



Bueno, gente



Mascotas de pozo



Práctica de pozos



Comunidad de Well

GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS 2025

Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025



Bienvenidos a WellHaven

WellHaven tiene la reputación de ser "el mejor de su clase". Trabajamos arduamente todos los días para marcar la diferencia, una diferencia en la vida de nuestras mascotas y sus familias. Existimos para fortalecer el efecto dominó positivo que se deriva de líderes y equipos de hospitales veterinarios felices y exitosos, una atención que realmente aborda las necesidades de los dueños de mascotas y, por extensión, mascotas saludables. Cuando los animales sienten el amor, todos sienten la diferencia.



Comunidad de Well



Práctica de pozos



Mascotas de pozo



Bueno, gente

Tabla de contenidos

Elegibilidad e inscripción.	3
Cambios a mitad de año.	4
¿Qué hay de nuevo este año?	5
TouchCare	6
Servicios de Administración de Beneficios y Riesgos y su tarjeta de identificación.	8
Resumen del plan médico.	10
Comprenda el deducible y el desembolso máximo de su plan médico.	11
Elegir el proveedor adecuado.	12
Atención preventiva y telesalud.	13
Cuenta de ahorros para la salud (HSA).	14
Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)	17
¿Qué plan médico es el adecuado para mí?	18
Resumen del plan dental	19
Resumen del plan de visión	21
Seguro de vida y AD&D.	22
Seguro de Incapacidad	23
Enfermedad Crítica e Indemnización Hospitalaria.	24
Beneficios de Valor Agregado de MetLife.	25
Programa de Asistencia al Empleado.	26
Mantequilla de maní.	27
PTO, vacaciones y licencias.	28
Licencia Profesional.	30
Responsabilidad Profesional.	30
Educación Continua (CE)	31
Planes de bienestar para mascotas y uniformes médicos.	32
Descuentos adicionales para empleados.	33
Beneficios Costo de la Prima	34
401(K) y Gestión de Patrimonios.	38
Ayuda y Asistencia.	39
Apéndice – Recursos	40
Apéndice – Definiciones clave	41
Avisos importantes	42

Elegibilidad

Usted puede ser y/o llegar a ser elegible para inscribirse en nuestro plan de beneficios si se aplica una de las siguientes condiciones:

- En el momento de la contratación, si está clasificado como Regular a Tiempo Completo y está programado para trabajar 30 o más horas por semana.
- Se le reclasifica, debido a un cambio en la clasificación de empleado, como regular a tiempo completo y se le programa para trabajar 30 o más horas por semana.
- Usted cumple con la cantidad mínima de horas requeridas para la elegibilidad del seguro médico durante uno de nuestros períodos de medición anual.

También puede inscribir a su(s) dependiente(s) elegible(s) en los mismos planes que inscribe usted mismo. Los dependientes elegibles incluyen:

- Cónyuge legalmente casado
- Pareja de hecho calificada*
- Hijo(s) dependiente(s) hasta los 26 años de edad

*Para inscribir a una pareja de hecho, debe completar el Formulario de Declaración Jurada de Pareja de Hecho correspondiente y/o proporcionar una copia de su registro aprobado por el estado. Existen implicaciones fiscales al inscribir a una pareja de hecho.

Los empleados elegibles pueden participar en los planes de beneficios el primer día del mes siguiente o que coincida con 30 días de empleo (contratación) o cambio de estado.

**Los nuevos empleados de adquisición y los empleados del campus son elegibles 1^o del mes siguiente a la fecha de contratación.



Inscripción

Se inscribirá en los planes de beneficios a través del Portal de beneficios dentro del sistema Paycom. Esté atento a un correo electrónico de "Paycom Self Service". Siga la Guía del Portal de Beneficios de Paycom, que proporciona instrucciones para completar su inscripción. Querrá inscribirse al menos 15 días antes de la fecha de inicio de sus beneficios. Debe inscribirse dentro de los 30 días posteriores a la fecha de elegibilidad. También se inscribirá durante nuestro período anual de inscripción abierta.



¡Atención! Si no completa su inscripción durante el período designado, no podrá inscribirse ni hacer cambios a menos que experimente un Evento de Vida Calificado, o hasta el próximo período de inscripción abierta.

Cambios a mitad de año

A menos que tenga un Evento de Vida Calificado (QLE), no puede hacer cambios en los beneficios de mitad de año. Dentro de los 30 días posteriores a un QLE, usted mosto Haz un cambio.

Algunos ejemplos de QLE son:

- Cambio de estado civil o de pareja de hecho
- Nacimiento o adopción de un niño (s) elegible (s)
- Fallecimiento de un cónyuge, pareja de hecho, hijo(s) u otro dependiente calificado
- Cambio en su situación laboral que afecta su elegibilidad para recibir beneficios
- Cambio en la situación laboral de su cónyuge o pareja de hecho que afecte su elegibilidad para recibir beneficios
- Cambio en el estado de dependiente de su(s) hijo(s) o elegibilidad para beneficios
- Cambio en la cobertura de otro plan patrocinado por el empleador
- Directiva de una Orden de Manutención de Menores Médica Calificada

Comuníquese con Recursos Humanos si tiene alguna pregunta o cree que puede calificar para un cambio de elección.



¡Atención! Para hacer cambios en sus elecciones de beneficios, DEBE notificar a Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores al Evento de Vida Calificado (incluidos los recién nacidos). Esté preparado para mostrar documentación que respalde el QLE, como una licencia de matrimonio, un certificado de nacimiento o una sentencia de divorcio. Si los cambios no se envían a tiempo, debe esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para realizar los cambios en su elección.

Los cambios en el QLE se procesan a través del Portal de Beneficios dentro del sistema Paycom.

¿Qué hay de nuevo este año?

- Touchcare Conserjería de atención médica y defensa afectuosa, asistente personal de salud
- La compañía de seguros de salud está cambiando de Regence a BRMS / Cigna Network
- Los deducibles médicos tienen cambios

Deducible HDHP 2024	Deducible del PPO PLAN 2024
\$2,500 Ind/\$5,000 Familia	\$4,500 Ind/\$9,000 Familia
Deducible agregado	Deducible implícito
Cigna HDHP 2025	Plan PPO de Cigna 2025
\$3,300 Ind/\$6,600 Familia	\$3,500 Ind/ \$7,000 Familia
Deducible implícito	Deducible implícito

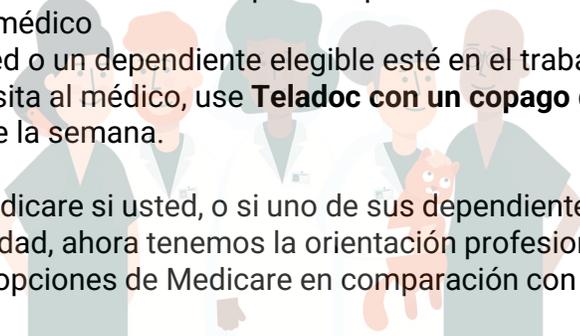
- El copago de la sala de emergencias ha cambiado en el plan Cigna PPO 2025

HDHP 2024	PLAN PPO 2024
Deducible luego 20%	Copago de \$100, luego deducible y luego 20%
Cigna HDHP 2025	Plan PPO de Cigna 2025
Deducible luego 20%	Copago de \$300 luego el deducible y luego el 20%

- El proveedor de recetas está cambiando a FairosRx

Plan HDHP 2024 y PPO 2024
Regence BlueCross BlueShield de Oregón: Regence HSA Healthplan 3.0SM
Plan Cigna HDHP 2025 y Cigna PPO 2025
FAIROSRx

- La atención virtual de Teladoc es un beneficio separado que se le ofrece con **Copago de \$0** independientemente del plan médico. Está inscrito. Ya sea que usted o un dependiente elegible esté en el trabajo, la escuela, el hogar o de vacaciones, si necesita una visita al médico, use **Teladoc con un copago de \$0!** Teladoc está disponible las 24 horas del día y los 7 días de la semana.
- Servicios de transición de Medicare si usted, o si uno de sus dependientes, es elegible para Medicare debido a su edad o discapacidad, ahora tenemos la orientación profesional que se merece, y están aquí para ayudarlo a explorar sus opciones de Medicare en comparación con el plan de salud del empleador.



Conserjería de atención médica y defensa solidaria

Asistencia confidencial y experta, *sin costo alguno para usted*

¿Quién es TouchCare?

TouchCare es su asistente personal de salud. TouchCare está aquí para brindar asistencia gratuita y confidencial para ayudar a eliminar el estrés de la atención médica. Permita que TouchCare lo ayude a encontrar médicos dentro de la red, obtener estimaciones de costos, lidiar con problemas de facturación y explicar sus beneficios...*Todo sin costo alguno para ti.*

¿Cómo puedo obtener ayuda?

Es fácil abrir un caso. Puedes llamar a **866-486-8242**

(Lunes a viernes, 8 a.m. - 9 p.m. EST), visita www.Cuidado táctil.COM e inicie sesión en nuestro portal de miembros, correo electrónico assist@touchcare.COM o descargue nuestra aplicación TouchCare en su dispositivo móvil.

Deberá registrarse en TouchCare:

1. Comenzar

Visitar www.Cuidado táctil.COM y haga clic en **Inicio de sesión de miembro** o **Descarga nuestra aplicación móvil**. Haga clic en 'nuevo miembro' en la página de registro.

2. Verifica tu correo electrónico

Al crear su cuenta, se le pedirá que: **Verifica tu dirección de correo electrónico**. Encuentra el correo electrónico de verificación en tu bandeja de entrada y **Haga clic en 'Verificar correo electrónico'**.

3. Completa nuestro formulario

Haga clic en el enlace de nuestro correo electrónico para finalizar el registro antes de **Completar nuestro formulario de admisión rápida y formulario de liberación**. Finalmente **Introduzca una contraseña Para Crea tu cuenta y abre tu primer caso**.



Get the app



Apoyo confidencial y compasivo para ayudarlo a ahorrar tiempo, estrés y dinero.

Mantente al día con Touchcare en Instagram. Síguenos: [@touchcarehealth](https://www.instagram.com/touchcarehealth)



1. ¿Cómo puede ayudarme TouchCare?

TouchCare está aquí para ayudarlo a aprovechar al máximo sus beneficios, lo que se traduce en que ahorrará dinero y usará sus beneficios de manera más inteligente. Como su defensor y asistente de salud experto, TouchCare puede ayudarlo con:

- Navegación de beneficios para seguros de salud y beneficios voluntarios
- Facturación y negociación de reclamaciones
- Búsquedas de proveedores y programación de citas Comparaciones de costos
- Asistencia en la preparación de procedimientos RxCare
- ¡Y más!

2. ¿Cómo programo una consulta?

Una vez que se haya registrado, puede programar una visita para un repaso de beneficios o una consulta de medicamentos recetados, visite: <https://www.Cuidado táctil.com/get-scheduled/>.

3. ¿Cuánto cuesta TouchCare?

TouchCare es completamente gratuito para los miembros. En muchos casos, TouchCare puede ahorrar dinero para nuestros miembros, por lo que vale la pena usar TouchCare.

4. ¿Es confidencial mi información?

TouchCare cumple completamente con HIPAA, lo que significa que toda su información se almacena de forma segura y nunca se comparte con su empleador. TouchCare informa estadísticas generales (como cuántos empleados han usado TouchCare en el último año), pero TouchCare nunca comparte información de identificación personal.

5. ¿Cuáles son algunas preguntas típicas que hacen los miembros?

- Hay un error en mi factura, ¿pueden ayudarme a solucionarlo?
- ¿Dónde puedo hacerme una resonancia magnética?
- ¿Pueden ayudarme a encontrar un dentista de la red cerca de mí? ¿Qué es una FSA?
- ¿Dónde puedo hacerme la prueba de COVID-19?
- ¿Estoy pagando demasiado por mis medicamentos recetados?
- ¿En qué plan me inscribí de nuevo?
- ¿Cuánto he pagado de mi deducible?
- ¿Las pruebas de fertilidad están cubiertas en mi plan?
- ¿Pueden ayudarme a encontrar un terapeuta dentro de la red?
- ¿Cuál es el mejor plan para mi familia y para mí?
- Necesito un análisis de sangre, ¿cuál es la opción más barata?

6. ¿Pueden mis dependientes usar TouchCare?

¡Absolutamente! TouchCare es completamente gratuito para usted y sus dependientes.

Servicios de Gestión de Beneficios y Riesgos "BRMS"

Mis beneficios a través de BRMS

1. ¿Quién es BRMS?

Un administrador externo (TPA, por sus siglas en inglés) que asistirá a su empleador en la administración de su plan de beneficios. Brindamos administración integral de reclamos y asistencia al cliente para tu plan médico a través de Cigna.

2. Cuando necesite ayuda, llame a TouchCare, nuestro conserje de atención médica, para obtener la siguiente información:

- Cómo encontrar un proveedor
- Tarjetas de identificación
- Estado de la reclamación
- Beneficios médicos y de farmacia
- Documentos del plan como SBC, SPD, etc
- Y mucho más

3. ¿Con quién puedo comunicarme con respecto al estado y la información de mi reclamo?

- Puede acceder a la información de sus reclamaciones visitando www.myHealthBenefits.COM.

4. ¿Con quién pueden comunicarse mi médico/proveedores para obtener información sobre mi plan o para verificar mi elegibilidad?

Su médico/proveedores pueden comunicarse con BRMS para cualquier pregunta relacionada con los beneficios y el plan a través de uno de dos métodos:

- Comunícate con Servicios al Proveedor a través del número que figura en tu tarjeta de identificación
- Visite brmsprovidergateway.COM

MyHealthBenefits.COM

Registro de nuevos usuarios

Con MyHealthBenefits®, tiene acceso a una biblioteca de recursos con todo incluido, información actualizada sobre beneficios, tarjetas de identificación digitales, nuestra herramienta de comparación de precios y mucho más. Inicie sesión en myhealthbenefits.com para aprovechar estas herramientas.

Es necesario registrarse para obtener su nueva cuenta de MyHealthBenefits para ver y administrar sus beneficios.

Siga los pasos a continuación para completar su registro.

1. En el navegador web, escriba www.myHealthBenefits.COM.
2. Se le dirigirá a la página de inicio de sesión del sistema de beneficios. Todos los usuarios deberán pasar por el proceso de registro para crear un nuevo nombre de usuario y contraseña.
3. Para registrarse para obtener una cuenta, haga clic en **Crear una nueva cuenta**.
4. Complete el proceso de registro. Se le pedirá que valide su cuenta con una dirección de correo electrónico activa.
5. Una vez que su dirección de correo electrónico haya sido validada, su cuenta será verificada con éxito.
6. Clic **Inicia sesión** para introducir las credenciales de su cuenta.
7. Ingrese su nombre de usuario y contraseña, y el sistema le pedirá que valide su identidad ingresando un código. (enviado por llamada telefónica, mensaje de texto o correo electrónico). Nota: Este segundo paso en el proceso de autenticación será necesario cada vez que se realice un intento de acceder a su cuenta desde un dispositivo que el sistema no reconozca.
8. Al completar la verificación de múltiples factores, se le dirigirá a su panel de control de MyHealthBenefits.

Resumen del plan médico

WellHaven se ha asociado con BRMS/Cigna para ofrecerle un competitivo Plan de Salud Calificado con Deducible Alto (QHDHP) con la coordinación de una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA), así como un Plan de Proveedor Preferido (PPO).

Ambos planes le permiten la libertad de visitar proveedores dentro o fuera de la red; sin embargo, permanecer dentro de la red de proveedores de Cigna (dentro de la red) le proporcionará los costos de bolsillo mínimos.

En el siguiente cuadro se describen los aspectos más destacados de ambos planes. Consulte el Resumen de Cobertura de Beneficios (SBC), disponible en Paycom para obtener una lista completa de los servicios cubiertos y "¿Qué plan es el adecuado para mí y mi familia?" en esta guía.



Con un QHDHP, deberá cumplir con el deducible del año calendario antes de que comiencen los beneficios médicos y de medicamentos recetados. Una vez que se alcance el deducible, pagará el coseguro hasta el máximo de gastos de bolsillo como se describe a continuación.

Use la Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA, por sus siglas en inglés) para pagar estos costos.

Con la PPO, pagará un copago por los beneficios de Atención Primaria, Atención de Urgencia, Especialista y Medicamentos Recetados, sin necesidad de cumplir con el deducible del plan médico.

