

2026-2027 Beneficios Guía



**Empleados por
horas**

Índice

Bienvenidos 3

Medicina 5

Dental 10

Visión 11

Cuentas de gastos 12

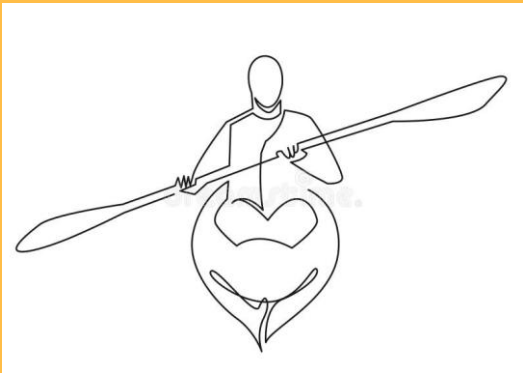
Vida, AD&D y Discapacidad 14

Beneficios adicionales 15

Glosario 18

Recursos para empleados 18

Avisos importantes 20



Bienvenido a tus beneficios 2026-2027

¡Bienvenido a la Guía de Beneficios de SOLID Surface Care!

En SOLID, sabemos que contar con un paquete de beneficios sólido —sin juego de palabras— es una parte clave de apoyarte a ti y a tu familia. Lo hemos diseñado para que sea asequible, integral y esté listo para respaldarte cuando la vida te presente un imprevisto, ya sea una enfermedad inesperada, una lesión o cualquier otra situación.

Esta es una inscripción activa. Todos deben completar la inscripción abierta, incluso si quieres conservar tus elecciones actuales o renunciar a la cobertura. Si no completas la inscripción, tu cobertura actual finalizará el 31 de octubre de 2026. Para facilitar el proceso, hemos preparado esta guía para ayudarte a entender todas tus opciones y completar tu inscripción con facilidad.

Comenzando por lo básico sobre cómo inscribirse y profundizando en los detalles de cada plan, esta guía es tu punto de referencia para todo lo relacionado con los beneficios. Una vez que hayas revisado tus opciones, estarás listo para tomar las mejores decisiones para ti y tus seres queridos.

Recomendamos encarecidamente leer este folleto de principio a fin: está repleto de información útil, incluyendo:

- ¿Quién puede participar?
- Cómo inscribirse y hacer cambios a lo largo del año (si es necesario)
- Desglose detallado de cada plan de beneficios y qué se cubre
- Información de contacto de las compañías de seguros que administran nuestros beneficios, por si necesitas ayuda

¡Y mucho más!

En SOLID, valoramos la dedicación que aportas a nuestro equipo y estamos comprometidos a ofrecer beneficios competitivos y rentables como muestra de nuestro agradecimiento. Es solo una de las formas en que te damos las gracias por todo lo que haces.

¿Tienes preguntas? Consulta los documentos del plan, consulta los folletos de seguros o contacta con tu amable equipo de Recursos Humanos: ¡estamos aquí para ayudarte!

Saludos,
SOLID Surface Care

Si tú (y/o tus dependientes) tienes Medicare o serás elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal te da más opciones sobre tu cobertura de medicamentos con receta. Por favor, consulta la página 21 para más detalles.

La información de esta Guía de Inscripción se presenta con fines ilustrativos y se basa en la información proporcionada por el empleador. El texto contenido en esta Guía se extrae de diversas descripciones resumidas de planes e información sobre beneficios. Aunque se ha hecho todo lo posible para informar correctamente de sus beneficios, siempre son posibles discrepancias o errores. En caso de discrepancia entre la Guía y los documentos reales del plan, prevalecerán los documentos reales del plan. Toda la información es confidencial, conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996. Si tiene preguntas sobre sus beneficios, contacte con Recursos Humanos.

Aspectos destacados del evento benéfico 2026-2027

SOLID está comprometido a ofrecer un programa de beneficios gratificante para ti y tu familia. Aquí están los puntos destacados:

- Novedades para el año del plan 2026 – 2027: La Red de Alto Rendimiento de Blue Cross (HPN) se utilizará en el plan 1-2-3 para los miembros que viven en un código postal elegible. La HPN ofrece una prima más baja a través de una red más enfocada de proveedores de alto rendimiento.
- Actualizaciones en los diseños de planes PPO y HDHP.
- Las primas médicas están aumentando en la mayoría de los planes.
- Debes completar la inscripción abierta este año, aunque quieras conservar los mismos beneficios o renunciar a la cobertura. Si estás inscrito actualmente y no completas la inscripción abierta, tu cobertura finalizará el 31 de octubre de 2026

Elegibilidad y matrícula

Quién es elegible

Si eres un empleado a tiempo completo (trabajando 30 o más horas semanales), eres elegible para inscribirte en los beneficios descritos en esta guía. El cónyuge y sus dependientes son elegibles para beneficios médicos, dentales, de visión, de vida voluntaria y de salud complementarios.

Cuándo inscribirse

El periodo de inscripción abierta es del 5 al 16 de octubre de 2026. Los beneficios que elijas durante la inscripción abierta serán efectivos desde el 1 de noviembre de 2026 hasta el 31 de octubre de 2027.

Cómo inscribirse

Utilizaremos el sistema HRIS de SOLID, UKG, para la inscripción abierta de nuestros beneficios. Consulta más detalles a continuación.

Nuevas contrataciones

Si te inscribes como nuevo empleado fuera del periodo de inscripción abierta, eres elegible para beneficios el primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo. Las elecciones permanecerán vigentes hasta el final del año del plan (31/10/2027) a menos que experimentes un evento que cumpla los requisitos.

Cómo hacer cambios

A menos que tengas un cambio de estatus cualificado, no puedes modificar tus elecciones de beneficios hasta el periodo de inscripción abierta del próximo año. Eventos vitales como matrimonio, divorcio, nacimiento o adopción de un menor, cambio en el estatus de dependiente del menor, fallecimiento de un dependiente cualificado, cambio en el estatus laboral o cambio en la cobertura bajo otro plan patrocinado por el empleador pueden calificarte para un periodo especial de inscripción. Por favor, notifique a tu administrador en un plazo de 30 días desde el evento que cumplas los requisitos.

Inscríbete en el Sistema HRIS de SOLID – UKG

Inicia sesión en UKG según las indicaciones del correo de UKG y busca la Ficha de Inscripción Abierta. Por favor, ponte en contacto con tu equipo de Recursos Humanos si tienes alguna pregunta.

Planes Médicos

A continuación se detalla tus opciones de plan a través de BCBSNC. Las redes cambian con frecuencia, por lo que siempre es buena idea confirmar que la participación de tu proveedor está dentro de la red para evitar costos adicionales. Por favor, consulta el documento de tu plan para detalles específicos.

