



Plan Year:
January 1, 2023 –
December 31, 2023

Mental Health Hotline 988

El [988 Suicide and Crisis Lifeline](#) (Lifeline) se lanzó en todo el país el 16 de julio de 2022. Similar a marcar el 911 para emergencias médicas, las personas con angustia emocional o crisis suicida pueden llamar o enviar un mensaje de texto al 988 y ser conectadas inmediatamente con consejeros capacitados que los escucharán, brindarán apoyo y los conectarán con recursos.

Lifeline ofrece servicios tanto en inglés como en español. Esto no reemplaza sus beneficios de salud mental bajo su plan médico. **Es un recurso nacional que es GRATIS para cualquiera.**



There is hope



Talk with us.



If you or someone you know needs support now, call or text **988** or chat **988lifeline.org**



PEP22-08-03-004

¡Bienvenido!

Estamos aquí para hacerle la vida más fácil.

HealthEZ es un administrador externo independiente (TPA), lo que significa que administramos los beneficios de salud de su empleador y procesamos sus reclamos médicos. Trabajamos con su empleador para diseñar un plan de beneficios personalizado para su organización y estamos listos para ayudarlo a acceder a los servicios que necesita. Hemos estado proporcionando nuestro enfoque experto y orientado al servicio durante 40 años.

Acceso directo al soporte para miembros

Número de teléfono dedicado

LUSA tiene un número de teléfono dedicado al 844-302-7778 que es respondido por una persona entre las 7 a. m. y las 7 p. m., hora estándar del Centro (CST). Fuera del horario indicado, simplemente presione "3" para comunicarse con nuestra línea de ayuda 24/7.

Línea de ayuda 24/7

Usted tiene acceso 24/7 a nuestro equipo de médicos y enfermeras experimentados. ¿Tiene un problema relacionado con la salud o necesita ayuda para encontrar al médico correcto? Llámenos al 952-896-9104. Estamos aquí para ayudarlo.

Sitio web dedicado de beneficios

Puede usar el sitio web dedicado de beneficios de LUSA en LUSABenefits.com para obtener información y manejar su plan de salud. Vea sus beneficios, revise la información de la farmacia, busque un médico y más.

Puede configurar una cuenta myHealthEZ para acceder a estados de cuenta mensuales, saldos de cuentas, facturas procesadas recientemente y el sistema de pago en línea de HealthEZ, EZpay.

Administre sus beneficios para la salud sin todos los dolores de cabeza.

Descargue la aplicación gratuita myHealthEZ para ver sus beneficios, administrar y pagar facturas, obtener asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, localizar proveedores de atención cerca de usted y acceder a su tarjeta de seguro digital, directamente desde su teléfono.



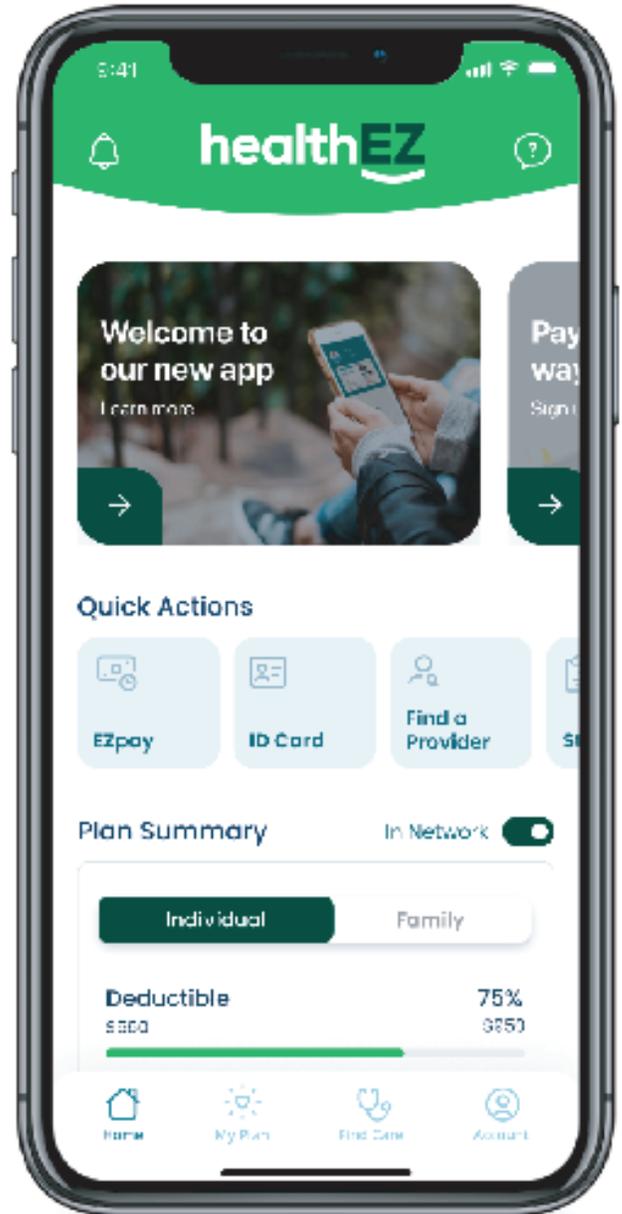
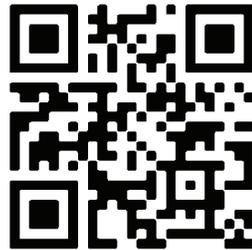
Pulse. Pague. Hecho.

Pague facturas, programe pagos automatizados y vea estados de cuenta anteriores en una ubicación simple y segura.



Ayuda y soporte 24/7

Encuentre respuestas más rápido con acceso a materiales de apoyo, o conectándose con un representante de soporte para miembros.

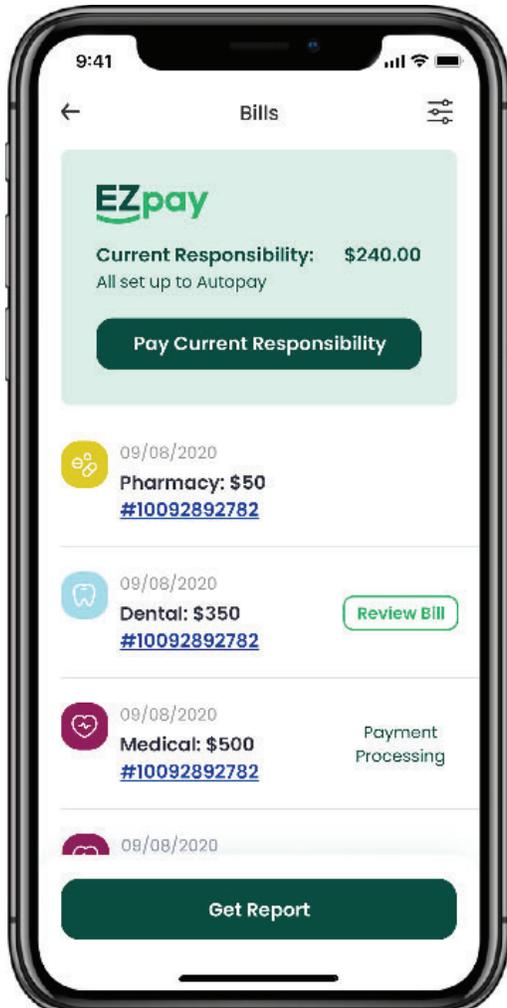


Cuenta myHealthEZ

Con o sin la aplicación myHealthEZ, también puede administrar sus beneficios de HealthEZ en su navegador web preferido. Visite myHealthEZ.com o LUSABenefits.com y haga clic en "Login" (Iniciar sesión).

Si aún no ha registrado una cuenta con HealthEZ, ingrese sus credenciales, elija una contraseña y haga clic en "Activate Your Account" (Activar su cuenta).

Los dependientes mayores de 19 años pueden crear su propia cuenta myHealthEZ para administrar su plan y solicitar una tarjeta de identificación de reemplazo o descargar su tarjeta de identificación directamente a sus propios dispositivos.



Pagos en línea sin contratiempos

EZpay es el sistema de pago en línea de HealthEZ que le permite pagar fácil y rápidamente su parte de las facturas médicas con el pago de su elección, incluyendo las tarjetas de crédito y débito, y las cuentas HSA.

Después de configurar EZpay, cada vez que procesemos una factura suya, le enviaremos un correo electrónico pidiéndole que apruebe el pago por el monto adeudado.

EZpay pagará la factura de forma predeterminada si usted no responde al correo electrónico en:

- 2 días hábiles para facturas de menos de \$250
- 5 días hábiles para facturas superiores a \$250

EZpay combinará su pago con el pago de su seguro de salud para que paguemos a su proveedor de atención médica en su totalidad.