Plan	Plan de salud con deducible alto de Cigna		Cigna PPO Plan	
	Dentro de la red	Fuera de la red*	Dentro de la red	Fuera de la red*
Deducible	\$3,300 Individual / \$6,600 Familia		\$3,500 por persona / \$7,000 Familia	
Desembolso máximo	\$5,000 por persona/ \$10,000 Familia		\$6,700 por persona / \$13,500 Familia	
Cuidado preventivo	Cubierto en su totalidad	Después del deducible, paga el 40%	Cubierto en su totalidad	Después del deducible, paga el 40%
Visita de Atención Primaria	Después del deducible, paga el 20%	Después del deducible, paga el 40%	Copago de \$40	Después del deducible, paga el 40%
Visita al especialista	Después del deducible, paga el 20%	Después del deducible, paga el 40%	Copago de \$60	Después del deducible, paga el 40%
Laboratorio de diagnóstico y rayos X	Después del deducible, paga el 20%	Después del deducible, paga el 40%	Después del deducible, paga el 20%	Después del deducible, paga el 40%
Atención de urgencia	Después del deducible, paga el 20%	Después del deducible, paga el 40%	Igual que la visita al consultorio	Después del deducible, paga el 40%
Sala de emergencias	Después del deducible, paga el 20%	Pagado a nivel de red	Se aplica un deducible y un copago de \$300, después del deducible pagas el 20%	Pagado a nivel de red
Hospital para pacientes hospitalizados/hospital ambulatorio	Después del deducible, paga el 20%	Después del deducible, paga el 40%	Después del deducible, paga el 20%	Después del deducible, paga el 40%
Cuidado quiropráctico - 12 visitas máx. / año	Después del deducible, paga el 20%	Después del deducible, paga el 40%	Copago de \$40	Después del deducible, paga el 40%
Acupuntura – 12 visitas máx./año	Después del deducible, paga el 20%	Después del deducible, paga el 40%	Copago de \$40	Después del deducible, paga el 40%
Medicamentos recetados ¹ – Venta al por menor y por correo – Fairos Rx Genérico/Marca preferida/Marca/Especialidad	Después del deducible, paga el 20%	Después del deducible, paga el 20%	\$20 de copago / \$40 de copago / \$60 de copago / 50% hasta un máximo de \$300 Pedido por correo: 3x Venta al por menor Medicamentos especializados: solo suministro para 30 días	

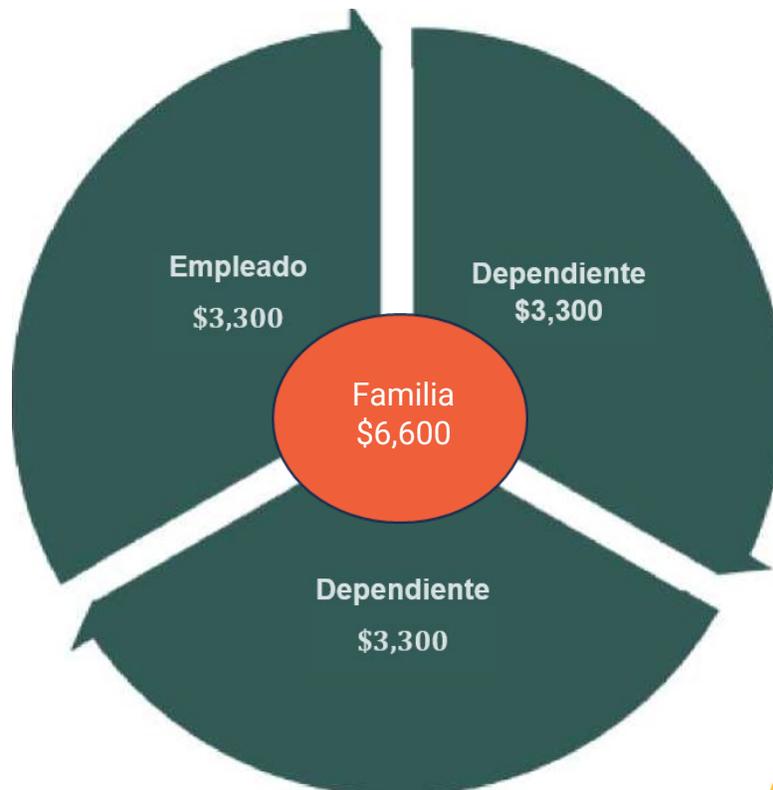
1. Medicamentos compuestos cubiertos al 50% de coseguro

*Descargo de responsabilidad: si visita un proveedor fuera de la red, usted es responsable de los cargos por encima de los límites habituales, habituales y razonables (UCR).

Entendiendo el deducible y el desembolso máximo de su plan.

Deducible integrado y OOPM

- Cada miembro de la familia cubierto cumple con su propio deducible individual/OOPM.
- Una vez que un miembro de la familia alcance el deducible individual, los beneficios del plan comenzarán a pagar por ese miembro.
- Otros miembros de la familia aún tendrán que cumplir con sus deducibles individuales hasta que se haya alcanzado el deducible familiar; Si el deducible familiar ha sido alcanzado por cualquier combinación de miembros de la familia, los beneficios del plan pagarán a todos los miembros de la familia durante el resto del año del plan.
- Del mismo modo, una vez que un miembro de la familia cumpla con el OOPM individual, el plan cubrirá el 100% de los servicios para ese miembro; una vez que cualquier combinación de miembros de la familia cumpla con el OOPM familiar, el plan cubrirá el 100% para todos los miembros durante el resto del año.



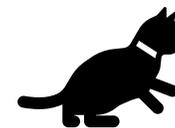
Cigna QHDHP \$3,300/ \$6,600



CÓMO ELEGIR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA ADECUADO

Un viaje a la sala de emergencias puede costar fácilmente tres veces más que una visita a una clínica de atención de urgencia, conveniencia, y es probable que su tiempo de espera sea considerablemente más largo. Siga las pautas que se muestran aquí para ayudarle a determinar dónde ir primero para recibir atención.

Teladoc	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrea y estreñimiento • Dolores de cabeza y migrañas • Erupción cutánea y problemas cutáneos • Dolor de garganta y congestión nasal • Esguinces y torceduras • Infecciones del tracto urinario • Alergias • Problemas de espalda • Bronquitis • Síntomas del resfriado y la gripe • Infecciones de oído
Consultorio del médico	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes anuales y salud general cuestiones • Síntomas de resfriado y gripe (por ejemplo, congestión nasal, tos, fiebre) • Dolores y molestias leves • Vacunas
Clínica de salud minorista (p. ej., Walgreens Health Care Clinic o CVS MinuteClinic)	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones comunes como el Ojo y faringitis estreptocócica • Heridas leves, abrasiones y piel (p. ej., erupción cutánea por envenenamiento hiedra)
Atención de urgencia	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías diagnósticas y de laboratorio Pruebas • Huesos rotos menores (por ejemplo, dedos, dedos de los pies) • Infecciones leves y erupciones cutáneas • Esguinces, torceduras y cortes • Dolor de estómago
Sala de emergencias	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor en el pecho, dificultad para respirar y otros síntomas del corazón Ataque o derrame cerebral • Sangrado abundante • Huesos rotos importantes (p. ej., brazos, piernas) • Laceraciones y quemaduras importantes



AHORRE DINERO USANDO PROVEEDORES DENTRO DE LA RED

Su compañía de seguros desarrolla redes mediante la contratación de médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores que han acordado brindar servicios de atención médica a los miembros a tarifas negociadas o con descuento. Por lo general, pagará menos de su bolsillo cuando use proveedores de la red de su plan, generalmente denominados proveedores dentro de la red.

En conclusión: Use proveedores dentro de la red siempre que sea posible para obtener la tarifa más baja. Para encontrar proveedores dentro de la red en su área o para averiguar si su proveedor actual está en la red de su plan, visite el sitio web de su compañía de seguros o TouchCare para obtener ayuda para encontrar un proveedor.¹



Cuidado preventivo

¡Sin costo para usted!

¿Sabía que nuestros planes médicos cubren la atención preventiva dentro de la red sin costo alguno para usted? Sin deducible, sin copagos: el plan cubre los servicios preventivos en su totalidad.

La atención preventiva incluye los siguientes:

- Chequeos anuales para adultos, que incluyen exámenes de detección de rutina, vacunas y exámenes ginecológicos de rutina
- Chequeos de rutina para niños, incluidos exámenes de detección de rutina, evaluaciones e inmunizaciones
- Apoyo a la lactancia materna y un nuevo extractor de leche no hospitalario, incluidos los suministros que lo acompañan
- Pruebas de detección de la depresión para todos los adultos, incluidas las pruebas de detección de la depresión materna
- Anticoncepción para mujeres: DIU, parche y anillo anticonceptivo, diafragma y la píldora (no todas las marcas están cubiertas en su totalidad)
- Asesoramiento para proveedores y medicamentos para dejar de fumar

Definiciones clave

- El deducible es la cantidad que debe pagar antes de que el plan comience a pagar los beneficios.
- Coaseguro es el porcentaje de los cargos permitidos que el Plan/usted pagará después de que se alcance el deducible.
- El Desembolso máximo es el monto máximo que pagará por los servicios cubiertos en un año calendario determinado. Los deducibles, copagos y coseguros cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.



¡Atención! Las primas no cuentan para el desembolso máximo.



¡Atención! No todas las marcas de medicamentos están cubiertas en su totalidad y se aplican limitaciones. Comuníquese con TouchCare para obtener detalles adicionales sobre lo que cubre el Plan.

Teladoc

Telesalud

¡Sin costo para usted!

Los médicos de telemedicina a través de Teladoc están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para citas virtuales, desde el diagnóstico y el tratamiento hasta las recetas, todo en una sola llamada que puede realizar en cualquier momento y desde cualquier lugar. Las citas suelen estar disponibles en menos de 15 minutos. Sin copago.

Las condiciones cubiertas incluyen alergias, dolor de espalda, resfriado común, conjuntivitis, erupciones cutáneas, dolor de garganta, evaluación de gripe / covid y más. **Teladoc** hace que sea fácil obtener atención de calidad para cada miembro de su familia.

Teladoc Los médicos certificados por la junta pueden diagnosticar y tratar afecciones médicas que no son de emergencia, recetar medicamentos y enviar recetas a su farmacia.

Visita [Teladoc.com](https://www.teladoc.com) | Llame al 1-800-TELADOC (800-835-2362) | Descarga la aplicación



Resumen de la Cuenta de Ahorros para la Salud

Entendemos lo importante que es tener la libertad de tomar sus propias decisiones con respecto a su dinero para la atención médica. Una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA, por sus siglas en inglés), combinada con el Plan de Salud Calificado con Deducible Alto (QHDHP, por sus siglas en inglés), puede mantener sus opciones de gastos de atención médica en sus manos. Inscribirse en el QHDHP, que se rige por el IRS, puede permitirle participar en una cuenta de ahorros para la salud (HSA).



Además de sus contribuciones individuales a la HSA, WellHaven contribuirá con \$625 para el plan individual / \$1,250 para el plan de dependientes anualmente a su cuenta.

¿Qué es una HSA?

Una cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés) es una cuenta bancaria personal de atención médica que puede usar para pagar gastos calificados de su bolsillo con dólares antes de impuestos. Está diseñado para dar a los empleados más responsabilidad y control de sus decisiones de atención médica. Una HSA le permite:

- Esté preparado para gastos inesperados de atención médica que no se contabilizan en sus finanzas personales
- Aumentar el ahorro fiscal
- Ahorre y "transfiera dinero" si no lo gasta en el año calendario
- Llévelo contigo. El dinero de su cuenta siempre es suyo, incluso si cambia de plan de salud o de trabajo
- Cree ahorros para el cuidado de la salud para la jubilación

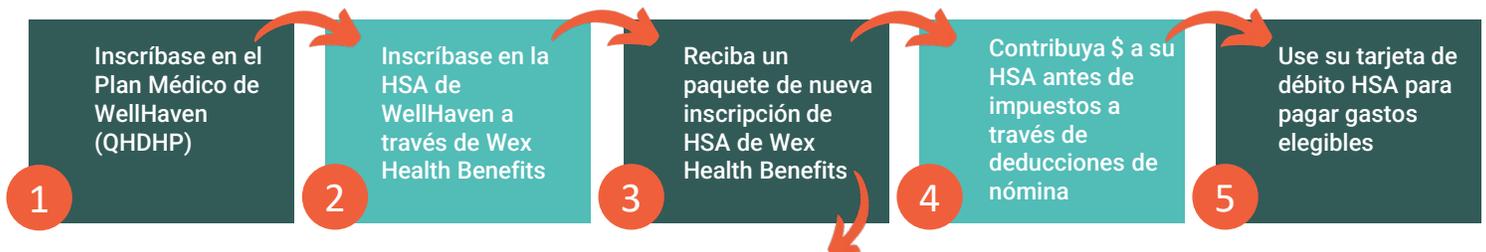
Beneficios de una HSA

Hay muchos beneficios de usar una HSA, incluidos los siguientes:

- Es portátil. El dinero de su HSA se transfiere de año en año y es suyo para que lo conserve, incluso si deja la empresa.
- Es un ahorro de impuestos. Una HSA ofrece una triple ventaja fiscal:
 - Sus contribuciones a la HSA se realizan con dólares antes de impuestos
 - Los fondos dentro de la HSA se acumulan libres de impuestos
 - Puede retirar fondos libres de impuestos (si se utilizan para gastos médicos elegibles)

Resumen de la inscripción en HSA

¡Inscribirse es fácil! Siga estos pasos para configurar su cuenta HSA.



¡Atención! Siga todas las instrucciones indicadas por Wex Health Benefits para finalizar la configuración de su cuenta HSA.

Preguntas frecuentes sobre HSA

? ¿Quién es elegible para una HSA?

Para calificar para participar en una HSA, usted debe estar inscrito en un QHDHP y no puede:

- Estar cubierto por otro plan de salud no calificado, como el plan PPO de su cónyuge;
- Estar cubierto por una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) tradicional, como la FSA de su cónyuge, a través de su trabajo;
- Estar inscrito en Medicare o Tricare; si cobra el Seguro Social, se le inscribe automáticamente en la parte A de Medicare, lo que lo hace inelegible para contribuir a la HSA
- Haber recibido servicios de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) en los últimos 3 meses (la atención por lesiones o enfermedades relacionadas con el servicio está exenta);
- Ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

? ¿Cuáles son los gastos calificados elegibles?

Gastos para el tratamiento o prevención de una afección física o mental. Siempre que tenga un saldo en su HSA, puede usar los fondos para pagar o reembolsarse lo siguiente:

- Deducibles, copagos y coseguros
- Tarifas de medicamentos recetados elegibles
- Costos de atención dental (no cosméticos)
- Lentes de contacto y otros gastos de la vista
- Ciertos artículos de farmacia de venta libre

La Publicación 502 del IRS proporciona una lista completa de gastos elegibles y se puede encontrar en [www.Servicio de Impuestos Internos \(IRS, porGov\)](http://www.Servicio de Impuestos Internos (IRS, porGov)).

? ¿Cómo uso mis dólares de HSA?

Usted usa su tarjeta de débito Wex Health Benefits (HSA) para compras elegibles y para pagar facturas médicas/hospitalarias en línea. Si paga por un servicio con una tarjeta de crédito, efectivo o cheque diferente, aún puede obtener un reembolso a través de su HSA.

? ¿Qué sucede si uso el dinero de mi HSA para un gasto no elegible?

Si tiene menos de 65 años, estará sujeto a los impuestos aplicables y a una multa del 20% en el impuesto especial. Consulte Wex Health Benefits para completar un formulario de contribución erróneo antes del 15 de abril^{ésimo} para evitar multas e impuestos.

? ¿Puedo usar el dinero de mi HSA para pagar los gastos incurridos por mi pareja de hecho?

Sí, pero solo si reclama a su pareja de hecho como dependiente de impuestos federales cuando presenta su declaración de impuestos.

? ¿Qué le sucede a mi HSA si me voy de WellHaven? ¿O si me retiro?

La HSA siempre es suya, incluida la contribución anual de \$625 / \$1,250 de la empresa. Si te jubilas, una HSA es una excelente cuenta de ahorros para la jubilación. Los dólares de la HSA que ahorre para la jubilación le ayudarán a seguir pagando los gastos médicos hasta bien entrada su jubilación. Después de los 65 años, puede usar estos dólares por razones distintas a pagar los gastos médicos. Se le pedirá que pague la tarifa de administración mensual.

? Me he inscrito en el QHDHP de WellHaven solo para mí. ¿Puedo usar mi HSA de WellHaven para pagar los costos médicos incurridos por los miembros de mi familia que no están inscritos en el QHDHP?

Sí, puede usar su HSA para gastos elegibles incurridos por su cónyuge legal y sus dependientes fiscales, ya sea que estén inscritos en su plan médico a través de WellHaven.

? ¿Necesito guardar mis recibos de gastos calificados para HSA?

Sí, guarde los recibos de su HSA de cada año con su declaración de impuestos sobre la renta. Hable con un asesor fiscal antes de purgar los registros.



Contribuciones a la Cuenta de Ahorros para la Salud

Para 2025 WellHaven aportará \$625 a su cuenta HSA para la cobertura Solo para Empleados y \$1,250 si elige la cobertura para dependientes, para compensar el límite de deducible anual.

Contribuya a su HSA y aproveche lo siguiente:

- Contribuciones antes de impuestos
- Pago libre de impuestos de gastos médicos calificados
- Ganancias libres de impuestos
- Crecimiento de la cuenta HSA a medida que los fondos se renuevan de un año a otro



La siguiente tabla describe los límites anuales del monto actual de la contribución. Esto puede cambiar de un año a otro.



¡Atención! Puedes cambiar/iniciar/ Suspende el monto de tu contribución en cualquier momento del año, siempre que no excedas el máximo anual.

El monto máximo de contribución del empleado de la HSA 2025 es de \$4,300 para la cobertura individual y de \$8,550 para la cobertura familiar, esto incluye las contribuciones del empleador. Además, si tiene 55+ años de edad, puede hacer una contribución adicional de "puesta al día" de \$1,000.