Tu número de política de grupo es: **14159117**

Se puede encontrar información adicional en www.bcbsnc.com

Año del Plan 2026 - 2027 Opciones de Plan Médico

Para el año del plan 2026-2027, tus opciones de plan médico incluirán tres tipos de plan: el plan 1-2-3, un Plan de Salud con Alta Franquicia (HDHP) y un PPO. Para el plan 1-2-3, tu red ahora dependerá de tu código postal.

- Los planes HDHP y PPO seguirán ofreciéndose en la Red de Opciones Azules.
- El plan 1-2-3 disponible depende de tu código postal de origen. Si tu código postal es elegible para Blue HPN, se te ofrecerá el plan Blue HPN 1-2-3. De lo contrario, se te ofrecerá el plan Blue Options 1-2-3.

¿Qué es una Red de Alto Rendimiento (HPN)?

La Red Azul de Alto Rendimiento es una red nacional construida con médicos, hospitales y especialistas seleccionados que se miden por su rendimiento para ofrecer e influir continuamente en una atención de alta calidad, mejor atención y menor costo total.

- Los planes HPN se basan en una red de médicos y hospitales de alto rendimiento
- El plan Blue HPN 1-2-3 tiene el mismo diseño básico de beneficios que el plan Blue Options 1-2-3, pero utiliza una red de proveedores más enfocada y una prima para empleados más baja.
- El plan HPN 1-2-3 se ofrecerá a empleados que vivan en ciertos códigos postales
- Tu proveedor puede que ya esté cubierto por la red HPN
- Si te inscribes en el plan HPN 1-2-3, recibirás una tarjeta de identificación para medicina, dental y visión. Simplemente pondrá "HPN" en lugar de "Blue Options PPO"

Importante: Blue HPN utiliza una red más enfocada que Blue Options. Antes de inscribirte, comprueba que los médicos, especialistas y hospitales que tú y tus familiares cubiertos utilizáis participen en la red Blue HPN. No estará cubierta la atención no urgente recibida fuera de la red HPN.

- **Para preguntas sobre la Blue High-Performance Network, revisa el video general de HPN aquí:**
 - <https://share.synthesia.io/96723f0d-696f-4cc0-8c4b-c8602057b607>
- **Utiliza el enlace de abajo para ver si eres elegible para un plan HPN:**
 - <https://www.bluecrossnc.com/featured/blue-hpn-employee-information#bluehpn-coverage>
- **Busca proveedores de HPN y hospitales en este enlace:**
 - <https://www.bcbsnc.com/members/find-care>
 - Haz clic en "Buscar un médico o un medicamento"
 - Inicia sesión en Blue Connect o navega como invitado
 - Selecciona el botón "Doctor o centro"
 - Una vez redirigido, elige el "Plan de Red de Alto Rendimiento Azul"

Escanee para ver el video general de HPN.





Beneficios médicos y de medicamentos recetados

El siguiente cuadro ofrece una visión general de los planes médicos disponibles a través de BCBSNC. Consulte el documento de su plan para obtener detalles específicos. Las redes cambian con frecuencia, por lo que siempre es una buena idea confirmar que su proveedor esté dentro de la red para evitar costos adicionales.

Encuentra un proveedor dentro de la red en www.bluecrossnc.com

	Plan 1-2-3 Red Blue HPN o Blue Options dependiendo de la elegibilidad para el ZIP	HDHP/HSA Plan	PPO Plan
Servicios	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
Franquicia			
• Individual	\$3,500	\$4,000	\$3,000
• Familia	\$7,000	\$8,000	\$6,000
Coaseguro			
• El plan paga	80% or 60%	100%	80%
• Tú pagas	20% or 40%	0%	20%
Max de bolsillo			
• Individual	\$7,000	\$4,000	\$6,000
• Familia	\$14,000	\$8,000	\$12,000
Servicios Preventivos	100%	100%	100%
Atención primaria	Copago de \$20	Cubierto al 100% después del deducible	\$25 de copago
Visita de Especialista	Deducible entonces 40%	Cubierto al 100% después del deducible	\$50 copago
Telemedicina	\$10 copagos	Cubierto al 100% después del deducible	\$10 copagos
Urgencias	Deducible entonces 40%	Cubierto al 100% después del deducible	\$500 de copago
Atención Urgente	Deducible entonces 40%	Cubierto al 100% después del deducible	\$50 copago
Hospital de Ingreso	\$250 de copago, franquicia, luego 20%	Cubierto al 100% después del deducible	20% después del deducible
Hospital ambulatorio	Deducible entonces 20%	Cubierto al 100% después del deducible	20% después del deducible
Medicamentos con receta			
• Nivel 1	\$4 copago	Cubierto al 100% después	\$10 copago
• Nivel 2	\$25 copago	Deducible	\$35 copago
• Nivel 3	25% hasta \$100		\$50 Copago
• Nivel 4	100% hasta \$100		25% hasta \$100
• Nivel 5	100% hasta \$100		20% hasta \$100

Tu Coste

Las primas de beneficios se pagarán 24 veces al año. Los empleados con un calendario quincenal recibirán un día libre premium en los meses con tres periodos de pago.

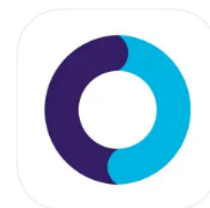
Coste por deducción (24 deducciones al año)				
	Empleado solo	Empleado y cónyuge	Empleado e hijos	Empleado y familia
Plan Blue HPN 1-2-3 — códigos postales elegibles	\$26.20	\$243.78	\$144.43	\$314.85
Plan Blue Options 1-2-3 — otros códigos postales	\$45.00	\$270.00	\$170.00	\$340.00
HDHP/HSA Plan	\$50.00	\$290.00	\$182.50	\$370.00
PPO Plan	\$137.50	\$450.00	\$310.00	\$600.00

¿Qué plan 1-2-3 puedo inscribirme? Su código postal de domicilio determina si se le ofrece la versión Blue HPN o Blue Options del plan 1-2-3. Verá la versión disponible para usted cuando se inscriba en UKG. Antes de inscribirse, verifique si sus médicos y hospitales están dentro de la red de ese plan.