Un estado de cuenta simple

Consolidamos todos sus gastos mensuales de atención médica en un simple estado de cuenta. Este estado de cuenta elimina la confusión y proporciona información sobre los máximos deducibles y de desembolso del año hasta la fecha, y las transacciones detalladas durante el período de facturación actual.





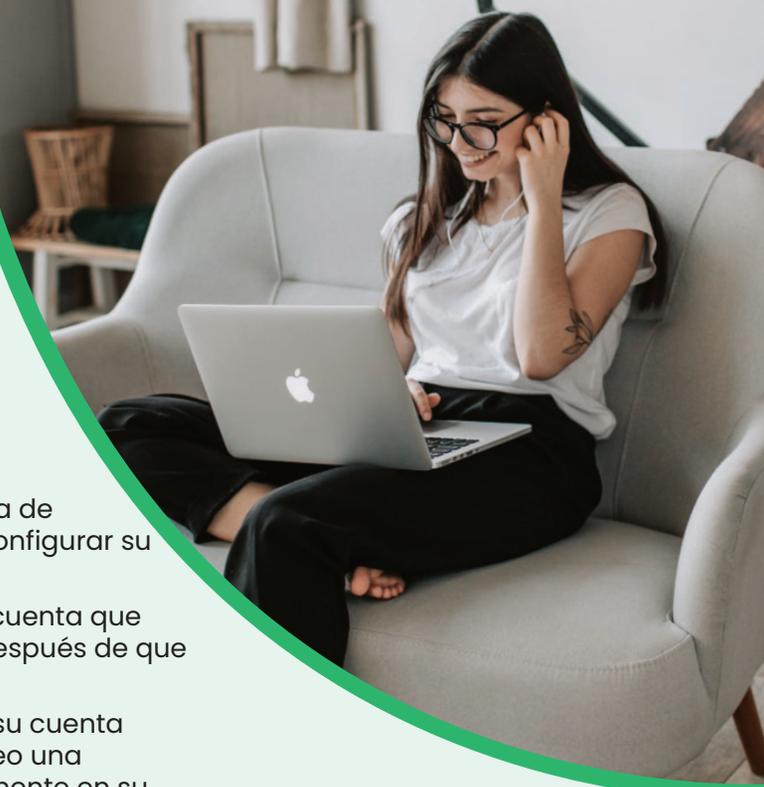
Tarjetas de identificación médicas

Si es nuevo en el plan HealthEZ, esté atento a su tarjeta de identificación médica. Una vez que la reciba, puede configurar su cuenta myHealthEZ.

Si usted es un miembro actual de HealthEZ, tenga en cuenta que recibirá una nueva tarjeta de identificación médica después de que se haya cerrado la inscripción abierta.

Si necesita una tarjeta de reemplazo, inicie sesión en su cuenta myHealthEZ y solicite que se imprima y envíe por correo una nueva tarjeta, ¡o descargue una copia digital directamente en su dispositivo!

Los dependientes mayores de 19 años pueden crear su propia cuenta myHealthEZ para administrar su plan y solicitar una tarjeta de identificación de reemplazo o descargar su tarjeta de identificación directamente a sus propios dispositivos.



Su red médica es Aetna.



¿Qué es una red médica?

Su red médica es un grupo de proveedores de atención médica. Incluye médicos, especialistas, hospitales, centros quirúrgicos y otras instalaciones. Estos proveedores de atención médica ofrecen servicios a una tarifa más baja que los proveedores fuera de la red, lo que verá reflejado en sus estados de cuenta como un descuento.

¿Qué pasa si salgo de mi red médica?

Puede haber ocasiones en las que decida visitar a un médico o clínica que está fuera de la red. Los costos de estas visitas y servicios siempre serán más altos que ver a los médicos que están dentro de la red. Fuera de la red los proveedores también tienen un deducible diferente y más alto. Usted será responsable de pagar la diferencia entre el cargo total del proveedor y la cantidad que paga su plan de seguro de salud. Esto se denomina facturación de saldo.

¿Cómo sé si mi proveedor está dentro de la red?

Visite LUSABenefits.com y haga clic en "Find a Doctor" (Buscar un médico). Después de escribir su código postal, querrá seleccionar "Doctor por tipo" y elija del menú desplegable. Cuando te pida que inicies sesión, haz clic en "Continuar como Huésped." En la siguiente pantalla, haga clic en Continuar. Luego elija PPO, Choice Fund PPO



Su Administrador de beneficios de farmacia es EHIM.



¿Qué es un Administrador de beneficios de farmacia?

Los Administradores de beneficios de farmacia (PBM) reducen los costos de los medicamentos recetados y mejoran la conveniencia y la seguridad para los consumidores. Su PBM administra su plan de medicamentos recetados y ofrece una red de farmacias que ofrecen medicamentos más asequibles.

¿Qué es el servicio de pedidos por correo?

Si toma medicamentos de mantenimiento para afecciones a largo plazo como artritis, asma, diabetes, presión arterial alta o colesterol alto, podría ahorrar dinero con el servicio de pedidos por correo de EHIM, Alliance Rx Walgreens Prime. Visite LUSABenefits.com para obtener más información sobre cómo comenzar y descargar los formularios de pedidos por correo de Alliance Rx Walgreens Prime.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos son copias de medicamentos de marca y son los mismos que los medicamentos de marca en forma de dosificación, seguridad, fuerza, vía de administración, calidad, características de rendimiento y uso previsto. Aunque los medicamentos genéricos son químicamente idénticos a sus equivalentes de marca, generalmente se venden con descuentos sustanciales del precio de marca.

Para averiguar si existe un equivalente genérico para su medicamento de marca, hable con su médico o visite EHIMRx.com.



Apoyo para la maternidad

Nuestro programa Boost Your Baby pone en contacto a las futuras mamás con una mamá mentora para apoyar un embarazo saludable. Es un sistema de apoyo no clínico para que las futuras mamás lo usen durante todo el embarazo. Nos comprometemos a: proporcione información buena y honesta, ser un apoyo cuando nos necesite, hacer la vida fácil y simple (al menos las partes que podamos) y respetar los deseos de la mamá y el papá.

Los beneficios del programa incluyen el apoyo mensual de una mamá mentora, extractor de leche y regalos gratuitos, enfermeras disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para cualquier consejo médico o atención de alto riesgo, y apoyo para abortos espontáneos.

Visite boostyourbaby.com o llame al 800-808-4848 para obtener más información.

Administración de atención

Si necesita un servicio médico como una cirugía o está en el hospital o su médico le diagnostica una afección médica compleja, una enfermera de HealthEZ podría comunicarse con usted. La enfermera lo ayudará a comprender sus opciones de tratamiento, coordinar los servicios entre sus médicos y asegurarse de que tenga todo lo que necesita para una recuperación rápida y reciba la atención adecuada en la instalación correcta.

Proporcionamos consejos a los miembros que viven con condiciones de salud crónicas, como diabetes, hipertensión y colesterol alto. También podemos proporcionar a estos miembros referencias a proveedores de atención médica. Nuestro equipo de médicos y enfermeras cree que la clave para un cambio duradero es asociarse con usted para ofrecer asesoramiento y apoyo realistas.



¡Tiene atención virtual de Teladoc!

Todos los miembros tienen acceso a citas de salud virtuales con un médico con licencia a través de los servicios de telemedicina de Teladoc. Este beneficio puede ahorrarle un viaje a la clínica. Puede evitar las salas de espera, transportarse o restar tiempo del trabajo. Sencillamente utilice su computadora o teléfono inteligente para comunicarse con su médico.

Visite [Teladoc.com](https://www.teladoc.com) o llame al 1-800-Teladoc para comunicarse con un médico.

Hable con un médico a cualquier hora, en cualquier lugar.



Consultas generales

Las consultas generales son ilimitadas y los médicos están disponibles todos los días y a toda hora (24/7/365). Los médicos pueden consultar, diagnosticar y recetar medicamentos para cosas como:

- Alergias
- Infecciones de las vías respiratorias superiores
- Dolor de oídos
- Conjuntivitis Infecciones del tracto urinario

Servicios de salud mental

Con los servicios de salud mental de Teladoc, puede hablar con un terapeuta desde la privacidad de su hogar o cualquier lugar en el que se sienta cómodo. Simplemente elija hablar con un terapeuta e indique una hora que le resulte cómoda.

Los terapeutas de Teladoc pueden tratar:

- Ansiedad
- Depresión
- Estrés/TEPT
- Trastorno de pánico
- Problemas familiares y matrimoniales

Atención de dermatología

Si tiene problemas con la piel, Dermatología de Teladoc puede ayudar. En lugar de esperar semanas para obtener una cita en una clínica de dermatología, puede recibir un diagnóstico y un plan de tratamiento en tan solo dos días hábiles.