Inscripción en el plan médico WellHaven 2025	Elegibilidad para la inscripción en el plan HSA 2025	Límite máximo de contribución de la HSA 2025	Contribución a la HSA de WellHaven 2025	Límite total de contribución de los empleados para 2025: anual	Límite total de contribución de los empleados para 2025: por período de pago
Solo para empleados	Individual < 55 años	\$4,300	\$625	\$3,675	153 dólares.13
	Individual > 55 años	\$5,300	\$625	\$4,675	194 dólares.79
Empleado + Cónyuge / DP	Familia < 55 años	\$8,550	\$1,250	\$7,300	304 dólares.17
	Familia > 55 años	\$9,550	\$1,250	\$8,300	345 dólares.83
Empleado + Niño(s)	Familia < 55 años	\$8,550	\$1,250	\$7,300	304 dólares.17
	Familia > 55 años	\$9,550	\$1,250	\$8,300	345 dólares.83
Empleado + Familia	Familia < 55 años	\$8,550	\$1,250	\$7,300	304 dólares.17
	Familia > 55 años	\$9,550	\$1,250	\$8,300	345 dólares.83

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Una FSA le permite apartar dinero antes de que se le cobren impuestos y usarlo para pagar **Gastos médicos, dentales y de la vista elegibles**, además de que hay una cuenta de cuidado de dependientes para ayudar a pagar **Gastos de guardería**.

- Usted elige cuánto contribuir en función de sus necesidades personales, hasta la asignación anual máxima
- ¡Es como obtener un descuento del 25% al 40%, ya que todos los gastos calificados se pagan antes de impuestos!

FSA para el cuidado de la salud - No es necesario que esté inscrito en el plan médico de WellHaven para participar.

FSA para el cuidado de dependientes – Los dependientes elegibles incluyen:

- Niño(s) hasta los 12 años
- Dependiente o cónyuge discapacitado
- Cuidado de ancianos – dependiente de impuestos

La siguiente tabla describe los tipos de FSA, los máximos de contribución actuales y las reglas de reinversión.

Véase el [Wex](#) para obtener una lista completa de los gastos elegibles.



Encerrado – su elección de contribución anual está "bloqueada" para el año = no puede realizar cambios, excepto para eventos de vida que califican (QLE).

¿Cuándo están disponibles los fondos de la FSA?

FSA para el cuidado de la salud de propósito limitado y propósito general los fondos están disponibles el primer día del año del Plan.

- Año del plan para 2025 = 1/1/2025–31/12/2025

FSA para el cuidado de dependientes Los fondos están disponibles una vez que su(s) contribución(es) de nómina se haya depositado en su cuenta FSA.

Médico Seguro Inscripción	WellHaven (en inglés) Plan de Regencia	Plan Médico Fuera de WellHaven	Elegible Atención médica FSA	Tipo de Atención médica Gastos subvencionables	Contribución máxima de los empleados en 2025	Último día para incurrir Expensas	Último día para enviar Expensas	Saldo de la FSA en 3/31/2025	Saldo de rollover 1º Día a usar \$ en 2026
QHDHP	✓	✓	Propósito limitado	<ul style="list-style-type: none"> • Dental • Visión 	\$3,200	12/31/2025	3/31/2026	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$640 se pueden transferir hasta 2026 • Los saldos superiores a \$640 son perdidos por el empleado 	4/1/2026
PPO	✓	✓	Propósito general	<ul style="list-style-type: none"> • Dental • Visión • Médico 	\$3,200	12/31/2025	3/31/2026	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$640 se pueden transferir hasta 2026 • Los saldos superiores a \$640 son perdidos por el empleado 	4/1/2026
FSA elegible									
N/A	N/A	N/A	Dependiente Cuidado	N/A	\$5,000	12/31/2025	3/31/2026	<ul style="list-style-type: none"> • Los saldos de cualquier monto son confiscados por el Empleado 	N/A



¿Qué plan médico es el adecuado para mí y mi familia?

Escenario: Solo empleados inscritos

ESCENARIO DE BAJO USO	Resumen de ejemplos	Costo real	La mayoría de los ahorros	
			QHDHP	PPO
Resumen del uso de este empleado: <ul style="list-style-type: none"> Recibieron su examen preventivo anual Tuvo una enfermedad/lesión que requirió dos viajes a urgencias 	Examen preventivo	\$120	\$0	\$0
	Visita de Atención de Urgencia (2)	\$250	\$250	\$80
	Visita al especialista	\$160	\$160	\$60
	Costo total del plan	\$530	\$410	\$140
	Contribuciones del empleador a la HSA	N/A	(-\$625)	\$0
	Primas Anuales para Empleados	N/A	\$2,292	\$1,566
	Costo total	\$530	\$2,077	\$1,706
	Ahorros en impuestos de HSA para empleados asumiendo una contribución de \$3,525*	N/A	\$881	N/A
	Ahorros en impuestos de la FSA para empleados, asumiendo una contribución de \$3,050*	N/A	N/A	\$763

Escenario: Empleado inscrito con cónyuge

ESCENARIO DE USO MEDIO	Resumen de ejemplos	Costo real	La mayoría de los ahorros	
			QHDHP	PPO
Resumen del uso de este empleado y cónyuge: <ul style="list-style-type: none"> A cada uno se le realizó su examen preventivo (2) Dos visitas al especialista en total (una cada una) Una tomografía computarizada (empleado) Un embarazo saludable y sin complicaciones (cónyuge) Medicamento de nivel 1 (12 surtidos – empleado) 	Examen Preventivo (2)	\$240	\$0	\$0
	Visita al especialista (2)	\$320	\$320	\$120
	Tomografía computarizada	\$1,200	\$1,200	\$1,200
	Embarazo	\$12,000	\$4,840	\$6,000
	Tier 1 Rx (12 rellenos)	\$336	\$336	\$240
	Costo total del plan	\$14,096	\$6,696	\$7,560
	Contribuciones del empleador a la HSA	N/A	(-\$1,250)	\$0
	Primas Anuales para Empleados	N/A	\$6,509	\$5,473
	Costo total	\$14,096	\$11,955	\$13,033
HSA para empleados Ahorro fiscal asumiendo una contribución de \$7,050*	N/A	\$1,763	N/A	
Ahorros en impuestos de la FSA para empleados, asumiendo una contribución de \$3,050*	N/A	N/A	\$763	

Escenario: Empleado inscrito con familia

ESCENARIO DE ALTO USO	Resumen de ejemplos	Costo real	La mayoría de los ahorros	
			QHDHP	PPO
Resumen del uso de esta familia: <ul style="list-style-type: none"> Cada uno de ellos tuvo su examen preventivo (4) Cuatro visitas de atención primaria en total Trabajo de laboratorio (1 cada uno) Una visita a la sala de emergencias (2) Medicamentos de nivel 3 (12 surtidos) 	Examen Preventivo (4)	\$480	\$0	\$0
	Visita de Atención Primaria (10)	\$1,250	\$1,250	\$400
	Visita al especialista (4)	\$640	\$640	\$240
	Trabajo de laboratorio	\$300	\$300	\$300
	Visita a la sala de emergencias (2)	\$4,400	\$3,128	\$4,600
	Tier 3 Rx (12 rellenos)	\$1,200	\$240	\$720
	Costo total del plan	\$8,270	\$5,558	\$6,260
	Contribuciones del empleador a la HSA	\$0	(-\$1,250)	\$0
	Primas Anuales para Empleados	N/A	\$10,628	\$9,625
	Costo total	\$8,270	\$14,936	\$15,885
	HSA para empleados Ahorro fiscal asumiendo una contribución de \$7,050*	N/A	\$1,763	N/A
Ahorros en impuestos de la FSA para empleados, asumiendo una contribución de \$3,050*	N/A	N/A	\$763	

¡Atención! Los costos totales de QHDHP NO tienen en cuenta las contribuciones de los empleados a sus cuentas HSA.

Los costos reales son estimaciones de los servicios especificados, los costos pueden variar según el médico, el consultorio y el hospital.

*Asume un tramo impositivo del 25%



Resumen del Plan Dental

Además de proteger su sonrisa, el seguro dental ayuda a pagar la atención dental y, por lo general, incluye chequeos regulares, limpiezas y radiografías. Varios estudios sugieren que las enfermedades bucales, como la periodontitis (enfermedad de las encías), pueden afectar otras áreas del cuerpo, incluido el corazón.

Recibir atención dental regular puede protegerlo a usted y a su familia del alto costo de las enfermedades dentales y la cirugía.

WellHaven se ha asociado con MetLife para ofrecerle dos planes Dental PPO. Ambos planes Dental PPO le permiten la libertad de consultar a un dentista de su elección o acceder a la red de dentistas PPO. Si utiliza un dentista que participa en la red PPO, sus gastos de bolsillo se reducirán, ya que los honorarios están sujetos a una tarifa negociada. Si utiliza un proveedor fuera de la red, usted es responsable de pagar la diferencia de costo entre los cargos del proveedor fuera de la red y la cantidad permitida.



¡Atención! Puede usar sus dólares de HSA y FSA para pagar los costos dentales calificados, incluida la ortodoncia.

Plan	Plan de compra		Base Plan	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios				
Deducible	\$50 Individual / \$150 Familiar		\$75 Individual / \$225 Familiar	
Beneficio Anual Máximo	\$1,500 por persona		\$1,000 por persona	
Cuidado preventivo				
Exámenes	Deducible exento Pagado al 100%	Deducible exento Pagado al 100% del monto permitido	Deducible exento Pagado al 100%	Deducible exento Pagado al 100% del monto permitido
Radiografías				
Limpiezas				
Restaurador Básico	Después del deducible, paga el 20%	Después del deducible, paga el 20% de la cantidad permitida	Después del deducible, paga el 20%	Después del deducible, paga el 20% de la cantidad permitida
Restaurador Mayor	Después del deducible, paga el 50%	Después del deducible, paga el 50% de la cantidad permitida	Después del deducible, paga el 50%	Después del deducible, paga el 50% de la cantidad permitida
Ortodoncia (Niños y Adultos)	Pagas el 50%, no aplica deducible	Pagas el 50% del monto permitido, no aplica deducible	No cubierto	
	Beneficio máximo de por vida de hasta \$1,000	Beneficio máximo de por vida de hasta \$1,000		

¿Qué plan dental es el adecuado para mí y mi familia?

Escenario: Solo empleados inscritos

ESCENARIO DE BAJO USO	Opción recomendada
<p>Resumen del uso de este empleado:</p> <ul style="list-style-type: none">• Recibieron su limpieza anual <p>El empleado NO tiene necesidad de cobertura de ortodoncia.</p>	<p>Base Plan – el empleado no tiene necesidad de servicios dentales adicionales o cobertura de ortodoncia y, por lo tanto, debe considerar pagar la prima más baja del Plan Base.</p>

Escenario: Empleado inscrito con familia

ESCENARIO DE ALTO USO	Opción recomendada
<p>Resumen del uso de esta familia:</p> <ul style="list-style-type: none">• Recibieron sus limpiezas anuales• Tiene un hijo que utiliza la cobertura de ortodoncia• Tiene necesidad de empastes	<p>Plan de compra – el empleado y su familia necesitan servicios dentales adicionales y cobertura de ortodoncia y, por lo tanto, deben considerar pagar la prima más alta por el Plan Buy Up.</p>



Resumen del plan de visión

Conducir al trabajo, leer un artículo de noticias y ver la televisión son actividades que realiza todos los días. Sin embargo, su capacidad para realizar estas actividades depende de su visión y salud ocular. El seguro de la vista puede ayudarlo a mantener su visión, así como a detectar varios problemas de salud. El Plan de la Vista de WellHaven se ofrece a través del Plan de Servicios de la Vista (VSP).

El plan de la vista de WellHaven le da derecho a beneficios específicos para el cuidado de la vista. Nuestra póliza cubre exámenes de la vista de rutina y otros procedimientos, y proporciona una cantidad específica en dólares o descuentos en la compra de gafas y lentes de contacto. Vea la tabla a continuación para un breve resumen de estos beneficios.

Por favor refiérase al Resumen de Beneficios, disponibles en Paycom Self Service, para obtener una lista completa de servicios cubiertos.



El Plan de la Vista le brinda la libertad de consultar a un oftalmólogo de su elección o acceder a la red de proveedores de la vista de VSP. Si utiliza un proveedor que participa en la red, sus gastos de bolsillo se reducirán. Si utiliza un proveedor fuera de la red, los beneficios y descuentos dentro de la red no se aplicarán y los beneficios se pagarán de acuerdo con un cronograma de reembolso de beneficios establecido.



¡Atención! Considere usar sus dólares de HSA o FSA para pagar los costos de visión calificados, incluida la compra de anteojos, lentes de contacto e incluso solución para lentes de contacto.



Servicios	Dentro de la red	Fuera de la red
Exámenes	Copago de \$10, luego cubierto en su totalidad	Copago de \$10, luego cubierto hasta \$45
Ferretería (materiales) Copago	Copago de \$25	Copago de \$25
Lentes		
Visión única	Cubierto en su totalidad después del copago	Después del copago, cubierto hasta \$30
Bifocal forrado	Cubierto en su totalidad después del copago	Después del copago, cubierto hasta \$50
Trifocal forrado	Cubierto en su totalidad después del copago	Después del copago, cubierto hasta \$65
Lenticular	Cubierto en su totalidad después del copago	Después del copago, cubierto hasta \$100
Progresivo	Copago de \$0 a \$175	Después del copago, cubierto hasta \$50
Marcos	Después del copago, cubierto hasta \$130	Después del copago, cubierto hasta \$70
Lentes de contacto		
Electivo	Cubierto hasta \$130	Cubierto hasta \$105
Médicamente necesario	Cubierto en su totalidad	Cubierto hasta \$210
Ajuste y seguimiento	Copago de hasta \$60	No cubierto
Frecuencia de cobertura		
Exámenes	Cubierto cada 12 meses	
Lentes	Cubierto cada 12 meses	
Marcos	Cubierto cada 24 meses	

Seguros de vida y AD&D

Seguro Básico de Vida y Muerte Accidental y

Desmembramiento (AD&D): El seguro de vida puede ayudar a mantener a sus seres queridos si algo le sucediera. WellHaven proporciona a los empleados elegibles para beneficios \$25,000 en seguro básico de vida y AD&D a través de MetLife. No se le cobra nada por este beneficio.

Seguro Suplementario Voluntario de Vida y Muerte

Accidental y Desmembramiento (AD&D): Si bien WellHaven le ofrece un seguro básico de vida y AD&D, es posible que algunos empleados deseen comprar una cobertura adicional. A través de MetLife, tiene la opción de comprar cobertura adicional a tarifas atractivas y la conveniencia de deducciones de nómina.

Puede comprar cobertura para usted y sus dependientes. Su costo se basa en la antigüedad de su seguro y la cantidad de cobertura que seleccione. Los ajustes de costos relacionados con la edad ocurrirán el 1 de enero de cada año. Primero debe elegir la cobertura para usted, con el fin de inscribir a su cónyuge/pareja de hecho o hijo(s). La prima del cónyuge/pareja de hecho se basa en la edad del empleado. A continuación se muestra un resumen de la cobertura que puede comprar.

Tenga en cuenta: Puede optar por aumentar su empleado Cobertura \$5,000 cada año durante el período de inscripción abierta sin presentar evidencia de asegurabilidad (siempre y cuando no haya superado ya el beneficio máximo).



¡Atención! Cuando es elegible inicialmente, es elegible para recibir hasta la emisión garantizada sin presentar ninguna Evidencia de asegurabilidad (EOI) o prueba de buena salud, siempre y cuando se inscriba dentro de los 31 días posteriores a su fecha de elegibilidad inicial. Cualquier cobertura de seguro de vida que supere los Montos de Emisión de la Garantía estará sujeta a la aprobación de la suscripción de seguros (EOI, por sus siglas en inglés). Es su responsabilidad completar y enviar los formularios de EOI requeridos, para obtener el monto que excede el monto de emisión garantizado, dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que solicita la cobertura. Si decide no participar en el momento en que es elegible inicialmente y elige inscribirse en un momento posterior, es posible que deba pasar por el proceso de EOI para la cobertura, independientemente de la cantidad.

Cobertura	Montos de beneficios	Monto de Emisión Garantizado
Empleado	Incrementos de \$5,000 con un mínimo de \$10,000, hasta el menor de 5 veces las ganancias anuales o \$300,000	\$100,000
Cónyuge o pareja de hecho	Incrementos de \$5,000, hasta el menor de \$100,000 o el 50% del monto del seguro de vida complementario del empleado	\$25,000
Niño(s)	De 15 días a 6 meses: Piso \$1,000 Mayores de 6 meses: Importe fijo: \$1,000, \$2,000, \$4,000, \$5,000 o \$10,000	\$10,000

Piensa en tus circunstancias personales. ¿Es usted el único proveedor de su hogar? ¿Qué otros gastos espera en el futuro (por ejemplo, la matrícula universitaria de su hijo)? Dependiendo de sus necesidades, es posible que desee considerar comprar un seguro de vida complementario. Si compra un seguro de vida complementario, recibirá una cantidad igual de cobertura de AD&D. AD&D paga un beneficio adicional si usted muere como resultado de un accidente, así como un beneficio pagadero si sobrevive pero pierde una extremidad o su vista como resultado de un accidente.

Seguro de Incapacidad - Voluntario

En el caso de que quede discapacitado por una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo, se proporcionan beneficios de ingresos por discapacidad como fuente de ingresos. Esta cobertura se proporciona a través de MetLife y es pagada por el empleado. Los beneficios por discapacidad deben ser aprobados por un médico y el proveedor de discapacidad.

Discapacidad a corto plazo: La discapacidad a corto plazo (STD, por sus siglas en inglés) es un beneficio pagado por el empleado que brinda protección parcial de ingresos si usted no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión. Su beneficio cubre una parte de su salario semanal hasta 12 semanas.