Recursos de BCBSNC

Teladoc Health

Obtenga atención rápida desde cualquier lugar con las consultas de telemedicina de Teladoc. Una consulta de telemedicina le permite ver y hablar con un médico desde su computadora portátil o dispositivo móvil. La telemedicina a través de Teladoc está disponible con un copago de \$10 si está inscrito en el plan PPO o 1-2-3, y se paga en su totalidad después del deducible si está inscrito en el HDHP. Si consulta con un especialista por telemedicina, habrá un costo adicional. Los médicos de telemedicina pueden tratar síntomas de resfriado y gripe, sinusitis y conjuntivitis, alergias, migrañas, erupciones cutáneas y mucho más. Puede acceder a Teladoc llamando al 1-855-549-2214, visitando <https://teladoc.com>, o descargando la aplicación Teladoc Health.



Rally

Complete una encuesta de salud para ver cómo le va en áreas clave como nutrición y actividad física, obtenga recomendaciones personalizadas que se adapten a su estilo de vida, siga su progreso en su panel y gane Rally Coins que pueden canjearse por recompensas. Regístrese en Rally® en <https://www.bluecrossnc.com/members>. Es un programa para ayudarlo a moverse más y comer mejor. Incluso recompensa su progreso. Cómo funciona:

- **Complete su encuesta de salud.** Le guiará con indicaciones visuales. Recibirá sus resultados como un “Rally AgeSM”, un número que le ayuda a evaluar su edad real en comparación con su edad de salud, según las respuestas de su encuesta.
- **Elija su enfoque.** Reciba actividades personalizadas y misiones recomendadas —o planes de acción individuales— según los resultados de su encuesta. Las misiones ofrecen actividades para ayudarlo a mejorar o mantener su salud. Elija las que se adapten a su estilo de vida.
- **Gane recompensas.** A medida que complete ciertas actividades, ganará Rally coins. Úselas para participar en sorteos con la posibilidad de ganar premios, obtener descuentos, apoyar a organizaciones benéficas o pujar en subastas. Cuanto más participe en Rally, más coins ganará.

Blue Connect



Blue Connect es mucho más que un sitio web de servicios para miembros; es una guía personal de las herramientas que necesita para administrar su plan de salud y su atención médica. Con Blue Connect, usted puede:

- Vea su deducible, reclamaciones y beneficios al instante, para saber exactamente dónde se encuentra
- Acceda a documentos importantes, como su tarjeta de identificación digital, sin importar dónde esté
- Obtenga consejos de salud, artículos y videos sobre todo, desde pérdida de peso hasta costos de medicamentos recetados y salud dental.

Blue Connect puede usarse para encontrar médicos, centros, medicamentos recetados dentro de la red y más. Además, el portal para miembros de Blue Connect ofrece acceso a programas de bienestar en cualquier momento que los necesite.

Visite <https://member.bcbsnc.com/blueconnect/web/registration> o descargue hoy mismo la aplicación Blue Connect Mobile NC para comenzar.

Mi aplicación de embarazo

Con tecnología de Wildflower, My Pregnancy App está disponible sin costo para los miembros de Blue Cross NC. La aplicación le ayuda a mantenerse al tanto de su salud durante todo el embarazo y durante los primeros dos años de vida de su bebé.



- Obtenga respuestas a sus preguntas sobre el embarazo
- Encuentre recursos, herramientas y apoyo para ayudarle a manejar su embarazo
- Obtenga información sobre temas como la salud materna de las personas afrodescendientes, la salud parental LGBTQ+ y más
- Disfrute de funciones útiles y entretenidas como el contador de patadas y herramientas de relajación

Descargue la aplicación My Pregnancy App para comenzar.

SmartShopper

Los costos de la atención médica varían mucho de un centro a otro, sin relación con la calidad. Eso significa que usted podría pagar miles de dólares más por la misma prueba o procedimiento médico que cuesta una fracción del precio en un centro cercano. SmartShopper es un programa de transparencia de costos que facilita encontrar procedimientos médicos de menor costo. SmartShopper le ayuda a ahorrar miles de dólares en procedimientos médicos comunes.

Comience visitando <https://www.bluecrossnc.com/> e inicie sesión en su portal para miembros.

Blue365

Descubra Blue365, un programa exclusivo ofrecido por BlueCross BlueShield que le brinda un mundo de beneficios de salud y bienestar. Como miembro valioso, puede disfrutar de una amplia variedad de descuentos y ofertas en fitness, cuidado personal, vida saludable y más.

Esto es lo que ofrece Blue365:

- Ahorros en fitness y bienestar
- Descuentos en cuidado personal
- Ofertas para una vida saludable
- Beneficios exclusivos para miembros

Blue365 es su clave para una vida más saludable y feliz. Comience a explorar hoy mismo los beneficios exclusivos y acceda a Blue365 a través de su cuenta de MyHealthToolkit.

Sepa adónde ir

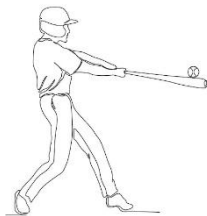
Si necesita atención médica inmediata, quizá piense primero en ir a la sala de emergencias. Sin embargo, si su condición no es grave ni pone en riesgo su vida, puede que tenga una opción menos costosa. ¡Use el cuadro a continuación para identificar adónde debe ir para recibir atención!

Plan	Costo	Cuándo usarlo
Atención primaria	\$	Atención de rutina, primaria y preventiva; exámenes de salud regulares; tratamiento no urgente; manejo de enfermedades crónicas
Visitas virtuales	\$	Resfriado, gripe, fiebre, dolor de garganta, diarrea, sarpullido, conjuntivitis, infecciones sinusales, tos, dolor de cabeza, dolor de estómago o dolor de oído
Atención de conveniencia	\$\$	Infecciones comunes (de oído, conjuntivitis, faringitis estreptocócica, bronquitis), vacunas contra la gripe, vacunas, sarpullidos, exámenes de detección
Atención de urgencias	\$\$\$	Esguinces, cortadas pequeñas, distensiones, dolor de garganta, infecciones menores, asma leve, dolor o distensión de espalda, vómitos, gripe, fiebre, lesiones deportivas; atención fuera del horario laboral y no se necesitan citas
Sala de emergencias	\$\$\$\$	Sangrado abundante, heridas abiertas grandes, dolor de pecho, lesiones en la columna, dificultad para respirar, quemaduras graves, lesiones severas en la cabeza, convulsiones, pérdida de conciencia, envenenamiento; <i>Emergencia que pone en riesgo la vida</i>

Si cree que está experimentando una emergencia médica, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911, incluso si sus síntomas no se describen aquí.