Los dermatólogos de Teladoc tratan una amplia variedad de afecciones de la piel, como:

- Psoriasis
- Acné
- Lunares
- Rosácea

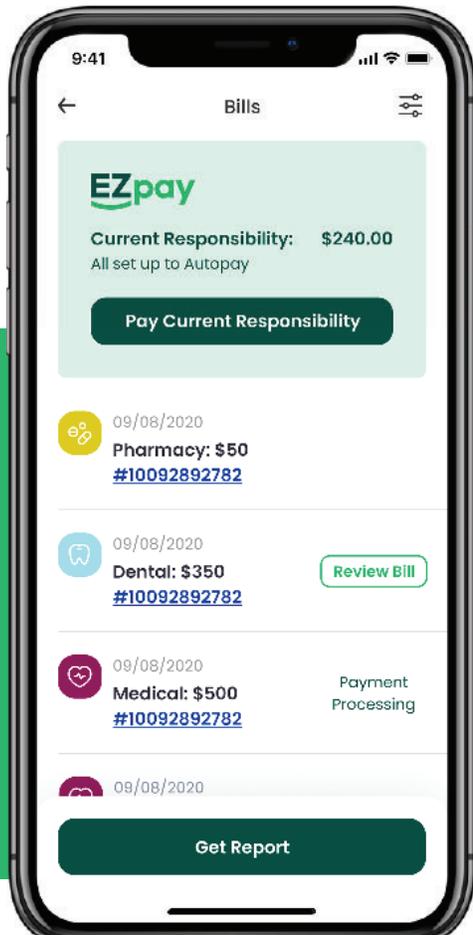
Cuenta de ahorros para la salud

Una Cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account, HSA) es un tipo de cuenta de ahorros que le permite reservar dinero antes de impuestos para pagar los gastos médicos calificados.

Al usar dólares sin impuestos en una HSA, es posible que pueda reducir sus costos generales de atención médica.

Esta cuenta le pertenece a usted, independientemente de si su empleo o cobertura médica cambiaron. Los fondos en esta cuenta pueden crecer libres de impuestos y refinanciarse de un año a otro.

Usted es elegible para una Cuenta de ahorros para la salud si está inscrito en el Plan HSA Plan.



Montos máximos de contribución anual de 2023*

Solo para empleados \$3,850:
Cobertura familiar de \$7,750:

*Las personas de 55 años o más son elegibles para contribuir con \$1,000 adicionales por año.

Publicaciones adicionales de HSA ¡Agregue su HSA a EZPay!

La [Publicación 502 del IRS](#) proporciona más detalles sobre los gastos cubiertos. La [Publicación 969 del IRS](#) proporciona más detalles sobre las cuentas de ahorro para la salud.

Resumen de beneficios médicos

Plan de copago 1

	Dentro de la red (Lo que pagará el afiliado)	Fuera de la red (Lo que pagará el afiliado)
Deducible por año calendario Solo empleado Familia	\$5,000 \$10,000	\$10,000 \$20,000
Coseguro	30%*	50%*
Máximo de desembolso directo Solo empleado Familia	\$5,600 \$10,200	\$20,000 \$60,000
Atención preventiva	Cubierto al 100 %	30%*
Visitas al consultorio Servicios de atención primaria Servicios de especialista Visita al consultorio Laboratorios, Patología, Ultrasonido y Rayos X	Copago de \$40 Copago de \$40 Cubierto al 100 %	30%* 30%* 30%*
Servicios de hospital Servicios para pacientes hospitalizados Imágenes complejas: MRI/CT/PET Scans Laboratorios Hospitalarios, Patología, Ultrasonido y Rayos X	30%* 30%* Cubierto al 100 %	50%* 30%* 30%*
Servicios de emergencia** Sala de emergencias Transporte médico de emergencia	Copago de \$100, luego 30%* 30%*	Copago de \$100, luego 50%* 50%*
Servicios de atención de urgencia	Copago de \$65	30%*
Servicios de Teledoc Consultas generales Dermatología	Cubierto al 100 % Copago de \$85	
Servicios quiroprácticos	30%*	50%*
Salud mental/Dependencia química Pacientes hospitalizados Pacientes ambulatorios	30%* Copago de \$40	50%* 50%*

Resumen de Beneficios de Farmacia

Máximo de gastos de bolsillo por receta	Suministro de 30 días al por menor	Pedido por correo Suministro para 90 días
Solo empleado Familia	\$1000 \$3000	
Cobertura de medicamentos recetados	Suministro de 30 días en farmacia minorista	Suministro de 90 días de pedido por correo
Genéricos De marca preferidos De marca no preferidos De especialidad	Copago de \$20 Copago de \$40 Copago de \$60 Copago de \$20/\$40/\$60	Copago de \$40 Copago de \$80 Copago de \$120 No disponible

Nota: Consulte en la Descripción Resumida del Plan la cobertura real, limitaciones y disposiciones de exclusión.

* Después del deducible

** Cubierto como dentro de la red en una verdadera emergencia

Resumen de beneficios médicos

Plan de copago 2

	Dentro de la red (Lo que pagará el afiliado)	Fuera de la red (Lo que pagará el afiliado)
Deducible por año calendario Solo empleado Familia	\$5,000 \$10,000	\$10,000 \$20,000
Coseguro	30%*	50%*
Máximo de desembolso directo Solo empleado Familia	\$5,600 \$10,200	\$20,000 \$60,000
Atención preventiva	Cubierto al 100 %	30%*
Visitas al consultorio Servicios de atención primaria Servicios de especialista Visita al consultorio Laboratorios, Patología, Ultrasonido y Rayos X	Copago de \$40 Copago de \$40 30%*	30%* 30%* 30%*
Servicios de hospital Servicios para pacientes hospitalizados Imágenes complejas: MRI/CT/PET Scans Laboratorios Hospitalarios, Patología, Ultrasonido y Rayos X	30%* 30%* 30%*	50%* 50%* 50%*
Servicios de emergencia** Sala de emergencias Transporte médico de emergencia	Copago de \$100, luego 30%* 30%*	Copago de \$100, luego 50%* 50%*
Servicios de atención de urgencia	Copago de \$65	30%*
Servicios de Teledoc Consultas generales Dermatología	Cubierto al 100 % Copago de \$85	
Servicios quiroprácticos	30%*	50%*
Salud mental/Dependencia química Pacientes hospitalizados Pacientes ambulatorios	30%* Copago de \$40	50%* 50%*

Resumen de Beneficios de Farmacia

Máximo de gastos de bolsillo por receta	Suministro de 30 días al por menor	Pedido por correo Suministro para 90 días
Solo empleado Familia	\$1000 \$3000	
Cobertura de medicamentos recetados	Suministro de 30 días en farmacia minorista	Suministro de 90 días de pedido por correo
Genéricos De marca preferidos De marca no preferidos De especialidad	Copago de \$20 Copago de \$40 Copago de \$60 Copago de \$20/\$40/\$60	Copago de \$40 Copago de \$80 Copago de \$120 No disponible

Nota: Consulte en la Descripción Resumida del Plan la cobertura real, limitaciones y disposiciones de exclusión.

* Después del deducible

** Cubierto como dentro de la red en una verdadera emergencia

Resumen de beneficios médicos

Plan de copago 3

	Dentro de la red (Lo que pagará el afiliado)	Fuera de la red (Lo que pagará el afiliado)
Deducible por año calendario Solo empleado Familia	\$1,500 \$4,500	\$3,000 \$9,000
Coseguro	20%*	40%*
Máximo de desembolso directo Solo empleado Familia	\$4,500 \$10,200	\$9,000 \$27,000
Atención preventiva	Cubierto al 100 %	40%*
Visitas al consultorio Servicios de atención primaria Servicios de especialista Visita al consultorio Laboratorios, Patología, Ultrasonido y Rayos X	Copago de \$30 Copago de \$30 Cubierto al 100 %	40%* 40%* 40%*
Servicios de hospital Servicios para pacientes hospitalizados Imágenes complejas: MRI/CT/PET Scans Laboratorios Hospitalarios, Patología, Ultrasonido y Rayos X	20%* 20%* Cubierto al 100 %	40%* 40%* 40%*
Servicios de emergencia** Sala de emergencias Transporte médico de emergencia	Copago de \$100, luego 20%* 20%*	40%* 40%*
Servicios de atención de urgencia	Copago de \$55	40%*
Servicios de Teledoc Consultas generales Dermatología	Cubierto al 100 % Copago de \$85	
Servicios quiroprácticos	20%*	40%*
Salud mental/Dependencia química Pacientes hospitalizados Pacientes ambulatorios	40%* Copago de \$30	40%* 40%*

Resumen de Beneficios de Farmacia

Máximo de gastos de bolsillo por receta	Suministro de 30 días al por menor	Pedido por correo Suministro para 90 días
Solo empleado Familia	\$1000 \$3000	
Cobertura de medicamentos recetados	Suministro de 30 días en farmacia minorista	Suministro de 90 días de pedido por correo
Genéricos De marca preferidos De marca no preferidos De especialidad	Copago de \$20 Copago de \$35 Copago de \$50 Copago de \$20/\$35/\$50	Copago de \$40 Copago de \$70 Copago de \$100 No disponible

Nota: Consulte en la Descripción Resumida del Plan la cobertura real, limitaciones y disposiciones de exclusión.

