

Guía de beneficios para empleados 2027

PARA **SU** BENEFICIO

American Senior Communities

Donde el cuidado humano marca la diferencia

Rev. 1/1/2027

Índice

Determine su fecha de elegibilidad……...……. 2

Elegibilidad e inscripción…… 4

Seguro de vida básico gratuito…… 4

Inscripción en el plan de salud colectivo…… 4

¿Quién es elegible para el plan de salud colectivo? ……..…….. 4

Cómo inscribirse…… 4

Eventos que califican…… 5

Portal de beneficios para empleados de ASC……...…… 5

Sus beneficios de salud colectivos

Seguro médico y de medicamentos recetados……...…… 6

Más información sobre los planes médicos…… 7

WellBridge Surgical…….. 7

Lo que necesita saber sobre el uso del plan tradicional y el plan combinado…… 8

Beneficios de salud de Garner…… 9

Medicamentos para la diabetes a través de Northwind Pharmaceuticals …… 9

Seguro dental…… 10

Seguro oftalmológico…… 11

Seguro de vida gratuito, plan 401(k) y cuentas de gastos flexibles…… 12

Beneficios voluntarios de Lincoln Financial Group

Seguro de vida a término suplementario …… 13

Discapacidad a corto plazo…… 13

Seguro contra enfermedades graves…… 13

Seguro contra accidentes…… 14

Seguro de indemnización por hospitalización…… 14

Definiciones de términos importantes relacionados con las prestaciones…… 15

Resumen de beneficios y cobertura (SBC)……... 16

Aviso importante sobre el seguro del plan de salud y otros avisos legales…… 18

Determine su fecha de elegibilidad

Tabla de inicio de beneficios del seguro para 2027		
Fecha de inicio a tiempo completo	Fecha límite de inscripción	Fecha de elegibilidad para el seguro
Esta es la fecha en la que comenzó a trabajar a tiempo completo en la empresa.	Esta es la fecha antes de la cual debe llamar para inscribirse en los beneficios.	Esta es la fecha en que comenzará la cobertura que haya elegido.
4 de octubre de 2026 – 3 de noviembre de 2026	30 de diciembre de 2026 antes de las 8:00 p. m. Hora del este	1.° de enero de 2027
4 de noviembre de 2026 – 4 de diciembre de 2026	29 de enero de 2027 antes de las 8:00 p. m. Hora del este	1.° de febrero de 2027
5 de diciembre de 2026 – 1° de enero de 2027	26 de febrero de 2027 antes de las 8:00 p. m. Hora del este	1.° de marzo de 2027
2 de enero de 2027 – 1° de febrero de 2027	31 de marzo de 2027 antes de las 8:00 p. m. Hora del este	1.° de abril de 2027
2 de febrero de 2027 – 3 de marzo de 2027	30 de abril de 2027 antes de las 8:00 p. m. Hora del este	1.° de mayo de 2027
4 de marzo de 2027 – 3 de abril de 2027	28 de mayo de 2027 antes de las 8:00 p. m. Hora del este	1.° de junio de 2027
4 de abril de 2027 – 3 de mayo de 2027	30 de junio de 2027 antes de las 8:00 p. m. Hora del este	1.° de julio de 2027
4 de mayo de 2027 – 3 de junio de 2027	30 de julio de 2027 antes de las 8:00 p. m. Hora del este	1° de agosto de 2027
4 de junio de 2027 – 4 de julio de 2027	31 de agosto de 2027 antes de las 8:00 p. m. Hora del este	1.° de septiembre de 2027
5 de julio de 2027 – 3 de agosto de 2027	30 de septiembre de 2027 antes de las 8:00 p. m. Hora del este	1.° de octubre de 2027
4 de agosto de 2027 – 3 de septiembre de 2027	29 de octubre de 2027 antes de las 8:00 p. m. Hora del este	1.° de noviembre de 2027
4 de septiembre de 2027 – 3 de octubre de 2027	30 de noviembre de 2027 antes de las 8:00 p. m. Hora del este	1.° de diciembre de 2027
4 de octubre de 2027 – 3 de noviembre de 2027	30 de diciembre de 2027 antes de las 8:00 p. m. Hora del este	1.° de enero de 2028
4 de noviembre de 2027 – 4 de diciembre de 2027	31 de enero de 2028 antes de las 8:00 p. m. Hora del este	1.° de febrero de 2028

Consulte la tabla anterior para confirmar su fecha límite de inscripción y la fecha de elegibilidad para el seguro. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con ASCBenefitsAdministrators@ASCCare.com.

Debe llamar al centro de atención telefónica al 1-855-288-1607 antes de la fecha límite de inscripción indicada anteriormente; de lo contrario, renunciará a participar en el plan. El centro de atención telefónica no atiende los fines de semana ni los días festivos. Además, cierra más temprano en Nochebuena y Nochevieja (tanto el día festivo como el día de reposo correspondiente).

¡Bienvenido a American Senior Communities (ASC)! Como empleado de tiempo completo (con horario regular y que trabaja al menos 30 horas por semana), tiene derecho a ciertos beneficios que ofrece la empresa. En American Senior Communities, creemos que nuestros beneficios y ventajas deben marcar la diferencia: para usted, para su trabajo y para la vida que lleva fuera del trabajo. Al aprovechar los planes que se ofrecen a través de nuestro programa de beneficios, puede alcanzar un mayor bienestar financiero y tranquilidad, ya sea soltero, casado o tenga personas a su cargo.

Beneficios patrocinados por la empresa	Beneficios voluntarios
Médicos, oftalmológicos y dentales	Seguro de vida a término suplementario
Cuentas de gastos flexibles	Seguro de discapacidad a corto plazo
Seguro de vida a término básico gratuito	Seguro contra enfermedades graves
	Seguro contra accidentes
	Seguro de indemnización hospitalaria

Su fecha de elegibilidad será el primer día del mes en que se cumplan sesenta (60) días de empleo a tiempo completo. Esta guía le brinda la información que necesita para elegir e inscribirse en esos beneficios. El centro de atención telefónica para inscripciones puede ayudarle con sus preguntas sobre los beneficios de salud colectivos y los beneficios voluntarios. Debe comunicarse con el centro de atención telefónica para inscripciones antes de la fecha límite de inscripción; de lo contrario, renunciará a sus derechos a ciertos beneficios.

Elegibilidad e inscripción

Reconocimiento de beneficios de seguro

El formulario de reconocimiento de beneficios de seguro ha formado parte de los documentos requeridos para su incorporación si es un nuevo empleado o un empleado reincorporado. Si está cambiando de tiempo parcial (PT) o según la necesidad (PRN) a tiempo completo (FT), debe firmar un reconocimiento de beneficios de seguro.

Seguro de vida básico gratuito

ASC ofrece un seguro de vida a término colectivo patrocinado por la empresa de forma gratuita a los empleados de tiempo completo. La cobertura comienza el primer día del mes, a partir de los sesenta (60) días de empleo de tiempo completo. Designe a su beneficiario a través del centro de atención telefónica para inscripciones. Esto garantiza que el beneficio de su seguro de vida se pague según sus deseos. El beneficio equivale aproximadamente a un múltiplo de su salario anual. Puede cambiar la designación de su beneficiario en cualquier momento comunicándose con el centro de atención telefónica para inscripciones.

Inscripción en el seguro de salud colectivo

Inscríbase en el seguro de salud colectivo y en los beneficios voluntarios a través del centro de atención telefónica para inscripciones. Si no se inscribe a través del centro de atención telefónica para inscripciones antes de la fecha límite de inscripción, renunciará a su derecho de inscribirse en el seguro de salud colectivo hasta el próximo período de inscripción abierta disponible. Una vez que renuncie a su derecho de inscribirse, su capacidad para inscribirse en los planes más adelante será muy limitada. Solo ciertos cambios limitados y que cumplan con los requisitos en su situación pueden permitirle agregar, retirar o modificar la cobertura durante el año, y solo dentro de los 31 días posteriores a un evento que califique. Consulte de inmediato a su coordinador de nómina si tiene un evento que califique y desea realizar un cambio en la cobertura.

Por lo general, las deducciones comienzan en el período de pago en el que se inician sus beneficios. Las deducciones del seguro médico colectivo se realizan antes de impuestos. Solo pagará por los días del período de pago en los que tenga cobertura. Verifique siempre las deducciones en su pago de nómina. La cobertura continúa hasta su última fecha de empleo. Dependiendo de cuándo sea su última fecha de empleo, las deducciones de la prima podrían prorratearse en ese pago de nómina. Se le ofrecerá la oportunidad de continuar con la cobertura en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA).

¿Quién es elegible para el plan de salud colectivo?

Los beneficios de salud colectivos están disponibles para todos los empleados contratados y que trabajen a tiempo completo. En general, estos beneficios no son aplicables a los empleados que trabajan de forma temporal, según la necesidad (PRN), de forma voluntaria o a tiempo parcial, a menos que lo exija la Ley de Atención de Salud Asequible (Affordable Care Act). Si elige la cobertura para usted, también puede incluir a su cónyuge legal y a sus hijos dependientes que cumplan con los requisitos y sean menores de 26 años. Los cónyuges que tengan acceso a cobertura de atención de salud a través de su empleador no pueden estar cubiertos por el plan médico. Los hijos dependientes pueden incluir hijos biológicos o adoptados, hijos de quienes se tenga la tutela legal y los hijastros.

Cómo inscribirse

Lea atentamente esta guía. Espera hasta recibir su primer sueldo como empleado de tiempo completo para asegurarse de que el centro de atención telefónica para inscripciones cuente con su información laboral. Complete su inscripción antes de la fecha límite indicada en la tabla de inscripción de la página 2 de esta guía. Llame al centro de atención telefónica para inscripciones al número gratuito 855-288-1607. El centro de atención telefónica está abierto de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del este (EST); cerrado los días festivos). Recuerde que, una vez que su elección esté vigente, es posible que no pueda realizar cambios a menos que se presente un evento que califique (descrito en la página siguiente).

Si no se inscribe a través del centro de atención telefónica para inscripciones antes de la fecha límite, estará renunciando a

participar en el plan.

Antes de llamar al centro de atención telefónica para inscripciones:

- Lea la guía; decida qué beneficios quiere y qué preguntas tiene.
- Reserve tiempo suficiente para hablar con el asesor del centro de inscripción. Le recomendamos que llame desde su casa, donde pueda tener estos materiales y a sus familiares cerca en caso de que surjan preguntas durante la llamada.
- Necesitará su fecha de nacimiento (DOB) y su número de seguro social (SSN) para iniciar la llamada con el asesor de inscripción. También necesitará los nombres, las fechas de nacimiento y los números de seguro social de todos los dependientes a quienes planea incluir en la cobertura. Si alguno de sus dependientes vive en una dirección diferente a la suya, también necesitará esa información.

Eventos que califican

Una vez que elija sus beneficios, solo podrá hacer cambios durante el año si tiene un evento calificado o un evento de vida, o bien durante la próxima inscripción abierta.

Los eventos que dan derecho a cambios pueden incluir: matrimonio; divorcio; elegibilidad para Medicare o Medicaid; nacimiento o adopción de un hijo; cambio en la condición de dependiente de un hijo; fallecimiento de un cónyuge, un hijo u otro dependiente calificado; inicio o finalización de un proceso de adopción; o cualquier otro cambio que provoque una pérdida involuntaria de cobertura en otro lugar. Los cambios debidos a un evento que da derecho a cambios requieren una prueba del evento y debes presentar la documentación de cambio dentro de los 31 días siguientes al evento. Consulte al coordinador de nómina de su sede si tiene un evento que califica.

Portal de beneficios para empleados de ASC

Puede encontrar más información sobre los beneficios para empleados en el Portal de beneficios para empleados de ASC. Se puede acceder al portal desde cualquier teléfono inteligente, iPad o computadora portátil.