[Haga clic aquí para ver un video sobre Saber a dónde ir.](#)



Plan Dental

El cuadro a continuación ofrece una visión general de su plan dental disponible a través de BCBSNC. Consulte el documento de su plan para obtener detalles específicos. Utilizar un proveedor dentro de la red le ofrecerá el precio más bajo por los servicios.
Encuentre un proveedor dentro de la red en www.bluecrossnc.com

	Plan Dental
Beneficios	Dentro de la red
Deducible Anual - Individual - Familia	\$50 \$150
Servicios Preventivos Exámenes, Limpiezas, Radiografías	Cubiertos al 100%
Servicios Básicos Empastes, Extracciones simples	20% después del deducible
Servicios Mayores Coronas, Cirugía oral, Conductos radiculares	50% después del deducible
Máximo Anual	\$1,500

Su Costo

Las primas de los beneficios se pagarán 24 veces al año. Los empleados con un calendario de pago quincenal recibirán un mes de prima sin pago en los meses que tengan tres períodos de pago.

Costo Por Deducción (24 deducciones por año)				
	Empleado solo	Empleado y cónyuge	Empleado e hijo(s)	Empleado y familia
Dental Blue	\$9.82	\$22.93	\$28.75	\$45.77



Plan de Visión

El cuadro a continuación ofrece una visión general de su plan de visión disponible. El plan de visión de Blue Cross utiliza la red **EyeMed**. Consulte el documento de su plan para obtener detalles específicos. Utilizar un proveedor dentro de la red le ofrecerá el precio más bajo por los servicios.

Encuentre un proveedor dentro de la red en www.eyemedvisioncare.com/bcbsnc.com

	Plan de Visión
Benefits	In-Network
Examen	\$10 de copago
Armazones	Asignación de \$150; luego 20% de descuento sobre el saldo
Lentes	\$25 de copago
Lentes de contacto electivos	Asignación de \$150; luego 15% de descuento sobre el saldo
Frecuencia de los servicios Exámenes / Armazones / Lentes o Lentes de Contacto	12 meses / 24 meses / 12 meses

Su Costo

Las primas de los beneficios se pagarán 24 veces al año. Los empleados con un calendario de pago quincenal recibirán un mes de prima sin pago en los meses que tengan tres periodos de pago.

Costo por deducción (24 deducciones por año)

	Empleado solo	Empleado y cónyuge	Empleado e hijo(s)	Empleado y familia
Blue 20/20	\$2.47	\$5.43	\$5.76	\$8.86

Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA)

Una HSA es una cuenta con ventajas fiscales en la que tú y tu empleador pueden depositar dinero para ahorrar para futuros gastos médicos, y es tuya para siempre. Los fondos de la HSA se pueden usar para pagar gastos médicos, dentales y de visión elegibles.

Cualquier adulto puede contribuir a una HSA si está cubierto por un "plan de salud con deducible alto" (HDHP, por sus siglas en inglés) calificado para HSA, no tiene ninguna otra cobertura médica de primer dólar, no está inscrito en Medicare y no es declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

Tu HSA siempre es tuya, sin importar qué pase. Incluso si dejas la empresa, cambias de plan de salud o te jubilas. El dinero no utilizado crece libre de impuestos y se puede invertir con un saldo mínimo.

Financiamiento y Contribuciones de la HSA:

El IRS impone un límite máximo de contribución a la HSA de forma anual (año calendario). Debido a que tu año del plan abarca dos años calendario, se aplican límites diferentes según el momento en que se realicen las contribuciones.

Máximos para 2026 (contribuciones realizadas del 1 de noviembre de 2026 al 31 de diciembre de 2026):

- \$4,400 para individual
- \$8,750 para familia
- \$1,000 de contribución adicional (catch-up) para quienes tienen 55 años o más

Máximos para 2027 (contribuciones realizadas del 1 de enero de 2027 al 31 de octubre de 2027):

- \$4,500 para individual
- \$9,000 para familia
- \$1,000 de contribución adicional (catch-up) para quienes tienen 55 años o más

Gastos Médicos Calificados

El IRS mantiene una lista de todos los gastos elegibles; los gastos calificados más comunes incluyen acupuntura, servicios de ambulancia, tratamiento dental, lentes de contacto, honorarios médicos y audífonos.

Consulta la lista completa de gastos calificados en <https://www.irs.gov/publications/p502/index.html>.

Fácil de Usar:

Usa tu tarjeta de débito de la HSA para gastos médicos, dentales, de visión y de medicamentos con receta calificados. ¡Los fondos de tu HSA se pueden usar para ti y tus dependientes!

Visita <https://healthequity.com> para crear tu cuenta.



Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)

Las FSA te ofrecen una importante ventaja fiscal que puede ayudarte a pagar gastos con dinero antes de impuestos. Al anticipar los costos de tu familia para el próximo año, en realidad puedes reducir tu ingreso gravable.

Debes inscribirte en tu FSA cada año para poder contribuir. Las opciones de tu plan FSA se muestran a continuación.

FSA de Cuidado de Dependientes

- Permite a los empleados usar dólares antes de impuestos para el cuidado calificado de dependientes, como el cuidado de niños menores de 13 años o el cuidado de personas mayores.
- **La contribución máxima anual es de \$7,500** (o \$3,750 si está casado(a) y presenta la declaración por separado).
- Ejemplos de gastos calificados incluyen:
 - Cuidado infantil
 - Programa antes o después de la escuela
 - Cuidado de personas mayores
- Los fondos deben deducirse de tu cheque de pago antes de que sean elegibles para usarse como reembolso.

FSA de Cuidado de Salud

- Permite a los empleados que no están inscritos en un HDHP ni contribuyendo a una HSA pagar ciertos gastos de atención médica aprobados por el IRS con dólares antes de impuestos.
- **La contribución máxima anual de \$3,400 se puede usar para gastos elegibles relacionados con el cuidado de la salud, incluyendo gastos médicos, dentales y de visión.**
- Puedes transferir (rollover) un máximo de \$680 al siguiente año del plan
- Ejemplos de gastos calificados incluyen:
 - Medicamentos con receta
 - Copagos de visitas al médico
 - Lentes de contacto
 - Cuidado dental
 - Ciertos productos de venta libre (higiene femenina, analgésicos, etc.)
- Usa tu tarjeta de débito de la FSA para gastos médicos, dentales, de visión y de medicamentos con receta calificados.

Visita www.flores247.com para crear tu cuenta.

Los límites de la FSA de Cuidado de Salud y de transferencia (rollover) para 2027 aún no han sido publicados por el IRS. Se comunicarán las cifras actualizadas una vez confirmadas.