Discapacidad a largo plazo: La discapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés) es un beneficio pagado por el empleado que brinda protección parcial de ingresos si no puede trabajar durante más de 90 días. El beneficio le proporciona el 60% de sus ganancias mensuales durante su período de discapacidad aprobado sobre una base libre de impuestos, hasta un máximo de \$15,000/\$8,000 por mes.

Discapacidad a corto plazo	
Elegibilidad	Todos los empleados activos a tiempo completo que trabajen al menos 30 horas a la semana
Comienzan los beneficios	En el 8º día - Período de eliminación
Duración de la prestación	12 semanas, incluido el período de eliminación
% de beneficio semanal	60% de la media. Salario semanal
Beneficio Semanal Máximo	\$1,500
Discapacidad a largo plazo	
Elegibilidad	Todos los empleados activos a tiempo completo que trabajen al menos 30 horas a la semana
Comienzan los beneficios	Período de eliminación de 90 días
% de beneficio mensual	60% de la media. Ganancias Mensuales Básicas
Beneficio Mensual Máximo	\$15,000 – DVM/Liderazgo Sr. \$8,000 – todos los demás

*Ocupación propia de DVM hasta los 65 años

Cálculos de Primas por Discapacidad a Corto y Largo Plazo

Discapacidad a corto plazo	Discapacidad a largo plazo
60% de la media. Salario semanal	60% de la media. Ganancias Mensuales Básicas
\$1,500 Promedio Máximo Beneficio Semanal	\$8,000 Promedio Máximo Beneficio Mensual

Cálculo de STD

Tarifa por hora	x Horas por semana	= Nómina semanal	x %	= Beneficio	x Tarifa	Sub-Total	/10 = Prima mensual	/2 = Por período de pago
\$15.00	40.00	\$600.00	.60	\$360.00	0.607	\$168.120	\$16.18	\$8.41

Cálculo de LTD

Tarifa por hora	x Horas por semana	= Nómina semanal	x 52 Semanas	Nómina mensual	x Tarifa	Sub-Total	/100 = Prima mensual	/2 = Por período de pago
\$15.00	40.00	\$600.00	\$31,200	\$2,600	0.633	\$1,645.800	\$16.46	\$8.23

Aspectos a tener en cuenta

- Si su estado ofrece un Programa de Licencia Pagada, es posible que desee comunicarse con MetLife para analizar cómo el Programa Estatal y este Programa de STD patrocinado por el empleador coordinarían los beneficios.
- Si espera una pérdida de ingresos a largo plazo, puede ser apropiado comprar el plan LTD patrocinado por WellHaven.
- Si espera una pérdida de ingresos a corto plazo (es decir, un embarazo), puede ser apropiado comprar el plan de ETS patrocinado por WellHaven.

¡Atención! Cuando inicialmente es elegible, usted es elegible para inscribirse en la cobertura por discapacidad sin presentar ninguna Evidencia de asegurabilidad (EOI) o prueba de buena salud, siempre y cuando se inscriba dentro de los 31 días posteriores a su fecha de elegibilidad inicial. Cualquier cobertura por discapacidad elegida fuera de su fecha de elegibilidad inicial estará sujeta a EOI (aprobación de suscripción de seguros). Es responsabilidad del empleado completar y enviar los formularios EOI requeridos, para obtener la cobertura, dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que solicita la cobertura. Si decide no participar en el momento en que es elegible inicialmente y elige inscribirse en un momento posterior, se le pedirá que pase por el proceso de EOI para obtener cobertura.

Enfermedad Crítica Voluntaria

Las enfermedades graves a menudo tienen gastos de bolsillo que el seguro médico no cubre. Esta cobertura le paga una suma global si se le diagnostica una afección cubierta. Puede ayudarlo a preocuparse menos por los gastos para que pueda concentrarse en su recuperación.

- Los empleados pueden elegir \$15,000 o \$30,000 en cobertura para cubrir condiciones que incluyen ataque cardíaco, cáncer, insuficiencia renal en estado terminal, parálisis, pérdida de la visión y muchas otras
- A los cónyuges/parejas de hecho/hijos dependientes se les ofrecerá el 50% del monto del empleado
- Limitación de condiciones preexistentes no incluida. Beneficios pagaderos por una afección cubierta, siempre y cuando ocurra en o después de la fecha de vigencia de la cobertura, incluso si resulta de una afección preexistente. "Condición preexistente" se refiere a una enfermedad o lesión para la cual se buscó asesoramiento o atención médica antes de la fecha de vigencia de la cobertura.

Edad	Solo EE	EE+SP	EE+ Niños	EE+ Familia
18-24	\$0.140	\$0.225	\$0.250	\$0.335
25-29	\$0.170	\$0.270	\$0.280	\$0.380
30-34	\$0.220	\$0.345	\$0.330	\$0.455
35-39	\$0.285	\$0.440	\$0.395	\$0.550
40-44	\$0.405	\$0.615	\$0.515	\$0.725
45-49	\$0.580	\$0.885	\$0.690	\$1.000
50-54	\$0.810	\$1.280	\$0.920	\$1.390
55-59	\$1.100	\$1.785	\$1.210	\$1.900
60-64	\$1.635	\$2.640	\$1.750	\$2.755
65-69	\$2.305	\$3.815	\$2.415	\$3.925
70-74	\$3.505	\$5.560	\$3.615	\$5.670
75-84	\$4.905	\$7.655	\$5.015	\$7.765

- Las tarifas son por \$1,000 de cobertura por período de pago
- Tarifas de cónyuge/pareja de hecho/hijos dependientes basadas en la edad del empleado
- **Ejemplo de tarifa:**
- La familia compra \$30,000 de cobertura y EE tiene 30 años
- $\$30,000 \times 0.455 / 1,000 = \13.65 bimensuales

Indemnización Hospitalaria Voluntaria

Una estadía en el hospital o un procedimiento médico pueden costar miles de dólares. Puede usar esta cobertura para ayudar a pagar los gastos de bolsillo que el seguro médico no cubre, como el coseguro, los copagos y los deducibles.

Los empleados pueden elegir entre una opción baja o alta según el nivel de cobertura que deseen

Tarifas por cheque de pago

Beneficio	Plan Alto	Plan Bajo
Ingreso hospitalario de primer día - 4 veces al año	\$1,000	\$500
Internamiento hospitalario - Beneficio diario hasta 15 días	\$200	\$100
Máximo anual	\$4,000	\$2,000

Nivel	Plan Alto	Plan Bajo
EE	\$11.51	\$5.76
EE + Cónyuge	\$19.13	\$9.56
EE + Niños	\$17.04	\$8.52
EE + Familia	\$24.65	\$12.33

- Si una persona cubierta es readmitida dentro de los 180 días por la misma enfermedad/lesión o por una relacionada por la cual MetLife pagó un Beneficio de Admisión, no se pagará un Beneficio de Admisión adicional.

NOTAS:

- Estos beneficios se pagan a través de la deducción de nómina después de impuestos. También puede cancelar estos beneficios en cualquier momento, ya que no requieren un Evento válido
- Prueba de buena salud: el beneficio por enfermedad crítica no requiere interrogatorio médico por ningún monto; Toda la cobertura elegida está garantizada. Además, el pago de la indemnización hospitalaria se basa en un cronograma de eventos / servicios.
- La ilustración anterior pretende ser una breve descripción general de los beneficios. Es posible que se apliquen máximos de beneficios, disposiciones del plan y mandatos estatales.

Beneficios de Valor Agregado de MetLife

Preparación del testamento

Con la Preparación de Testamentos, puedes tener un Testamento preparado, de forma fácil y económica. Si estás inscrito en **Seguro de Vida Suplementario de MetLife** cobertura, usted y su cónyuge pueden aprovechar los Servicios de Preparación de Testamentos.

Los servicios se ofrecen a través de los planes legales de MetLife*, una compañía de MetLife e incluyen:

- Acceso a los abogados que participan en la red de MetLife Legal Plans para prepararse para la actualización de Testamentos, Testamentos en Vida y Poderes Notariales.
- Los empleados pueden usar un abogado no participante y recibir un reembolso por los servicios cubiertos de acuerdo con un programa de tarifas establecido. Usted será responsable de cualquiera de los honorarios del abogado que exceda el monto reembolsado si elige la opción fuera de la red.

* La preparación del testamento es ofrecida por MetLife Legal Plans, Inc., Cleveland, Ohio. En ciertos estados, los beneficios de servicios legales se proporcionan a través de la cobertura de seguro suscrita por Metropolitan Property and Casualty Insurance Company and Affiliates, Warwick, Rhode Island. Para los casos de Nueva York, el servicio de Preparación de Testamentos es una oferta ampliada que incluye consultas en la oficina y asesoramiento telefónico para otros asuntos legales más allá de la Preparación de Testamentos. La planificación fiscal y la preparación de fideicomisos en vida no están cubiertas por el servicio de preparación de testamentos.

Las personas procrastinan por muchas razones, pero gracias al servicio de Preparación de Testamentos, puede preparar o actualizar sus documentos importantes de manera fácil y económica. Y aumentará su tranquilidad al saber que está ayudando a proteger el futuro financiero de su familia.



Servicios de Resolución de Patrimonios

Si está inscrito en Plan Voluntario Suplementario de Vida y AD&D de MetLife tiene acceso a los servicios de Resolución de Patrimonio que cubren completamente los honorarios del abogado de la red para liquidar un patrimonio. Recibirás:

- Consultas ilimitadas en persona o por teléfono con un abogado para discutir asuntos o preguntas generales relacionadas con la sucesión de un patrimonio.
- Preparación de documentos patrimoniales.
- Preparación de la correspondencia necesaria para transferir activos no testamentarios, así como la declaración de impuestos asociada.

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Todos necesitamos ayuda de vez en cuando. Los problemas son solo una parte de la vida cotidiana. Además de los beneficios descritos en esta Guía, WellHaven también le brinda acceso a un Programa de Asistencia al Empleado (EAP, por sus siglas en inglés) a través de LifeWorks US Inc., en virtud de un acuerdo con MetLife.

A modo de **Empleado elegible para beneficios**, usted se inscribe automáticamente en este Programa y este beneficio se proporciona sin costo alguno para usted.



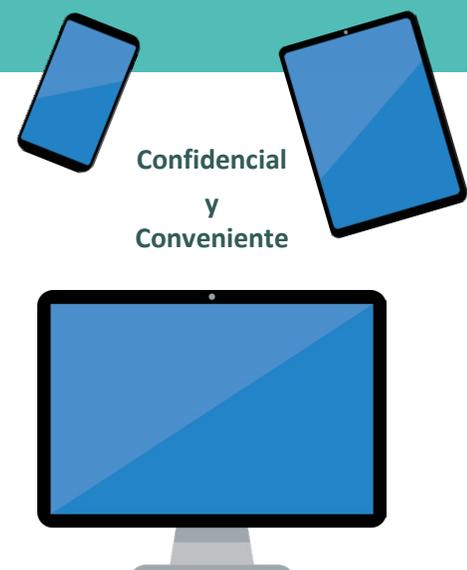
¿En qué me puede ayudar el EAP?

El EAP ofrece apoyo confidencial para ayudarlo con los desafíos de la vida y localizar recursos y servicios. Una simple llamada telefónica lo conecta con un equipo de profesionales experimentados listos para ayudarlo con una amplia gama de problemas personales, familiares y laborales, que incluyen:

- **Familia:** Cuidar a un familiar anciano, volver al trabajo después de tener un bebé, pasar por un divorcio
- **Trabajo:** Reubicación laboral, construcción de relaciones con compañeros de trabajo y gerentes, navegación a través de la reorganización
- **Dinero:** Elaboración de presupuestos, orientación financiera, planificación de la jubilación, compra o venta de una vivienda, cuestiones fiscales
- **Servicios Legales:** Cuestiones relacionadas con el derecho civil, personal y de familia, asuntos financieros, inmobiliarios y planificación patrimonial
- **Recuperación de Robo de Identidad:** Consejos para prevenir el robo de identidad y ayuda de un asesor financiero si es víctima
- **Salud:** Cómo lidiar con la ansiedad o la depresión, dormir lo suficiente, cómo dejar un mal hábito como fumar
- **Vida cotidiana:** Mudarse y adaptarse a una nueva comunidad, afligirse por la pérdida de un ser querido, asuntos familiares militares, entrenar a una nueva mascota

¿Cómo funciona?

El EAP es **confidencial** y disponible para usted y su hogar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usted y su hogar tienen derecho a un máximo de 5 consultas por número, por persona, por año calendario. Tú eliges entre sesiones presenciales o consultas telefónicas cómodas y sencillas. El programa también ofrece herramientas y recursos educativos fáciles de usar, en línea y a través de una aplicación móvil. Hay una función de chat para que puedas hablar con un consultor para que te guíe o te ayude a programar una cita con un consejero.



Presentamos el refinanciamiento de préstamos estudiantiles

- Nos hemos asociado con Peanut Butter para ayudar a nuestros empleados a enfrentar la deuda estudiantil.
- Nuestro programa de asistencia para préstamos estudiantiles incluye:
 - Consejos e información seleccionados para ayudarte a reestructurar tus préstamos y ahorrar dinero
 - Acceso al mercado de refinanciamiento diseñado para obtener los mejores términos posibles
 - Servicios de asesoramiento gratuitos
- Opciones de refinanciamiento de préstamos estudiantiles
 - Reembolso de \$200 para préstamos estudiantiles



Tiempo libre pagado (PTO)

WellHaven ofrece un generoso programa de PTO diseñado para apoyar su bienestar y la flexibilidad de usar el tiempo acumulado para satisfacer sus necesidades.

La toma de fuerza incluye lo siguiente:

- Pago por enfermedad
- Tiempo libre de vacaciones
- Tiempo libre personal

Elegibilidad para la PTO

- Empleados clasificados como Tiempo Completo (trabajando 30+ horas por semana)
- Los empleados elegibles acumularán PTO a partir del primer día de contratación o cambio de estado
- La PTO está disponible para su uso después de noventa (90) días de contratación o cambio de estado
- Recuentos de antigüedad en la adquisición previa
- tasa de devengo.

Clasificación de empleados	Acumulación de PTO Por período de pago	Acumulación anual de PTO	Límite máximo de acumulación de PTO	Arrastre máximo de PTO anual
Asalariado Exento <i>Incluye: Médicos, líderes de hospitales y ciertos puestos en el campus</i>	5.00 horas	120.00 horas	160.00 horas	Importe total devengado
Por hora no exento (<3 años) <i>Incluye: Personal del hospital y ciertos puestos del campus</i>	3.33 horas	80.00 horas	120.00 horas	Importe total devengado
Por hora no exento (3+ años) <i>Incluye: Personal del hospital y ciertos puestos del campus</i>	3.50 horas	84.00 horas	124.00 horas	Importe total devengado

Vacaciones pagadas

WellHaven reconoce lo siguiente **siete (7) días festivos anuales:**

- Día de Año Nuevo
- Día de los caídos
- 4^{ésimo} de julio
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día de Navidad
- Vacaciones Flotantes Personales

Elegibilidad para vacaciones pagadas

- Empleados clasificados como Tiempo Completo (trabajando 30+ horas por semana)
- Los empleados elegibles serán elegibles para el pago de días festivos el primer día de contratación o cambio de estado

Beneficio de vacaciones pagadas

- Las vacaciones pagadas son un 8. Beneficio de 00 horas para todos los empleados elegibles

Trabajar en un día festivo reconocido por la empresa

- A los empleados que trabajen en un día festivo reconocido por la empresa se les pagará por las horas trabajadas, así como por las 8.00 horas de vacaciones

Licencia Pagada por Maternidad/ Paternidad/Adopción/Crianza Temporal (MPAFL)

MPAFL da derecho a los empleados elegibles a recibir 2 semanas de licencia pagada.

- Los empleados clasificados a tiempo completo reciben 80.00 horas pagadas a la tarifa base regular.*
- Los empleados clasificados a tiempo parcial reciben un promedio (basado en las horas de trabajo) de 2 semanas pagadas a la tarifa base regular.*

* Nota para los médicos: MPAFL basado en la tasa base + la producción durante 6 meses retrospectivos.

Licencia por duelo

Los empleados clasificados de tiempo completo que han estado con WellHaven durante al menos seis (6) meses son elegibles para recibir una licencia por duelo.

Se puede tomar una licencia por duelo para los miembros de la familia inmediata:

- Esposo
- Pareja de hecho
- Parientes de primera línea: incluidos aquellos directamente relacionados con el empleado o el cónyuge / pareja de hecho
 - Padres: padrastro/medio / adoptado/tutores legales
 - Hermanos: hijastro/medio/adoptado
 - Hijos: padrastro/medio/adoptado
 - Abuelos – hijastro/medio/adoptado
 - Nietos -paso/medio/adoptado

Se toma en el momento de la muerte para:

- Hacer los arreglos funerarios
- Asistir al funeral y entierro
- Presentar sus respetos a la familia en un velorio o conmemoración

Beneficio Pagado

- Tres (3) días = 24 horas
- Pagado a la tarifa base actual del empleado

Beneficio no remunerado

- Dos (2) días adicionales



Licencia Profesional

Elegibilidad para la Licencia Profesional

Los siguientes empleados son elegibles para recibir el reembolso de los costos de renovación de la Licencia Profesional:

- Empleados clasificados como Tiempo Completo y que trabajan en un puesto elegible *
- Empleados clasificados como Tiempo Parcial, trabajando 20+ horas por semana y en un puesto elegible *

Los empleados son elegibles al ser contratados.

* Los puestos elegibles se describen en la siguiente tabla.