Portal de beneficios para empleados: https://ascom.mybenefitsinfo.com
Código QR del Portal de beneficios para empleados:

Seguro médico y de medicamentos recetados
(revise los detalles de ambas opciones de plan antes de tomar una decisión sobre su plan médico)

Opciones de planes médicos	Plan tradicional (Red Anthem)	Plan combinado (Red de Anthem para consultas médicas. Precios basados en referencias para visitas en centros médicos.)
Deducción de la prima de Per-Pay del sueldo		
□ Solo empleado	□ $84.36	□ $23.10
□ Empleado + cónyuge*	□ $439.00	□ $312.82
□ Empleado + 1 o 2 hijos*	□ $309.00	□ $227.22
□ Empleado + 3 o más hijos*	□ $452.00	□ $338.00
□ Familia*	□ $566.24	□ $415.80
Deducible		
□ Solo empleado	□ $4,000	□ $4,000
□ Empleado + dependientes	□ $8,000	□ $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 centros médicos)
Máximo anual de gastos de bolsillo dentro de la red		
□ Solo empleado	□ $6,000	□ $6,000
□ Empleado + dependientes	□ $12,000	□ $12,000
Consulta en consultorio		
□ Copago de telemedicina en línea de Anthem LiveHealth	□ Copago de $5	□ Copago de $5
□ Copago por consulta de atención primaria	□ Copago de $30	□ Copago de $30
□ Copago por consulta con un especialista	□ Copago de $60	□ Copago de $60
□ Copago por atención de urgencia	□ Copago de $80	□ Copago de $80
Hospitalización/atención ambulatoria	Deducible y luego coseguro	Deducible y luego coseguro
Sala de emergencias	Copago de $400, luego deducible y luego coseguro	Copago de $400, luego deducible y luego coseguro
Atención preventiva		
□ Revisiones anuales	□ Cubiertos 100 %	□ Cubiertos 100 %
□ Mamografías de bienestar	□ Cubiertos 100 %	□ Cubiertos 100 %
□ Colonoscopias preventivas	□ Cubiertos 100 %	□ Cubiertos 100 %
Recetas médicas – Venta al por menor (suministro para 30 días) **		
□ Genérico	□ Copago de $15	□ Copago de $15
□ Marca preferida	□ Copago de $30 + 30 % (máximo de $65)	□ Copago de $30 + 30 % (máximo de $65)
□ Marca no preferida	□ Copago de $50 + 30 % (máximo de $85)	□ Copago de $50 + 30 % (máximo de $85)
Recetas surtidas en CVS/Walgreens/Rite-Aid**		
□ Genérico	□ Copago de $30	□ Copago de $30
□ Marca preferida	□ Copago de $60 + 30 % (máximo de $130)	□ Copago de $60 + 30 % (máximo de $130)
□ Marca no preferida	□ Copago de $100 + 30 % (máximo de $170)	□ Copago de $100 + 30 % (máximo de $170)
Recetas: pedido por correo (suministro para 90 días)**		
□ Genérico	□ Copago de $30	□ Copago de $30
□ Marca preferida	□ Copago de $70	□ Copago de $70
□ Marca no preferida	□ Copago de $130	□ Copago de $130
El beneficio de farmacia no cubre medicamentos especializados. Consulte al administrador de beneficios de farmacia, trueRx, si tiene preguntas sobre sus necesidades de farmacia: 866-921-4047 o customerservice@trueRx.com.		

*Consulte la sección "Definiciones de términos importantes sobre 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 la diabetes y la prediabetes** 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 encontrará más información sobre cómo el **plan combinado** utiliza **los precios basados en referencias**.

Los gastos de procedimientos quirúrgicos ambulatorios que cumplan con los requisitos pueden quedar exentos si se realiza el procedimiento en **WellBridge Surgical**. En esta guía encontrará más información sobre WellBridge Surgical.

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

Los gastos médicos de bolsillo pueden reducirse al utilizar el beneficio de Garner Health, el cual puede ofrecer un reembolso por servicios médicos que cumplan con los requisitos cuando consulte a un proveedor destacado de Garner. Puede encontrar 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, comuníquese con AmeriBen: 855-258-6467 o https://Engage.AmeriBen.com.

Más información sobre los planes médicos

Plan médico tradicional

El plan médico tradicional utiliza la red de Anthem. Tendrá una sola 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 para la diabetes. Todos los medicamentos para la diabetes son surtidos por Northwind Pharmaceuticals.

Los medicamentos especializados no están cubiertos por el plan. Aurora Health es el programa de apoyo farmacéutico que debe utilizarse para los medicamentos especializados. Para obtener más información sobre Aurora Health, visite el Portal de beneficios para empleados (ascom.mybenefitsinfo.com) o comuníquese con Aurora Health al 833-759-6096. Después de inscribirse, regístrese en línea en https://www.AuroraHealth.us/register.

Garner Health es un beneficio gratuito que puede ayudarle a reducir sus gastos médicos de bolsillo elegibles, como copagos y deducibles, cuando consulte a un proveedor destacado de Garner. Consulte la sección “Beneficio de Garner Health” de esta guía.

WellBridge Surgical es un centro quirúrgico ambulatorio ubicado en Indianápolis. A los empleados cubiertos por este plan se les pueden eximir los gastos de bolsillo si el procedimiento quirúrgico está cubierto por el plan y se realiza en WellBridge Surgical.

Plan médico combinado

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

La cobertura de la red de Anthem es para servicios médicos, como consultas de atención primaria o con médicos especialistas y análisis de laboratorio. Para estos servicios, utilizará una tarjeta de seguro de Anthem.

La tarificación basada en referencias se utiliza para todos los servicios de centros médicos, como hospitalizaciones, cuidados de enfermería especializada y servicios avanzados de diagnóstico por imágenes. Para estos servicios, utilizará la tarjeta sin el logotipo de Anthem. La tarificación basada en referencias reduce 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 surtidos a través de Northwind Pharmaceuticals.

Los medicamentos especializados no están cubiertos por el plan. Aurora Health es el programa de apoyo farmacéutico que debe utilizar para los medicamentos especializados. Para obtener más información sobre Aurora Health, visite el Portal de beneficios para empleados (ascom.mybenefitsinfo.com) o comuníquese con Aurora Health al 833-759-6096. Después de inscribirse, 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 bolsillo, como copagos y deducibles, cuando consulte a un proveedor destacado de Garner. Consulte la sección “Beneficio de Garner Health” de esta guía.

WellBridge Surgical es un centro quirúrgico ambulatorio ubicado en Indianápolis. A los empleados cubiertos por este plan se les pueden eximir los gastos de bolsillo si el procedimiento quirúrgico está cubierto por el plan y se realiza en WellBridge Surgical.

Para obtener más información sobre ambos planes, llame al centro de atención telefónica para inscripciones al 855-288-1607.

WellBridge Surgical para procedimientos ambulatorios

Los empleados y sus dependientes inscritos en el plan tradicional o combinado tienen la opción de utilizar WellBridge Surgical, ubicado en Indianápolis, para ciertos procedimientos quirúrgicos ambulatorios que están cubiertos por los planes médicos ASC. Si estos procedimientos se realizan en el centro WellBridge Surgical, los gastos de bolsillo en los que incurra en WellBridge Surgical serán cubiertos en su totalidad por el plan.

El centro WellBridge Surgical está ubicado en 6300 Technology Center Drive, Indianápolis, IN 46278. Para obtener más información sobre WellBridge Surgical, visite el Portal de beneficios para empleados (https://ascom.mybenefitsinfo.com) o comuníquese con WellBridge Surgical al 317-480-4200.

Lo que necesita saber sobre el uso del plan tradicional y el plan combinado

1. Llame a AmeriBen al 855-258-6467 si tiene alguna pregunta sobre cómo funciona el plan médico y qué está cubierto.

2. Si se inscribe en el plan tradicional, debe usar la tarjeta de identificación con el logotipo de Anthem para todos los servicios, médicos, hospitales, laboratorios y estudios de 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 consulte a un médico o acuda a un laboratorio.

    b. Utilice la tarjeta de AmeriBen **sin** el logotipo de Anthem para hospitales y servicios de imágenes médicas.

    c. Nunca pague más de lo que indica su explicación de beneficios (EOB) que debe por una consulta médica o un servicio.

    d. Asegúrese de abrir toda la correspondencia que reciba de sus proveedores u hospitales y verifique que el monto que le están cobrando sea el mismo que figura en su explicación de beneficios (EOB); de no ser así, llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación e informe que es posible que haya recibido una factura de saldo. AmeriBen confirmará si ese es el caso o no. Si se trata de una factura de saldo, AmeriBen lo transferirá a Imagine360 y ellos le explicarán qué medidas tomarán 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 médica o un servicio.

    f. El Equipo de acceso a proveedores de Spring Tide Health podría comunicarse con usted en caso de que haya surgido alguna inquietud por parte de un proveedor.

4. Si vive en Fort Wayne, Indiana, y el Hospital Parkview es importante para usted para cualquier servicio de la institución que no sea de emergencias, debería considerar inscribirse en el plan tradicional.

5. Si vive en Richmond, Indiana, y Reid Health es importante para usted en relación con cualquier servicio del centro que no sea de emergencia, debería considerar inscribirse en el plan tradicional.

6. Si tiene alguna inquietud relacionada con un proveedor, un hospital, un laboratorio o un servicio de imágenes, pídales que llamen al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación: 855-258-6467.

Beneficios de salud de Garner

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

Garner es un beneficio laboral gratuito e innovador que utiliza el análisis de datos para ayudarte a encontrar médicos de la más alta calidad y le ayuda a cubrir los gastos médicos de bolsillo elegibles cuando consulta a los proveedores destacados de Garner. El monto máximo anual de reembolso para los gastos que califican es de $3,500 para la cobertura solo del empleado y de $7,000 para la cobertura del empleado más cualquier número de dependientes.

¿Cómo funciona este beneficio?

Cree una cuenta de Garner en https://app.getgarner.com/sign-in. Una vez que tenga una cuenta, use el sitio web o la aplicación móvil de Garner Health para buscar a los mejores médicos en su área. Estos proveedores destacados se agregan automáticamente a su lista de proveedores aprobados tan pronto como aparecen en su pantalla. Una vez que un proveedor destacado de Garner se encuentre en su lista de proveedores autorizados, podrá recibir el reembolso de los gastos de bolsillo que cumplan con los requisitos* después de su cita.

*Sus gastos médicos de bolsillo serán elegibles para reembolso si:

- Ha creado una cuenta de Garner y ha agregado al proveedor destacado a su lista de proveedores aprobados antes de la fecha del servicio.
- El costo de su servicio médico estuvo cubierto por su plan de seguro médico. (Consulte su plan de seguro médico.)
- El tipo de gasto sea elegible para reembolso según su plan de Garner Health. (Consulte la página “Sus beneficios” en la aplicación de Garner Health para obtener más información.)

¿Tiene preguntas?

Envíe un mensaje al servicio de conserjería a través de la aplicación móvil de Garner Health, en línea a getgarner.com, por correo electrónico a concierge@getgarner.com o llame al 866-761-9586.

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

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

Medicamentos para la diabetes a través de Northwind Pharmaceuticals

NORTHWIND
CLINICAL BLUEPRINTS®
800-722-0772

American Senior Communities ofrece el plan clínico para la diabetes en colaboración con Northwind Pharmaceuticals. Al participar en este plan, los miembros inscritos en uno de los planes de salud colectivos de ASC recibirán prácticos kits para la prediabetes y la diabetes que contienen todos los medicamentos y suministros necesarios, además de acceso exclusivo a asesores de salud, enfermeras y farmacéuticos para obtener apoyo adicional que le ayude a mantenerse en el camino correcto con su salud. ASC reconoce su compromiso con el plan clínico al eliminar o reducir sus copagos mientras participe activamente con el equipo de Northwind.

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

	Miembros que participan en el plan clínico	Miembros que NO participan en el plan clínico (solo farmacia)
Medicamentos de marca/kit de suministros	Copago de $45	Copago de $65
Kit de medicamentos genéricos y suministros	$0	Copago de $20

Seguro dental – Delta Dental (busque proveedores dentales en www.deltadentalin.com)

*Consulte “Definiciones de términos importantes sobre beneficios” en esta guía para obtener más información sobre los dependientes elegibles.

Nivel de cobertura	Tarifa de prima por pago del empleado
□ Solo empleado	▪ $6.86
□ Empleado + cónyuge*	▪ $15.44
□ Empleado + hijos*	▪ $18.42
□ Familia*	▪ $37.75

Características	Delta Dental PPO y dentistas de la red Premier	Dentista no participante (sujeto a facturación del saldo)**
Deducible □ Solo empleado □ Empleado + dependientes	□ $150 □ $450	□ $150 □ $450
Máximo anual de beneficios – Clases I, II y III	$1,000	$1,000
Máximo de por vida para ortodoncia – Clase IV	$1,000	$1,000
Beneficios de Clase I – Preventivos □ Diagnóstico y prevención (2 limpiezas al año) □ Radiografías	El plan paga 100 %, no se aplica el deducible	El plan cubre 100 %; no se aplica el deducible
Beneficios de Clase II – Básicos □ Cirugía bucal □ Servicios de restauración menores □ Tratamiento paliativo de emergencia □ Periodoncia y endodoncia	Primero se aplica el deducible, luego el plan paga 80 %	Primero se aplica el deducible, luego el plan paga 80 %
Beneficios de Clase III – Mayores □ Prótesis dentales □ Servicios de restauración mayores	Primero se aplica el deducible, luego el plan paga 50 %	Primero se aplica el deducible, luego el plan paga 50 %
Clase IV – Ortodoncia □ Ortodoncia: limitada a hijos dependientes de hasta 18 años de edad	El plan paga 50 % hasta un máximo de por vida de $1,000; no se aplica el deducible	El plan paga 50 % hasta un máximo de por vida de $1,000; no se aplica el deducible

**Cuando reciba servicios de un dentista no participante, los porcentajes en esta columna indican la parte de la tarifa de Delta Dental para dentistas no participantes que se pagará por dichos servicios. Este monto puede ser menor que lo que cobra el dentista o lo que aprueba Delta Dental, y usted es responsable de la diferencia.