Seguro Básico de Vida y AD&D

Los empleados de tiempo completo reciben seguro de vida grupal y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) de The Hartford. Tu empleador paga el costo total de este beneficio. Según tu puesto, estás cubierto con un beneficio de \$50,000 o \$25,000. Los beneficios se reducen en un 35% a los 65 años y al 50% del monto original a los 70 años. No olvides mantener actualizados a tus beneficiarios. Para conocer más sobre tus beneficios de Hartford, visita www.thehartford.com/employee-benefits

Seguro Voluntario de Vida y AD&D

Los empleados que desean complementar sus beneficios de seguro de vida grupal y AD&D pueden comprar cobertura adicional a través de The Hartford. Cuando te inscribes a ti mismo y/o a tus dependientes en este beneficio, pagas el costo total mediante deducciones de nómina. Puedes comprar seguro voluntario de vida y AD&D en los incrementos indicados a continuación. Es posible que se requiera a los empleados que anteriormente renunciaron a la cobertura o que ya tienen cobertura y desean aumentar su elección, completar una Evidencia de Asegurabilidad (EOI) o una evaluación médica.

Seguro Voluntario de Vida y AD&D	
Cobertura del Empleado	- Incrementos de \$10,000 de cobertura hasta un máximo de \$500,000. - Monto de Emisión Garantizada de \$250,000 para empleados recién elegibles.
Cobertura del Cónyuge	- Incrementos de \$5,000 de cobertura hasta un máximo de \$350,000. - Monto de Emisión Garantizada de \$50,000 para empleados recién elegibles.
Cobertura de Hijos	Incrementos de \$2,500 de cobertura hasta un máximo de \$10,000.

Seguro de Discapacidad

Los empleados de tiempo completo reciben beneficios de ingresos por discapacidad a corto plazo pagados por el empleador a través de The Hartford. En caso de que quedes discapacitado(a) debido a una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo, se proporcionan beneficios de ingresos por discapacidad como fuente de ingresos.

	Discapacidad a Corto Plazo
Cobertura Pagada Por	Pagado por la Empresa
Beneficio Máximo	Clase 1: \$2,000/semana; Clase 2: \$1,000/semana
Sujeto a Impuestos	Los beneficios están sujetos a impuestos
Inicio de los Beneficios	El día 15
Duración del Beneficio	Hasta 11 semanas
Ingreso Reemplazado	60% de las ganancias semanales

Beneficios de Salud Suplementarios

SOLID sabe que valoras la oportunidad de personalizar tu cobertura de seguro para adaptarla mejor a tus necesidades individuales. Nos complace ofrecer a todos los empleados de tiempo completo la posibilidad de agregar cualquiera de los siguientes planes voluntarios de **The Hartford** para complementar tu plan médico. No olvides mantener actualizados a tus beneficiarios. Para conocer más sobre tus beneficios, visita <https://www.thehartford.com/>

Plan Voluntario de Accidentes

El Seguro de Accidentes paga un beneficio en un solo pago directamente a ti, según el tipo de lesión sufrida y el tratamiento necesario. Esta póliza brinda cobertura para lesiones que ocurran dentro o fuera del trabajo.

Seguro Voluntario de Enfermedad Crítica

Puedes elegir un monto de beneficio de \$10,000, \$20,000 o \$30,000 para empleados. La cobertura del cónyuge es automáticamente el 50% del monto de beneficio elegido por el empleado. Los hijos menores de 26 años están cubiertos automáticamente al 50% del monto de beneficio elegido por el empleado (por hijo), sin costo adicional de prima.

Las enfermedades cubiertas incluyen:

- Cáncer invasivo
- Ataque cardíaco
- Derrame cerebral (embolia)
- Falla de un órgano principal
- Enfermedad renal en etapa terminal

Consulta el resumen de beneficios para conocer todas las condiciones cubiertas. **Este plan también incluye un beneficio anual de \$50 para exámenes de salud preventivos** para cada miembro cubierto.

La prima varía según la edad y el monto del beneficio. Consulta la página de inscripción en UKG para más detalles.

Seguro Voluntario de Indemnización Hospitalaria

Este plan funciona como un seguro suplementario diseñado para pagar los costos de una admisión hospitalaria que puedan no estar cubiertos por otro seguro. La Indemnización Hospitalaria puede ayudar a cubrir gastos médicos imprevistos, como una admisión hospitalaria o una visita a la unidad de cuidados intensivos (ICU) por una enfermedad o lesión cubierta. Este plan paga dinero en efectivo directamente a ti para cubrir gastos de bolsillo. Puedes usar el beneficio en efectivo como lo necesites, incluyendo copagos médicos, deducibles o gastos de manutención como renta o servicios públicos.

La prima varía según la edad y el monto del beneficio. Consulta la página de inscripción en UKG para más detalles.



Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Nuestro EAP puede ofrecer un apoyo valioso al brindar asesoramiento confidencial y recursos para ayudarte con problemas personales y relacionados con el trabajo. El EAP está disponible de forma gratuita para todos los empleados y sus familiares inmediatos.

Los servicios del EAP incluyen hasta tres consultas presenciales, referencias y recursos.

Los EAP pueden ayudar con problemas como:

- inquietudes matrimoniales y familiares
- depresión
- abuso de sustancias
- duelo y pérdida
- dificultades financieras
- búsqueda de guarderías
- orientación legal
- otros problemas personales

Los estudios muestran que los empleados que utilizaron los servicios del EAP reportaron niveles más altos de equilibrio entre el trabajo y la vida personal, así como niveles más bajos de conflicto entre el trabajo y la familia.*

** Journal of Occupational Health Psychology*



Comunícate con Guidance Resources las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al número gratuito +1800-964-3577, o visita su sitio web en [ComPsych Corporation - GuidanceResources Online - Login](#)

Programa de Descuentos para Empleados BenefitHub

SOLID se complace en ofrecer acceso a BenefitHub. Disfruta de descuentos, recompensas y beneficios en miles de las marcas que te encantan, en categorías que incluyen:

- Viajes
- Automóviles
- Electrónica
- Ropa
- Entretenimiento
- Salud y bienestar
- Belleza y spa
- Boletos/Entradas

Accede a tus descuentos en <https://solidsurfacecare.benefithub.com/> y crea una cuenta usando el código de referencia: **GPL76H**

Términos importantes

¡Utilice los términos a continuación para comprender mejor sus beneficios!