* Después del deducible

** Cubierto como dentro de la red en una verdadera emergencia

Resumen de beneficios médicos

Plan HSA

	Dentro de la red (Lo que pagará el afiliado)	Fuera de la red (Lo que pagará el afiliado)
Deducible por año calendario Solo empleado Familia	\$5,000 \$10,000	\$10,000 \$20,000
Coseguro	N/A	30%*
Máximo de desembolso directo Solo empleado Familia	\$5,000 \$10,000	Llimitado Llimitado
Atención preventiva	Cubierto al 100 %	30%*
Visitas al consultorio Servicios de atención primaria Servicios de especialista Visita al consultorio Laboratorios, Patología, Ultrasonido y Rayos X	Sin cargo* Sin cargo* Sin cargo*	30%* 30%* 30%*
Servicios de hospital Servicios para pacientes hospitalizados Imágenes complejas: MRI/CT/PET Scans Laboratorios Hospitalarios, Patología, Ultrasonido y Rayos X	Sin cargo* Sin cargo* Sin cargo*	30%* 30%* 30%*
Servicios de emergencia** Sala de emergencias Transporte médico de emergencia	Sin cargo* Sin cargo*	30%* 30%*
Servicios de atención de urgencia	Sin cargo*	30%*
Servicios de Teledoc Consultas generales Dermatología	Cubierto al 100 % Copago de \$85*	
Servicios quiroprácticos	Sin cargo*	30%*
Salud mental/Dependencia química Pacientes hospitalizados Pacientes ambulatorios	Sin cargo* Sin cargo*	30%* 30%*

Resumen de Beneficios de Farmacia

	Suministro de 30 días en farmacia minorista	Suministro de 90 días de pedido por correo
Cobertura de medicamentos recetados Genéricos De marca preferidos De marca no preferidos De especialidad	Sin cargo* Sin cargo* Sin cargo* Sin cargo*	Sin cargo* Sin cargo* Sin cargo* No disponible

Nota: Consulte en la Descripción Resumida del Plan la cobertura real, limitaciones y disposiciones de exclusión.

* Después del deducible

** Cubierto como dentro de la red en una verdadera emergencia

Conéctese con nosotros

LUSA tiene un número de teléfono dedicado al 844-302-7778, para responder preguntas de 7 a. m. a 7 p. m., hora del Centro. Cuando llama, una persona real responde. Fuera del horario indicado, simplemente presione "3" para comunicarse con nuestra línea de ayuda 24/7.



service@healthEZ.com
LUSABenefits.com



844-302-7778



7201 West 78th Street
Bloomington, MN 55439

¿Sala de fusión o atención de urgencia? Cómo elegir



Más del 10 por ciento de todas las visitas a la sala de emergencias podrían haberse abordado en un centro de atención de urgencia o resuelto en el consultorio de un médico. Pero, ¿cómo se puede usted determinar cuál es más apropiado para su condición?

Consejos para la sala de emergencias / atención de urgencia

- Los ER independientes no están dentro de la red con la mayoría de los operadores.
- Vaya a las salas de emergencias afiliadas a los hospitales de la red.
- Pregunte: "¿Está contratado y dentro de la red?" y "¿Es esto una sala de emergencias de atención de urgencia?"
- Use la aplicación de su operador o llame al número de miembro que figura en su tarjeta para una instalación dentro de la red.

Cuándo usar la sala de emergencias

Las salas de emergencia están equipadas para manejar lesiones y enfermedades potencialmente mortales y otras afecciones médicas graves. Una emergencia es una condición que puede causar pérdida de vidas o discapacidad permanente o grave si no se trata de inmediato. Debe ir directamente a la sala de emergencias más cercana si experimenta alguno de los siguientes:

- Dolor en el pecho
- Dificultad para respirar
- Dolor abdominal intenso después de una lesión
- Sangrado incontrolable
- Confusión o pérdida del conocimiento
- Intoxicación o sospecha de intoxicación
- Quemaduras, cortes o infecciones graves
- Incapacidad para tragar
- Convulsiones
- Parálisis
- Huesos rotos

Los pacientes en la sala de emergencias se clasifican de acuerdo con la gravedad de su condición. Por ejemplo, un paciente con lesiones graves por un accidente automovilístico probablemente sería visto antes que un

niño con una infección de oído, incluso si el niño fue traído primero.

Cuándo usar la atención de urgencia

Los centros de atención de urgencia generalmente se encuentran en clínicas u hospitales y, al igual que las salas de emergencia, ofrecen atención fuera del horario de atención. A diferencia de las salas de emergencia, no están equipadas para manejar situaciones que amenazan la vida. Más bien, manejan afecciones que requieren atención inmediata, aquellas en las que retrasar el tratamiento podría causar problemas graves o molestias.

Algunos ejemplos de afecciones que requieren atención urgente son:

- Infecciones del oído
- Esguinces
- Infecciones del tracto urinario
- Vómito
- Fiebre alta

Los centros de atención de urgencia suelen ser más rentables que las salas de emergencias para estas afecciones. Además, el tiempo de espera en los centros de urgencias suele ser mucho más corto.

Reduzca los costos de sus medicamentos recetados

Puede reducir los costos hasta en un 90 por ciento convirtiéndose en un consumidor informado y utilizando las mismas técnicas de compra que utiliza al comprar otros bienes y servicios.

Consejos de prescripción

- Pídale muestras a su médico
- Busque cupones/programas del fabricante
- Comprar farmacias
- Solicitar medicamentos genéricos
- Visite GoodRx – Use to price-shop. No se puede combinar con su plan de salud/Rx.

Comparaciones de precios

Los precios de los medicamentos no son uniformes; puede ahorrar una cantidad considerable de dinero comprando alrededor.

Sustitución de drogas

Cuando su médico le recete un medicamento, pregunte si hay una alternativa más barata disponible.

Compra a granel

Como sabrá por sus compras diarias, es más barato comprar a granel. Lo mismo es cierto para las drogas. Comprar cantidades más grandes a la vez generalmente reduce el costo por dosis de los medicamentos. Esto es especialmente cierto para los genéricos comprados por correo.

Farmacias de pedidos por correo

Las farmacias de pedidos por correo e Internet ofrecen las mejores ofertas en medicamentos recetados, especialmente para pacientes con afecciones crónicas.

División de píldoras

Muchos medicamentos recetados están disponibles en dosis más altas por costos similares a las dosis más pequeñas. Recetar la mitad de las píldoras de mayor potencia y hacer que el paciente las divida para lograr la dosis deseada puede reducir el costo de algunos medicamentos hasta en un 50 por ciento. Sin embargo, la división de píldoras no es segura para todos los medicamentos, así que hable con su médico.

Medicamentos de venta libre (OTC)

Pregúntele a su médico si un medicamento de venta libre funcionará tan bien como un medicamento recetado. Hoy en día hay cientos de medicamentos de venta libre que anteriormente solo estaban disponibles con receta médica.

Medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos funcionan tan bien como los medicamentos de marca y pueden costar entre un 20 y un 80 por ciento menos. Esto se aplica tanto a las recetas como a los medicamentos de venta libre.

Programas de asistencia de la compañía farmacéutica / asistencia estatal de medicamentos

Muchas compañías farmacéuticas y estados ofrecen programas de asistencia de medicamentos para ancianos, personas de bajos ingresos y / o personas con discapacidades.

Planes de medicamentos de Medicare

Las personas mayores pueden combinar técnicas de compras inteligentes con el plan de medicamentos de Medicare. Toda la información que necesitas está disponible en www.Medicare.gov.

Muestras

Las compañías farmacéuticas dan miles de muestras a los médicos cada año. Es posible que su médico pueda proporcionarle semanas de medicamento sin cargo.

Siga tomando sus medicamentos. Si toma medicamentos con regularidad, no se salte dosis ni deje de tomar sus medicamentos para ahorrar dinero. Apegarse a su horario de medicamentos lo ayudará a evitar complicaciones de salud que costarán más dinero en el futuro.

Tarjetas de descuento para medicamentos recetados

Busque una tarjeta de descuento, ya sea a través de una cadena de farmacias o un plan nacional. Pueden proporcionar descuentos en sus recetas por una pequeña cuota mensual o anual.

Autorización antes de impuestos (Plan Premium Only – POP)

¿Cómo funciona el plan?