Seguro oftalmológico – VSP a través de Delta Dental
(busque un proveedor en www.vsp.com/eye-doctor o llame al servicio al cliente al número gratuito 800-877-7195)

Nivel de cobertura	Tarifa de prima por pago del empleado
□ Solo empleado	▪ $1.52
□ Empleado + cónyuge*	▪ $7.93
□ Empleado + hijos*	▪ $6.06
□ Familia*	▪ $13.49

Servicio	Frecuencia
□ Examen	□ 12 meses
□ Monturas	□ 24 meses
□ Lentes	□ 12 meses
□ Lentes de contacto (en lugar de monturas y lentes)	□ 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 hay descuento disponible para proveedores fuera de la red
Monturas	Copago de $10 por el material, luego una asignación de $130	El plan paga hasta $70
Lentes estándar		
□ Monofocales	Copago de $10 por el material	El plan paga hasta $30
□ Bifocales (con línea)	Copago de $10 por el material	El plan paga hasta $50
□ Trifocales (con línea)	Copago de $10 por el material	El plan paga hasta $65
□ Progresivos	Copago de $10 por el material	El plan paga hasta $50
□ Lenticular	Copago de $10 por el material	El plan paga hasta $100
Lentes de contacto opcionales (en lugar de monturas y lentes) **	Subsidio de $130	El plan paga hasta $105
Lentes de contacto médicamente necesarios	Copago de $10 por el material	El plan paga hasta $210

Beneficios adicionales dentro de la red	
Descuento en monturas por encima del límite	Un subsidio adicional de $20 en marcas de diseñadores destacadas para monturas. Ahorro de 20 % en cualquier monto que supere el subsidio de venta al por menor.
Par adicional	Ahorro de 20 % en un número ilimitado de pares adicionales de anteojos con receta y/o anteojos de sol sin receta de cualquier proveedor de la red de VSP dentro de los 12 meses posteriores al examen.
LASIK	Descuento promedio de 15 % sobre el precio regular, o de 5 % sobre el precio promocional; los descuentos solo están disponibles en centros contratados.

*Consulte “Definiciones de términos importantes sobre beneficios” en esta guía para obtener más información sobre los dependientes elegibles.
**Se proporcionan lentes de contacto opcionales en lugar de todos los demás beneficios de lentes y monturas. Cuando se obtengan lentes de contacto, no tendrá derecho a recibir lentes y monturas nuevamente durante 12 meses.

Seguro de vida gratuito

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

Nombre a su beneficiario para el seguro de vida básico gratuito comunicándose con el centro de atención telefónica para inscripciones. Puede actualizar su beneficiario de esta manera en cualquier momento. Si no nombra a un beneficiario, el plan determinará quién recibirá el beneficio.

Plan de ahorro 401(k) para la jubilación

Los empleados son elegibles para participar en el plan de ahorro 401(k) para la jubilación inmediatamente después de su contratación o recontratación, siempre que el empleado tenga 21 años o más. Una vez inscrito y tras elegir un porcentaje de contribución, las contribuciones comenzarán a deducirse de su sueldo tan pronto como sea administrativamente posible. Usted recibirá una Guía de 401(k) para la jubilación de Transamerica lo antes posible después de su fecha de contratación.

Inscríbase en el plan y designe a sus beneficiarios en línea en https://transamerica.com/portal.ascretire o descargando la aplicación Transamerica Retirement en su dispositivo móvil. También puede llamar a Transamerica al 800-755-5801.

Planes de la Sección 125

Las primas de sus beneficios del plan de salud colectivo (médicos, dentales y oftalmológicos) se deducen automáticamente antes de impuestos, según la norma del plan de la Sección 125.

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

……

Acerca de esta guía

Esta guía describe los beneficios disponibles para los empleados a partir del 1.º de enero de 2027. No incluye todos los detalles sobre las características y reglas de los planes de beneficios. Las descripciones resumidas del plan y los certificados de seguro contienen los detalles y términos de sus planes de beneficios. American Senior Communities se reserva el derecho de modificar o suspender cualesquiera o todos los programas de beneficios, o de modificar el costo de la cobertura en cualquier momento y por cualquier motivo. El hecho de recibir este documento no constituye una garantía de empleo ni de elegibilidad para los beneficios. Si existe alguna discrepancia entre esta guía de beneficios y las descripciones resumidas del plan (SPD) o los certificados de cobertura, las SPD y los certificados serán los documentos que prevalezcan.

Beneficios voluntarios de Lincoln Financial Group

Si bien la empresa comparte con usted el costo de la cobertura de salud, es posible que desee contar con protección de seguro adicional. Durante el período de inscripción abierta, puede adquirir beneficios voluntarios, pagados por el empleado, para complementar su plan de seguridad financiera. Las primas de los beneficios voluntarios se deducen después de impuestos, y puede retirar estos beneficios en cualquier momento del año llamando al centro de atención telefónica para inscripciones. **Debes tener al menos 18 años de edad para inscribirte en estos beneficios.**

Seguro de vida a término suplementario
Puede adquirir un seguro de vida a término suplementario voluntario para usted y sus dependientes. Vea un breve video sobre el seguro de vida a término suplementario en el sitio web de inscripción (https://ascom.thebeaconselect.com).

- Adquiera cobertura para usted en incrementos de $10,000. También hay cobertura disponible para sus dependientes.
- Ciertos niveles o aumentos de cobertura pueden adquirirse 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 **"Complete Evidence of Insurability" (Completar prueba de asegurabilidad)** y siga los pasos para completar el proceso.
- El costo depende de la edad y del 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 ofrece una cobertura que le paga prestaciones en efectivo directamente a usted 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 día 15 de la enfermedad o lesión y continúa por un máximo de 11 semanas.
- **En algunos casos, puede aplicarse una limitación por afección preexistente, lo cual puede afectar el pago de una reclamación.** El centro de atención telefónica para inscripciones puede explicarte esta disposición; asegúrate de entenderla.
- Puede solicitar una prestación semanal de hasta $2,500, sin exceder 60 % de su salario anual.

Seguro contra enfermedades graves
Si es afectado por una enfermedad grave, lo último de lo que debe preocuparse es de cómo pagar las cuentas: las cuotas del auto, el alquiler o la hipoteca, los servicios públicos y la comida. El seguro por enfermedades graves le paga una prestación en efectivo si le diagnostican una enfermedad cubierta, como un ataque cardíaco, accidente cerebrovascular o cáncer, incluso si recibe beneficios de otro seguro.

- Puede seleccionar hasta $30,000 de cobertura para usted. La cobertura para el cónyuge está disponible hasta por $15,000. La cobertura para los hijos no tiene costo adicional; cada hijo dependiente está cubierto por 50 % de la prestación seleccionada por el empleado.
- Puede recibir un beneficio de $100 por año calendario para ciertos exámenes de detección de salud.
- El costo depende del nivel de cobertura y de quiénes estén cubiertos, así como de la edad en la fecha de inicio de la cobertura.

Los montos de las primas quincenales del seguro por enfermedades graves 2027 se detallan en las tablas a continuación.

Empleado – No fumador	$5,000	$10,000	$15,000	$20,000	25,000	30,000
Edad: de 18 a 29 años	$1.05	$2.10	$3.14	$4.19	$5.24	$6.29
Edad: de 30 a 39	$1.24	$2.47	$3.71	$4.95	$6.18	$7.42
Edad de 40 a 49 años	$1.93	$3.86	$5.79	$7.72	$9.65	$11.58
Edad: de 50 a 59	$3.75	$7.50	$11.24	$14.99	$18.74	$22.49
Mayores de 60 años	$9.67	$19.33	$29.00	$38.67	$48.33	$58.00

Empleado – Fumador	5,000	$10,000	$15 000	$20,000	25,000	30,000
Edad: de 18 a 29	$1.33	$2.66	$3.98	$5.31	$6.64	$7.97
Edad: de 30 a 39	$1.74	$3.47	$5.21	$6.94	$8.68	$10.41
Edad de 40 a 49 años	$2.81	$5.61	$8.42	$11.22	$14.03	$16.84
Edad de 50 a 59 años	$5.70	$11.40	$17.11	$22.81	$28.51	$34.21
Mayores de 60 años	$14.59	$29.19	$43.78	$58.38	$72.97	$87.56

Cónyuge – No fumador	$2,500	$5,000	$7,500	$10,000	12 500	15 000
Edad: de 18 a 29	$0.58	$1.15	$1.73	$2.30	$2.88	$3.45
Edad de 30 a 39 años	$0.68	$1.37	$2.05	$2.73	$3.42	$4.10
Edad: de 40 a 49	$1.02	$2.05	$3.07	$4.10	$5.12	$6.15
Edad: de 50 a 59	$1.93	$3.85	$5.78	$7.70	$9.63	$11.55
Mayores de 60 años	$4.89	$9.77	$14.66	$19.55	$24.43	$29.32

Cónyuge – Fumador	$2,500	$5,000	$7,500	10,000	12,500	15,000
Edad: de 18 a 29	$0.72	$1.44	$2.15	$2.87	$3.59	$4.31
Edad: de 30 a 39	$0.93	$1.87	$2.80	$3.73	$4.67	$5.60
Edad de 40 a 49 años	$1.46	$2.93	$4.39	$5.85	$7.32	$8.78
Edad: de 50 a 59	$2.90	$5.81	$8.71	$11.62	$14.52	$17.43
Mayores de 60 años	$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 altos costos de un accidente. Ofrece cobertura tanto dentro como fuera del trabajo si usted o un dependiente cubierto sufren una lesión cubierta por el seguro. Esta cobertura le paga un beneficio en efectivo de una sola vez para ayudarle a manejar los costos de la atención médica de emergencia, la rehabilitación a largo plazo y los gastos inesperados que surjan en el proceso. A continuación, se muestran las primas quincenales del seguro contra accidentes para 2027:

Solo empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + hijo	Empleado + familia
$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 un dependiente cubierto acuden al hospital debido a una enfermedad o lesión cubierta. Puede recibir un beneficio de $50 por año calendario para ciertos exámenes de salud. Las tablas a continuación muestran los beneficios hospitalarios básicos y las primas quincenales para 2027 del seguro de indemnización hospitalaria.

Beneficios hospitalarios básicos	
Ingreso hospitalario	$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
Ingreso en la UCI	$2,000 por día durante 1 día por año calendario
Indemnización diaria por hospitalización en la UCI	$400 por día durante 30 días por año calendario, a partir del segundo día de hospitalización
Atención al recién nacido	$500 al día durante 1 día por año calendario
Condiciones preexistentes	Ninguna

Solo empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + hijo(s) (familia monoparental)	Empleado + familia
$8.22	$17.56	$12.49	$22.74

Definiciones de términos importantes relacionados con los beneficios

Servicios auxiliares: Medidas de apoyo o diagnóstico que complementan y respaldan al médico de cabecera, al personal de enfermería u otros proveedores de atención médica en el tratamiento de un paciente. Algunos ejemplos incluyen pruebas de diagnóstico, exámenes de imagen, fisioterapia y servicios de laboratorio.

Facturación del saldo: Ocurre cuando los proveedores le cobran al paciente la diferencia entre el monto que cobran y el monto que aprueba el seguro del paciente. Si recibe una factura de un proveedor o centro médico por un monto diferente al que indica su explicación de beneficios, comuníquese de inmediato con AmeriBen 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 que usted alcanza su deducible; a partir de ahí, tanto usted como el plan pagan cada uno un porcentaje del costo restante.

Copago: El copago es un monto fijo en dólares que usted paga por ciertos servicios médicos. Los planes médicos y de visión tienen copagos.