Coaseguro	Un porcentaje de un costo de atención médica que el empleado cubierto paga después de alcanzar el deducible.
Copago (Copago)	Una cantidad fija en dólares por cada visita al médico que el empleado cubierto paga por un servicio de atención médica, generalmente cuando se recibe el servicio. Por ejemplo, un médico de atención primaria puede cobrar un copago nominal por visita.
Deducible	Un monto fijo en dólares que el empleado cubierto debe pagar de su bolsillo cada año calendario antes de que el plan comience a reembolsar los gastos de salud no preventivos. Los planes generalmente requieren límites separados para niveles de cobertura individuales y de otro tipo.
Explicación de beneficios (EOB)	Un registro de los eventos de salud pasados y actuales de una persona. Un "recibo detallado". Solicite esto cada vez que se le realice un servicio médico para sus registros. Las FSA, HSA y HRA a veces necesitarán esta verificación adicional.
Evidencia de asegurabilidad (EOI)	Un cuestionario sobre el estado de salud de una persona. Las compañías de seguros utilizan las preguntas de EOI para verificar si una persona cumple con la definición de buena salud.
Emisión de garantía (GI)	Un requisito de que los planes de salud deben permitirle inscribirse independientemente del estado de salud, la edad, el sexo u otros factores que puedan predecir el uso de los servicios de salud. Excepto en algunos estados, GI no limita cuánto se le puede cobrar si se inscribe.
Dentro de la red	Médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores con quienes el plan de salud tiene un acuerdo para atender a sus miembros. Los planes de salud cubren una mayor parte del costo para los proveedores de salud dentro de la red que para los proveedores que están fuera de la red.
Fuera de la red	Un plan de salud cubrirá el tratamiento de médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores que están fuera de la red, pero los empleados cubiertos pagarán más de su bolsillo para usar proveedores fuera de la red que los proveedores dentro de la red.
Desembolso máximo	Lo máximo que un empleado podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte de los costos de los servicios cubiertos, incluidos los copagos y el coseguro.
Atención preventiva	La mayoría de los planes de salud deben cubrir un conjunto de servicios preventivos, como vacunas y pruebas de detección, sin costo para usted. Visite https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ para ver servicios preventivos gratuitos para todos los adultos, mujeres y niños.
Prima	La cantidad que el empleado paga por su seguro médico.

Consulte esta lista cuando necesite comunicarse con uno de sus proveedores de beneficios. Para obtener información general, comuníquese con Recursos Humanos.

Beneficio	A quién llamar	Número de teléfono	Sitio web
Medicina y farmacia	Blue Cross Blue Shield	877-275-9787	www.bluecrossnc.com
Dental	Blue Cross Blue Shield	877-275-9787	www.bluecrossnc.com
Visión	Blue Cross Blue Shield	877-275-9787	www.bluecrossnc.com
Salud suplementaria - Enfermedad crítica - Accidente - Hospital Indemnity	The Hartford	888-277-4767	www.thehartford.com
Cuenta de ahorros para la salud	Equidad en salud	877-713-7682	https://healthequity.com
Cuenta de gastos flexible	Flores y Asociados	704-335-8211	www.flores247.com
Vida básica y AD&D Vida voluntaria y AD&D	The Hartford	888-563-1124	www.thehartford.com
Discapacidad a corto plazo	The Hartford	888-277-4767	www.thehartford.com
Programa de asistencia al empleado	ComPsych	800-964-3577	ComPsych Corporation - GuidanceResources Online - Login

Videos educativos

Haga clic en los videos a continuación para obtener más información sobre cómo funciona el beneficio.



HPNs



Dentro y fuera de la red



PPO y HDHP



Visión



Dental



Cuenta de ahorros para la salud



FSA de salud



EAP



FSA para el cuidado de dependientes

AVISOS IMPORTANTES

Avisos anuales de beneficios de salud y bienestar de SOLID Surface Care

Se adjunta un paquete de avisos y divulgaciones que pertenecen a los planes de salud y bienestar patrocinados por su empleador, según lo exige la ley federal para el año del plan 2026.

Recintos:

- Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare
- Aviso de derechos especiales de inscripción de HIPAA
- Aviso de la Ley de Derechos contra el Cáncer para la Salud de la Mujer (WHCRA)
- Aviso de la Ley de Protección de la Salud de las Madres de Recién Nacidos (NMHPA)
- Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA
- Aviso del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

SOLID Surface Care en este documento se denominará "Empleador"

En lo sucesivo, BCBSNC se denominará "Plan médico"

Puede comunicarse con el administrador de su plan en hr-support@solidcare.com

AVISOS IMPORTANTES

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE LA PARTE D DE MEDICARE

Aviso importante de su empleador sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con su empleador y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o se inscribe en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Su empleador ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Plan Médico (o planes), en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura existente es 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 acreditable actual de medicamentos recetados, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período Especial de Inscripción (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

AVISOS IMPORTANTES

¿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 mientras está inscrito en la cobertura del empleador como empleado activo, tenga en cuenta que la cobertura de su empleador será el pagador principal de sus beneficios de medicamentos recetados y Medicare pagará el secundario. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare puede reducirse significativamente. Medicare generalmente pagará principalmente sus beneficios de medicamentos recetados si participa en la cobertura de su empleador como ex empleado.

También puede optar por cancelar la cobertura de su empleador. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar la cobertura de su empleador actual, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta 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 su empleador 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 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 deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el siguiente octubre para unirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados... Póngase en contacto con la persona que se indica a continuación para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de su empleador cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

La información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados se encuentra en el manual "Medicare y usted". Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare. 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:

- Visita www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros 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 (+1800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al +1877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la web en www.socialsecurity.gov, o llámelos al +1800-772-1213 (TTY +1800-325-0778).

AVISOS IMPORTANTES

Recuerde: 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 pagar o no una prima más alta (una multa).

Nombre de la entidad/remitente: SOLID Surface Care
Contacto-Posición/Oficina: hr-support@solidcare.com
Dirección: 3120 Rose Lake Drive, Charlotte, NC 28217

AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN DE HIPAA

Si está rechazando la inscripción en la cobertura de salud grupal de su empleador 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 la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Finalmente, usted y/o sus dependientes pueden tener derechos especiales de inscripción si se pierde la cobertura bajo Medicaid o un programa de seguro médico estatal ("CHIP"), o cuando usted y/o sus dependientes obtienen la elegibilidad para la asistencia con las primas estatales. Tiene 60 días a partir de la ocurrencia de uno de estos eventos para notificar a la compañía e inscribirse en el plan.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con hr-support@solidcare.com.

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

¿Sabe que su Plan, según lo exige la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA), brinda beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluido el linfedema?

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, comuníquese con el administrador de su plan.

