



2026 Guía de Inscripción de Beneficios

¿QUÉ HAY ADENTRO?

- Cómo funcionan sus beneficios
- Sus planes de Seguro
- Inscripción de beneficios



Qué hay adentro

Resumen de beneficios

Información de contacto	2
Elegibilidad	4
Cómo inscribirse	5
Aplicaciones móviles	7

Beneficios de atención médica

Medico	9
ELAP	15
Dental	16
Visión	17

Su trabajo. Su vida.

Seguro de Vida	19
Seguro Discapacidad	20

Worksite Benefits	21
Asegurancia de mascota	25
Medicare Back Office	26
Avisos Legales	27

**Esta guía está diseñada para ayudarlo a elegir sus beneficios y representa solo un breve resumen de los planes disponibles. Este folleto no pretende ser una interpretación oficial de los planos. Para obtener información más detallada, consulte el Certificado de cobertura o la Descripción resumida del plan. Si surge alguna pregunta, el Certificado de Cobertura o la Descripción Resumida del Plan serán la autoridad final para determinar los beneficios proporcionados por sus planes. CorTech, LLC dba JobRUs se reserva el derecho de modificar, enmendar o cancelar el plan en cualquier momento..*

Estimado Empleado Valioso:

CorTech, LLC dba JobRUs.com reconoce que nuestros empleados son lo más valioso que puede tener una empresa. Estamos comprometidos con su bienestar y sabemos que las necesidades de cada persona son únicas. Nuestro objetivo es proporcionar un paquete de beneficios que sea integral, accesible, diverso, consciente de nuestra cultura corporativa única y sensible a nuestras necesidades comerciales. Teniendo esto en cuenta, nos esforzamos por ofrecer una variedad de beneficios con proveedores altamente calificados diseñados para ofrecerle oportunidades para mitigar sus riesgos y brindarle tranquilidad a usted y a su familia.

Para cumplir estos objetivos, nos comprometemos a:

- **Evaluar continuamente cómo elegimos nuestra cobertura de seguro**, cómo utilizamos los servicios de atención médica y cómo podemos ayudar a nuestros empleados a administrar sus decisiones personales de salud.
- **Proporcionar oportunidades accesibles** para que nuestros empleados minimicen sus riesgos financieros.
- **Comunicarse y educarse** informarle sobre los beneficios y recursos disponibles para usted.

Dado que los beneficios representan un componente importante de su paquete de compensación total, nos complace brindarle las ofertas de beneficios incluidas en esta guía. Revise esta guía de inscripción para obtener un resumen* de los beneficios que están disponibles para usted y su familia al inscribirse junto con consejos y recursos que lo ayudarán a maximizar el valor de la cobertura que elija. Esta guía resumirá quién es elegible para inscribirse, cuándo es elegible para inscribirse, qué opciones de cobertura están disponibles para usted y el costo de la cobertura. También le proporcionará información de contacto en caso de que tenga preguntas detalladas o necesite más información.

Atentamente,
Vincent Rossy, CEO

INFORMACIÓN DE CONTACTO



Médico

Imagine360/Imagine360
Grupo #: H880166
1-800-827-7223
www.Imagine360tpa.com

Visión

Ameritas
Group #: 010-67346
1-800-659-2223
www.ameritas.com

Marsh & McLennan Agency Broker Contacts

Línea directa de atención al cliente para
agentes:
1-844-679-7737

ELAP/Imagine360

1-800-977-7381
balancebills@elapservices.com

Seguro de Vida Voluntario

The Standard
1-800-628-8600
www.standard.com/individuals-families

Andrea Jordan
Sr. Vice Presidenta
CA Producer License #0L81635

Farmacia

Veracity RX
1-888-388-8228
www.Veracity.procarerx.com

Discapacidad a corto plazo

Anthem Blue Cross Blue Shield
The Standard
1-800-628-8600
www.standard.com/individuals-families

Dee Ann Pierce
VP Ejecutiva de Cuentas
CA Producer License #4269071

Dental

Ameritas
Group #: 010-67346
1-800-659-2223
www.ameritas.com

Worksite Benefit Insurance

The Standard
1-800-628-8600
www.standard.com/individuals-families

Marsh & McLennan Agency LLC CA License
#0H18131

Esta comunicación representa un breve resumen de los diversos beneficios disponibles para usted y se proporciona únicamente como referencia. Las políticas reales del operador determinan la cobertura y contienen exclusiones, limitaciones, términos, condiciones y requisitos de cobertura total. Cualquier aviso incluido en este documento no reemplaza otros posibles requisitos de comunicación del empleador.

