000
■ <u>Copago</u> por visita al <u>especialista</u>	\$60
■ <u>Costos compartidos</u> por visita al hospital (centro)	25%
■ Otros <u>costos compartidos</u>	25%

El evento de este EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencia (*incluidos los suministros médicos*)
Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
Equipos médicos duraderos (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,700
Copagos	\$70
Coseguro	\$0
Lo que no se cubre	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$2,770

El plan se haría cargo de los otros costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Estamos aquí para ayudarle, en muchos idiomas

La ley exige que incluyamos un mensaje en todos estos idiomas diferentes. ¿Tiene curiosidad por saber qué dicen? Aquí tiene la versión en inglés: "Tiene derecho a recibir ayuda en su idioma de forma gratuita. Solo tiene que llamar al número de Servicio de atención al afiliado que figura en su tarjeta de identificación". ¿Tiene algún impedimento visual? También puede solicitar este documento en otros formatos.

Español

Usted tiene derecho a obtener asistencia en su idioma sin cargo. Llame al número de Servicios para miembros que figura en su tarjeta de identificación. ¿Tiene alguna deficiencia visual? También puede solicitar este documento en otros formatos.

Chino

您有權免費獲得使用您的語言提供的協助。只需撥打印於您的 ID 卡上的會員服務部電話號碼即可。視力障礙？您也可以索取本文件的其他格式。

Vietnamita

Quý vị có quyền nhận trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, miễn phí. Quý vị chỉ cần gọi đến số điện thoại của Ban Dịch vụ Thành viên trên thẻ ID của quý vị. Quý vị bị khiếm thị? Quý vị cũng có thể yêu cầu các định dạng khác của tài liệu này.

Coreano

귀하는 귀하의 언어로 된 도움을 무료로 받을 권리가 있습니다. 귀하의 ID 카드에 있는 가입자 서비스 번호로 전화하십시오. 시각 장애인이신가요? 다른 형식으로 된 이 문서를 요청하실 수 있습니다.

Tagalog

May karapatan kang makakuha ng tulong na nasa iyong wika nang libre. Tawagan lang ang numero ng Member Services na nasa iyong ID card. May kapansanan sa paningin? Maaari ka ring humingi ng iba pang mga format ng dokumentong ito.

Ruso

У вас есть право на бесплатное получение помощи на вашем родном языке. Просто позвоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному на вашей идентификационной карте. У вас проблемы со зрением? Вы также можете запросить этот документ в других форматах.

Criollo francés

Ou gen dwa jwenn èd nan lang ou gratis. Jis rele nimewo Sèvis Manm ki sou Kat ID ou a gratis Gen pwoblèm vizyèl? Ou ka mande tou pou lòt fòm nan dokiman sa a.

Árabe

لك الحق في الحصول على هذه المعلومات والحصول على المساعدة بلغتك مجانًا. فقط اتصل برقم خدمات الأعضاء الموجود على بطاقة هويتك. هل تعاني من ضعف البصر؟ يمكنك أيضًا طلب تنسيقات أخرى لهذه الوثيقة.

Francés

Vous avez le droit d'obtenir de l'aide dans votre langue gratuitement. Appelez simplement le numéro du Services membres figurant sur votre carte d'identité. Vous êtes une personne malvoyante ? Vous pouvez également demander à accéder à ce document dans d'autres formats.

Persa

شما حق دارید به زبان خود به صورت رایگان کمک بگیرید. فقط با شماره خدمات اعضا مندرج در کارت عضویت خود تماس بگیرید. آیا دچار اختلال بینایی هستید؟ همچنین می‌توانید فرمت‌های دیگر این سند را درخواست کنید.

Armenio

Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն ստանալու ձեր լեզվով: Պարզապես գանգահարեք ձեր ID քարտի վրա գտնվող Անդամների սպասարկման համարին: Տեսողության խանգարում ունեցող եք: Կարող եք նաև խնդրել այս փաստաթղթի այլ ձևաչափեր:

Japonés

あなたにはあなたの言語で無料で支援を受ける権利があります。IDカードに記載されている会員サービス番号にお電話ください」視覚障害をお持ちですか？他の形式でこの文書を要求することもできます。

Italiano

Hai il diritto di ricevere assistenza gratuita nella tua lingua. Basta chiamare il numero del Servizio Membri presente sulla tua tessera identificativa. Hai problemi di vista? È possibile richiedere anche altri formati di questo documento.