AVISO DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES (NMHPA)

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier estadía hospitalaria en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después del parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

AVISOS IMPORTANTES

ASISTENCIA PARA PRIMAS BAJO 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 primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas 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 pueda comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

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

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera 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 NOW** o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar una solicitud. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo 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 elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de ser elegible para recibir asistencia con la prima**. 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 enero de 2026. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mycorhibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidtplecovery.com/flmedicaidtplecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid

AVISOS IMPORTANTES

Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/chil-drens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2	Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ https://www.in.gov/fssa/dfr Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Sitio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/la hipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HHSHIPPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561	Sitio web: https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831

AVISOS IMPORTANTES

Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)	
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medi-caid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Por correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/espanol/
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia para primas desde el 31 de enero de 2026, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

EE. UU. Departamento de Trabajo
 y Servicios Humanos

Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados
 y Medicaid

www.dol.gov/agencies/ebsa

EE. UU. Departamento de Salud y Servi-

cios Humanos
 Centros de Servicios de Medicare

www.cms.hhs.gov

AVISOS IMPORTANTES

Teléfono: +1-866-444-EBSA (3272)
61565

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

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

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

El Empleador patrocina ciertos planes de salud grupales (colectivamente, el "Plan" o "Nosotros") para brindar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Brindamos esta cobertura a través de varias relaciones con terceros que establecen redes de proveedores, coordinan su atención y procesan reclamos de reembolso por los servicios que recibe. Este Aviso de prácticas de privacidad (el "Aviso") describe las obligaciones legales del Empleador, el Plan y sus derechos legales con respecto a su información médica protegida en poder del Plan en virtud de HIPAA. Entre otras cosas, este Aviso describe cómo se puede usar o divulgar su información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, o para cualquier otro propósito permitido o requerido por la ley.

Estamos obligados a proporcionarle este Aviso de conformidad con HIPAA. La Regla de privacidad de HIPAA protege solo cierta información médica conocida como "información de salud protegida". En general, la información de salud protegida es información de salud de identificación individual, incluida la información demográfica, recopilada de usted o creada o recibida por un proveedor de atención médica, un centro de intercambio de información de atención médica, un plan de salud o su empleador en nombre de un plan de salud grupal, que se relaciona con:

- (1) su salud o condición física o mental pasada, presente o futura;
- (2) la prestación de atención médica para usted; o
- (3) el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a usted.

Nota: Si está cubierto por uno o más planes de salud grupales totalmente asegurados ofrecidos por el Empleador, recibirá un aviso por separado sobre la disponibilidad de un aviso de prácticas de privacidad aplicables a esa cobertura y cómo obtener una copia del aviso directamente de la compañía de seguros.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con el Oficial de Privacidad de SOLID HIPAA.

Fecha de vigencia

Este Aviso revisado entra en vigencia el 1 de noviembre de 2026.

Nuestras responsabilidades

Estamos obligados por ley a:

- mantener la privacidad de su información médica protegida;
- proporcionarle ciertos derechos con respecto a su información médica protegida;
- proporcionarle una copia de este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida; y
- seguir los términos del Aviso que está actualmente en vigor.

AVISOS IMPORTANTES

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y de hacer nuevas disposiciones con respecto a su información médica protegida que mantenemos, según lo permita o exija la ley. Si realizamos algún cambio sustancial en este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad revisado. También puede obtener una copia del último Aviso revisado comunicándose con nuestro Oficial de Privacidad en la información de contacto proporcionada anteriormente o en nuestra intranet. Salvo lo dispuesto en este Aviso, no podemos divulgar su información médica protegida sin su autorización previa.

Cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida

Según la ley, podemos usar o divulgar su información médica protegida bajo ciertas circunstancias sin su permiso. Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que podemos usar y divulgar su información médica protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información médica protegida se incluirán en una de las categorías.

Para tratamiento

Podemos usar o divulgar su información médica protegida para facilitar el tratamiento médico o los servicios de los proveedores. Podemos divulgar información médica sobre usted a proveedores, incluidos médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que esté involucrado en su atención. Por ejemplo, podemos divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para determinar si una receta pendiente es inapropiada o peligrosa para su uso.

Para el pago

Podemos usar o divulgar su información médica protegida para determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan, para facilitar el pago del tratamiento y los servicios que recibe de los proveedores de atención médica, para determinar la responsabilidad de los beneficios según el Plan o para coordinar la cobertura del Plan. Por ejemplo, podemos informar a su proveedor de atención médica sobre su historial médico para determinar si un tratamiento en particular es experimental, de investigación o médicamente necesario, o para determinar si el Plan cubrirá el tratamiento. También podemos compartir su información médica protegida con un proveedor de servicios de revisión de utilización o precertificación. Del mismo modo, podemos compartir su información médica protegida con otra entidad para ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamos de salud o con otro plan de salud para coordinar los pagos de beneficios.

Para operaciones de atención médica

Podemos usar y divulgar su información médica protegida para otras operaciones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para ejecutar el Plan. Por ejemplo, podemos utilizar información médica en relación con la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad; suscripción, calificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentar reclamos de cobertura de stop-loss (o exceso de pérdida); realizar u organizar revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso; planificación y desarrollo empresarial, como la gestión de costos; y gestión empresarial y actividades administrativas generales del Plan. El Plan tiene prohibido usar o divulgar información médica protegida que sea información genética sobre un individuo con fines de suscripción.

A socios comerciales

Podemos contratar a personas o entidades conocidas como Socios Comerciales para realizar diversas funciones en nuestro nombre o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Para realizar estas funciones o proporcionar estos servicios, los Socios Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, usarán y/o divulgarán su información médica protegida, pero solo después de que acuerden por escrito con nosotros

AVISOS IMPORTANTES

implementar las medidas de seguridad adecuadas con respecto a su información médica protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a un Socio Comercial para administrar reclamos o proporcionar servicios de apoyo, como administración de utilización, administración de beneficios de farmacia o subrogación, pero solo después de que el Socio Comercial celebre un Acuerdo de Socio Comercial con nosotros.

Según lo exija la ley

Divulgaremos su información médica protegida cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida cuando lo exijan las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de salud pública.

Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad

Podemos usar y divulgar su información médica protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación solo sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida en un procedimiento relacionado con la licencia de un médico.

A los patrocinadores del plan

Con el fin de administrar el Plan, podemos divulgar a ciertos empleados del Empleador información médica protegida. Sin embargo, esos empleados solo usarán o divulgarán esa información según sea necesario para realizar las funciones de administración del Plan o según lo exija HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información médica protegida no se puede utilizar con fines laborales sin su autorización específica.

Situaciones especiales

Además de lo anterior, las siguientes categorías describen otras posibles formas en que podemos usar y divulgar su información médica protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información se incluirán en una de las categorías.

Donación de órganos y tejidos

Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información médica protegida 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.