Cuando las primas de seguro se deducen de un cheque de pago, las deducciones normalmente se realizan después de que se eliminan los impuestos sobre la renta FICA y federales. Esto significa que las primas se pagan con "dólares después de impuestos". Con este plan, las primas elegibles se deducen antes de que se realicen las deducciones de impuestos o del Seguro Social (FICA). Las primas se pagan con "dólares antes de impuestos". Los ingresos reportados en su formulario anual W-2 se reducen por el monto de las primas de seguro y, por lo tanto, el ingreso imponible es menor. Esto está permitido bajo secciones especiales del Código de Rentas Internas. Según las regulaciones del IRS, las parejas domésticas no son reconocidas para fines de beneficios fiscales. Por lo tanto, la parte de las deducciones para la pareja doméstica no es elegible para el estado de favorecimiento fiscal.

Preguntas frecuentes

Si renuncio a la cobertura, ¿puedo inscribirme más tarde?

No hasta el próximo período anual de inscripción en POP. Las inscripciones tardías no están permitidas bajo las regulaciones del IRS.

¿Cuándo puedo cambiar mi inscripción en POP?

Dentro de los 31 días posteriores a que su estado familiar haya cambiado. Esto incluye el matrimonio, el divorcio, el nacimiento de un hijo, la muerte de su cónyuge o dependiente, el final o el comienzo del empleo de su cónyuge, cuando usted o su cónyuge cambian de empleo a tiempo parcial a tiempo completo o a tiempo completo a tiempo parcial, o cuando usted o su cónyuge toman una licencia de ausencia no remunerada que afecta su inscripción médica, dental y / o de la vista.

¿Qué pasa si quiero cambiar o interrumpir mi cobertura de seguro durante el año y no he tenido un cambio en el estado familiar?

De acuerdo con las pautas del IRS, una vez que esté inscrito en POP, no puede cambiar su deducción hasta el final del año del plan POP.

Al participar en POP, ¿puedo usar mis primas médicas, dentales y / o de visión como una deducción en mis impuestos sobre la renta individuales?

No. Ya habrá recibido sus ahorros de impuestos al participar en este plan.

¿Puedo pagar solo una parte de mi prima a través de POP?

No. Solo sus primas elegibles completas se pueden pagar a través de este plan.

Preguntas frecuentes sobre los beneficios

¿Qué es un deducible?

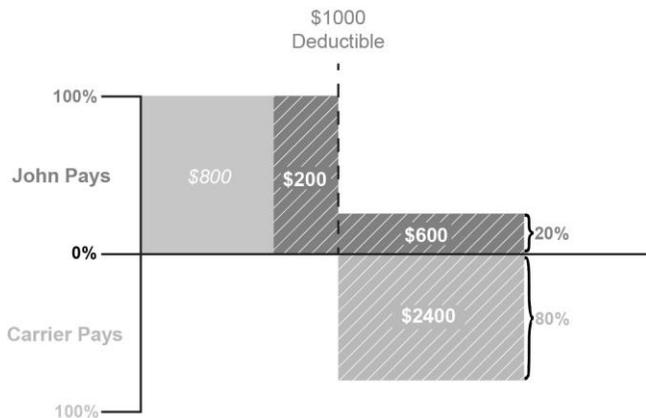
El deducible es la cantidad de dinero que usted o sus dependientes tienen que pagar antes que el plan de salud de la organización empiece a pagar los servicios de salud prestados. Por ejemplo, un participante en el plan con un deducible de \$1,000 tendrá que pagar los primeros \$1,000, en total, de cualquier gasto hecho durante el año del plan.

Ejemplo: Juan tiene un plan de salud con un deducible anual de \$1,000. Cuando se cae del techo de la casa le hacen tres cirugías en la rodilla, la primera cuesta \$800. Como Juan no ha pagado ninguna parte del deducible este año, y como la cirugía de \$800 no satisface el monto total del deducible, Juan tiene que pagar el 100 por ciento del costo de la cirugía.

¿Qué es el coaseguro?

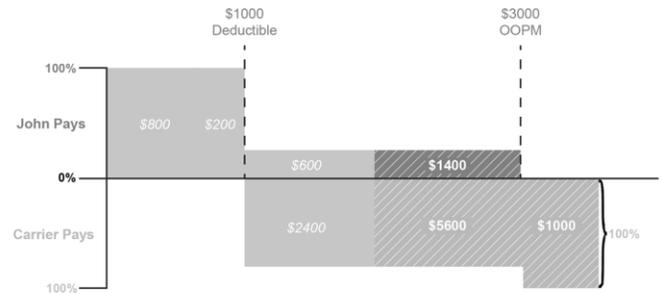
El coaseguro es el porcentaje de un servicio de atención médica que usted tiene que pagar después de haber pagado el deducible del plan.

Ejemplo: La segunda cirugía de Juan se lleva a cabo dentro del mismo año del plan que la primera y cuesta un total de \$3,200. Como solo ha pagado \$800 del deducible anual de \$1,000, tendrá que pagar los primeros \$200 de la segunda cirugía. Entonces, Juan ha satisfecho el deducible y la compañía de seguros pagará el 80 por ciento del costo restante, un total de \$2,400. Juan todavía tendrá que pagar el 20 por ciento, o sea \$600, del costo restante. En total Juan tendrá que pagar \$800 por la segunda cirugía.



¿Qué es el límite máximo de desembolso personal?

El límite máximo de desembolso personal es la mayor cantidad que usted debe pagar por atención de salud durante un año, excluyendo la prima mensual. Le protege de gastos médicos muy altos. Ya que haya pagado la cantidad máxima anual de desembolso personal, su seguro médico o plan de salud comienza a pagar el 100 por ciento del monto permisible en servicios o artículos de atención de salud permitidos para lo que queda del año.



¿Qué es un copago?

El copago es la cantidad fija que usted paga por un servicio de atención de salud, generalmente al momento de recibirlo. La cantidad varía según el tipo de servicio de atención de salud cubierto.

Ejemplo: Sara lleva a su hijo al pediatra porque tiene una tos fuerte. Tiene un copago de \$30 en el consultorio del doctor.

• Costo de la visita:	• \$200
• Sara paga:	• \$30
• El plan de atención de salud paga:	• \$170

¿Qué es una explicación de beneficios?

La explicación de beneficios (EOB, por su sigla en inglés) es una descripción que la compañía de seguros le envía y explica los gastos que ha incurrido y los servicios que cobró su doctor. Usted debe comparar la EOB al recibo que le llega del doctor. Toda la información en la EOB debe ser igual a la que aparece en los estados de cuenta que reciba del doctor. Si no es así, llame de inmediato al consultorio del doctor.

Preguntas frecuentes sobre los beneficios

¿Qué es una condición preexistente?

Una condición preexistente es una condición física o mental que existía desde antes que usted tuviera cobertura de un plan de beneficios de atención de salud. Algunas pólizas de seguro y planes de atención de salud excluyen cobertura para condiciones preexistentes. Por ejemplo, es posible que su plan de salud no pague tratamiento relacionado con una condición preexistente por un año. Verifique con su compañía de seguros cómo el plan de salud de la organización maneja las condiciones preexistentes.

¿Qué es la atención preventiva?

La atención preventiva es atención proactiva y completa que se enfoca en prevención y detección temprana. Esta atención incluye exámenes físicos, vacunas, y citas de bienestar para niños, mujeres y hombres. Asegúrese de que su hijo reciba chequeos de rutina y vacunas según sea necesario porque ambos pueden prevenir problemas médicos (y gastos) más adelante. Además, los adultos deben hacerse pruebas de detección preventivas según las recomendaciones para su edad para detectar problemas de salud a tiempo.

Recuerde que todos los beneficios de atención preventiva están cubiertos al 100% cuando va con un proveedor de la red.

Ejemplo: María programa una cita con su proveedor de atención de salud de la red para un examen físico anual y una mamografía bianual. Como María tiene derecho a estos servicios preventivos bajo las pautas de cobertura de atención preventiva de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA en inglés), su compañía de seguro médico cubre el costo total de la visita.

• Costo del examen físico	• \$200
• Costo de una mamografía	• \$200
• María paga	• \$0
• El plan de salud paga	• \$400

¿Qué son los beneficios de salud esenciales?

Los beneficios de salud esenciales son una serie de categorías de atención de salud que, de acuerdo con la ACA, algunos planes tienen que cubrir a partir de 2014. Los planes que tienen que cubrir los beneficios de salud esenciales son, entre otros, los que están disponibles en mercados de personas individuales y grupos pequeños, y todos los planes estatales de Medicaid. Los beneficios de salud esenciales tienen que incluir artículos y servicios dentro de por lo menos las siguientes diez categorías: servicios para pacientes ambulatorios; servicios de emergencia; hospitalización; atención de maternidad y al recién nacido; servicios de salud mental y abuso de sustancias, incluso tratamiento de la salud conductual; medicamentos de receta; servicios y dispositivos de habilitación y rehabilitación; estudios de laboratorio; servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos, incluso cuidado dental y de la vista.