Beneficio de Renovación de Licencia Profesional por Puesto

Posición	Licencia DVM	Licencia DVM DEA	Ciclo de renovación
DVM (<i>Licencia DEA y DVM</i>) (Tiempo completo: 30+ horas por semana)	Sí	Por determinar, según sea necesario	Ciclo de renovación por organismo regulador
DVM (<i>Licencia DEA y DVM</i>) (Tiempo parcial: 20-29.99 horas por semana)	Sí	Por determinar, según sea necesario	Ciclo de renovación por organismo regulador

Posición	Licencia CVT/LVT/RVT	Ciclo de renovación
CVT/LVT/RVT (Tiempo completo: 30+ horas por semana)	Sí	Ciclo de renovación por organismo regulador
CVT/LVT/RVT (Tiempo parcial: 20-29.99 horas por semana)	Sí	Ciclo de renovación por organismo regulador
Gerente de Práctica con CVT/LVT/RVT (Tiempo completo: 30+ horas por semana)	Sí	Ciclo de renovación por organismo regulador
Gerente de Práctica con CVT/LVT/RVT (Tiempo parcial: 20-29.99 horas por semana)	Sí	Ciclo de renovación por organismo regulador

Es posible que se apliquen otras licencias/certificaciones. Consulte a su gerente de práctica para obtener más detalles.

Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

WellHaven tendrá y pagará las primas del seguro de responsabilidad profesional (DVM).

Educación Continua (CE)

Elegibilidad para la Educación Continua (CE)

Los siguientes empleados son elegibles para participar en el Programa de Educación Continua:

- Empleados clasificados como Tiempo Completo y que trabajan en un puesto elegible *
- Empleados clasificados como Tiempo Parcial, trabajando 20+ horas por semana y en un puesto elegible *

Los empleados son elegibles al ser contratados.

* Los puestos elegibles se describen en la siguiente tabla.

Beneficio CE por posición

Posición elegible	Reembolso Máximo Anual de Matrícula/Costos de CE	Horas Pagadas Máximas Anuales (también conocidas como Horas Pagadas Máximas). Tiempo pagado por asistir a los eventos de CE
DVM (Tiempo completo: 30+ horas por semana)	\$1,500.00	24 horas
DVM (Tiempo parcial: 20-29.99 horas por semana)	\$750.00	16 horas
Gerente de Práctica – CVT/LVT/RVT con credenciales (Tiempo Completo)	\$750.00	16 horas
Gerente de Práctica – No Credencial (Tiempo Completo)	\$500.00	16 horas
CVT/LVT/RVT (Tiempo Completo)	\$500.00	16 horas
Auxiliar Veterinario o Técnico No Acreditado (Tiempo Completo)	\$125.00	8 horas

Las personas con derecho a las prestaciones de la CE tienen la opción de combinar dos años de prestaciones (año en curso + año siguiente) para utilizarlas en el mismo año natural:

- Para asistir a una conferencia de CE, etc.

DVM – CE se puede utilizar para:

- Cuotas Anuales de Membresía de AVMA
- Una membresía anual de veterinario local o estatal
- Clases de Educación Continua
- Cualquier gasto relacionado con el viaje hacia/desde las clases CE



Planes de Bienestar

Los empleados elegibles pueden recibir un máximo de dos (2) planes de bienestar en un período de tiempo determinado.

- Los planes son para su(s) mascota(s) personal(es).
- Los empleados inscritos en un plan reciben un 20% de descuento en servicios y productos no cubiertos por el plan.

Nota: En cuanto a la comida para mascotas, los empleados también son elegibles para un descuento del 50% a través del programa Hill's VIP Market al realizar pedidos a través de su cuenta del hospital.

Elegibilidad para los beneficios del plan de bienestar

- El empleado trabaja para un hospital que utiliza el sistema eVet y el hospital ofrece planes de bienestar.
- Los empleados deben seleccionar uno de los planes disponibles actualmente en su hospital.
- Los empleados son elegibles el primer día del mes siguiente a los treinta (30) días de empleo.
- Los empleados clasificados como Tiempo Completo (trabajando 30+ horas por semana) son elegibles para hasta dos (2) planes.
- Los empleados clasificados como de tiempo parcial (programados regularmente, no temporales ni por día) son elegibles para un (1) plan.



Uniformes médicos y ropa de la marca WellHaven

Elegibilidad y beneficio de uniformes médicos y ropa:

- Los empleados de hospitales que trabajan a tiempo completo y a tiempo parcial son elegibles para un subsidio anual de uniformes médicos y ropa.

Monto de la asignación:

- Asignación de tiempo completo - \$120
- Asignación de tiempo parcial - \$60
- Asignación de Tiempo Completo para Médicos - \$170
- Asignación de Tiempo Parcial para Médicos - \$110

Nuevas contrataciones: La cantidad asignada se agregará al cheque de pago después de 60 días de empleo.

Asignación anual: El importe se incluirá en el 25 de enero^{ésimo} cheque de pago por las compras de fregados de ese año.

Uso: La asignación de fregados es un beneficio imponible y se incluye en los cheques de pago del empleado para realizar compras de fregados durante el año calendario. Siga las pautas de uniforme de su hospital cuando compre sus uniformes.

Descuentos adicionales para empleados

Programa del mercado VIP de Hill's

- Los empleados son elegibles para un 50% de descuento en alimentos para mascotas al realizar pedidos a través de su cuenta del hospital a través del programa Hill's VIP Market.
- La comida se puede enviar directamente a su hogar.

Descuentos de referencia de IDEXX Lab

- El personal elegible recibe un descuento de cortesía a través del programa IDEXX US, aplicable a médicos y personal [Descuento IDEXX](#)

Preventivos contra pulgas, garrapatas y gusanos del corazón de Elanco

- Los líderes de su hospital se asociarán con representantes locales de Elanco para programar almuerzos y aprendizajes semestrales. Elanco ofrece prevención gratuita contra el gusano del corazón y las pulgas / garrapatas para hasta dos (2) mascotas.



Beneficios Costo de la prima

Plan Médico POR CHEQUE de Pago Contribuciones Antes de Impuestos

Nivel de cobertura	Cigna QHDHP \$3,300	Cigna PPO \$3,500
Solo para empleados	\$ 84.81	\$ 88.81
Empleado + Cónyuge	\$ 271.87	\$ 228.62
Solo Empleado + Niño(s)	\$ 212.33	\$ 178.56
Empleado + Familia (Cónyuge + Hijos)	\$ 443.92	\$ 402.01

Plan dental POR PAGO Contribuciones antes de impuestos

Nivel de cobertura	Plan de compra	Base Plan
Solo para empleados	\$ 11.26	\$ 8.18
Empleado + Cónyuge	\$ 22.08	\$ 16.05
Solo Empleado + Niño(s)	\$ 24.84	\$ 18.05
Empleado + Familia (Cónyuge + Hijos)	\$ 38.18	\$ 27.74

Plan de visión POR CHEQUE de pago Contribuciones antes de impuestos

Nivel de cobertura	El empleado paga
Solo para empleados	\$.48
Empleado + Cónyuge	\$ 1.19
Solo Empleado + Niño(s)	\$ 1.23
Empleado + Familia (Cónyuge + Hijos)	\$ 2.42



¡Atención! Las primas se deducen automáticamente de su cheque de pago antes de impuestos según nuestro Plan de Solo Prima de la Sección 125 antes de impuestos. Consulte Recursos Humanos si tiene preguntas.

*PRIMAS PARA PAREJAS DE HECHO: las primas de la pareja de hecho (que no califica como dependiente del empleado, según la Sección 152 del Código de Rentas Internas) se pagarán después de impuestos. Las contribuciones del empleador realizadas en nombre de una pareja de hecho se considerarán ingresos imputados y se gravarán en consecuencia.

Beneficios Costo de la prima

Seguro de Vida Suplementario y AD&D

Tasas MENSUALES después de impuestos por cada \$1,000 de beneficio

Banda de edad	Tarifa - Empleado	Tarifa – Cónyuge*
Menores de 25 años	\$0.112	\$0.112
25 - 29	\$0.112	\$0.112
30 - 34	\$0.122	\$0.122
35 - 39	\$0.151	\$0.151
40 - 44	\$0.201	\$0.201
45 - 49	\$0.289	\$0.289
50 - 54	\$0.433	\$0.433
55 - 59	\$0.656	\$0.656
60 - 64	\$0.903	\$0.903
65 - 69	\$1.435	\$1.435
70+	\$2.808	\$2.808

*Las tarifas para cónyuges se basan en la edad del empleado.

Tarifa para niños: mensual por beneficio de \$1,000

Nivel de cobertura	El empleado paga
Todas las edades (hasta 26 años)	\$0.290

Beneficios Costo de la prima

Seguro de Vida Suplementario y AD&D

Tabla de deducción de nómina MENSUAL –

Edad desde	Edad hasta	\$5,000 Solicitado	\$10,000 Solicitado	\$15,000 Solicitado	\$20,000 Solicitado	\$25,000 Solicitado	\$30,000 Solicitado	\$35,000 Solicitado	\$40,000 Solicitado	\$45,000 Solicitado
0	29	\$0.56	\$1.12	\$1.68	\$2.24	\$2.80	\$3.36	\$3.92	\$4.48	\$5.04
30	34	\$0.61	\$1.22	\$1.83	\$2.44	\$3.05	\$3.66	\$4.27	\$4.88	\$5.49
35	39	\$0.76	\$1.51	\$2.27	\$3.02	\$3.78	\$4.53	\$5.29	\$6.04	\$6.80
40	44	\$1.01	\$2.01	\$3.02	\$4.02	\$5.03	\$6.03	\$7.04	\$8.04	\$9.05
45	49	\$1.45	\$2.89	\$4.34	\$5.78	\$7.23	\$8.67	\$10.12	\$11.56	\$13.01
50	54	\$2.17	\$4.33	\$6.50	\$8.66	\$10.83	\$12.99	\$15.16	\$17.32	\$19.49
55	59	\$3.28	\$6.56	\$9.84	\$13.12	\$16.40	\$19.68	\$22.96	\$26.24	\$29.52
60	64	\$4.52	\$9.03	\$13.55	\$18.06	\$22.58	\$27.09	\$31.61	\$36.12	\$40.64
65	69	\$7.18	\$14.35	\$21.53	\$28.70	\$35.88	\$43.05	\$50.23	\$57.40	\$64.58
70	99	\$14.04	\$28.08	\$42.12	\$56.16	\$70.20	\$84.24	\$98.28	\$112.32	\$126.36

Edad desde	Edad hasta	\$50,000 Solicitado	\$55,000 Solicitado	\$60,000 Solicitado	\$65,000 Solicitado	\$70,000 Solicitado	\$75,000 Solicitado	\$80,000 Solicitado	\$85,000 Solicitado	\$90,000 Solicitado
0	29	\$5.60	\$6.16	\$6.72	\$7.28	\$7.84	\$8.40	\$8.96	\$9.52	\$10.08
30	34	\$6.10	\$6.71	\$7.32	\$7.93	\$8.54	\$9.15	\$9.76	\$10.37	\$10.98
35	39	\$7.55	\$8.31	\$9.06	\$9.82	\$10.57	\$11.33	\$12.08	\$12.84	\$13.59
40	44	\$10.05	\$11.06	\$12.06	\$13.07	\$14.07	\$15.08	\$16.08	\$17.09	\$18.09
45	49	\$14.45	\$15.90	\$17.34	\$18.79	\$20.23	\$21.68	\$23.12	\$24.57	\$26.01
50	54	\$21.65	\$23.82	\$25.98	\$28.15	\$30.31	\$32.48	\$34.64	\$36.81	\$38.97
55	59	\$32.80	\$36.08	\$39.36	\$42.64	\$45.92	\$49.20	\$52.48	\$55.76	\$59.04
60	64	\$45.15	\$49.67	\$54.18	\$58.70	\$63.21	\$67.73	\$72.24	\$76.76	\$81.27
65	69	\$71.75	\$78.93	\$86.10	\$93.28	\$100.45	\$107.63	\$114.80	\$121.98	\$129.15
70	99	\$140.40	\$154.44	\$168.48	\$182.52	\$196.56	\$210.60	\$224.64	\$238.68	\$252.72

Edad desde	Edad hasta	\$95,000 Solicitado	\$100,000 Solicitado	\$105,000 Solicitado	\$110,000 Solicitado	\$115,000 Solicitado	\$120,000 Solicitado	\$125,000 Solicitado	\$130,000 Solicitado	\$135,000 Solicitado
0	29	\$10.64	\$11.20	\$11.76	\$12.32	\$12.88	\$13.44	\$14.00	\$14.56	\$15.12
30	34	\$11.59	\$12.20	\$12.81	\$13.42	\$14.03	\$14.64	\$15.25	\$15.86	\$16.47
35	39	\$14.35	\$15.10	\$15.86	\$16.61	\$17.37	\$18.12	\$18.88	\$19.63	\$20.39
40	44	\$19.10	\$20.10	\$21.11	\$22.11	\$23.12	\$24.12	\$25.13	\$26.13	\$27.14
45	49	\$27.46	\$28.90	\$30.35	\$31.79	\$33.24	\$34.68	\$36.13	\$37.57	\$39.02
50	54	\$41.14	\$43.30	\$45.47	\$47.63	\$49.80	\$51.96	\$54.13	\$56.29	\$58.46
55	59	\$62.32	\$65.60	\$68.88	\$72.16	\$75.44	\$78.72	\$82.00	\$85.28	\$88.56
60	64	\$85.79	\$90.30	\$94.82	\$99.33	\$103.85	\$108.36	\$112.88	\$117.39	\$121.91
65	69	\$136.33	\$143.50	\$150.68	\$157.85	\$165.03	\$172.20	\$179.38	\$186.55	\$193.73
70	99	\$266.76	\$280.80	\$294.84	\$308.88	\$322.92	\$336.96	\$351.00	\$365.04	\$379.08

Edad desde	Edad hasta	\$140,000 Solicitado	\$145,000 Solicitado	\$150,000 Solicitado	\$155,000 Solicitado	\$160,000 Solicitado	\$165,000 Solicitado	\$170,000 Solicitado	\$175,000 Solicitado	\$180,000 Solicitado
0	29	\$15.68	\$16.24	\$16.80	\$17.36	\$17.92	\$18.48	\$19.04	\$19.60	\$20.16
30	34	\$17.08	\$17.69	\$18.30	\$18.91	\$19.52	\$20.13	\$20.74	\$21.35	\$21.96
35	39	\$21.14	\$21.90	\$22.65	\$23.41	\$24.16	\$24.92	\$25.67	\$26.43	\$27.18
40	44	\$28.14	\$29.15	\$30.15	\$31.16	\$32.16	\$33.17	\$34.17	\$35.18	\$36.18
45	49	\$40.46	\$41.91	\$43.35	\$44.80	\$46.24	\$47.69	\$49.13	\$50.58	\$52.02
50	54	\$60.62	\$62.79	\$64.95	\$67.12	\$69.28	\$71.45	\$73.61	\$75.78	\$77.94
55	59	\$91.84	\$95.12	\$98.40	\$101.68	\$104.96	\$108.24	\$111.52	\$114.80	\$118.08
60	64	\$126.42	\$130.94	\$135.45	\$139.97	\$144.48	\$149.00	\$153.51	\$158.03	\$162.54
65	69	\$200.90	\$208.08	\$215.25	\$222.43	\$229.60	\$236.78	\$243.95	\$251.13	\$258.30
70	99	\$393.12	\$407.16	\$421.20	\$435.24	\$449.28	\$463.32	\$477.36	\$491.40	\$505.44