Militares y veteranos

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica protegida según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar información médica protegida sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Compensación para trabajadores

Podemos divulgar su información médica protegida para compensación laboral o programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos para la salud pública

Podemos divulgar su información médica protegida para acciones de salud pública. Estas acciones generalmente incluyen lo siguiente:

- para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- informar de nacimientos y defunciones;

AVISOS IMPORTANTES

- para denunciar abuso o negligencia infantil;
- para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a las personas sobre retiros de productos que puedan estar usando;
- notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo, o cuando lo exija o autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud

Podemos divulgar su información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas y disputas

Si está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.

Aplicación de la ley

Podemos divulgar su información médica protegida si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:

- en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- sobre la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la víctima;
- sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- sobre conducta delictiva; y
- en circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias

Podemos divulgar información médica protegida a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica sobre los pacientes a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

Actividades de seguridad nacional e inteligencia

Podemos divulgar su información médica protegida a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Internos

Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información médica protegida a la institución correccional o al oficial de la ley si es

AVISOS IMPORTANTES

necesario (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.

Investigación

Podemos divulgar su información médica protegida a investigadores cuando:

- (1) se han eliminado los identificadores individuales; o
- (2) cuando una junta de revisión institucional o una junta de privacidad (a) ha revisado la propuesta de investigación; y (b) estableció protocolos para garantizar la privacidad de la información solicitada y aprueba la investigación.

Divulgaciones requeridas

La siguiente es una descripción de las divulgaciones de su información médica protegida que estamos obligados a hacer.

Auditorías gubernamentales

Estamos obligados a divulgar su información médica protegida al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el Secretario está investigando o determinando nuestro cumplimiento con la regla de privacidad de HIPAA.

Divulgaciones a usted

Cuando lo solicite, estamos obligados a revelarle la parte de su información médica protegida que contiene registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones con respecto a sus beneficios de atención médica. También estamos obligados, cuando se nos solicite, a proporcionarle un informe de la mayoría de las divulgaciones de su información médica protegida si la divulgación fue por razones distintas al pago, tratamiento u operaciones de atención médica, y si la información médica protegida no se divulgó de conformidad con su autorización individual.

Notificación de una infracción.

Estamos obligados a notificarle en caso de que nosotros (o uno de nuestros socios comerciales) descubramos una violación de su información médica protegida no segura, según lo define HIPAA.

Otras divulgaciones

Representantes personales

Divulgaremos su información médica protegida a personas autorizadas por usted, o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre que nos proporcione un aviso/autorización por escrito y cualquier documento de respaldo (es decir, poder notarial). Nota: Según la regla de privacidad de HIPAA, no tenemos que divulgar información a un representante personal si tenemos una creencia razonable de que:

- (1) ha sido, o puede ser, objeto de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona;
- (2) tratar a esa persona como su representante personal podría ponerlo en peligro; o
- (3) En el ejercicio o juicio profesional, no le conviene tratar a la persona como su representante personal.

Cónyuges y otros miembros de la familia

Con solo excepciones limitadas, enviaremos todo el correo al empleado. Esto incluye correo relacionado con el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia que están cubiertos por el Plan, e incluye correo con información sobre el uso de los beneficios del Plan por parte del cónyuge del empleado y otros miembros de la familia e información sobre la denegación de cualquier beneficio del Plan al cón-

AVISOS IMPORTANTES

yuge del empleado y otros miembros de la familia. Si una persona cubierta por el Plan ha solicitado Restricciones o Comunicaciones Confidenciales (consulte a continuación en "Sus derechos"), y si hemos aceptado la solicitud, le enviaremos un correo según lo dispuesto en la solicitud de Restricciones o Comunicaciones Confidenciales.

Autorizaciones

Otros usos o divulgaciones de su información médica protegida no descritos anteriormente, incluido el uso y la divulgación de notas de psicoterapia y el uso o divulgación de información médica protegida con fines de recaudación de fondos o marketing, no se realizarán sin su autorización por escrito. Puede revocar la autorización por escrito en cualquier momento, siempre que su revocación sea por escrito. Una vez que recibamos su revocación por escrito, solo será efectiva para usos y divulgaciones futuros. No será efectivo para ninguna información que pueda haber sido utilizada o divulgada en función de la autorización por escrito y antes de recibir su revocación por escrito. Puede optar por no recibir nuestras comunicaciones de recaudación de fondos en cualquier momento.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida:

Derecho a inspeccionar y copiar

Tiene derecho a inspeccionar y copiar cierta información médica protegida que puede usarse para tomar decisiones sobre sus beneficios de atención médica. Para inspeccionar y copiar su información médica protegida, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa razonable por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a su información médica, es posible que tenga derecho a solicitar que se revise la denegación y se le proporcionarán detalles sobre cómo hacerlo.

Derecho a enmendar

Si cree que la información médica protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por o para el Plan. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. Además, debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que:

- no es parte de la información médica mantenida por o para el Plan;
- no fue creado por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
- no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- ya es preciso y completo.

Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y cualquier divulgación futura de la información en disputa incluirá su declaración.

Derecho a un informe de las divulgaciones

Tiene derecho a solicitar un "informe" de ciertas divulgaciones de su información médica protegida. La contabilidad no incluirá (1) divulgaciones para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) divulgaciones que se le hagan; (3) divulgaciones realizadas de conformidad con su autorización;

AVISOS IMPORTANTES

(4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones con fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones que de otro modo estarían permitidas.

Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. Su solicitud debe indicar un período de tiempo de no más de seis años (tres años para registros médicos electrónicos) o el período que ABC Company ha estado sujeto a las reglas de privacidad de HIPAA, si es más corto.

Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónica). Intentaremos proporcionar la contabilidad en el formato que solicitó o en otro formato de mutuo acuerdo si el formato solicitado no es razonablemente factible. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses se proporcionará de forma gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en costos.

Derecho a solicitar restricciones

Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de su información médica protegida que usamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en su información médica protegida que divulgamos a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que se haya realizado.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si aceptamos la solicitud, respetaremos la restricción hasta que la revoque o se lo notifiquemos. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos 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. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. Aceptaremos todas las solicitudes razonables si proporciona claramente información de que la divulgación de toda o parte de su información protegida podría ponerlo en peligro.

Derecho a una copia impresa de este aviso

Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, llame por teléfono o escriba al Oficial de Privacidad como se indica anteriormente en Información de contacto.

Para obtener más información, consulte [Sus derechos bajo HIPAA](#).

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios

AVISOS IMPORTANTES

Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al +1877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

Para presentar una queja ante el Plan, escriba por teléfono al Oficial de Privacidad como se indica anteriormente en Información de contacto. No será penalizado, ni se tomarán represalias de ninguna otra manera, por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante nosotros. Debe guardar una copia de los avisos que envíe al Administrador del Plan o al Oficial de Privacidad para sus registros.