¿Qué preguntas debo hacerle a mi doctor?

Es difícil creerlo, pero muchos pacientes no les hacen preguntas básicas a sus doctores. "¿Cuánto costará el tratamiento?" "¿Hay otro tratamiento que sea igual de efectivo pero menos costoso?" "¿Cuáles son los riesgos?" "¿Cuáles son los efectos secundarios?" Hablar con su doctor puede ayudarlo a comprender mejor cómo las decisiones que ellos toman sobre el cuidado pueden afectar los costos de su plan de salud. También le ayudará a su doctor a conocerlo mejor y a buscarle un tratamiento más efectivo.

¿Cuál es la diferencia entre los medicamentos genéricos y los de marca?

La diferencia entre los medicamentos genéricos y los de marca es el nombre del medicamento y el costo. Los medicamentos genéricos cuestan mucho menos que los de marca, les ahorran dinero a usted y a su empleador, y le dan los mismos beneficios de salud que los medicamentos de marca.

¿Qué es un Resumen de Beneficios y Cobertura?

Los resúmenes de beneficios y cobertura (SBC, por su sigla en inglés) son esquemas fáciles de entender que permiten hacer una comparación válida de los costos y la cobertura de los planes de salud. Puede comparar las opciones según el precio, los beneficios y cualquier otro punto que considere importante. Le llegará un resumen cuando investigue las opciones de cobertura por su cuenta o por medio de su empleo, cuando renueve la cobertura o la cambie, o cuando le pida a la compañía de seguro médico que le envíe el resumen.

Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC)

La Ley de Cuidado de Salud Asequible requiere que todos los emisores de planes de salud y de salud de grupo tiene previsto ofrecer los afiliados elegibles con un Resumen de beneficios y cobertura (SBC) . El SBC le proporciona información para comprender mejor su plan y le permite comparar las opciones de cobertura .

Usted está recibiendo este paquete debido a uno de los siguientes eventos de cobertura del plan que requiere que usted reciba un SBC .

- A solicitud de la cobertura
- Antes de cualquier modificación significativa de la cobertura de su plan
- Antes de la renovación del plan , o
- Usted es un afiliado especial

Para obtener más información con respecto a este documento , por favor póngase en contacto con el número de Servicios para Miembros en el reverso de su tarjeta de identificación .

Divulgaciones y avisos

Información obligatoria sobre la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio Planes de derechos sin efecto retroactivo

Límites anuales sobre los beneficios de salud esenciales

A partir de los años del plan que empiezan el 1° de enero de 2014 o después, los planes de salud tienen prohibido colocar límites anuales sobre los beneficios de salud esenciales. A partir de los años del plan que empiezan el 1° de enero de 2014 o después, la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por su sigla en inglés) prohíbe a los planes de salud imponer a los afiliados exclusiones de condiciones preexistentes (PCEs, por su sigla en inglés). La ley ACA eliminó las condiciones preexistentes para afiliados menores de 19 años en los años del plan que iniciaron el 23 de septiembre de 2010 o después.

Cobertura para hijos dependientes hasta los 26 años de edad

A partir de los años del plan que empiezan el 23 de septiembre de 2010 o después, la ley ACA exige que los planes de salud que ofrecen cobertura para hijos dependientes ofrezcan cobertura a hijos adultos hasta los 26 años de edad. Sin embargo, para los años del plan que empiezan antes del 1° de enero de 2014, los planes de derechos con efecto retroactivo no tenían que cubrir a hijos adultos menores de 26 años si llenaban los requisitos para cobertura de salud colectiva patrocinada por un empleador.

Aviso de Protección del Paciente

En el marco de la ley ACA, los planes de salud colectivos sin efecto retroactivo y las compañías de seguros que exigen el nombramiento de un médico de cabecera tienen que permitir que cada participante, beneficiario y afiliado nombre a cualquier médico de cabecera participante disponible (incluso a un pediatra para los niños). Además, los planes y las compañías de seguros que brindan cuidado de obstetricia y ginecología y exigen el nombramiento de un médico de cabecera no pueden exigir una preautorización o remisión a servicios para cuidado obstétrico o ginecológico.

Si un plan de derechos sin efecto retroactivo exige que los afiliados nombren a un médico de cabecera, el plan o la compañía de seguros tiene que proporcionar un aviso de estas protecciones del paciente cuando se dé al afiliado el SPD o una descripción similar de los beneficios, tal como materiales de inscripción abierta.

Medicamentos que se compran sin receta (Para los años fiscales que empiezan el 31 de diciembre de 2010 o después).

Los pagos por este tipo de medicamentos con dinero de una cuenta de ahorros de salud (HSA), un plan de reembolso de gastos médicos (HRA), una cuenta de gastos médicos flexibles (FSA) o una cuenta de ahorros médicos Archer (Archer MSA) ya no llenan los requisitos para tratamiento exento de impuestos a menos que sea insulina y medicamentos que se compran sin receta recetados por un médico.

Divulgaciones y avisos

Nueva Ley Contra la Discriminación por Información Genética se aplica a los empleadores y las compañías de seguros

La Ley Contra la Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA, por su sigla en inglés), firmada por el Presidente Bush el 21 de mayo, enmienda varios estatutos relacionados con el empleo y el seguro de salud, incluso el Título VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título VII), la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA, por su sigla en inglés) y el Código de Rentas Internas de 1986 (Code). El propósito declarado de la ley GINA es "prohibir la discriminación por información genética con respecto al empleo y seguro de salud". Las secciones de la ley en relación con el seguro de salud entrarán en vigor para los años del plan que empiezan después de mayo de 2009 (1° de enero de 2010 para los planes que trabajan según el año calendario). Los cambios relacionados con el empleo entrarán en vigor en noviembre de 2009.

Según los partidarios de la ley GINA, muchos estadounidenses han rechazado pruebas y servicios relacionados con la genética por temor a que los resultados puedan afectar su seguro de salud y empleo. La ley GINA está diseñada para aminorar estos temores protegiendo al público contra la discriminación basada en información genética. La ley GINA es, sin embargo, única en la historia del derecho contra la discriminación, ya que fue escrita principalmente de forma proactiva, más que como una reacción a la discriminación generalizada. Sin una historia de discriminación comprobada, es particularmente difícil predecir el impacto de la ley GINA ya sea sobre el seguro de salud o el empleo.

Información Genética

La ley GINA define en términos generales "información genética" como información que incluye los resultados de o sobre información de "pruebas genéticas" de una persona o "familiar" y la manifestación de una enfermedad o un trastorno en un "familiar". Sin embargo, la información genética no incluye la edad ni el sexo de la persona. "Las pruebas genéticas" por lo general incluyen análisis de ADN y cromosomas para detectar genotipos, mutaciones o cambios cromosómicos. (Ver "preguntas y respuestas sobre la ley GINA" para ejemplos). Los "miembros de la familia" que se cubren incluyen familiares hasta el cuarto grado, como los tatarabuelos y otros descendientes. La ley GINA también protege la información genética de los fetos y embriones. Por ejemplo, un plan de atención de salud no debe discriminar al feto de una mujer embarazada al que se le hizo la prueba genética del síndrome de Down con base a dicha prueba.

Modificaciones al Título VII

La ley GINA enmienda el Título VII para prohibir a los empleadores, entre otros, discriminar en los términos y condiciones de empleo con base a información genética. Los derechos, procedimientos y remedios para la ley GINA son los mismos que para el Título VII. La ley GINA no permite una causa de acción con base a un impacto dispar, pero sí contempla que dicha causa de acción podría existir. El estatuto establece una comisión, empezando seis años después de la promulgación de la ley GINA, para estudiar la evolución de la tecnología genética y considerar la aplicación de la teoría de impacto dispar a la información genética. Los empleadores no deben dejar de contratar, despedir o clasificar a los empleados de acuerdo con información genética, y no deben solicitar, exigir o comprar información genética, a menos que se cumpla con los requisitos de una excepción. (Ver "preguntas y respuestas sobre la ley GINA" para una discusión sobre las excepciones). Por último, los empleadores no deben tomar represalias en contra de personas debido al ejercicio de los derechos creados por la ley GINA.

La información genética, ya sea recopilada legalmente o inadvertidamente por empleadores, se tiene que mantener en un archivo separado del archivo personal del empleado. Los empleadores no deben revelar información genética de un empleado, a menos que se cumpla con los requisitos de una excepción. (Ver "preguntas y respuestas sobre la ley GINA" para una discusión sobre las excepciones).