Beneficios Costo de la prima

Seguro de Vida Suplementario y AD&D

Tabla de deducción de nómina MENSUAL

Edad desde	Edad hasta	\$185,000 Solicitado	\$190,000 Solicitado	\$195,000 Solicitado	\$200,000 Solicitado	\$205,000 Solicitado	\$210,000 Solicitado	\$215,000 Solicitado	\$220,000 Solicitado	\$225,000 Solicitado
0	29	\$20.72	\$21.28	\$21.84	\$22.40	\$22.96	\$23.52	\$24.08	\$24.64	\$25.20
30	34	\$22.57	\$23.18	\$23.79	\$24.40	\$25.01	\$25.62	\$26.23	\$26.84	\$27.45
35	39	\$27.94	\$28.69	\$29.45	\$30.20	\$30.96	\$31.71	\$32.47	\$33.22	\$33.98
40	44	\$37.19	\$38.19	\$39.20	\$40.20	\$41.21	\$42.21	\$43.22	\$44.22	\$45.23
45	49	\$53.47	\$54.91	\$56.36	\$57.80	\$59.25	\$60.69	\$62.14	\$63.58	\$65.03
50	54	\$80.11	\$82.27	\$84.44	\$86.60	\$88.77	\$90.93	\$93.10	\$95.26	\$97.43
55	59	\$121.36	\$124.64	\$127.92	\$131.20	\$134.48	\$137.76	\$141.04	\$144.32	\$147.60
60	64	\$167.06	\$171.57	\$176.09	\$180.60	\$185.12	\$189.63	\$194.15	\$198.66	\$203.18
65	69	\$265.48	\$272.65	\$279.83	\$287.00	\$294.18	\$301.35	\$308.53	\$315.70	\$322.88
70	99	\$519.48	\$533.52	\$547.56	\$561.60	\$575.64	\$589.68	\$603.72	\$617.76	\$631.80
Edad desde	Edad hasta	\$230,000 Solicitado	\$235,000 Solicitado	\$240,000 Solicitado	\$245,000 Solicitado	\$250,000 Solicitado	\$255,000 Solicitado	\$260,000 Solicitado	\$265,000 Solicitado	\$270,000 Solicitado
0	29	\$25.76	\$26.32	\$26.88	\$27.44	\$28.00	\$28.56	\$29.12	\$29.68	\$30.24
30	34	\$28.06	\$28.67	\$29.28	\$29.89	\$30.50	\$31.11	\$31.72	\$32.33	\$32.94
35	39	\$34.73	\$35.49	\$36.24	\$37.00	\$37.75	\$38.51	\$39.26	\$40.02	\$40.77
40	44	\$46.23	\$47.24	\$48.24	\$49.25	\$50.25	\$51.26	\$52.26	\$53.27	\$54.27
45	49	\$66.47	\$67.92	\$69.36	\$70.81	\$72.25	\$73.70	\$75.14	\$76.59	\$78.03
50	54	\$99.59	\$101.76	\$103.92	\$106.09	\$108.25	\$110.42	\$112.58	\$114.75	\$116.91
55	59	\$150.88	\$154.16	\$157.44	\$160.72	\$164.00	\$167.28	\$170.56	\$173.84	\$177.12
60	64	\$207.69	\$212.21	\$216.72	\$221.24	\$225.75	\$230.27	\$234.78	\$239.30	\$243.81
65	69	\$330.05	\$337.23	\$344.40	\$351.58	\$358.75	\$365.93	\$373.10	\$380.28	\$387.45
70	99	\$645.84	\$659.88	\$673.92	\$687.96	\$702.00	\$716.04	\$730.08	\$744.12	\$758.16
Edad desde	Edad hasta	\$275,000 Solicitado	\$280,000 Solicitado	\$285,000 Solicitado	\$290,000 Solicitado	\$295,000 Solicitado	\$300,000 Solicitado			
0	29	\$30.80	\$31.36	\$31.92	\$32.48	\$33.04	\$33.60			
30	34	\$33.55	\$34.16	\$34.77	\$35.38	\$35.99	\$36.60			
35	39	\$41.53	\$42.28	\$43.04	\$43.79	\$44.55	\$45.30			
40	44	\$55.28	\$56.28	\$57.29	\$58.29	\$59.30	\$60.30			
45	49	\$79.48	\$80.92	\$82.37	\$83.81	\$85.26	\$86.70			
50	54	\$119.08	\$121.24	\$123.41	\$125.57	\$127.74	\$129.90			
55	59	\$180.40	\$183.68	\$186.96	\$190.24	\$193.52	\$196.80			
60	64	\$248.33	\$252.84	\$257.36	\$261.87	\$266.39	\$270.90			
65	69	\$394.63	\$401.80	\$408.98	\$416.15	\$423.33	\$430.50			
70	99	\$772.20	\$786.24	\$800.28	\$814.32	\$828.36	\$842.40			

401(k)

Ofrecemos un plan 401(k) a través de Voya Financial.

WellHaven iguala el 25% del primer 6% de los aplazamientos de contribuciones de los empleados. Esto equivale a un 1.50% de coincidencia!



Calendario de adquisición de derechos

- 50% con derechos adquiridos en el primer año de empleo
- 100% con derechos adquiridos en el segundo año de empleo

Este plan 401k es un plan de jubilación calificado que permite a los empleados elegibles ahorrar e invertir para su jubilación con impuestos diferidos.



Educación y Recursos de Gestión Patrimonial

Programa WellCents

Si bien esto se parece mucho a un programa de la marca WellHaven, no lo es.

WellCents ofrece seminarios web educativos sobre temas como:



¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda?

El mundo de la atención médica y los seguros puede ser confuso y difícil de navegar. A continuación, encontrará una lista de contactos y recursos a los que puede dirigirse si tiene preguntas relacionadas con los beneficios.

Plan	Portador	Teléfono	Sitio web
Médico Grupo #31242	BRMS/Cigna	866-486-8242	https://www.myHealthBenefits.COM
Conserje de salud	Cuidado táctil Correo electrónico:	866-486-8242 assist@touchcare.COM	https://www.Cuidado táctil.COM
Medicamentos recetados	Fairos RX	866-486-8242	https://www.FairosRX.COM
Telesalud	Teladoc	800-835-2362 help@teladochealth.COM	https://www.Teladoc.COM
Cuenta de ahorros para la salud (HSA) y FSA (Cuidado Médico, Limitado y de Dependientes)	Salud de WEX	866-451-3399	https://wexhealth.COM/
Dental Vida AD & D Enfermedad Crítica e Indemnización Hospitalaria Discapacidad Grupo # 5954159	MetLife	800-438-6388	https://www.Metlife.COM/
Visión Grupo #30085123	Plan de servicio de visión (VSP)	800-877-7195	https://www.Vsp.COM/
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	LifeWorks (MetLife)	888-319-7819	https://www.obras de la vida.COM Nombre de usuario: metlfeeap Contraseña: EAP
MetLife Legal Plan Grupo # 5954159	MetLife	800-821-6400	https://información.Planes Legales.com/Inicio/
COBRA (continuación de la cobertura de beneficios)	Paycom COBRA Admin	800-580-4505	
WellHaven Pet Health 401k Plan Cuenta # 81G902	Voya Financiero	800-584-6001	https://www.Planes de jubilación de Voya.COM
Servicios de transición de Medicare		844-755-5901	https://Servicios de transición de Medicare.COM

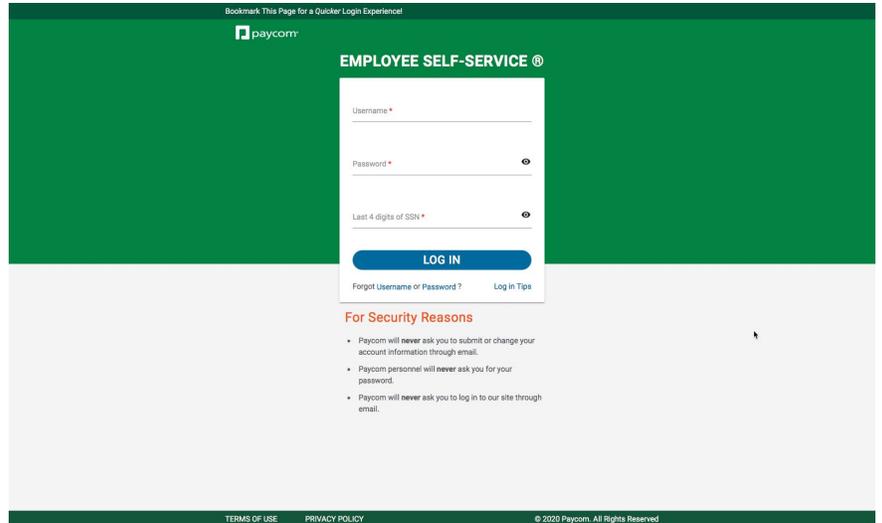
Contacto de WellHaven

Correo electrónico: HR@wellhaven.COM

Apéndice

Recursos ubicados en el sistema Paycom

- Guía del portal de beneficios de Paycom
- Formularios de atención médica
- Resumen de Descripciones de Planes de Beneficios (SPD)
- Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC)
- Folletos del plan de seguro de salud



Información de la tarjeta de seguro

?

¿Recibiré una tarjeta de seguro?

- Médico – Sí, recibirá una tarjeta de seguro.
- Dental – NO tarjeta de seguro (use Group No y SS# cuando programe una cita)
- Visión: NO hay tarjeta de seguro (use Group No y SS# cuando programe una cita)
- HSA - Sí, recibirá una tarjeta de débito HSA para usar como lo haría con una tarjeta de crédito
- FSA – Sí, recibirá una tarjeta de débito FSA para usar como lo haría con una tarjeta de crédito

Apéndice

Definiciones clave

Coaseguro: La parte de los costos de atención médica cubiertos de los que la persona cubierta es financieramente responsable, por lo general, un porcentaje fijo. A menudo se aplica el coseguro, de acuerdo con un porcentaje fijo después de cumplir con el requisito de deducible.

Copago: Un acuerdo de costos compartidos en el que una persona cubierta paga un cargo específico por un servicio específico, como \$10 por una visita al consultorio.

Deducible: El monto de los gastos que deben pagarse de su bolsillo antes de que una aseguradora pague cualquier gasto.

Dependiente: Una persona que depende de un afiliado para obtener apoyo financiero y/o que obtiene cobertura de salud a través de un cónyuge o padre.

Formulario de medicamentos: Una lista de los medicamentos recetados preferidos para el plan de salud y dispensados a través de las farmacias participantes a las personas cubiertas.

Evidencia de asegurabilidad: Prueba presentada a través de un examen médico y/o a través de declaraciones escritas sobre la salud de una persona

Medicamento Genérico Una forma químicamente equivalente de un medicamento de marca cuya patente ha expirado. Por lo general, un genérico es menos costoso y se vende con un nombre común o "genérico".

Servicios en el área: Atención médica recibida dentro del área de servicio autorizada de un proveedor participante que tiene un contrato con el plan de salud. *También se llaman servicios dentro de la red.*

Hospitalización Una persona que ha sido admitida en un hospital como paciente registrado en cama durante al menos 24 horas y está recibiendo servicios bajo la dirección de un médico.

Gastos de bolsillo máximos: El límite del total de copagos, deducibles y coseguros de los miembros en virtud de un contrato de beneficios

Red: Un sistema de médicos, hospitales y proveedores auxiliares contratados que brinda atención médica a los miembros.

Proveedor no participante: Un proveedor de atención médica que no ha tenido un contrato con la aseguradora o el plan de salud para ser un proveedor participante de atención médica. Los proveedores no participantes pueden facturar al paciente sin los límites de facturación de saldo que suelen acordar los proveedores participantes.

Período de Inscripción Abierta: Un tiempo durante el cual los suscriptores de un programa de beneficios de salud tienen la oportunidad de volver a inscribirse o seleccionar un plan de salud alternativo que se les ofrece, generalmente sin evidencia de asegurabilidad o períodos de espera.

Fuera del área: Cobertura para el tratamiento obtenido por una persona cubierta temporalmente fuera del área de servicio de la red.

Fuera de la red: Cobertura para el tratamiento de un proveedor no participante y copagos y coseguros más altos que para el tratamiento de un proveedor participante.

Gastos de bolsillo: Los pagos totales de los gastos elegibles que una persona cubierta financia para sí misma y/o sus dependientes (es decir, deducibles, copagos y coseguros) según se define en el contrato. Una vez que se alcance el límite, los beneficios aumentarán al 100% para los servicios de salud cubiertos recibidos durante el resto del año.

Avisos importantes

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

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para el pago de la prima que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que puedan comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.atenciónsanitaria.Gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia disponible para el pago de las primas.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque 1-877-KIDS AHORA o www.InsureKidsNow.Gov para saber cómo presentar una solicitud. Si reúne los requisitos, 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 recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. A esto se le llama una oportunidad de "inscripción especial", y debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de que es elegible para recibir asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al www.askebsa.Dol.Gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

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

ALABAMA-Medicaid	CALIFORNIA-Medicaid
Sitio web: HTTP:Myalhipp.COM/ Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) HTTP:DHCS.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

Avisos importantes

ALASKA-Medicaid	COLORADO-Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Plan de Salud Infantil Plus (CHP+)
<p>El Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud de AK Sitio web: HTTP:myakhipp.COM/</p> <p>Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.COM</p> <p>Elegibilidad para Medicaid: HTTP:Dhss.Alaska.gov/dpa/Pages/mcicaid/default.aspx</p>	<p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.HealthFirstColorado (en inglés).COM/</p> <p>Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Retransmisión Estatal 711</p> <p>CHP+: https:HCPF.Colorado.gov/plan-de-salud-de-del-niño-plus</p> <p>Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Retransmisión Estatal 711</p> <p>Programa de Compra de Seguro de Salud (HIBI): https://www.Mycohibi.COM/</p> <p>Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>
ARKANSAS-Medicaid	FLORIDA-Medicaid
<p>Sitio web: HTTP:Myarhipp.COM/</p> <p>Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.COM/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.HTML</p> <p>Teléfono: 1-877-357-3268</p>
GEORGIA-Medicaid	MAINE-Medicaid
<p>Un sitio web de HIPP: https:Medicaid.Georgia.gov/salud-programa-de-pago-de-primas-de-seguros-hipp</p> <p>Teléfono: 678-564-1162, presione 1</p> <p>Sitio web de GA CHIPRA: https:Medicaid.Georgia.gov/programas/terceros-Responsabilidad/Reautorización-del-programa-de-seguro-de-salud-para-niños- ACT-2009-CHIPRA</p> <p>Teléfono: (678) 564-1162, Presione 2</p>	<p>Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?idioma=en_US</p> <p>Teléfono: 1-800-442-6003</p> <p>TTY: Relevo de Maine 711</p> <p>Página web de primas de seguros de salud privados: https://www.Maine.gov/dhhs/ofi/formularios-de-aplicaciones</p> <p>Teléfono: 1-800-977-6740</p> <p>TTY: Relevo de Maine 711</p>
INDIANA-Medicaid	MASSACHUSETTS-Medicaid y CHIP
<p>Sitio web de Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años: HTTP://www.en.gov/fssa/hip/</p> <p>Teléfono: 1-877-438-4479</p> <p>Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.en.gov/Medicaid/</p> <p>Teléfono: 1-800-457-4584</p>	<p>Sitio web: https://www.masa.gov/masshealth/PA</p> <p>Teléfono: 1-800-862-4840</p> <p>TTY: 711</p> <p>Correo electrónico: masspremassistance@accenture.COM</p>

Avisos importantes

IOWA-Medicaid y CHIP (Hawki)	MINNESOTA-Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: https://DHS.Iowa.gov/ime/miembros Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: HTTP://DHS.Iowa.gov/Hawki Teléfono Hawki: 1-800-257-8562 Sitio web de HIPP: https://DHS.Iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: https://Mn.gov/dhs/personas-a-las-que-servimos/niños-y-familias/salud-de-salud/programas-de-salud-y-servicios/otros-seguros.JSP Teléfono: 1-800-657-3739</p>
KANSAS-Medicaid	MISSOURI-Medicaid
<p>Sitio web: https://www.Kancare.Ks.Gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono HIPP: 1-800-967-4660</p>	<p>Sitio web: HTTP://www.Dss.Mo.gov/mhd/participantes/páginas/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
KENTUCKY-Medicaid	MONTANA-Medicaid
<p>Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguro Integrado de Salud de Kentucky (KI-HIPP): https://CHFS.Ky.gov/agencias/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.Gov Sitio web de KCHIP: https://KidsHealth.Ky.gov/Páginas/índice.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://CHFS.Ky.gov/agencias/DMS</p>	<p>Sitio web: HTTP://dphhs.Mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.Gov</p>
LOUISIANA-Medicaid	NEBRASKA-Medicaid
<p>Sitio web: www.Medicaid.La.Gov o www.Ldh.La.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p>Sitio web: HTTP://www.ACCESONebraska.Ne.Gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA-Medicaid	CAROLINA DEL SUR-Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: HTTP://DHCFP.Nv.Gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: https://www.SCDHHS.Gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>
NUEVO HAMPSHIRE-Medicaid	DAKOTA DEL SUR-Medicaid
<p>Sitio web: https://www.Dhhs.Nh.gov/programas-servicios/medicaid/programa-de-primas-de-seguro-de-salud Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>	<p>Sitio web: HTTP://Dss.Sd.Gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>

Avisos importantes

NUEVA JERSEY-Medicaid y CHIP	TEXAS-Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: HTTP:www.estado.Nj.US/HUMANSERVICES/DMAHS/Clientes/Medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: HTTP:www.NJFAMILYCARE.org/índice.HTM Teléfono CHIP: 1-800-701-0710</p>	<p>Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493</p>
NUEVA YORK-Medicaid	UTAH-Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: https://www.Salud.Ny.gov/health_care/Medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>	<p>Sitio web de Medicaid: https://Medicaid.Utah.Gov/ Sitio web de CHIP: HTTP:Salud.Utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669</p>
CAROLINA DEL NORTE-Medicaid	VERMONT-Medicaid
<p>Sitio web: https://Medicaid.NCDHHS.Gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) Acceso a la salud del Departamento de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427</p>
DAKOTA DEL NORTE-Medicaid	VIRGINIA-Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: https://www.HHS.Nd.gov/atención médica Teléfono: 1-844-854-4825</p>	<p>Sitio web: https://Coverva.DMAS.Virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://Coverva.DMAS.Virginia.gov/learn/asistencia para primas/pago-de-primas-de-seguros-de-salud-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924</p>
OKLAHOMA-Medicaid y CHIP	WASHINGTON-Medicaid
<p>Sitio web: HTTP://www.SeguroOklahoma.Org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>Sitio web: https://www.HCA.Wa.Gov/ Teléfono: 1-800-562-3022</p>
OREGON-Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL-Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: HTTP://atencion sanitaria.Oregon.gov/Páginas/índice.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p>	<p>Sitio web: https://dhr.Wv.gov/bms/ HTTP://mywvhpp.COM/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
Pensilvania-Medicaid	WISCONSIN-Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: https://www.DHS.papá.gov/Servicios/Asistencia/Páginas/Programa-HIPP.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) (pa.gov) Teléfono CHIP: 1-800-986-NIÑOS (5437)</p>	<p>Sitio web: https://www.DHS.Wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002</p>
RHODE ISLAND-Medicaid y CHIP	WYOMING-Medicaid
<p>Sitio web: HTTP://www.Eohhs.RI.Gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Línea de Acciones de Direct RIte)</p>	<p>Sitio web: https://Salud.Wyoming.gov/healthcarefin/medicaid/Programas_y_elegibilidad/ Teléfono: 1-800-251-1269</p>

Avisos importantes

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia para las primas desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de EE. UU.

Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados

www.Dol.gov/agencias/EBSA

1-866-444-EBSA (3272)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

del Departamento de Salud y Servicios

Humanos de EE. UU. www.Cms.HHS.Gov

1-877-267-2323 , opción de menú 4, ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB bajo la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios con respecto a la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de Autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Sala N-5718, Washington, DC 20210 o correo electrónico EBSA.opr@dol.Gov y haga referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control OMB 1210-0137
(expira el 31/01/2026)

Avisos importantes

Divulgación del proyecto de ley de la Ley Federal Sin Sorpresas

[Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021 y Regla de Transparencia en la Cobertura \(regence.com\)](#)

Haga clic en la pestaña "facturación sorpresa" – vea el ejemplo a continuación

Preguntas frecuentes

[Preguntas frecuentes generales sobre CAA](#)

[Preguntas frecuentes generales sobre TIC](#)

[Salud mental](#)

[Facturación sorpresa](#)

[Directorio del proveedor](#)

[Tarjetas de identificación de miembro](#)

[Archivos legibles por máquina](#)

[Transparencia de precios](#)

[Más](#)

Protecciones de facturación por sorpresa: Ley federal de facturación de saldo (Ley de no sorpresas - CAA)

Fecha de entrada en vigor (fecha límite de cumplimiento): 1 de enero de 2022

Qué es: Las aseguradoras deberán pagar las reclamaciones por servicios de emergencia a tarifas dentro de la red (INN) sin tener en cuenta el estado de la red del proveedor/instalación. Prohíbe la facturación del saldo por servicios prestados por proveedores fuera de la red (OON) en instalaciones de INN. Requiere que las aseguradoras utilicen "importes de pago que califican" como oferta de reembolso inicial para los proveedores de OON. Establece un proceso de resolución de disputas independiente (IDR) que se utilizará cuando las aseguradoras y los proveedores de OON no acuerden una cantidad de reembolso.

Proporciona estándares a nivel nacional para protecciones de facturación sorpresa y, en algunos casos, se superpone con las protecciones de facturación sorpresa de los estados.

Ley de Derechos de la Mujer sobre la Salud y el Cáncer de 1998

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada 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 producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las afecciones físicas relacionadas con la mastectomía, incluso el linfedema.

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

Avisos importantes

Aviso de HIPAA sobre derechos especiales de inscripción

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, 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 su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores a que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en 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, adopción o colocación para adopción.

Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal de seguro médico para niños está vigente, 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. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a que finalice su cobertura o la de sus dependientes bajo Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños.

Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) se vuelven elegibles para un subsidio estatal de asistencia para la prima de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura de este plan, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de elegibilidad para dicha asistencia o la de sus dependientes.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Kathy Klein, Especialista en Beneficios y Recursos Humanos, número de teléfono (360)-386-1348, correo electrónico: HR@Wellhaven.COM

Avisos importantes

Aviso de Prácticas de Privacidad

Las reglas de privacidad de HIPAA requieren que los planes de salud, o sus aseguradoras, distribuyan un aviso a los participantes explicando sus derechos de privacidad como participantes del plan de salud grupal al menos cada tres años. La HIPAA también requiere que los planes entreguen el aviso a los nuevos participantes y que redistribuyan el aviso si se revisa. El envío del siguiente aviso anualmente cumple con el requisito y puede ser más fácil que recordar enviarlo cada tres años.

Nota: En 2013, las protecciones de HIPAA se ampliaron de manera importante, incluidos cambios significativos en el aviso utilizado para explicar las reglas de HIPAA que rigen el plan de salud grupal

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Plan de salud de Wellhaven
Aviso de Prácticas de Privacidad

21 de octubre de 2024

En virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA"), usted tiene ciertos derechos con respecto a su información médica protegida ("PHI"), incluido el derecho a saber cómo un plan de salud grupal puede utilizar su PHI.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") cubre los siguientes planes de salud grupales (denominados colectivamente como el "Plan"):

- Médico
- FSA de salud

El Plan está obligado por ley a mantener la privacidad de su PHI y a proporcionarle este Aviso de conformidad con la HIPAA. Este Aviso describe cómo se puede usar o divulgar su PHI para llevar a cabo tratamientos, pagos, operaciones de atención médica o para cualquier otro propósito que esté permitido o requerido por la ley. Este Aviso también le proporciona la siguiente información importante:

- Sus derechos de privacidad con respecto a su PHI;
- Los deberes del Plan con respecto a su PHI;
- Su derecho a presentar una queja ante el Oficial de Privacidad del Plan y/o ante el Secretario de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; y
- La persona u oficina con la que se debe contactar para obtener más información sobre las prácticas de privacidad del Plan.

Avisos importantes

Aviso de Prácticas de Privacidad

La PHI es información de salud (incluida la información genética) en cualquier forma (oral, escrita, electrónica) que:

- Es creado o recibido por o en nombre del Plan;
- Se relacione con su condición física o mental pasada, presente o futura, o la prestación de servicios de atención médica a usted, o el pago de esos servicios de atención médica; y
- Lo identifique o a partir del cual exista una base razonable para creer que la información se puede utilizar para identificarlo.

La información de salud que su empleador recibe durante el desempeño de funciones no relacionadas con el Plan no es PHI. Por ejemplo, la información de salud que usted envía a su empleador para documentar una licencia de ausencia bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica no es PHI.

Sección 1. USOS Y DIVULGACIONES DE SU PHI

En virtud de la HIPAA, el Plan puede usar o divulgar su PHI en determinadas circunstancias sin su consentimiento, autorización u oportunidad de aceptar u objetar. Dichos usos y divulgaciones se encuentran dentro de las categorías que se describen a continuación. Tenga en cuenta que no se enumeran todos los usos o divulgaciones permitidos en una categoría; sin embargo, todas las formas en que se le permite al Plan usar o divulgar PHI caerán dentro de una de las categorías.

Usos generales y divulgaciones

Tratamiento. El Plan puede usar y/o divulgar su PHI para ayudarle a obtener tratamiento y/o servicios de los proveedores. El tratamiento incluye la provisión, coordinación o administración de atención médica y servicios relacionados. También incluye, pero no se limita a, consultas y referencias entre uno o más de sus proveedores. Por ejemplo, el Plan puede revelar a un ortodoncista tratante el nombre de su dentista tratante para que el ortodoncista pueda solicitar sus radiografías dentales del dentista tratante. El Plan también puede divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para determinar si algún medicamento contraindica una receta pendiente.

Pago. El Plan puede usar y/o divulgar su PHI para determinar su elegibilidad para los beneficios, para facilitar el pago de sus reclamaciones de salud y para determinar la responsabilidad de los beneficios. El pago incluye, entre otros, la facturación, la gestión de reclamaciones, la subrogación, el reembolso del plan, las revisiones de la necesidad médica y la idoneidad de la atención y la revisión de la utilización y las autorizaciones previas. Por ejemplo, el Plan puede decirle a un médico si usted es elegible para la cobertura o qué porcentaje de la factura pagará el Plan. El Plan también puede divulgar su PHI a otra entidad para ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamaciones de salud o a otro plan de salud para coordinar el pago de beneficios.

Operaciones de atención médica. El Plan puede usar y/o divulgar su PHI para otras operaciones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar el Plan e incluyen, entre otros, la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad, la revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud, la suscripción, las primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan. También incluye la gestión de costos, la realización o organización de revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, incluidos los programas de cumplimiento de fraude y abuso, la planificación y el desarrollo empresarial, la gestión empresarial y las actividades administrativas generales del plan. Por ejemplo, el Plan puede usar su PHI en relación con la presentación de reclamaciones para la cobertura de stop-loss. El Plan también puede usar su PHI para referirlo a un programa de manejo de enfermedades, proyectar costos futuros o auditar la exactitud de sus funciones de procesamiento de reclamaciones.

Sin embargo, el Plan tiene prohibido usar o divulgar PHI que es la información genética de una persona con fines de suscripción.

Avisos importantes

Aviso de Prácticas de Privacidad

Socios comerciales. El Plan puede contratar a personas o entidades conocidas como Socios Comerciales para realizar diversas funciones en nombre del Plan o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Con el fin de realizar estas funciones o proporcionar dichos servicios, los Socios Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, usarán y/o divulgarán su PHI. Por ejemplo, el Plan puede divulgar su PHI a un Socio Comercial para administrar reclamaciones o proporcionar servicios de administración de beneficios de farmacia. Sin embargo, los Socios Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, usarán y/o divulgarán su PHI en nombre del Plan solo después de que hayan celebrado un acuerdo de Socio Comercial con el Plan y acuerden por escrito proteger su PHI contra el uso o la divulgación inapropiados y exigir que sus subcontratistas y agentes hagan lo mismo.

Patrocinador del plan. Con el fin de administrar el Plan, el Plan puede divulgar su PHI a ciertos empleados de Wellhaven Pet **Plan de salud.** Sin embargo, estos empleados solo usarán o divulgarán dicha información según sea necesario para realizar las funciones de administración del Plan o según lo requiera la HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su PHI no se puede utilizar con fines de empleo sin su autorización específica.

Requerido por la ley. El Plan puede divulgar su PHI cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, el Plan puede divulgar su PHI cuando lo exijan las leyes de divulgación de salud pública.

Salud o seguridad. El Plan puede divulgar y/o usar su PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otra persona o del público. En estas circunstancias, cualquier divulgación se hará solo a la persona o entidad capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

Situaciones Especiales

Además de lo anterior, las siguientes categorías describen otras posibles formas en que el Plan puede usar y divulgar su PHI sin su consentimiento, autorización u oportunidad de aceptar u objetar. Tenga en cuenta que no se enumeran todos los usos o divulgaciones permitidos en una categoría; sin embargo, todas las formas en que se le permite al Plan usar o divulgar PHI caerán dentro de una de las categorías.

Actividades de Salud Pública. El Plan puede divulgar su PHI cuando esté permitido para fines de acciones de salud pública, incluso cuando sea necesario para denunciar abuso o negligencia infantil o violencia doméstica, para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos, y para notificar a las personas sobre el retiro de un producto. Su PHI también puede usarse o divulgarse si ha estado expuesto a una enfermedad transmisible o si corre el riesgo de propagar una enfermedad o afección.

Supervisión de la salud. El Plan puede divulgar su PHI a una agencia de supervisión de salud pública para actividades de supervisión autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir acciones civiles, administrativas o penales, auditorías e inspecciones, licencias o acciones disciplinarias (por ejemplo, para investigar quejas contra proveedores); otras actividades necesarias para la supervisión adecuada de los programas de beneficios del gobierno (por ejemplo, para investigar el fraude de Medicare o Medicaid); Cumplimiento de las leyes de derechos civiles y del sistema de atención médica en general.

Demandas, procedimientos judiciales y administrativos. Si usted está involucrado en una demanda o procedimiento similar, el Plan puede divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. El Plan también puede divulgar su PHI en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, siempre que se cumplan ciertas condiciones. Una de estas condiciones es que se deben dar garantías satisfactorias al Plan de que la parte solicitante ha hecho un intento de buena fe de proporcionarle una notificación por escrito, y que la notificación proporcionó suficiente información sobre el procedimiento para permitirle presentar una objeción y no se plantearon objeciones o se resolvieron a favor de la divulgación por parte de la corte o tribunal.

Avisos importantes

Aviso de Prácticas de Privacidad

Aplicación de la ley. El Plan puede divulgar su PHI cuando sea necesario para fines de aplicación de la ley, incluso con el fin de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.

Médicos Forenses, Médicos Forenses y Directores de Funerarias. El Plan puede divulgar su PHI cuando sea necesario entregarla a un médico forense o médico forense con el fin de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte u otras obligaciones autorizadas por la ley. Además, se permite la divulgación a los directores de funerarias, de conformidad con la ley aplicable, según sea necesario para llevar a cabo sus deberes con respecto al difunto.

Compensación de Trabajadores. El Plan puede divulgar su PHI para programas de compensación laboral o programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Seguridad Nacional e Inteligencia. El Plan puede divulgar PHI a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, el Plan puede divulgar su PHI según lo requieran las autoridades del comando militar. El Plan también puede divulgar PHI sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es un donante de órganos, el Plan puede divulgar su PHI a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Investigación. El Plan puede divulgar su PHI para investigación cuando se hayan eliminado los identificadores individuales o cuando la junta de revisión institucional o la junta de privacidad haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información solicitada, y apruebe la investigación.

Divulgación requerida al secretario

Se requiere que el Plan divulgue su PHI al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. cuando el Secretario esté investigando o determinando el cumplimiento del Plan con la HIPAA.

Divulgaciones a miembros de la familia y representantes personales

El Plan puede divulgar su PHI a familiares, otros parientes y sus amigos personales cercanos, pero solo en la medida en que sea directamente relevante para la participación de dicha persona en un asunto de cobertura, elegibilidad o pago relacionado con su atención, a menos que usted haya solicitado y el Plan haya acordado no divulgar su PHI a dicha persona. El Plan divulgará su PHI a una persona autorizada por usted, o a una persona designada como su representante personal, siempre que el Plan haya recibido la autorización y/o los documentos de respaldo correspondientes. Su representante personal deberá presentar pruebas de su autoridad para actuar en su nombre antes de que esa persona tenga acceso a su PHI o se le permita tomar cualquier medida en su nombre. La prueba de dicha autoridad podrá revestir una de las formas siguientes:

- Un poder notarial para fines de atención médica, notariado por un notario público;
- Una orden judicial de nombramiento de la persona como curador o tutor de la persona; o
- Una persona que es el padre de un niño menor de edad.

Avisos importantes

Aviso de Prácticas de Privacidad

Sin embargo, el Plan no divulgará información a una persona, incluido su representante personal, si tiene una creencia razonable de que:

- Ha sido, o puede ser, objeto de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona, o tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo en peligro; y
- En el ejercicio de su juicio profesional, no es en su mejor interés divulgar la PHI.

Esto también se aplica a los representantes personales de los menores.

Autorización

Cualquier uso o divulgación de su PHI que no se describa anteriormente se realizará solo con su autorización por escrito. La mayoría de las divulgaciones relacionadas con las notas de psicoterapia requerirán su autorización por escrito. Además, por lo general, el Plan no puede usar su PHI con fines de marketing ni participar en la venta de su PHI sin su autorización por escrito. Usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento, siempre y cuando la revocación sea por escrito. Una vez que el Plan reciba su autorización, solo será efectiva para usos y divulgaciones futuros. No será efectivo para ninguna información que pueda haber sido utilizada o divulgada en base a la autorización por escrito y antes de recibir su revocación por escrito.

Sección 2. DERECHOS DE LAS PERSONAS

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

Derecho a solicitar restricciones sobre los usos y divulgaciones de PHI. Usted puede solicitar por escrito que el Plan restrinja o limite sus usos y divulgaciones de su PHI para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica, o que limite las divulgaciones a familiares, parientes, amigos u otras personas identificadas por usted que estén involucradas en su atención o en el pago de su atención. Por ejemplo, podría solicitar que el Plan no use ni divulgue información específica sobre un procedimiento médico específico al que se sometió. Sin embargo, el Plan no está obligado a aceptar su solicitud.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que el Plan se comunique con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. El Plan no le preguntará el motivo de su solicitud, que debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. El Plan aceptará todas las solicitudes razonables para recibir comunicaciones de PHI por medios alternativos si usted proporciona claramente información de que la divulgación de toda o parte de su PHI podría ponerlo en peligro.

Derecho a inspeccionar y copiar PHI. Usted tiene derecho de acceso para inspeccionar y obtener una copia de su PHI (incluida la PHI electrónica) contenida en el "conjunto de registros designado" del Plan, durante el tiempo que el Plan mantenga la PHI en un conjunto de registros designado. Si solicita una copia de la información, el Plan puede cobrarle una tarifa razonable por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud.

Avisos importantes

Aviso de Prácticas de Privacidad

"**Conjunto de récords designado**" incluye los registros médicos y los registros de facturación de una persona mantenidos por o para un proveedor de atención médica cubierto; sistemas de inscripción, pago, facturación, adjudicación de reclamaciones y registros de administración de casos o médicos mantenidos por o para un plan de salud; u otra información utilizada en su totalidad o en parte por o para la entidad cubierta para tomar decisiones sobre el individuo. La información utilizada para el control de calidad o los análisis de revisión por pares y que no se utiliza para tomar decisiones sobre las personas no se encuentra en el conjunto de registros designado.

Si se concede su solicitud, se le proporcionará la información solicitada dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud en la forma y el formato solicitados, si es fácilmente producible en dicha forma y formato, o si no, en una forma impresa legible (o una forma y formato electrónicos legibles en el caso de la PHI mantenida en conjuntos de registros designados electrónicamente) o en cualquier otra forma y formato acordados por usted y el Plan. Si el Plan no puede cumplir con la solicitud dentro del plazo de 30 días, se permite una extensión única de 30 días. En tal caso, recibirá una notificación de la necesidad de una extensión dentro del período inicial de 30 días.