Deducible: Es la cantidad en dólares que usted debe pagar antes de que el plan comience a cubrir cualquier gasto. Los deducibles se aplican tanto a los planes médicos como al plan dental. Para los servicios que no tienen copagos, debe alcanzar su deducible antes de que el plan comience a pagar su parte de la factura. Compare los deducibles de cada plan.

Dependientes elegibles: Puede incluir a ciertos miembros de su familia en los planes de beneficios. Estos son sus dependientes elegibles para los planes médicos, dentales y oftalmológicos: 1) Su cónyuge legal. La cobertura del plan médico (únicamente) no está disponible para su cónyuge si este trabaja y es elegible para cobertura médica en su empleo. 2) Sus hijos: pueden incluir hijos biológicos, hijos adoptados, hijastros e hijos de quienes usted tenga la tutela legal. Los hijos pueden estar cubiertos hasta el final del mes en que cumplan 26 años, a menos que sigan siendo dependientes elegibles ante el IRS debido a una discapacidad. Los "dependientes elegibles" pueden variar según los beneficios complementarios voluntarios a través de Lincoln Financial Group. Consulte con el centro de atención telefónica para inscripciones a fin de obtener más información. Informe al centro de atención telefónica para inscripciones 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 de su sueldo. El monto de la prima del empleado se divide en partes iguales entre los veintiséis pagos anuales. **Los empleados son responsables de pagar cualquier monto de prima atrasado.**

Explicación de beneficios: Una explicación de beneficios (EOB) es un informe de la compañía de seguros que describe los costos relacionados con las visitas a su médico o 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 de centros médicos: Costos relacionados con recibir atención en un hospital o centro de salud. Algunos ejemplos son los cargos hospitalarios y de los centros médicos, así como los servicios de diagnóstico por imágenes avanzadas.

Cuentas de gastos flexibles: Una cuenta de gastos flexibles (FSA) le permite ahorrar dinero antes de impuestos para ciertos 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 inscribirte en las cuentas de gastos flexibles cada año; los saldos de las cuentas flexibles no se transfieren al nuevo año calendario.

Gastos de bolsillo: La cantidad que usted paga durante el año por gastos médicos. Incluye copagos, deducibles y montos de coseguro.

Servicios preventivos: Atención de salud que le mantiene sano y detecta problemas a tiempo. Algunos ejemplos son los exámenes físicos anuales, las pruebas de detección, las vacunas y las consultas de control de salud infantil.

Servicio profesional: Atención de salud brindada por médicos y otros profesionales de la salud. Algunos ejemplos son las consultas en el consultorio de médicos de familia, internistas, pediatras o médicos generales.

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

Atención de salud especializada: Atención de salud brindada por médicos que se enfocan en un área específica de la medicina. Algunos ejemplos son cardiología, dermatología y ortopedia.

Descripciones resumidas 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 pautas federales para comparar los dos planes médicos de la compañía en situaciones de reclamación similares, con el fin de ayudarle a decidir qué plan es el más adecuado para usted. Las comparaciones no son estimaciones de costos. El resumen de beneficios y cobertura se incluye en esta guía.

American Senior Communities
Resumen de beneficios y cobertura (SBC)

Plan médico tradicional
Plan médico combinado
Garner Health HRA

Esta sección se denomina resumen de beneficios y cobertura (SBC). Le ayuda a comparar la cobertura y los beneficios entre las opciones de planes médicos. Estos son ejemplos, no estimadores de costos. Lea el ejemplo completo para asegurarse de comprender plenamente cómo funcionan los planes.

El documento del 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 (llamada prima) se proporcionará por separado.
Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite ameriben.com o llame al 1-855-258-6467. Para definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación de 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 1-855-258-6467 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas			Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?		**Dentro de la red**	**Fuera de la red**	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
	Por participante:	$4,000	$8,000	
	Por familia:	$8,000	$16,000	
	Contribución a la HRA **Por participante:** $3,500 **Por familia:** $7,000 **Los dólares disponibles de la HRA ayudan a compensar el costo del deducible.**			
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	**Sí.** Visitas al consultorio dentro de la red, servicios de atención preventiva, atención en instalaciones de enfermería especializada y atención de urgencia.			Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible. Pero se puede aplicar un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que usted alcance su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	**No.**			Usted no tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de su bolsillo para este plan?		**Dentro de la red**	**Fuera de la red**	El límite de gastos de su bolsillo es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, ellos tienen que cumplir con sus propios límites de gastos de su bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite general de gastos de su bolsillo de la familia.
	Por participante:	$6,000	$12,000	
	Por familia:	$12,000	$24,000	
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de su bolsillo?	Primas, cargos de facturación de saldo, atención médica que este Plan no cubre y trasplantes fuera de la red.			Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo.

(Número de control de la DT - OMB: 1545-0047/Fecha de expiración: 31/01/2026) (Número de control de la DOL - OMB: 1210-0147/Fecha de expiración: 30/09/2028) (Número de control de la HHS - OMB: 0938-1146/Fecha de expiración: 31/05/2026)

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	**Sí, para servicios médicos:** Anthem. Consulte www.anthem.com o llame al 1-855-258-6467 para obtener una lista de proveedores de la red. **Sí, para medicamentos con receta:** True Rx Management Services, Inc., d/b/a True Rx Health Strategists. Para obtener una lista de farmacias minoristas y de envío por correo, ingrese a www.TrueRx.com o llame al 1-866-921-4047.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza a un proveedor que esté en la red del plan. Usted pagará la cantidad más alta si utiliza un proveedor fuera de la red, y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Verifique con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista?	**No.**	Usted puede ver al especialista que elija sin una remisión.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla se aplican después de haber alcanzado su **deducible**, si corresponde.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si visita el consultorio o clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	**Anthem LiveHealth Online** Copago de $5 por visita, deducible exento **Otro** Copago de $30 por visita, deducible exento	50% de coseguro después del deducible	Incluye visitas virtuales y visitas en el hogar (es decir, visitas a domicilio).
	Visita al especialista	**Anthem LiveHealth Online** Copago de $5 por visita, deducible exento **Otro** Copago de $30 por visita, deducible exento	50% de coseguro después del deducible	
	Atención preventiva / detección / inmunización	Sin cargo	50% de coseguro después del deducible	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan.
Si se realiza una prueba	Prueba diagnóstica (radiografías, análisis de sangre)	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	——————ninguna——————
	Estudios de imágenes (tomografías CT/PET, MRI)	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	**Se requiere precertificación.**

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Farmacias preferidas de True Rx y pedido por correo de TrueRx (Usted pagará menos)	CVS/Walgreens/Rite-Aid (You will pay the most)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta** 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 **Suministro para noventa (90) días** Copago de $60	No hay un deducible para medicamentos con receta. Los medicamentos con receta por correo están limitados a un suministro de noventa (90) días a través del pedido por correo de True Rx Mail Order. No todos los medicamentos con receta están cubiertos. Para determinar si un medicamento específico está cubierto bajo su plan, inicie sesión en su cuenta en www.TrueRx.com. Si obtiene medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red, se le requerirá pagar el costo total de la receta y luego presentarla para su reembolso Es posible que haya servicios adicionales para medicamentos especializados disponibles a través de un proveedor externo.
	Medicamentos de marca preferidos	**Suministro para treinta (30) días** Copago de $30, luego 30% de coseguro hasta $65 **Suministro para noventa (90) días** Copago de $70	**Suministro para treinta (30) días** Copago de $60 luego 30% de coseguro hasta $130 **Suministro para noventa (90) días** Copago de $140	
	Medicamentos de marca no preferidos	**Suministro para treinta (30) días** Copago de $50, luego 30% de coseguro hasta $85 **Suministro para noventa (90) días** Copago de $130	**Suministro para treinta (30) días** Copago de $100, luego 30% de coseguro hasta $170 **Suministro para noventa (90) días** Copago de $260	
	Medicamentos especializados	No cubierto	No cubierto	

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa de la instalación (por ej., centro de cirugía ambulatoria)	**Wellbridge Surgical** Sin cargo **Otro** 25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Los beneficios de Wellbridge Surgical incluyen la consulta inicial. **Se requiere precertificación** para ciertos procedimientos quirúrgicos**.**
	Honorarios del médico/cirujano	**Wellbridge Surgical** Sin cargo **Otro** 25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	$400 de copago por visita después del deducible, luego 25% de coseguro		El copago de la sala de emergencias se exonera si es admitido en el hospital.
	Transporte médico de emergencia	25% de coseguro después del deducible		**Máximo para ambulancia aérea que no sea de emergencia:** $50,000 por viaje **Se requiere precertificación** para ambulancia aérea que no sea de emergencia.
	Atención de urgencia	Copago de $80 por visita, deducible exento	50% de coseguro después del deducible	——————————ninguna——————————
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa de la instalación (por ej., habitación del hospital)	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	**Limitado a la tarifa de habitación semiprivada.** **Máximo por año calendario para rehabilitación como paciente internado:** ciento veinte (120) días **Se requiere precertificación.**
	Honorarios del médico/cirujano	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	**Visita al consultorio** Copago de $30, deducible exento **Otro** 25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Incluye visitas virtuales, hospitalización parcial y tratamiento psiquiátrico diurno intensivo.
	Servicios para pacientes internados	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Incluye tratamiento residencial. **Se requiere precertificación.**

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor de la red (Usted pagará menos)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Copago de $30 por embarazo, deducible exento	0% de coseguro después del deducible	Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos. Según el tipo de servicio, se puede aplicar un copago, coseguro o deducible. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido)
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	
	Servicios de la instalación para parto/alumbramiento	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en el hogar	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	**Máximo por año calendario:** noventa (90) visitas, incluyendo enfermería privada y la terapia que forme parte del plan de atención médica en el hogar. La terapia de infusión a domicilio y la diálisis a domicilio no se aplicarán para este máximo. **Se requiere precertificación.**
	Servicios de rehabilitación	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	**Máximo por año calendario:** cuarenta y ocho (48) visitas, combinadas. Los servicios de desbridamiento de heridas y los servicios relacionados con cuidados de hospicio o de salud mental/trastornos por uso de sustancias no se aplican para este máximo.
	Servicios de habilitación	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	
	Cuidado en instalaciones de enfermería especializada	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	**Máximo por año calendario:** ciento veinte (120) días. Los servicios de atención médica subaguda a largo plazo y de hospitales de rehabilitación se aplican para este máximo.
	Equipo médico duradero	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	**Se requiere precertificación** para equipo médico duradero que exceda un precio de compra o alquiler de $3,000**.**
	Servicios de hospicio	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	——————ninguna——————

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor de la red (Usted pagará menos)	
Si su niño necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	No cubierto	No cubierto	——— ninguna ———
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	
	Control dental para niños	No cubierto	No cubierto	——— ninguna ———

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido.)

- Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre esté en peligro)
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Cirugía cosmética (adultos)
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Cuidado de la vista de rutina (adultos)
- Programas para la pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor, consulte el documento de su plan.)

- Cuidado quiropráctico
  Máximo por año calendario: veinticinco (25) visitas
- Dispositivo médico para la comprensión auditiva
  Máximo de por vida: $2,000 por oído con discapacidad auditiva cada tres (3) años
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU., **limitado a Global Core**, consulte www.bcbsglobalcore.com.
- Enfermería privada
  (Solo como parte del plan de atención médica en el hogar)
- Cuidado de rutina de los pies
  (Solo cuando sea médicamente necesario)

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

Sus derechos para continuar con la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que esta termine. La información de contacto de esas agencias es a través de: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o escribiendo a www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede ponerse en contacto con el Administrador del Plan en 6900 South Gray Road, IN 46237. Es posible que tenga otras opciones de cobertura disponibles, como la compra de una cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud (Health Insurance Marketplace). Para obtener más información sobre el mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos ante quejas y apelaciones: Existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios (EOB) que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación o queja formal por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

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

AmeriBen
Attention: Appeals Coordination
P.O. Box 7186
Boise, ID 83707
1-855-258-6467

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? **Sí**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponible a través del mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para la prima.

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? **Sí**

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría ser elegible para un crédito fiscal para la prima que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-258-6467.
Tagalog (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, kwiijigo holne' 1-855-258-6467.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos ante una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.

Declaración de divulgación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Paperwork Reduction Act), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta exhiba un número de control válido de la OMB (Oficina de Administración y Presupuesto). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es el **0938-1146**. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de la estimación del tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes 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 en los servicios excluidos bajo el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar bajo diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual (únicamente para el empleado).