Alemán

Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie einfach die Nummer des Mitgliederservices auf Ihrer

ID-Karte an. Sehbehindert?
Sie können dieses Dokument auch in anderen
Formaten anfordern.

Polaco

Masz prawo do bezpłatnej pomocy w swoim języku. Wystarczy zadzwonić pod numer Biura Obsługi Klienta podany na karcie identyfikacyjnej. Masz wadę wzroku? Możesz również poprosić o inne formaty tego dokumentu.

Alemán de Pensilvania

Du hoscht's Recht fer Hilf griege in dei Schprooch fer nix. Duh yuscht die Member Services Number uffrufe uff dei ID Card. Hoscht Druwwel fer sehne? Du kannscht des do Schreiwes in en differnter Weg griege so as du's besser sehne kannscht.

Es importante que le brindemos un trato justo.

Cumplimos las leyes federales en materia de derechos civiles en nuestros programas y actividades sanitarios. Los miembros pueden obtener modificaciones razonables, así como ayudas y servicios complementarios gratuitos si tienen una discapacidad. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para las personas cuyo idioma principal no es el inglés (o que tienen un dominio limitado), ofrecemos servicios gratuitos de asistencia lingüística, como intérpretes y otros idiomas escritos. ¿Le interesan estos servicios? Llame al Servicio de atención al afiliado que figura en su tarjeta de identificación (TTY/TDD: 711) o visite nuestro sitio web. Si considera que hemos fallado en algún aspecto o desea obtener más información sobre los procedimientos de reclamación, puede enviar una queja por correo postal a: Coordinador de cumplimiento, P.O. Box 7186 Boise, ID 83707, o directamente al Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (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. También puede llamar al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) o visitar <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

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

American Senior Communities Plan HRA (Garner Health como Administrador)

Período de cobertura: 1 de enero de 2026–31 de diciembre de 2026

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 <u>deducible</u> total?	\$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 <u>deducible</u> ?	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 <u>deducibles</u> 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 <u>límite de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	No se aplica.	El Plan HRA solo puede reembolsar hasta el monto de su cuenta HRA.
¿Qué no se incluye en el <u>monto límite de bolsillo</u> ?	No se aplica.	El Plan HRA solo puede reembolsar hasta el monto de su cuenta HRA.
¿Pagaré menos si se atiende con un <u>proveedor de la red</u> ?	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 <u>derivación</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	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 proveedor	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 especialista	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	Atención preventiva/pruebas de detección/ vacunación	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
En caso de que tenga que hacer exámenes	Prueba de diagnóstico (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.
En caso de que necesite medicamentos para tratar su enfermedad o afección	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.
	Medicamentos especializados	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
En caso de una cirugía ambulatoria	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	Atención en sala de emergencia	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.
	Transporte médico de emergencia	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	Atención de urgencia	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	Atención médica domiciliaria	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	Servicios de rehabilitación	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	Servicios de habilitación	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	Atención de enfermería especializada	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	Equipo médico duradero	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.	Igual que el anterior.
	Servicios de cuidados paliativos	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:

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 .)			
• Cualquier gasto pagadero a través de otra fuente (como el plan médico colectivo de su empleador). • Cualquier servicio o procedimiento que NO esté cubierto por el plan médico colectivo de su empleador.	• Cualquier servicio o procedimiento que NO esté cubierto por el plan médico colectivo de su empleador.	• 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.	

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

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. También podría haber otras opciones disponibles para continuar su cobertura, entre las que se encuentran la contratación de una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de seguros médicos](#). Si desea más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318- 2596.