Tenga en cuenta que su derecho no se aplica a las notas de psicoterapia o a la información recopilada con una antelación razonable de un procedimiento legal. El Plan puede denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su PHI en circunstancias muy limitadas. Si se deniega el acceso, se le proporcionará a usted o a su representante personal una denegación por escrito en la que se expondrán los motivos de la denegación, una descripción de cómo puede ejercer esos derechos de revisión y una descripción de cómo puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Derecho a enmendar la PHI. Si cree que la PHI que el Plan tiene sobre usted es incorrecta o está incompleta, tiene derecho a solicitar por escrito que el Plan modifique su PHI o un registro contenido en un conjunto de registros designado durante el tiempo que el Plan mantenga la PHI en el conjunto de registros designado. El Plan tiene 60 días después de que se haga la solicitud para actuar sobre la solicitud. Sin embargo, se permite una sola extensión de 30 días si el Plan no puede cumplir con la fecha límite.

El Plan puede denegar su solicitud de enmienda si no se hace por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, el Plan puede denegar su solicitud si usted solicita la enmienda de información que: (1) no es parte de la información médica mantenida por o para el Plan; (2) no fue creada por el Plan, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la enmienda; (3) no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar; o (4) ya es precisa y completa. Si la solicitud es denegada en su totalidad o en parte, el Plan debe proporcionarle una denegación por escrito que explique la base de la denegación. Usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo por escrito, y cualquier divulgación futura de la información en disputa incluirá su declaración.

Avisos importantes

Aviso de Prácticas de Privacidad

El derecho a recibir un informe de las divulgaciones de PHI. Usted tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones de su PHI que hayan sido realizadas por el Plan a partir del 14 de abril de 2003 (o el 1 de enero de 2011 en el caso de las divulgaciones de su PHI a partir de los registros médicos electrónicos mantenidos por el Plan, si los hubiera) durante un período de hasta seis años (tres años en el caso de las divulgaciones de un registro médico electrónico) antes de la fecha de su solicitud. No se requiere que ciertas divulgaciones se incluyan en dicho recuento de divulgaciones, incluidas, entre otras, las divulgaciones realizadas por el Plan (1) para tratamiento, pago u operaciones de atención médica (a menos que la divulgación se realice desde un registro de salud electrónico), o (2) de acuerdo con su autorización. Si solicita más de un informe dentro de un período de 12 meses, el Plan cobrará una tarifa razonable basada en el costo por cada contabilidad subsiguiente.

El derecho a recibir una copia impresa de este aviso si lo solicita.. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso, incluso si ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente.

Para ejercer cualquiera de sus derechos de HIPAA descritos anteriormente, usted o su representante personal deben comunicarse con el Oficial de Privacidad de HIPAA por escrito en jjones@wellhaven.com o llamando al 952-463-5392. Es posible que se le solicite a usted o a su representante personal que completen un formulario requerido por el Plan en relación con su solicitud específica.

Sección 3. DEBERES DEL PLAN

Aviso de Prácticas de Privacidad. El Plan está obligado por ley a proporcionar a las personas cubiertas por el Plan un aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad. Se requiere que el Plan cumpla con los términos de este Aviso. Sin embargo, el Plan se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y de aplicar los cambios a cualquier PHI recibida o mantenida por el Plan antes de esa fecha. En el caso de cualquier cambio sustancial a este Aviso, se distribuirá una versión revisada de este Aviso a todas las personas cubiertas por el Plan dentro de los 60 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia de dicho cambio por correo de primera clase de los EE. UU. o con otras comunicaciones del Plan.

Notificación de incumplimiento. El Plan tiene el deber legal de notificarle después del descubrimiento de una violación que involucre su PHI no asegurada

Norma Mínima Necesaria. **Al usar o divulgar PHI, el Plan usará y/o divulgará solo la cantidad mínima de PHI necesaria para lograr los fines previstos del uso o divulgación. Sin embargo, la norma mínima necesaria no se aplicará en las siguientes situaciones:**

- Divulgación o solicitudes de tratamiento por parte de un proveedor de atención médica;
- Usos o divulgaciones que se le hacen; y
- Usos o divulgaciones requeridos por la ley.

Sección 4. QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Plan o ante la oficina regional correspondiente de la Oficina de Derechos Civiles de los EE. UU. Departamento de Salud y Recursos Humanos

Avisos importantes

Aviso de Prácticas de Privacidad

Servicios. Para presentar una queja ante el Plan, comuníquese con el Oficial de Privacidad de HIPAA por escrito a jjones@wellhaven.com o llamando al (952)463-5392.

No se le penalizará ni se tomarán represalias de ninguna otra manera por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante el Plan.

Sección 5. INFORMACIÓN ADICIONAL

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o los temas abordados en él, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad de HIPAA por escrito en jjones@wellhaven.com o llamando al (952)463-5392.

Avisos importantes

AVISO GENERAL SOBRE LOS DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA

****Derechos de continuación de la cobertura bajo COBRA****

Introducción

Recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y lo que debe hacer para proteger su derecho a obtenerla. Cuando se vuelve elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA.

El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal terminaría de otra manera. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, debe revisar la Descripción resumida del plan del plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el que sea elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscritos tardíos.

¿Qué es la continuación de la cobertura de COBRA?

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando de otro modo terminaría debido a un evento de la vida. A esto también se le llama "evento clasificatorio". Los eventos clasificatorios específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, se debe ofrecer la continuación de la cobertura de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura del Plan se pierde debido al evento calificado. Según el Plan, los beneficiarios calificados que elijan la continuación de la cobertura de COBRA deben pagar para la continuación de la cobertura de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Sus horas de trabajo se reducen, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Su cónyuge fallece.

Avisos importantes

AVISO GENERAL SOBRE LOS DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA

- Las horas de trabajo de su cónyuge se reducen.
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier razón que no sea su mala conducta grave.
- Su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Fallece el padre-empleado.
- Se reducen las horas de trabajo de los padres-empleados.
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier razón que no sea su falta grave.
- El padre-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como un "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura de COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan de los siguientes eventos calificados:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo.
- Fallecimiento del trabajador.
- El hecho de que el empleado tenga derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o que un hijo dependiente pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento calificado. Debe proporcionar este aviso a: Departamento de Recursos Humanos

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura de COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación de que ha ocurrido un evento calificado, se ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento que califica durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

Avisos importantes

AVISO GENERAL SOBRE LOS DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA

También hay maneras en las que se puede extender este período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA:

Extensión del período de 18 meses por discapacidad de la continuación de la cobertura de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA.

Extensión del período de continuación de 18 meses para el segundo evento calificado

Si su familia experimenta otro evento calificado durante los 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si el Plan es notificado adecuadamente sobre el segundo evento calificado. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de la cobertura de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado habría causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento calificado.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la Continuación de la Cobertura de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicaid u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.atenciónsanitaria.Gov.

Si tiene preguntas

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de continuación de la cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su área o visite www.Dol.gov/ebsa. (Las direcciones y números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.Atenciónsanitaria.Gov.

Mantenga su Plan informado de los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

Avisos importantes

Aviso de divulgación acreditable de la Parte D de Medicare

Por favor, lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con WellHaven Pet Health, LLC (WellHaven) 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. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un 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. WellHaven ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Plan Médico BRMS, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿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 desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual de medicamentos recetados acreditable, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

Avisos importantes

Aviso de divulgación acreditable de la Parte D de Medicare

¿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, la cobertura actual de su plan médico no se verá afectada. Su cobertura actual paga otros gastos de salud además de los medicamentos recetados. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, usted y sus dependientes elegibles seguirán siendo elegibles para recibir todos sus beneficios de medicamentos de salud y recetados actuales. [Consulte la página 7-9 de la Guía de Divulgación de Cobertura Acreditable de CMS para Personas Elegibles para la Parte D de Medicare (disponible en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>), que describe las disposiciones/opciones del plan de medicamentos recetados que las personas elegibles para Medicare pueden tener disponibles cuando sean elegibles para la Parte D de Medicare.]

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Regence Medical Plan, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura. Solo a través de un evento de vida calificado o de inscripción abierta volvería a estar disponible la cobertura.

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Regence y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar en al menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuvo 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 (una multa) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el siguiente mes de octubre para unirte.

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

Comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos de WellHaven al (360) 368-1348 o envíe un correo electrónico HR@wellhaven.COM para más información. **NOTA:** Recibirás este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Formulario CMS 10182-CC

Actualizado el 1 de abril de 2011

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB.

El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0990. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 8 horas por respuesta inicialmente, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención de: Oficial de Despacho de Informes de PRA, Parada de Correo C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Avisos importantes

Aviso de divulgación acreditable de la Parte D de Medicare

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 y usted". Todos los años, Medicare le enviará una copia del manual por correo. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visitar www.Medicare.Gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted" para obtener 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 Seguro Social en la web en www.seguridad social.Gov llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recordar: Guarde este aviso de Cobertura 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 debe o no pagar una prima más alta (una multa).

Fecha:	Octubre 2024
Nombre de la entidad/remitente:	Recursos Humanos de WellHaven
Contacto--Posición/Oficina:	Kathy Klein, Especialista en Beneficios y Recursos Humanos
Dirección:	700 Washington St. Suite 401 Vancouver WA 98660
Número de teléfono:	(360) 386-1348

Avisos importantes

Aviso de cambio

Formulario Aprobado OMB
N° 1210-0149
(caduca el 30-9-2023)



Nuevas opciones de cobertura del Mercado de Seguros Médicos y su cobertura médica

PARTE A: Información general

Cuando partes clave de la ley de salud entren en vigor en 2014, habrá una nueva forma de comprar un seguro de salud: el Mercado de Seguros Médicos. Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado comienza en octubre de 2013 para la cobertura a partir del 1 de enero de 2014.

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

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o no ofrece cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar.

¿La cobertura de salud del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en las primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con ciertos estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduce su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no ofrece 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 más de 9.5% de los ingresos de su hogar para el año, o si la cobertura que proporciona su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal.¹

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, entonces puede perder la contribución del empleador (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye de los ingresos para fines del impuesto federal y estatal sobre la renta. Sus pagos por 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 de su plan o comuníquese con Recursos Humanos

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Por favor, visite HealthCare.gov para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea de cobertura de seguro de salud e información de contacto de un Mercado de Seguros de Salud en su área.

¹Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del plan en el total de los costos de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

Avisos importantes

Aviso de cambio

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para corresponder a la aplicación de Marketplace.

3. Nombre del empleador WellHaven Salud para Mascotas, LLC		4. Número de Identificación del Empleador (EIN) 82-2088644
5. Dirección del empleador 700 Washington St. STE 401		6. Número de teléfono del empleador 360-768-1706
7. Ciudad Vancouver	8. Estado WA	9. Código postal 98660
10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Kathy Klein		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) 360-386-1348		12. Dirección de correo electrónico HR@wellhaven.COM

Aquí hay información básica sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador:

- Todos los empleados. Los empleados
[Redacted]
- Todos los empleados de tiempo completo que trabajan 30 horas o más por semana
- *Con respecto a los dependientes
Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:
Cónyuge legalmente casado y pareja de hecho calificada
Dependientes hasta los 26 años
- No ofrecemos cobertura.
- Si se selecciona, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, basado en los salarios de los empleados.

** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a otra (tal vez sea un empleado por hora o trabaje a comisión), si es un nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima

Si decide comprar cobertura en el Mercado, www.AtenciónSanitaria.Gov te guiará a través del proceso. Esta es la información del empleador que ingresará cuando visite HealthCare.gov para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

Avisos importantes

Aviso de cambio

La información a continuación corresponde a la Herramienta de Cobertura del Empleador del Mercado. Completar esta sección es opcional para los empleadores, pero ayudará a garantizar que los empleados comprendan sus opciones de cobertura.

13. ¿El empleado es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o el empleado será elegible en los próximos 3 meses?

- Sí (Continuar) 13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo es elegible el empleado para la cobertura? (dd/mm/aaaa) (Continuar)
- No (DETENGA y devuelva este formulario al empleado)

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo*?

- Sí (Pase a la pregunta 15) No (STOP y formulario de devolución al empleado)

15. Para el plan de menor costo que cumple con el estándar de valor mínimo* que se ofrece solo al empleado (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo para cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

A. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$84.81

B. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Trimestral Anual

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del plan en el total de los costos de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986)

Avisos importantes

Aviso general de la FMLA

DERECHOS DE LOS EMPLEADOS BAJO LA LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA

LA DIVISIÓN DE HORAS Y SALARIOS DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS

Derechos de licencia

Los empleados elegibles que trabajan para un empleador cubierto pueden tomar hasta 12 semanas de licencia sin goce de sueldo y con protección del empleo en un período de 12 meses por las siguientes razones:

- El nacimiento de un niño o la colocación de un niño en adopción o cuidado de crianza;
- Para establecer un vínculo afectivo con un hijo (la licencia debe tomarse dentro de un año después del nacimiento o colocación del niño);
- Para cuidar al cónyuge, hijo o padre del empleado que tiene una condición de salud grave que califique;
- Por la condición de salud grave calificada del empleado que hace que el empleado no pueda realizar el trabajo del empleado;
- Por exigencias calificadas relacionadas con el despliegue en el extranjero de un miembro militar que es el cónyuge, hijo o padre del empleado.

Un empleado elegible que sea cónyuge, hijo, padre o pariente cercano de un miembro del servicio cubierto también puede tomar hasta 26 semanas de licencia FMLA en un solo período de 12 meses para cuidar al miembro del servicio con una lesión o enfermedad grave. Un empleado no necesita usar la licencia en un bloque. Cuando sea médicamente necesario o esté permitido, los empleados pueden tomar licencia de manera intermitente o en un horario reducido. Los empleados pueden elegir, o un empleador puede exigir, el uso de la licencia pagada acumulada mientras toman la licencia FMLA. Si un empleado sustituye la licencia pagada acumulada por la licencia FMLA, el empleado debe cumplir con las políticas normales de licencia pagada del empleador.

Beneficios y protecciones

Mientras los empleados están de licencia FMLA, los empleadores deben continuar con la cobertura de seguro de salud como si los empleados no estuvieran de licencia. Al regresar de la licencia FMLA, la mayoría de los empleados deben ser restituidos al mismo trabajo o a uno casi idéntico con un salario, beneficios y otros términos y condiciones de empleo equivalentes. Un empleador no puede interferir con los derechos de una persona en virtud de la FMLA ni tomar represalias contra alguien por usar o intentar usar la licencia FMLA, oponerse a cualquier práctica declarada ilegal por la FMLA o estar involucrado en cualquier procedimiento bajo o relacionado con la FMLA.

Requisitos de elegibilidad

Un empleado que trabaja para un empleador cubierto debe cumplir con tres criterios para ser elegible para la licencia FMLA. El empleado debe:

- Haber trabajado para el empleador durante al menos 12 meses;
- Tener al menos 1,250 horas de servicio en los 12 meses anteriores a tomar la licencia;* y
- Trabajar en un lugar donde el empleador tenga al menos 50 empleados dentro de las 75 millas del lugar de trabajo del empleado. *Se aplican requisitos especiales de "horas de servicio" a los empleados de la tripulación de vuelo de las aerolíneas.

Avisos importantes

Aviso general de la FMLA

Solicitud de licencia

Por lo general, los empleados deben notificar con 30 días de anticipación la necesidad de una licencia FMLA. Si no es posible dar un aviso con 30 días de anticipación, el empleado debe notificar al empleador lo antes posible y, en general, seguir los procedimientos habituales del empleador. Los empleados no tienen que compartir un diagnóstico médico, pero deben proporcionar suficiente información al empleador para que pueda determinar si la licencia califica para la protección de la FMLA. La información suficiente podría incluir informar a un empleador que el empleado no puede o no podrá realizar sus funciones laborales, que un miembro de la familia no puede realizar las actividades diarias o que es necesaria la hospitalización o el tratamiento médico continuo. Los empleados deben informar al empleador si la necesidad de licencia es por una razón por la cual se tomó o certificó previamente la licencia FMLA. Los empleadores pueden exigir una certificación o una recertificación periódica que respalde la necesidad de licencia. Si el empleador determina que la certificación está incompleta, debe proporcionar un aviso por escrito indicando qué información adicional se requiere.

Responsabilidades del empleador

Una vez que un empleador se da cuenta de que la necesidad de licencia de un empleado es por una razón que puede calificar bajo la FMLA, el empleador debe notificar al empleado si él o ella es elegible para la licencia FMLA y, si es elegible, también debe proporcionar un aviso de derechos y responsabilidades bajo la FMLA. Si el empleado no es elegible, el empleador debe proporcionar una razón para la inelegibilidad.

Los empleadores deben notificar a sus empleados si la licencia se designará como licencia FMLA y, de ser así, cuánta licencia se designará como licencia FMLA.

Aplicación

Los empleados pueden presentar una queja ante la División de Horas y Salarios del Departamento de Trabajo de EE. UU., o pueden presentar una demanda privada contra un empleador. La FMLA no afecta a ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación ni sustituye a ninguna ley estatal o local o acuerdo de negociación colectiva que proporcione mayores derechos de licencia familiar o médica.

Para obtener información adicional o presentar una



1-866-4-USWAGE

(1-866-487-9243) TTY: 1-877-889-5627

www.dol.gov/whd



Departamento de Trabajo de los EE. UU., división de



Esta Guía de beneficios proporciona una breve descripción de los beneficios del plan. Para obtener más información sobre los beneficios, exclusiones y limitaciones del plan, consulte los documentos del plan o comuníquese directamente con la aseguradora/administradora. Si surge algún conflicto entre esta Guía y cualquier disposición del plan, los términos del documento del plan real u otros documentos aplicables regirán en todos los casos. Los beneficios están sujetos a modificaciones en cualquier momento.