Peg está por tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

Deducible general del plan	**$4,000**
Copago del especialista	**$60**
Costo compartido del hospital (instalación)	**25%**
Otro costo compartido	**25%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal)*
Servicios profesionales de parto/alumbramiento Servicios de la instalación para parto/alumbramiento
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre)*
Visita del especialista *(anestesia)*

Costo total de ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$4,000
Copagos	$10
Coseguros	$1,900
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Peg pagaría es	**$5,930**

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

Deducible general del plan	**$4,000**
Copago del especialista	**$60**
Costo compartido del hospital (instalación)	**25%**
Otro costo compartido	**25%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total de ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$900
Copagos	$500
Coseguros	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$1,400**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

Deducible general del plan	**$4,000**
Copago del especialista	**$60**
Costo compartido del hospital (instalación)	**25%**
Otro costo compartido	**25%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencias *(incluyendo suministros médicos)*
Prueba de diagnóstico *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total de ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$2,300
Copagos	$500
Coseguros	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$2,800**

The **plan** would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

Estamos aquí para ayudarle – en muchos idiomas

La ley nos exige incluir un mensaje en todos estos idiomas diferentes. ¿Tiene curiosidad por saber qué dicen? Aquí está la versión en inglés: “Usted tiene derecho a recibir ayuda en su idioma de forma gratuita. Simplemente llame al número de Servicios para Miembros que se encuentra en su tarjeta de identificación”. ¿Tiene alguna discapacidad visual? También puede solicitar este documento en otros formatos.

Spanish
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.

Chinese
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
。

Vietnamese
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.

Korean
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.

Russian
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.

French Creole
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 fòma nan dokiman sa a.

Arabic
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.

French
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.

Persian
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.

Armenian
Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն ստանալու
ձեր լեզվով: Պարզապես զանգահարեք ձեր ID քարտի վրա գտնվող Անդամների սպասարկման համարին: Տեսողության խանգարում ունեցո՞ղ եք: Կարող եք նաև խնդրել այս փաստաթղթի այլ ձևաչափեր:

Japanese
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。

Italian
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.

German
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.

Polish
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.

Pennsylvania Dutch
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 demos un trato justo

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles en nuestros programas y actividades de salud. Los miembros pueden obtener modificaciones razonables, así como servicios y ayudas auxiliares gratuitos, si tienen una discapacidad. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés (o que tengan un dominio limitado del mismo), ofrecemos servicios gratuitos de asistencia lingüística, como intérpretes e información escrita en otros idiomas. ¿Le interesan estos servicios? Llame al número de Servicios para Miembros que se encuentra en su tarjeta de identificación para recibir ayuda (TTY/TDD: 711) o visite nuestro sitio web. Si considera que hemos fallado en alguna de estas áreas o si desea obtener más información sobre los procedimientos para presentar una queja formal, puede enviar una queja por correo postal a: Compliance Coordinator, P.O. Box 7186 Boise, ID 83707, o bien, directamente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) 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 el portal en línea https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

El documento del 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 (llamada prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite ameriben.com o llame al 1-855-258-6467. Para definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación de 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 1-855-258-6467 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas			Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?		**Dentro de la red**	**Fuera de la red**	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
	Por participante:	$4,000	$8,000	
	Por familia:	$8,000	$16,000	
	Contribución al Acuerdo de reembolso de gastos de salud (HRA) **Por participante:** $3,500 **Por familia:** $7,000 **Los dólares disponibles del Acuerdo de reembolso de gastos de salud (HRA) ayudan a compensar el costo del deducible.**			
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	**Sí.** Visitas al consultorio dentro de la red, servicios de atención preventiva, atención en instalaciones de enfermería especializada y atención de urgencia.			Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible. Pero se puede aplicar un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que usted alcance su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	**No.**			Usted no tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de su bolsillo para este plan?		**Dentro de la red**	**Fuera de la red**	El límite de gastos de su bolsillo es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, ellos tienen que cumplir con sus propios límites de gastos de su bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite general de gastos de su bolsillo de la familia.
	Por participante:	$6,000	$12,000	
	Por familia:	$12,000	$24,000	
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de su bolsillo?	Primas, cargos de facturación de saldo, atención médica que este plan no cubre y trasplantes fuera de la red.			Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo.

(Número de control de la DT - OMB: 1545-0047/Fecha de expiración: 31/01/2026) (Número de control de la DOL - OMB: 1210-0147/Fecha de expiración: 30/09/2028) (Número de control de la HHS - OMB: 0938-1146/Fecha de expiración: 31/05/2026)

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	**Sí, para servicios médicos:** Anthem. Consulte www.anthem.com o llame al 1-855-258-6467 para obtener una lista de proveedores de la red. **Sí, para medicamentos con receta:** True Rx Management Services, Inc., d/b/a True Rx Health Strategists. Para obtener una lista de farmacias minoristas y de envío por correo, ingrese a www.TrueRx.com o llame al 1-866-921-4047.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza a un proveedor que esté en la red del plan. Usted pagará la cantidad más alta si utiliza un proveedor fuera de la red, y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Verifique con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista?	**No.**	Usted puede ver al especialista que elija sin una remisión.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla se aplican después de haber alcanzado su **deducible**, si corresponde.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si visita el consultorio o clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	**Anthem LiveHealth Online** Copago de $5 por visita, deducible exento **Otro** Copago de $30 por visita, deducible exento	50% de coseguro después del deducible	Incluye visitas virtuales y visitas en el hogar (ej., visitas a domicilio).
	Visita al especialista	**Anthem LiveHealth Online** Copago de $5 por visita, deducible exento **Otro** Copago de $60 por visita, deducible exento	50% de coseguro después del deducible	
	Atención de salud preventiva / detección / inmunización	Sin cargo	50% de coseguro después del deducible	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan.
Si se realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	——————ninguna——————
	Estudios de imágenes (tomografías CT/PET, MRI)	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	**Se requiere precertificación.**

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Farmacias preferidas de True Rx y pedido por correo de TrueRx (Usted pagará menos)	CVS/Walgreens/Rite-Aid (Usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta 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 **Suministro para noventa (90) días** Copago de $60	No hay un deducible para medicamentos con receta. Los medicamentos con receta por correo están limitados a un suministro de noventa (90) días a través del pedido por correo de True Rx Mail Order. No todos los medicamentos con receta están cubiertos. Para determinar si un medicamento específico está cubierto bajo su plan, inicie sesión en su cuenta en www.TrueRx.com. Si obtiene medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red, se le requerirá pagar el costo total de la receta y luego presentarla para su reembolso Es posible que haya servicios adicionales para medicamentos especializados disponibles a través de un proveedor externo.
	Medicamentos de marca preferidos	**Suministro para treinta (30) días** Copago de $30, luego 30% de coseguro hasta $65 **Suministro para noventa (90) días** Copago de $70	**Suministro para treinta (30) días** Copago de $60 luego 30% de coseguro hasta $130 **Suministro para noventa (90) días** Copago de $140	
	Medicamentos de marca no preferidos	**Suministro para treinta (30) días** Copago de $50, luego 30% de coseguro hasta $85 **Suministro para noventa (90) días** Copago de $130	**Suministro para treinta (30) días** Copago de $100, luego 30% de coseguro hasta $170 **Suministro para noventa (90) días** Copago de $260	
	Medicamentos especializados	No cubierto	No cubierto	

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa de la instalación (por ej., centro de cirugía ambulatoria)	**Wellbridge Surgical** Sin cargo **Otro** 25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Los beneficios de Wellbridge Surgical incluyen la consulta inicial. **Se requiere precertificación** para ciertos procedimientos quirúrgicos**.**
	Honorarios del médico/cirujano	**Wellbridge Surgical** Sin cargo **Otro** 25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	$400 de copago por visita después del deducible, luego 25% de coseguro		El copago de la sala de emergencias se exonera si es admitido en el hospital.
	Transporte médico de emergencia	25% de coseguro después del deducible		**Máximo para ambulancia aérea que no sea de emergencia:** $50,000 por viaje **Se requiere precertificación** para ambulancia aérea que no sea de emergencia.
	Atención de urgencia	Copago de $80 por visita, deducible exento	50% de coseguro después del deducible	Los cargos institucionales fuera de la red se aplicarán como si fueran dentro de la red.
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa de la instalación (por ej., habitación del hospital)	25% de coseguro después del deducible		**Limitado a la tarifa de habitación semiprivada.** **Máximo por año calendario para rehabilitación como paciente internado:** ciento veinte (120) días **Se requiere precertificación.**
	Honorarios del médico/cirujano	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	**Visita al consultorio** Copago de $30, deducible exento **Otro** 25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Incluye visitas virtuales, hospitalización parcial y tratamiento psiquiátrico diurno intensivo. Los cargos institucionales fuera de la red se aplicarán como si fueran dentro de la red.
	Servicios para pacientes internados	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Incluye tratamiento residencial. Los cargos institucionales fuera de la red se aplicarán como si fueran dentro de la red. **Se requiere precertificación.**

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor de la red (Usted pagará menos)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Copago de $30 por embarazo, deducible exento	50% de coseguro después del deducible	Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos. Según el tipo de servicio, se puede aplicar un copago, coseguro o deducible. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido). Los cargos institucionales fuera de la red se aplicarán como si fueran dentro de la red
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	
	Servicios de la instalación para parto/alumbramiento	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en el hogar	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	**Máximo por año calendario:** noventa (90) visitas, incluyendo enfermería privada y la terapia que forme parte del plan de atención médica en el hogar. La terapia de infusión a domicilio y la diálisis a domicilio no se aplicarán para este máximo. **Se requiere precertificación.**
	Servicios de rehabilitación	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	**Máximo por año calendario:** cuarenta y ocho (48) visitas, combinadas. Los servicios de desbridamiento de heridas y los servicios relacionados con cuidados de hospicio o de salud mental/trastornos por uso de sustancias no se aplican para este máximo.
	Servicios de habilitación	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	
	Cuidado en instalaciones de enfermería especializada	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	**Máximo por año calendario:** ciento veinte (120) días. Los servicios de atención médica subaguda a largo plazo y de hospitales de rehabilitación se aplican para este máximo. Los cargos institucionales fuera de la red se aplicarán como si fueran dentro de la red. **Se requiere precertificación.**
	Equipo médico duradero	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	**Se requiere precertificación** para equipo médico duradero que exceda un precio de compra o alquiler de $3,000.
	Servicios de hospicio	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Los cargos institucionales fuera de la red se aplicarán como si fueran dentro de la red.

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor de la red (Usted pagará menos)	
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	No cubierto	No cubierto	——————ninguna——————
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	
	Control dental para niños	No cubierto	No cubierto	—————— ninguna ——————

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido.)

- Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre esté en peligro)
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Cirugía cosmética (adultos)
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Cuidado de la vista de rutina (adultos)
- Programas para la pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor, consulte el documento de su plan.)

- Cuidado quiropráctico
  Máximo por año calendario: veinticinco (25) visitas
- Dispositivo médico para la comprensión auditiva
  Máximo de por vida: $2,000 por oído con discapacidad auditiva cada tres (3) años
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU., **limitado a Global Core**, consulte www.bcbsglobalcore.com.
- Enfermería privada
  (Solo como parte del plan de atención médica en el hogar)
- Cuidado de rutina de los pies
  (Solo cuando sea médicamente necesario)

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

Sus derechos para continuar con la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que esta termine. La información de contacto de esas agencias es a través de: la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o escribiendo a www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede ponerse en contacto con el Administrador del plan en 6900 South Gray Road, IN 46237. Es posible que tenga otras opciones de cobertura disponibles, como la compra de una cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos ante quejas y apelaciones: Existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios (EOB) que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación o queja formal por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o escribiendo a www.dol.gov/ebsa/healthreform.

También puede ponerse en contacto con el administrador tercero (TPA) para ayudar al administrador del plan con la adjudicación de reclamaciones. A continuación, el nombre, la dirección y el número de teléfono del TPA:

AmeriBen
Attention: Appeals Coordination
P.O. Box 7186
Boise, ID 83707
1-855-258-6467

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? **Sí**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponible a través del mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para la prima.

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? **Sí**

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría ser elegible para un crédito fiscal para la prima que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-258-6467.
Tagalog (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, kwiijigo holne' 1-855-258-6467.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos ante una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.

Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA): De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es el **0938-1146**. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 0.08 horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de la estimación del tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes 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 en los servicios excluidos bajo el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar bajo diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual (únicamente para el empleado).