Enmiendas a la ley ERISA y otros estatutos

La ley GINA modifica la ley ERISA y el Código para imponer sanciones e impuestos por discriminación en el seguro médico con base a información genética. Los planes de salud colectivos, entre otros, no deben solicitar o exigir información genética para fines de aseguramiento o de inscripción, a menos que se llenen los requisitos de una excepción. (Ver "preguntas y respuestas sobre la ley GINA" para una discusión sobre las excepciones). La ley GINA también prohíbe a las compañías de seguros aumentar las primas de un grupo con base en información genética. La ley GINA exigió al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos emitir normas finales que incluyan "información genética" en la definición de "información de salud privada". Si bien, la ley GINA no impone ninguna obligación de aviso a las compañías de seguros o empleadores, reglamentos futuros pueden crear tales obligaciones.

Reglamentos

La ley GINA exige que los reglamentos se publiquen para el 21 de mayo de 2009. Todavía hay muchas cuestiones que resolver en cuanto a estos reglamentos, entre ellas:

- Si la enfermedad o trastorno de miembros de la familia tiene que ser una enfermedad o trastorno genético y ejemplos específicos de las pruebas genéticas;
- Si en casos de discriminación genética los empleadores pueden usar la defensa de "calificación ocupacional de buena fe", en defensa de algunos otros casos de acuerdo con el Título VII;
- Si hay alguna excepción a la ley GINA para los empleadores que solicitan información para ausencias no relacionadas con la ley FMLA, tal como ausencias pagadas o ausencia por duelo, o para proporcionar adaptaciones razonables que exige la Ley de Americanos con Discapacidades; y
- Cómo se calculará la pena máxima para las compañías de seguros de salud.

Los reglamentos que aborden esos y muchos otros temas determinarán en gran medida el impacto final de la ley GINA. Los organismos encargados de los reglamentos de seguro médico de acuerdo con la ley GINA han solicitado comentarios del público en general sobre temas de seguros de salud de acuerdo con esta ley. Estos comentarios se deben entregar para el 9 de diciembre de 2008.

Divulgaciones y avisos

Cobertura de la Ley de Michelle para estudiantes universitarios dependientes

La Ley de Michelle garantiza que los estudiantes dependientes que toman una licencia médica necesaria no pierdan la cobertura de seguro médico. La Ley de Michelle lleva el nombre de una estudiante universitaria de Nueva Hampshire, Michelle Morse, que siguió estudiando mientras luchaba contra el cáncer de colon para mantener su cobertura de seguro médico bajo el plan de seguro de sus padres. Michelle murió de cáncer de colon en noviembre de 2005 a la edad de 22.

El proyecto de ley de 2010 de reforma a la atención de salud o la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por su sigla en inglés), amplió aún más los requisitos de cobertura para hijos dependientes. De acuerdo con la ley ACA, los planes de salud colectivos o las compañías de seguros que ofrecen cobertura a hijos de afiliados tienen que seguir proporcionando la cobertura hasta que el hijo del afiliado cumpla 26 años, independientemente de su estatus civil o de estudiante.

Beneficios de la cobertura

La Ley de Michelle permite a los estudiantes universitarios enfermos o heridos de gravedad, que son dependientes con cobertura en planes de salud colectivos, seguir con la cobertura durante un año mientras toman una licencia médica necesaria. La licencia debe ser médicamente necesaria, certificada por un médico, y el cambio en la matrícula debe comenzar mientras el dependiente sufre una enfermedad o lesión grave y debe hacer que el dependiente pierda su designación de estudiante.

De acuerdo con la Ley de Michelle, un hijo dependiente tiene derecho al mismo nivel de beneficios durante una licencia médica necesaria que tenía antes de tomar dicha licencia. Si se hace algún cambio al plan de salud durante la licencia, el hijo aún llena los requisitos para la nueva cobertura de la misma manera que lo hubiera hecho si la nueva cobertura fuera la anterior, siempre que la nueva cobertura esté disponible para otros hijos dependientes afiliados al plan.

Requisitos de aviso

La ley exige que los planes de salud colectivos informen sobre los requisitos de la Ley de Michelle, en un lenguaje comprensible para el afiliado típico, junto con cualquier aviso sobre un requisito para certificar el estatus del estudiante para la cobertura del plan.

Fecha de vigencia

Este mandato federal sobre la cobertura se aplica a los planes de salud que se rigen por la Ley de Jubilación de Empleados de Seguridad de Ingresos (ERISA), la Ley de Servicio de Salud Pública (PHSA), y el Código de Rentas Internas (IRC), y entró en vigor para los años de planes que empezaron el 9 de octubre de 2009 o después. Los planes que utilizan el año calendario tenían que cumplir con el requisito a partir del 1° de enero de 2010.

Impacto de la Reforma de Salud

La ley ACA disminuyó el impacto de la Ley de Michelle. La ley ACA establece que si un plan de salud colectivo o una compañía de seguros brinda cobertura para hijos dependientes de afiliados, el plan tiene que proporcionar la cobertura hasta que el hijo cumpla 26 años de edad, sin importar su estatus como estudiante. Sin embargo, el plan no tiene que brindar cobertura a hijos dependientes que llenan los requisitos para inscribirse en su propio plan de salud patrocinado por un empleador. Por lo tanto, el impacto de la Ley de Michelle en los planes de salud colectivos en general se limitará a los planes aún no sujetos a los requisitos de la ley ACA, planes con derechos retroactivos antes de 2014 y otros planes que ofrecen cobertura a estudiantes dependientes de 26 años o más de edad.

Divulgaciones y avisos

Aviso anual de la Ley WHCRA

¿Sabía usted que su plan, según lo exige la Ley de Salud de la Mujer y Derechos de Pacientes de Cáncer de 1998 (WHCRA, por su sigla en inglés), brinda beneficios de servicios relacionados con la mastectomía incluso todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr simetría entre los senos, prótesis y complicaciones derivadas de una mastectomía (incluso linfedema)? Para más información, comuníquese con su empleador.

Aviso de inscripción de la Ley WHCRA

Si ha tenido o va a tener una mastectomía, quizás tenga derecho a recibir ciertos beneficios de acuerdo con la Ley de Salud de la Mujer y Derechos de Pacientes de Cáncer de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la forma determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluso el linfedema.

Se brindarán estos beneficios sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos que se proporcionan de acuerdo con el plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coaseguros. Si desea recibir más información sobre los beneficios de la ley WHCRA, comuníquese con su empleador para más información.

Requisito de Divulgación de la Ley de Recién Nacidos

Los planes de salud colectivos y las compañías de seguros de salud por lo general no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios relacionados con la duración de una hospitalización en conexión con un parto para la mamá o el 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 generalmente no le prohíbe al médico tratante de la mamá o el recién nacido, después de consultarlo con la mamá, darle de alta a ella o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según sea pertinente). En cualquier caso, los planes de salud y las compañías de seguros no pueden, según la ley federal, exigir que el proveedor obtenga una autorización del plan o de la compañía de seguros para recetar una estadía menor de 48 horas (o 96 horas).

Derechos de inscripción especial

Si rechaza la cobertura para usted o sus dependientes (incluso su cónyuge) porque tiene otra cobertura de seguro médico o seguro de salud colectivo, quizás pueda inscribirse usted o inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes ya no llenan los requisitos para esa cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la cobertura de usted o sus dependientes). Sin embargo, usted tiene que solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que termina la otra cobertura de usted o sus dependientes (o después que el empleador deja de contribuir a la otra cobertura).

Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, usted tiene que solicitar la inscripción dentro de los 30 días del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Divulgaciones y avisos

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2016. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad

ALABAMA – Medicaid	COLORADO – Medicaid
Sitio web: http://www.medicaid.alabama.gov Teléfono: 1-855-692-5447	Medicaid Sitio web: http://www.colorado.gov/ Medicaid Teléfono (In state): 1-800-866-3513 Medicaid Teléfono (Out of state): 1-800-221-3943
ALASKA – Medicaid	
Sitio web: http://health.hss.state.ak.us/dpa/programs/medicaid/ Teléfono (Outside of Anchorage): 1-888-318-8890 Teléfono (Anchorage): 907-269-6529	
ARIZONA – CHIP	FLORIDA – Medicaid
Sitio web: http://www.azahcccs.gov/applicants Teléfono (Outside of Maricopa County): 1-877-764-5437 Teléfono (Maricopa County): 602-417-5437	Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/ Teléfono: 1-877-357-3268
	GEORGIA – Medicaid
	Sitio web: http://dch.georgia.gov/ Click on Programs, then Medicaid, then Health Insurance Premium Payment (HIP) Teléfono: 1-800-869-1150
IDAHO – Medicaid and CHIP	MONTANA – Medicaid
Medicaid Sitio web: www.accesstohealthinsurance.idaho.gov Medicaid Teléfono: 1-800-926-2588 CHIP Sitio web: www.medicaid.idaho.gov CHIP Teléfono: 1-800-926-2588	Sitio web: http://medicaidprovider.hhs.mt.gov/clientpages/clientindex.shtml Teléfono: 1-800-694-3084

INDIANA – Medicaid Sitio web: http://www.in.gov/fssa Teléfono: 1-800-889-9949	NEBRASKA – Medicaid Sitio web: www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-800-383-4278
IOWA – Medicaid Sitio web: www.dhs.state.ia.us/hipp/ Teléfono: 1-888-346-9562	NEVADA – Medicaid Medicaid Sitio web: http://dwss.nv.gov/ Medicaid Teléfono: 1-800-992-0900
KANSAS – Medicaid Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/ Teléfono: 1-800-792-4884	
KENTUCKY – Medicaid Sitio web: http://chfs.ky.gov/dms/default.htm Teléfono: 1-800-635-2570	NEW HAMPSHIRE – Medicaid Sitio web: http://www.dhhs.nh.gov/oi/documents/hippapp.pdf Teléfono: 603-271-5218
LOUISIANA – Medicaid Sitio web: http://www.lahipp.dhh.louisiana.gov Teléfono: 1-888-695-2447	NEW JERSEY – Medicaid and CHIP Medicaid Sitio web: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Medicaid Teléfono: 609-631-2392 CHIP Sitio web: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Teléfono: 1-800-701-0710
MAINE – Medicaid Sitio web: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html Teléfono: 1-800-977-6740 TTY 1-800-977-6741	
MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP Sitio web: http://www.mass.gov/MassHealth Teléfono: 1-800-462-1120	NEW YORK – Medicaid Sitio web: http://www.nyhealth.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
MINNESOTA – Medicaid Sitio web: http://www.dhs.state.mn.us/ Click on Health Care, then Medical Assistance Teléfono: 1-800-657-3629	NORTH CAROLINA – Medicaid Sitio web: http://www.ncdhhs.gov/dma Teléfono: 919-855-4100
MISSOURI – Medicaid Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005	NORTH DAKOTA – Medicaid Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-800-755-2604
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	UTAH – Medicaid and CHIP Sitio web: http://health.utah.gov/upp Teléfono: 1-866-435-7414
OREGON – Medicaid and CHIP Sitio web: http://www.oregonhealthykids.gov http://www.hijosaludablesoregon.gov Teléfono: 1-800-699-9075	VERMONT – Medicaid Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
PENNSYLVANIA – Medicaid Sitio web: http://www.dpw.state.pa.us/hipp Teléfono: 1-800-692-7462	VIRGINIA – Medicaid and CHIP Medicaid Sitio web: http://www.dmas.virginia.gov/rcp-HIPP.htm Medicaid Teléfono: 1-800-432-5924 CHIP Sitio web: http://www.famis.org/ CHIP Teléfono: 1-866-873-2647
RHODE ISLAND – Medicaid Sitio web: www.ohhs.ri.gov Teléfono: 401-462-5300	WASHINGTON – Medicaid Sitio web: http://hrsa.dshs.wa.gov/premiumpymt/Apply.shtm Teléfono: 1-800-562-3022 ext. 15473
SOUTH CAROLINA – Medicaid Sitio web: http://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	WEST VIRGINIA – Medicaid Sitio web: www.dhhr.wv.gov/bms/ Teléfono: 1-877-598-5820, HMS Third Party Liability
SOUTH DAKOTA – Medicaid Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059	WISCONSIN – Medicaid Sitio web: http://www.badgercareplus.org/pubs/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
TEXAS – Medicaid Sitio web: https://www.gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493	WYOMING – Medicaid Sitio web: http://health.wyo.gov/healthcarefin/equalitycare Teléfono: 307-777-7531

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2015, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

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

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

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de octubre de 2016)

Divulgaciones y avisos

Aviso Importante de **Lanscapes USA** Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

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

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

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Lanscapes USA ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por Aetna Medical Plan en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

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

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

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

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

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con Lanscapes USA no puede ser afectada.

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

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

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

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima

siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

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

Revise el manual “Medicare y Usted” para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

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

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

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

Fecha: January 1, 2023
Nombre de la entidad/remitente: Lanscapes USA
Contacto: HR Department
Dirección: 11849 Rim Rock Trail
Austin, TX 78737
Número de teléfono: (512) 366-8500

Disclosures & Notices

Aviso importante de Landscapes USA sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare – Cobertura no acreditable

Lea este aviso detenidamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Landscapes USA y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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 estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. **Landscapes USA ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan médico Aetna HSA, en promedio para todos los participantes del plan, NO se espera que pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Por lo tanto, su cobertura se considera cobertura no acreditable. Esto es importante porque, lo más probable, es que reciba más ayuda con los** costos de sus medicamentos si **se inscribe en un** plan de medicamentos de Medicare **que si solo tiene cobertura de medicamentos recetados del** plan **médico Aetna HSA . Esto también es importante porque puede significar que puede 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 mantener su cobertura actual de Landscapes USA. Sin embargo, debido a que su cobertura no es acreditable, tiene que tomar decisiones sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare que pueden afectar cuánto paga por esa cobertura, dependiendo de si se inscribe en un plan de medicamentos y cuándo. Cuando tome su decisión, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que 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 detenidamente: 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 para Medicare por primera vez y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si decide cancelar su cobertura actual con Landscapes USA, ya que es una cobertura grupal patrocinada por el empleador, será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare; sin embargo, también puede pagar una prima más alta (una multa) porque no tenía cobertura acreditable bajo el plan médico Aetna HSA.

¿Cuándo pagará una prima (multa) más alta para unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Dado que la cobertura del plan médico Aetna no es acreditable, dependiendo de cuánto tiempo pase sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, puede pagar una multa para unirse a un plan de medicamentos de

Medicare . A partir del final del último mes en que fue elegible por primera vez para unirse a un plan de medicamentos de Medicare pero no se unió, si pasa 63 días continuos o más sin cobertura de medicamentos recetados que sea acreditable, su La prima puede aumentar en al menos un 1% de la prima básica del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (multa) siempre y cuando tenga Medicare

Cobertura de medicamentos recetados. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente octubre para unirse.

¿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 Landscapes USA no se verá afectada.

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Landscapes USA, tenga en cuenta que usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura hasta la inscripción abierta.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados...

Póngase en contacto con la persona que figura a continuación para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo obtendrá antes del próximo período, puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura a través de Landscapes USA cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados se encuentra en el manual "Medicare & You". Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. Visita www.medicare.gov
2. Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted" para su número de teléfono) para obtener 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 Seguro Social en la web en www.socialsecurity.gov, o llámelos al 1-800-772- 1213 (TTY 1-800-325- 0778).

Recuerde: Mantenga este aviso de cobertura no acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado a pagar una prima más alta (un penalización).

Date: January 1, 2023
Name of Entity/Sender: Landscapes USA
Contact: HR Department
Address: 11849 Rim Rock Trail
Austin, TX 78737
Phone Number: (512) 366-8500

Divulgaciones y avisos

HIPAA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. Revísela con cuidado.

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico y de reclamos.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Respondemos las preguntas de cobertura de su familia y amigos.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe.
- Dirigimos nuestra organización.
- Pagamos por sus servicios médicos.
- Administramos su plan médico.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Recibir una copia de su historial médico y de reclamos

Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y reclamos y otra **información médica** que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.

Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días de su solicitud.

Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicítarnos que corrijamos el historial médico y de reclamos

Puede solicitarnos que corrijamos su historial médico y de reclamos si piensa que dichos historiales son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.

Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.

Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Solicítarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones.

No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.

Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.

Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.

No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.

Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

Propósitos de mercadeo.

Venta de su información.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

No se nos permite utilizar información genética para decidir si le proveemos cobertura y el precio de dicha cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Utilizamos su información médica para ofrecerle mejores servicios.

Pagar por sus servicios médicos

Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios médicos.

Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago por su trabajo dental.

Administrar su plan

Podemos divulgar su información médica a su patrocinador del plan médico para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos contrata para proveer un plan médico, y nosotros le proporcionamos a su compañía determinadas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas).

Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:

Prevención de enfermedades.

Ayuda con el retiro de productos del mercado.

Informe de reacciones adversas a los medicamentos.

Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario

Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos utilizar o compartir su información médica:

En reclamos de compensación de trabajadores.

A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.

Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.

En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.

Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.

No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Presented by:



3834 Spicewood Springs Rd, Ste. 100
Austin, TX 78759
512-452-8877 / 800-460-5932
www.watkinsinsurancegroup.com

Watkins Insurance Group offers a full range of insurance programs:

- Home & Auto
- Property & Casualty
- Employee Benefits
- Individual Life & Long Term Care