Sus derechos a presentar quejas y apelaciones: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra 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 ayudarle 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)

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

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)

Ejemplo de costo total	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	N/A
Copagos	N/A
Coseguro	N/A
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	N/A
El total que pagaría Joe es	N/A

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)

Ejemplo de costo total	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	N/A
Copagos	N/A
Coseguro	N/A
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	N/A
El total que pagaría Mia es	N/A

**** 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.

Avisos anuales para 2026

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
- 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, 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 2026, el período de inscripción abierta del Mercado comenzará el 1.º de noviembre de 2025 y finalizará el 15 de diciembre de 2025. 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 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.

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 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 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:

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

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

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

Para saber si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para 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
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Opción 4 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, 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	• Puede solicitar ver u obtener una copia de su historial médico y de reclamos, así como de otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. • Le 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.
Solicitud de la corrección de historiales médicos y de reclamos	• Puede pedirnos que corrijamos sus historiales médicos y de reclamos si considera que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo. • Es posible que digamos "no" a su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
Solicitud de comunicaciones confidenciales	• 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. • Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables, y si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos, debemos decir "sí".
Solicitud de restricción sobre lo que usamos o compartimos	• Puede pedirnos que no utilicemos ni compartamos determinada información de salud acerca de tratamientos, pagos o nuestras operaciones. • No estamos obligados a acceder a su petición y podríamos negarnos si ello pudiera afectar su atención.

Obtención de una lista de las personas con las que hemos compartido información	• Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido información sobre su salud durante los seis (6) años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. • Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relacionadas con tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Le brindaremos un (1) informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable en función de los costos si solicita otro en un plazo de 12 meses.
Obtención de una copia de este aviso de privacidad	• Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirla en formato electrónico. Le facilitaremos una copia impresa de manera oportuna.
Selección de una persona para que actúe en su nombre	• 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. • Nos aseguraremos de que la persona tenga dicha autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar ninguna medida.
Presentación de un reclamo si cree que se han vulnerado sus derechos.	• 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. • 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. ○ Envíe una carta a: US Dept. of Health & Human Services Office of Civil Rights, 200 Independence Avenue, SW, Washington DC 20201. ○ Llame al: 1877,696.6775. ○ Visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. • No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

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:	• Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas implicadas en el pago de su atención. • Compartamos información en relación con ayuda por motivos de desastres. • Nos pongamos en contacto con usted con fines de recaudación de fondos. <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>
En estos casos, <i>nunca</i> compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:	• Fines de comercialización. • Venta de su información.

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.	• Podemos utilizar su información de salud y compartirla con profesionales que le estén brindando tratamiento. Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.
Dirigir nuestra organización	• Podemos utilizar y divulgar su información para gestionar nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. • No se nos permite utilizar información genérica para decidir si le vamos a brindar cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de asistencia a largo plazo. Ejemplo: Utilizamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.
Pagar sus servicios de salud	• Podemos utilizar y divulgar su información de salud mientras pagamos sus servicios de salud. Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.
Administrar su plan	• Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan. Ejemplo: Su empresa contrata nuestro plan de salud y nosotros proporcionamos a su empresa determinadas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿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.

Ayuda en cuestiones de salud y seguridad pública	- Podemos compartir información sobre su salud en determinadas situaciones, como por ejemplo las siguientes: - Prevenir enfermedades - Ayudar a retirar productos del mercado - Informar sobre reacciones adversas a medicamentos - Informar sobre sospechas de maltrato, abandono o violencia doméstica - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona
Realización de investigaciones	Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones sanitarias.
Cumplimiento de la ley	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.
Respuesta a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y colaboración con un médico forense o director funerario	- Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos. - Podemos compartir información de salud con un perito forense, médico forense o director funerario cuando fallece una persona.
Gestión de solicitud de indemnización por accidente laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.	- Podemos utilizar o compartir su información de salud: - En casos de reclamos relacionados con indemnización por accidente laboral - A efectos del cumplimiento de la ley o ante un oficial del orden público - Con organismos de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley - Para funciones gubernamentales especiales, como servicios de seguridad nacional y servicios de protección presencial
Respuesta a demandas y acciones legales	Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

Nuestras responsabilidades

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

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

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.

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

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/Deutsch	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 مجاناً. 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।