Peg está por tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

Deducible general del plan	**$4,000**
Copago del especialista	**$60**
Costo compartido del hospital (instalación)	**25%**
Otro costo compartido	**25%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal)*
Servicios profesionales de parto/alumbramiento Servicios de la instalación para parto/alumbramiento
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre)*
Visita del especialista *(anestesia)*

Costo total de ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$4,000
Copagos	$10
Coseguros	$1,900
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Peg pagaría es	**$5,930**

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

Deducible general del plan	**$4,000**
Copago del especialista	**$60**
Costo compartido del hospital (instalación)	**25%**
Otro costo compartido	**25%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluyendo educación sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total de ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$900
Copagos	$500
Coseguros	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$1,400**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

Deducible general del plan	**$4,000**
Copago del especialista	**$60**
Costo compartido del hospital (instalación)	**25%**
Otro costo compartido	**25%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencias *(incluyendo suministros médicos)*
Prueba de diagnóstico *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total de ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$2,300
Copagos	$500
Coseguros	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$2,800**

El **plan** se haría cargo de los demás costes de estos servicios cubiertos (EJEMPLO).

Estamos aquí para ayudarle en muchos idiomas

La ley nos exige incluir un mensaje en todos estos idiomas diferentes. ¿Tiene curiosidad por saber qué dicen? Aquí está la versión en inglés: “Usted tiene derecho a recibir ayuda en su idioma de forma gratuita. Simplemente llame al número de Servicios para Miembros que se encuentra en su tarjeta de identificación”. ¿Tiene alguna discapacidad visual? También puede solicitar este documento en otros formatos.

Spanish
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.

Chinese
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。

Vietnamese
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.

Korean
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.

Russian
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.

French Creole
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 fòma nan dokiman sa a.

Arabic
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.

French
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.

Persian
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.

Armenian
Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն ստանալու
ձեր լեզվով: Պարզապես զանգահարեք ձեր ID քարտի վրա գտնվող Անդամների սպասարկման համարին: Տեսողության խանգարում ունեցո՞ղ եք: Կարող եք նաև խնդրել այս փաստաթղթի այլ ձևաչափեր:

Japanese
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。

Italian
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.

German
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.

Polish
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.

Pennsylvania Dutch
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 demos un trato justo

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles en nuestros programas y actividades de salud. Los miembros pueden obtener modificaciones razonables, así como servicios y ayudas auxiliares gratuitos, si tienen una discapacidad. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés (o que tengan un dominio limitado del mismo), ofrecemos servicios gratuitos de asistencia lingüística, como intérpretes e información escrita en otros idiomas. ¿Le interesan estos servicios? Llame al número de Servicios para Miembros que se encuentra en su tarjeta de identificación para recibir ayuda (TTY/TDD: 711) o visite nuestro sitio web. Si considera que hemos fallado en alguna de estas áreas o si desea obtener más información sobre los procedimientos para presentar una queja formal, puede enviar una queja por correo postal a: Compliance Coordinator, P.O. Box 7186 Boise, ID 83707, o bien, directamente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) 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 el portal en línea https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y qué paga por los servicios cubiertos.

Periodo de cobertura: 01/01/2027 – 31/12/2027

Plan de Acuerdo de reembolso de gastos de salud (HRA) de American Senior Communities (Garner Health como administrador) **Tipo de plan: HRA (integrado con el plan de salud principal):**

Planes tradicionales y combinados

El documento 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: Información sobre el costo de este plan. (llamada prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, comuníquese con su empleador o llame a Garner Health al 1-866-761-9586. Para definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida , facturación de saldo , coseguro , copago , deducible , proveedor u otros términos subrayados , consulte el Glosario. Puede consultar 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 importa?
¿Cuál es el deducible total ?	$0	Aunque este HRA no tiene deducible, está integrada con un plan de salud colectivo patrocinado por el empleador, el cual puede tener un deducible general. Para obtener más información, le recomendamos revisar el Resumen de beneficios y cobertura (SBC) del plan de salud colectivo. Solicite una copia a su empleador.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el deducible ?	No es aplicable.	Este plan de HRA no tiene deducible. El plan de HRA reembolsa los gastos médicos en los que usted incurra por atención médica brindada por proveedores de salud recomendados o aprobados a través del sitio web, la aplicación móvil o el servicio de conserjería de Garner Health, hasta el saldo de su cuenta de HRA. No reembolsa los gastos médicos en los que usted incurra por atención médica brindada por proveedores de salud no recomendados ni aprobados por Garner.
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	El plan de HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por el empleador, el cual puede tener un deducible, incluyendo otros deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el gasto de su bolsillo límite para este plan?	No es aplicable.	El plan de HRA solo puede reembolsarle hasta el monto que tenga en su cuenta de HRA.
¿Qué no está incluido en el de gasto de su bolsillo límite?	No es aplicable.	El plan de HRA solo puede reembolsarle hasta el monto que tenga en su cuenta de HRA.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	Eso depende.	El plan de HRA solo reembolsará los gastos médicos en los que usted incurra con un proveedor de la red recomendado o aprobado a través del sitio web, la aplicación móvil o el servicio de atención personalizada de Garner Health, hasta el límite del saldo de su cuenta de HRA. Garner Health no recomienda ni aprueba a los proveedores fuera de la red, por lo que no se podrá realizar ningún reembolso con cargo a su cuenta de HRA.
¿Necesita una remisión para consultar a un especialista ?	Eso depende.	Este plan de HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por el empleador. Si el plan de salud colectivo patrocinado por el empleador requiere una remisión para consultar a un especialista, para obtener un reembolso hasta el saldo de su cuenta de HRA, deberá (1) obtener una remisión y (2) seleccionar un especialista recomendado o aprobado a través del sitio web, la aplicación móvil o el servicio de atención personalizada de Garner Health.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan, al que puede acceder a través de su empleador.

Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en esta tabla son después que su **deducible** ha sido alcanzado, si se aplica un **deducible** .

Evento médico común	Servicios que usted podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si visita el consultorio o clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad.	0-100%	No es aplicable	Este plan de HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por el empleador. Si este servicio está cubierto por el plan de salud colectivo, usted podría recibir un reembolso hasta el saldo de su cuenta de HRA por los gastos elegibles de deducibles, copagos y coseguros. Para ser elegible para el reembolso de este tipo de gastos médicos, debe usar el sitio web, la aplicación móvil o el servicio de conserjería de Garner Health para obtener una recomendación o aprobación de un médico dentro de la red antes de incurrir en los gastos de bolsillo con ese médico.
	Visita al especialista	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
	Atención preventiva / cribado / inmunización	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
Si tiene una prueba	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Este plan de HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por el empleador. Si este servicio está cubierto por el plan de salud colectivo, usted puede recibir un reembolso hasta el saldo de su cuenta de HRA por los gastos elegibles de deducible, copago y coseguro. Para ser elegible para el reembolso de este tipo de gasto médico, debe usar el sitio web, la aplicación para teléfonos inteligentes o el servicio de conserjería de Garner Health para recibir una recomendación o aprobación de un médico dentro de la red antes de incurrir en los gastos de bolsillo con ese médico. Si una prueba de diagnóstico o imagen no es invasiva, entonces los gastos elegibles de bolsillo calificarán para el reembolso por parte del HRA si la prueba o imagen fue solicitada por un médico recomendado o aprobado por Garner.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan, al que puede acceder a través de su empleador.

Evento médico común	Servicios que usted podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
				Si la prueba o imagen es invasiva, los gastos de bolsillo solo serán reembolsables si Garner le recomienda o aprueba al proveedor antes de la fecha del servicio. Si tiene preguntas sobre qué tipos de pruebas se consideran invasivas o no invasivas, comuníquese con el servicio de atención al cliente de Garner Health a través del chat en línea en el sitio web o la aplicación móvil de Garner Health, o por teléfono al (866) 761-9586.
	Pruebas de imagen (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos genéricos	N/A. Su cuenta de HRA no ofrece cobertura para este tipo de evento médico.	No aplica. Su cuenta de HRA no ofrece cobertura para este tipo de evento médico.	Este plan de HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por el empleador, que puede cubrir algunos de los gastos de bolsillo relacionados con medicamentos. Sin embargo, su cuenta de HRA no ofrece cobertura para este tipo de eventos médicos.
	Medicamentos de marca preferida	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
	Medicamentos de marcas no preferidas	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
	Medicamentos especializados	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa por el uso de las instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	(Es lo mismo que si visitara el consultorio o la clínica de un profesional de la salud).	(Es lo mismo que si visitara el consultorio o la clínica de un profesional de la salud).	Este plan de HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por el empleador. Si este servicio está cubierto por el plan de salud colectivo, usted puede recibir un reembolso hasta el saldo de su cuenta de HRA por los gastos elegibles de deducible, copago y coseguro. Para ser elegible para el reembolso de este tipo de gasto médico, debe usar el sitio web, la aplicación para teléfonos inteligentes o el servicio de conserjería de Garner Health para para recibir una recomendación o aprobación de un médico dentro de la red antes de incurrir en gastos de su propio bolsillo con ese médico.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan, al que puede acceder a través de su empleador.

Evento médico común	Servicios que usted podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
				Obtenga una recomendación o aprobación de un médico dentro de la red antes de incurrir en gastos de bolsillo con ese médico.
	Honorarios del médico/cirujano	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	No es aplicable	No es aplicable	Este plan de HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por el empleador, que puede cubrir algunos de los gastos de bolsillo relacionados con la atención médica inmediata. Sin embargo, su cuenta de HRA no ofrece cobertura para este tipo de evento médico.
	Transporte médico de emergencias	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
	Atención es sala de urgencias	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Este plan de HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por el empleador. Si este servicio está cubierto por el plan de salud colectivo, usted podría recibir un reembolso hasta el saldo de su cuenta de HRA por los gastos elegibles de deducibles, copagos y coseguros. Para ser elegible para el reembolso de este tipo de gastos médicos, debe usar el sitio web, la aplicación móvil o el servicio de conserjería de Garner Health para obtener una recomendación o aprobación de un centro dentro de la red antes de incurrir en los gastos en dicho centro.
Si tiene que ser hospitalizado	Tarifa por uso de las instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital)	(Es lo mismo que si visitara el consultorio o la clínica de un profesional de la salud).	(Es lo mismo que si visitara el consultorio o la clínica de un profesional de la salud).	Este plan de HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por el empleador. Si este servicio está cubierto por el plan de salud colectivo, puede recibir un reembolso hasta el saldo de su cuenta de HRA por los gastos elegibles de deducible, copago y coseguro. Para ser elegible para el reembolso de este tipo de gasto médico, debe usar el sitio web, la aplicación para teléfonos inteligentes o el servicio de conserjería de Garner Health para recibir una recomendación de un médico dentro de la red.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan, al que puede acceder a través de su empleador.

Evento médico común	Servicios que usted podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
				Obtenga aprobación antes de incurrir en gastos de bolsillo con ese médico.
	Honorarios del médico/cirujano	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
	Servicios de hospitalización	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
	Servicios de centro de parto/alumbramiento	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de salud domiciliaria	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
	Servicios de rehabilitación	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
	Servicios de habilitación	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
	Atención de enfermería especializada	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
	Equipos médicos duraderos	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
	Servicios de cuidados paliativos	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
Si su niño necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	N/A. Su cuenta de HRA no ofrece cobertura para este tipo de evento médico.	No aplica. Su cuenta de HRA no ofrece cobertura para este tipo de evento médico.	Este plan de HRA está integrado con un plan de salud colectivo patrocinado por el empleador, que puede cubrir algunos de los gastos de bolsillo relacionados con este tipo de evento médico. Sin embargo, su cuenta de HRA no ofrece cobertura para este tipo de evento médico.
	Gafas para niños	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.
	Revisión dental infantil	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.	Igual que lo anterior.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan, al que puede acceder a través de su empleador.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Su plan generalmente NO cubre ciertos servicios (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
• Cualquier gasto pagadero a través de otra fuente (como el plan de salud colectivo de su empleador).	• Cualquier servicio o procedimiento que NO esté cubierto por el plan de salud colectivo de su empleador.	• Cualquier servicio o suministro que exceda la cantidad indicada en la cuenta de HRA o servicios o suministros que no son reembolsables (incluso si cumplen con la definición de atención médica) según la Sección 213 del Código de Rentas Internas.
Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del plan).		
•	•	•

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform . También puede tener a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de una cobertura de seguro individual a través del seguro de salud del mercado . Para obtener más información sobre el mercado , visita www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja y apelación: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene alguna queja contra su plan. por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina reclamación. o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica . Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una solicitud. reclamación, apelación o una queja por cualquier motivo sobre su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o para asistencia, comuníquese con el administrador de su plan.

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

La cobertura mínima esencial generalmente incluye planes, seguro de salud disponible a través del mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otros ciertos tipos de cobertura. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura mínima esencial, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para primas .

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? No, sin embargo, este plan está integrado con un plan de salud colectivo que puede cumplir con los estándares de valor mínimo. Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal para primas para ayudarte a pagar un plan a través del mercado .

Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PARA): De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta exhiba un número de control válido de la la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB).. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es el **0938-1146.** El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de la estimación del tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan, al que puede acceder a través de su empleador.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo esto plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que proveedores cargo y muchos otros factores. Concéntrese en el reparto de costes importes (deducibles , copagos y coseguro) y servicios excluidos bajo el Plan . Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes planes de salud . Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- **Deducible total del plan** **$0**
- **Especialista *[costo compartido]*** **N/A**
- **Hospital (centro) *[costo compartido]*** **N/A**
- **Otros *[costo compartido]*** **N/A** **Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:** Visitas a la consulta del especialista *(atención prenatal)* Servicios profesionales de parto/alumbramiento Servicios de instalaciones de parto/alumbramiento Pruebas diagnósticas *(ecografías y análisis de sangre)* Visitas a la consulta del especialista *(anestesia)*

Coste total del ejemplo:	**$12.700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	**N/A**
Copagos	**N/A**
Coseguro	**N/A**
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	**N/A**
El total que Peg pagaría es	**N/A**

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Especialista *[costo compartido]*** **N/A**
- **Hospital (centro) *[costo compartido]*** **N/A**
- **Otros *[costo compartido]*** **N/A**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Médico de atención primaria Consultas médicas *(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:	
Costo compartido	
Deducibles	**N/A**
Copagos	**N/A**
Coseguro	**N/A**
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	**N/A**
El total que Joe pagaría es	**N/A**

Factura simple de Mia

(Visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Especialista *[costo compartido]*** **N/A**
- **Hospital (centro) *[costo compartido]*** **N/A**
- **Otros *[costo compartido]*** **N/A**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
atención en la sala de emergencias *(incluidos suministros médicos)*
Prueba diagnóstica (*rayos X*)
Equipos médicos duraderos *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo:	**$2,800**
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	**N/A**
Copagos	**N/A**
Coseguro	**N/A**
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	**N/A**
El total que Mia pagaría es	**N/A**

**** Este plan de HRA no cubre servicios específicos como lo hace un plan de salud principal. En cambio, reembolsa los gastos elegibles de deducibles, copagos y coseguros incurridos conforme al plan de salud colectivo principal patrocinado por su empleador, y que se consideran elegibles para reembolso según la Sección 213 del Código de Rentas Internas, hasta el monto disponible en el HRA y de acuerdo con los requisitos descritos en el documento del plan. El plan de salud colectivo del empleador (integrado con el plan HRA) sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.**

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan, al que puede acceder a través de su empleador.

Avisos anuales de 2027
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

Por favor, lea este aviso con atención y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo fácilmente. 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 cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible desde 2006 para todas las personas que cuentan con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan de Medicare Advantage (como una HMO o una PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer mayor cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
2. American Senior Communities ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan maestro de bienestar de American Senior Communities, en promedio para todos los participantes del plan, NO se espera que pague tanto como lo hace la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Por lo tanto, su cobertura se considera una 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 cuenta con la cobertura de medicamentos recetados del plan maestro de bienestar de American Senior Communities. Esto también es importante porque puede significar que tenga que pagar una prima más alta (una multa) si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez.
3. Puede conservar su cobertura actual del plan maestro de bienestar de American Senior Communities. Sin embargo, debido a que su cobertura no es acreditable, debe tomar decisiones sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare que podrían afectar cuánto paga por esa cobertura, dependiendo de si se inscribe en un plan de medicamentos y cuándo lo haga. Al tomar su decisión, debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos, con la cobertura y el costo de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Lea este aviso con atención: explica sus opciones.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare 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, dado que se trata de una cobertura colectiva patrocinada por el empleador, tendrá derecho a un período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare; no obstante, también podría tener que pagar una prima más alta (una multa) porque no contaba con una cobertura acreditable bajo el plan maestro de bienestar de American Senior Communities.

¿Cuándo deberá pagar una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?
Dado que la cobertura del plan maestro de bienestar de American Senior Communities no es acreditable, dependiendo del tiempo que permanezcas sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que debas pagar una multa para inscribirte 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 consecutivos o más sin una cobertura de medicamentos recetados que sea acreditable, su prima mensual podría aumentar al menos 1 % de la prima base para beneficiarios de Medicare por mes, por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podría ser, de manera constante, al menos 19 % más alta que la prima base para beneficiarios de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (multa) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?
Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de American Senior Communities no se verá afectada.

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

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados, comuníquese con la persona que figura en la página siguiente"

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

Para más información sobre sus opciones en el marco de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare
En el manual “Medicare and You” (Medicare y usted) encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Cada año recibirá por correo una copia del manual de parte de Medicare. También es posible que los representantes de los planes de medicamentos de Medicare se pongan en contacto con usted directamente. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:
• Visite www.medicare.gov
• Llame a su programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte el número de teléfono en la contraportada interior de su ejemplar del manual “Medicare and You”) para recibir ayuda personalizada.
• Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Fecha:	1.º de octubre de 2026
Nombre de la entidad/remitente:	American Senior Communities, LLC.
Contacto — Cargo/Oficina:	Oficina de Beneficios
Dirección:	6900 South Gray Road, Indianápolis, IN 46237
Número de teléfono:	317-788-2500

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

Aviso de inscripción

Si le han realizado o le van a realizar una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Salud de la Mujer y Derechos contra el Cáncer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica.
- Prótesis.
- El tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluida la linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan.

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

Aviso anual

¿Sabía usted que su plan, tal como lo exige la Ley de Salud de la Mujer y Derechos contra el Cáncer de 1998, ofrece beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, incluyendo todas las etapas de la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las 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 LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES DE 1996

Por lo general, según la ley federal, los planes de salud colectivos y las aseguradoras de salud no pueden restringir los beneficios para ninguna estancia hospitalaria relacionada con el parto, ya sea de la madre o del recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal, por lo general, no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, según la ley federal, los planes y las aseguradoras no pueden exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estancia hospitalaria que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

NUEVAS OPCIONES DE COBERTURA EN EL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD Y SU COBERTURA MÉDICA

A partir de 2014, se creó una nueva forma de adquirir seguro de salud: el **mercado de seguros médicos**. Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el mercado.

¿Qué es el mercado de seguros de salud?

El mercado está diseñado para ayudarte a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece un "servicio integral" para encontrar y comparar opciones de seguros de salud privados. También podría ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato.

Cada año, el período de inscripción abierta para el seguro de salud a través del mercado se extiende desde el 1.º de noviembre hasta el 15 de diciembre del año anterior. Para la cobertura que comience el 1.º de enero de 2027, el período de inscripción abierta del mercado comenzará el 1.º de noviembre de 2026 y terminará el 15 de diciembre de 2026. Después del 15 de diciembre, solo podrá obtener cobertura a través del mercado si reúne los requisitos para un período de inscripción especial o si está solicitando Medicaid o el programa de seguro de salud para niños (CHIP).

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro de salud en el mercado?

Es posible que reúna los requisitos para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si la que ofrece no cumple con ciertos estándares. El ahorro en su prima al que podría tener derecho depende de los ingresos *de* su *hogar*.

¿La cobertura de salud de mi empleador afecta la elegibilidad para obtener ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador le ofrece una cobertura de salud que cumple con ciertos estándares, usted no será elegible para un crédito fiscal a través del mercado y tal vez le convenga inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, podría ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o para una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece una cobertura que cumpla con ciertos estándares.

Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es superior a 9.5% (ajustado anualmente, a partir de 2014) de los ingresos de su hogar para el año, o si la cobertura que brinda su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención de Salud Asequible, es posible que tenga derecho a un crédito fiscal. (Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte que le corresponde al plan del total de los costos de beneficios permitidos que cubre el plan no es menor a 60 % de dichos costos).

NOTA: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud que ofrece su empleador, también podría perder la contribución del empleador (si la hubiese) para la cobertura que este ofrece. Además, esta contribución del empleador, así como su contribución como empleado a la cobertura que ofrece el empleador, suele excluirse de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿**Cómo puedo obtener más información**?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, consulte la Descripción resumida del plan o comuníquese con *la Oficina de Beneficios al 317-788-2500.*

El mercado de seguros de salud puede ayudarte a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para obtener cobertura a través del mercado y su costo. Visite **www.healthcare.gov** para obtener más información, así como para acceder a una solicitud en línea de cobertura de seguro de salud del mercado y a la información de contacto del mercado de seguros de salud de su área.

AVISO ANUAL DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Este aviso se proporciona para asegurarnos de que comprende su derecho de solicitar cobertura del plan de salud colectivo. Debe leer este aviso incluso si planea renunciar a la cobertura de salud en este momento.

Pérdida de otra cobertura

Si rechaza la cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que cuenta con otro seguro de salud u otra cobertura de un plan de salud colectivo, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la otra cobertura de usted o de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días siguientes a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a esa 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 su empleo. Si notifica a su empleador dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que finaliza la cobertura, usted y sus dependientes elegibles pueden solicitar la cobertura de este plan.

Matrimonio, nacimiento o adopción

Si usted tiene un nuevo dependiente debido a un matrimonio, nacimiento, adopción o acogida para adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento o acogida para adopción.

Ejemplo: Cuando lo contrataron, estaba soltero y decidió no optar por los beneficios de seguro de salud. Un año después, se casa. Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en este plan. Sin embargo, debe presentar la solicitud dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su matrimonio.

Medicaid o CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del programa de seguro de salud para niños (CHIP), o si pasan a ser elegibles para un subsidio de asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o CHIP, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días siguientes a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o a la determinación de la elegibilidad para un subsidio de asistencia para el pago de primas.

Ejemplo: Cuando lo contrataron, sus hijos recibían cobertura médica a través de CHIP y usted no los inscribió en este plan. Debido a cambios en sus ingresos, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura de CHIP. Puede inscribirlos en este plan si presenta la solicitud dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que perdieron la cobertura de CHIP.

Para obtener más información o ayuda

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

Asistencia para el pago de primas bajo Medicaid y el programa de seguro de salud para niños (CHIP)

Si usted o sus hijos cumplen con los requisitos para Medicaid o CHIP y usted tiene derecho a la cobertura de salud a través de su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia para el pago de primas que pueda ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no cumplen con los requisitos para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero es posible que puedan adquirir cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros de salud. Para obtener más información, visite **www.healthcare.gov**.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la Oficina Estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay ayuda disponible 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 podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la Oficina Estatal de Medicaid o CHIP, o llame **al 1-877-KIDS NOW** o visite **www.insurekidsnow.gov** para averiguar cómo presentar la solicitud. Si cumple con los requisitos, pregunte a su estado si cuenta con un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por su empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas a través de Medicaid o CHIP, además de ser elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se conoce como una oportunidad de "inscripción especial", y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días siguientes a que se determine su elegibilidad para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese 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, podría ser elegible 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 2026. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web del programa de pago de primas de 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
ARKANSAS – Medicaid	**CALIFORNIA – Medicaid**
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web del programa de pago de primas de seguro médico (HIPP): https://www.dhcs.ca.gov/services/health-insurance-premium-payment-program-cost-avoidance/ Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (el programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de atención al miembro de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Servicio de retransmisión estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de retransmisión estatal 711 Programa de adhesión al seguro médico (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	**ILLINOIS - Medicaid**
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, presione 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, presione 2	Información sobre la asistencia para el pago de primas de Medicaid en Illinois Sitio web para solicitar Medicaid: https://abe.illinois.gov Número de la línea directa de HIPP: 217-524-8268 Correo electrónico de HIPP: mhfs.boc.hipp@illinois.gov
INDIANA – Medicaid	**IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)**
Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás programas de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de Servicios para Afiliados: 1-800-457-4584	Sitio web de Medicaid: Medicaid de Iowa | Salud y Servicios Humanos Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: Hawki - Niños sanos y felices en Iowa | Salud y Servicios Humanos Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: Pago de primas de seguro médico (HIPP) | Salud y Servicios Humanos (iowa.gov) Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562
KANSAS – Medicaid	**KENTUCKY – Medicaid**
Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660	Sitio web del programa integrado de pago de primas de seguro de salud 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://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms

LOUISIANA – Medicaid	MAINE – Medicaid
Sitio web de Medicaid de Luisiana: https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Línea de atención al cliente de Medicaid: 1-888-342-6207 Correo electrónico de Medicaid de Luisiana:healthy@la.gov Sitio web del Programa de Primas de Seguro Médico de Luisiana (LaHIPP): https://www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono de LaHIPP: 1-877-697-6703 Correo electrónico de LaHIPP: La.HIPP@la.gov Fax de LaHIPP: 1-888-716-9787 Dirección postal de LaHIPP: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000, Tucker, GA 30084	Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711 Página web sobre primas de seguros médicos privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP	**MINNESOTA – Medicaid**
Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico:masspremassistance@accenture.com	Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672
MISSOURI – Medicaid	**MONTANA – Medicaid**
Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005	Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov
NEBRASKA – Medicaid	**NEVADA – Medicaid**
Sitio web: http://accessnebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178	Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
NEW HAMPSHIRE – Medicaid	**NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov	Sitio web de Medicaid: https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/individuals-families/familycare/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia para las primas de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)
NUEVA YORK – Medicaid	**CAROLINA DEL NORTE – Medicaid**
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid	**OKLAHOMA – Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825	Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742

OREGÓN – Medicaid	PENSILVANIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075	Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)
RODE ISLAND – Medicaid y CHIP	**CAROLINA DEL SUR – Medicaid**
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.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
DAKOTA DEL SUR - Medicaid	**TEXAS – Medicaid**
Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059	Sitio web: Programa de pago de primas de seguro de salud (HIPP) | Servicios de salud y humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493
UTAH – Medicaid y CHIP	**VERMONT – Medicaid**
Asociación de primas de seguro de salud de Utah (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de la ampliación del programa para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web del programa de compra de derechos de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web del CHIP: https://chip.utah.gov/	Sitio web: Programa de pago de primas de seguro de salud (HIPP) | Departamento de acceso a la salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid y CHIP	**WASHINGTON – Medicaid**
Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924	Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP	**WISCONSIN – Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://bms.wv.gov/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Número gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
WYOMING – Medicaid	
Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269	

Para saber si algún otro estado ha incorporado un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de julio de 2026, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese 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 (Ley Pública 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 Administración y Presupuesto (OMB). El departamento señala que una agencia 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 cuente con un número de control de la OMB vigente, y que el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que esta cuente con un número de control de la OMB vigente. Véase 44 U.S.C. 3507. Asimismo, sin perjuicio de cualquier otra disposición legal, ninguna persona estará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si dicha recopilación no cuenta con un número de control de la OMB vigente. Consulte 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de presentación de informes para el público en relación con esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se invita a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir dicha carga, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Políticas e Investigación, a la atención de: Oficial de Autorización de la PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Sala N-5718, Washington, DC 20210, o por correo electrónico aebsa.opr@dol.gov , indicando el número de control de la OMB 1210-0137.

Aviso de privacidad de la HIPAA

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo usted puede acceder a ella. **Por favor, léalo con atención.**

Sus derechos

En lo que respecta a su información de salud, usted tiene ciertos derechos. En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia de los registros de salud y de reclamaciones	• Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones, así como de otra información de salud que tengamos • sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamaciones, por lo general, dentro de los 30 días siguientes a su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en los costos, por proporcionarle esta información.
Pídanos que corrijamos los registros de salud y de reclamaciones	• Puede solicitarnos que corrijamos sus registros de salud y de reclamaciones si considera que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo. • Podemos rechazar su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
Solicite comunicaciones confidenciales	• Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo: por teléfono a su casa o a la oficina) o que le enviemos correspondencia a una dirección diferente. • Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos aceptar si nos indicas que correrías peligro de no hacerlo.
Pídanos que limitemos el uso o la divulgación de su información	• Puede solicitarnos que **no** utilicemos ni compartamos cierta información de salud para fines de tratamiento, pago o nuestras operaciones. • No estamos obligados a aceptar tu solicitud, y podemos decirte que "no" si ello afectara su atención de salud.
Obtenga una lista de las personas con quienes hemos compartido información	• Puede solicitar una lista (relación) de las ocasiones en que hemos compartido su información de salud durante los seis (6) años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué. • Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, así como ciertas otras divulgaciones (como aquellas que usted nos haya solicitado). Le proporcionaremos un (1) informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro dentro de los 12 meses.
Obtenga una copia de este aviso de privacidad	• Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.
Elija a alguien para que actúe en su nombre	• Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. • Nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
Presente una queja si considera que se han violado sus derechos	• Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con el Departamento de Beneficios de American Senior Communities en 6900 South Gray Road, Indianápolis, IN 46237. • Puede presentar una queja ante la Oficina de Servicios de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, mediante cualquiera de los siguientes métodos. ○ Envíe una carta al: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201.

Sus opciones

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

En estos casos, tienes tanto el derecho como la opción de indicarnos acerca de:	• Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención médica. • Compartir información en una situación de ayuda en caso de desastre. • Contactarle para iniciativas de recaudación de fondos. *Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, es posible que procedamos a compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*
En estos casos, *nunca* compartiremos su información a menos que nos dé permiso por escrito:	• Fines de mercadotecnia. • Venta de su información.

Otros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos utilizar o compartir su información de salud? Por lo general, utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Para ayudar a gestionar el tratamiento médico que recibes	• Podemos utilizar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo atienden. Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios
Para administrar nuestra organización	• Podemos utilizar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario. • **No se nos permite utilizar información genérica para decidir si le brindaremos cobertura ni para determinar el precio de dicha cobertura**. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo. Ejemplo: Utilizamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.
Para proceder al pago de sus servicios de salud	• Podemos utilizar y divulgar su información de salud al pagar por sus servicios de salud. Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de sus tratamientos dentales.
Para administrar su plan	• Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan. Ejemplo: Su empresa tiene un contrato con nosotros para ofrecer un plan de salud y le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otras formas podemos usar o compartir su información de salud? Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, por lo general, de formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones establecidas en la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Como en todos los casos, si contamos con expedientes de pacientes con trastornos por consumo de sustancias que lo involucren a usted, sujetos a la norma 42 CFR parte 2, no podemos utilizar ni compartir la información contenida en dichos expedientes en investigaciones o procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin (1) su consentimiento o (2) una orden judicial y una citación.

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

Para ayudar con cuestiones de salud y seguridad públicas	• Podemos compartir información de salud sobre usted en ciertas situaciones, tales como: ○ Prevención de enfermedades ○ Ayuda con las retiradas de productos ○ Informar sobre reacciones adversas a los medicamentos ○ Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia
Para realizar investigaciones	• Podemos utilizar o compartir su información para fines de investigación
Para cumplir con la ley	• Compartiremos información sobre usted si así lo exigen las leyes estatales o federales, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.
Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaborar con un médico forense o un director de	• Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos. • Podemos compartir información médica con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando fallece una persona.
Para atender solicitudes relacionadas con la indemnización laboral, las fuerzas de seguridad y otras instituciones gubernamentales	• Podemos utilizar o compartir su información médica: ○ Para reclamaciones de indemnización laboral ○ Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley ○ Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
Para responder a demandas y acciones legales	• Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Te informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de tu información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarte una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos autorice por escrito. Si nos da su autorización, puede 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 a los términos de este aviso

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

Fecha de vigencia: 1.° de enero de 2026

Funcionaria responsable de la privacidad: Laura Bonadies, vicepresidenta de cumplimiento,laurabonadies@asccare.com, (317) 788-2500, ext. 748

Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas inesperadas

Cuando reciba atención de emergencia o le atienda un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio que sí forma parte de la red, está protegido contra la facturación o el cobro del saldo inesperado.

¿Qué es el "cobro del saldo" (a veces llamado "facturación inesperada")?

Cuando usted consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos gastos de su propio bolsillo, como un copago, un coseguro y/o un deducible. Es posible que tenga otros gastos o que deba pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no forma parte de la red de su plan de salud.

El término "fuera de la red" se refiere a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que a los proveedores fuera de la red se les permita facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. A esto se le llama **"facturación del saldo"**. Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para su límite anual de gastos de bolsillo.

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

Está protegido contra la facturación del saldo en los siguientes casos:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede cobrarle es el monto de participación en los costos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguros). **No** se le puede cobrar el saldo restante por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de que su estado se haya estabilizado, a menos que de su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para no recibir facturas por el saldo restante de estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, es posible que algunos de los proveedores que prestan servicios allí estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, médico residente o en cuidados intensivos. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo **ni** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo.

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

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

Cuando no se permite la facturación del saldo, también cuenta con las siguientes protecciones:

- Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro médico estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros médicos fuera de la red.

- Por lo general, su plan de salud debe:

    - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga una autorización previa para dichos servicios.

    - Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.

    - Calcular lo que usted debe al proveedor o centro (costo compartido) con base en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.

    - Contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y su 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, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (de conformidad con el alcance de la discriminación por sexo descrito en 45 CFR § 92.101(a)(2)).

American Senior Communities no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

American Senior Communities:

- Proporciona a las personas con discapacidad modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares apropiados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
    - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

- Ofrece servicios gratuitos de asistencia lingüística a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, lo que puede incluir:
-
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita adaptaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el director ejecutivo o el gerente general de su comunidad.

Si considera que su comunidad no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Departamento de Cumplimiento de American Senior Communities
6900 South Gray Road
Indianápolis, IN 46237
317-788-2500
Compliance@ASCCare.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, 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 a través de www.ASCHotline.com.

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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Sala 509F, Edificio HHH
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 sobre la disponibilidad de servicios de asistencia lingüística, ayudas auxiliares y servicios

Language English	**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.**
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 1-888-7882502 (TTY: 1-800-877-8339) o hable con su proveedor.**
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。**
German/Deutsch	**ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste 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.**
Pennsylvanian Dutch/Deitsch	**Wann du Druwwel hoscht fer Englisch verschtehe, kenne mer epper beigriege fer dich helfe unni as es dich ennich eppes koschte zeelt. Mir kenne dich helfe aa wann du Druwwel hoscht fer heere odder sehne. Mir kenne Schtofft lauder mache odder iesier fer lese un sell koscht dich aa nix. Ruf 1-888-788-2502 (TTY: 800-877-8339) uff odder schwetz mit dei Provider.**
Burmese/မြန်မာ	**သတိပြ*ရန်- သင်က မြန်မာဘာသာစကား ေပြာဆို်ပါက၊ အခမဲ့ ဘာသာစကားအက:အညီ ဝန်ေဆာင်မ>များက ို် ရ@ို်င်ပါသည််။ အသ ံုးပြ*@ို်င်ေသာ ေဖာ်မတ်များဖြင့် အချက်အလက်များ ေဖာ်ပြေပးရန် သင ့်ေလျာ်ေသာ အရန ်အက:အည ီများ@Eင့် ဝန ်ေဆာင်မ>များက ို်လည််း အခမဲ့ ရF်@ို်င်ပါသည််။ 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339) သ ို့်ဖန််းေခGပါ သ ို့မဟတ်**
Arabic/ العربية	**لناسو رفوتت امك .ةيناجملاةيوغللاةدعاسملا تامدخكل رفوتتسف ،ةيبرعلا ةغلل ثدحتت تنك اذإ :هيبنت 1-888- مقرلا ىلع لصتا اناجماهيلإ لوصولانكمى تاقيسنتب تاملعملا ريفوتل ةبسانم تامدخو ةدعامس ".ةمدخلا مدقم ىلإ ثدحتوأ)1-800-877-8339 (788-.**
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.**

Vietnamese/ Việt	**LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phi chc dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Chc hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo chc định dạng dễ tiếp cận cling được cung cấp miễn phi. Vui lòng gọi theo số 1-888-788-2502 (Người khuyết tật: 1-800877-8339) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ cilia bạn.**
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.**
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。**
Dutch/ Nederlands	**LET OP: als je Nederlands spreekt, zijn er gratis taalhulpdiensten 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.**
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 1888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339) o makipag-usap sa iyong provider.**
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.**
Panjabi/ਪੰਜਾਬੀ	**ਿਧਆਨ ਿਦਓ: ਜੇ ਤ ੁਸ1 ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤ5 ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸ ੇਵਾਵ5 ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮ ੈਟ5 ਿਵੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ Kਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢ ੁਕਵM ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸ ੇਵਾਵ5 ਵੀ ਮੁਫ਼ਤ ਿਵੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜ5 ਆਪਣੇ ਪ Kਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।**
Hindi/ि ह ंदी	**&ान द): यिद आप ि हंदी बोलते ह2, तो आपके ि लए ि नः श ुS8 भाषा सहायता सेवाएं उपल> होती ह2। सुलभ @ाIपो ं म जानकारी @दान करने के ि लए उपय ुE सहायक साधन और सेवाएँ भी ि नः श ुS8 उपल> ह2। 1-888-788-2502 (TTY: 1-800-877-8339) पर कॉल कर या अपने @दाता से बात कर) ।**