Anexo A

Política de Indemnización Fija

IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO un seguro médico.

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle una cantidad limitada en dólares si está enfermo u hospitalizado. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que recibe no se basa en el tamaño de su factura médica.
- Puede haber un límite sobre cuánto pagará esta póliza cada año.
- Esta póliza no sustituye al seguro médico integral.
- Dado que esta póliza no es un seguro médico, no tiene por qué incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican al seguro médico.

¿Busca un seguro médico integral?

- **Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)** o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura médica.
- Para saber si puede obtener seguro médico a través de su trabajo o del trabajo de un miembro de su familia, comuníquese con el empleador.

¿Preguntas sobre esta política?

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros de su estado. Encuentre su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros ([naic.org](https://www.naic.org)) en "Departamentos de seguros".
- Si tiene esta póliza a través de su trabajo o del trabajo de un miembro de su familia, comuníquese con el empleador.

ELEGIBILIDAD

Elegibilidad para usted y sus dependientes

Usted es elegible para participar en los planes de beneficios grupales si es un empleado activo de tiempo completo y tiene programado trabajar 30 horas o más por semana. Los empleados son elegibles para inscribirse después de su período de espera para nuevas contrataciones - 90 días. Es posible que ciertos dependientes de miembros del equipo elegibles también puedan inscribirse en los beneficios. Consulte las reglas de elegibilidad a continuación.

Dependientes Elegibles Incluyen:

- Su cónyuge legalmente casado
- Sus hijos naturales, hijos adoptados legalmente, hijastros e hijos de los que asume la tutela legal hasta los 26 años
- Niños de 26 años o más incapaces de mantenerse por sí mismos debido a una condición física o mental que sufrieron antes de los 26 años. Es posible que deba completar un formulario de certificación para discapacitados antes de que el niño cumpla los 26 años.

Calificaciones de Eventos de Vida

Las elecciones que haga durante su periodo de Nueva Contracción o el periodo de inscripción abierta anual son irrevocables hasta el próximo periodo de inscripción abierta anual o a, menos que experimente un evento de vida calificado. Los eventos de vida que califican incluyen cambios en su estado laboral o en el de su cónyuge o su derecho a Medicare.

Si anticipa alguno de estos cambios, consulte a Recursos Humanos antes del evento para verificar su derecho a cambiar la(s) cobertura(s) del plan. Debe elegir su cambio en los beneficios dentro de los 30 días posteriores al evento de vida calificado. **Si no notifica a Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores a un evento calificativo, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta anual para realizar cambios en los beneficios, a menos que tenga otro evento calificativo.**



Pérdida de Cobertura Esencial



Pérdida de beneficios de COBRA



Matrimonio o Divorcio



Reubicación Permanente



Nacimiento, adopción o nuevo dependiente



Edad fuera del plan de los padres



Cambio de Ciudadanía



Cambio en el estado de empleo



Muerte en la familia



Cambio en la Elegibilidad de Asistencia del Gobierno

COMO INSCRIBIRSE

Si va a elegir cobertura este año, deberá seguir estas instrucciones para completar el proceso. Si tiene problemas para inscribirse, comuníquese con un miembro de nuestro departamento de Recursos Humanos.

Paso 1: Iniciar Sesión

Vaya a www.employeenavigator.com y haga clic en Iniciar sesión

- Usuarios que regresan: inicie sesión con el nombre de usuario y la contraseña que seleccionó. Haz clic en Restablecer una contraseña olvidada.
- Usuarios por primera vez: haga clic en su enlace de registro en el correo electrónico que se le envió por su administrador o Regístrese como nuevo usuario. Cree una cuenta y cree su propio nombre de usuario y contraseña.

Identificación de compañía: CorTech LLC

Paso 2: Bienvenido!

Después de iniciar sesión, haga clic en Vamos a Empezar para completar las tareas requeridas.

Paso 3: Incorporación (Para usuarios nuevos, si corresponde)

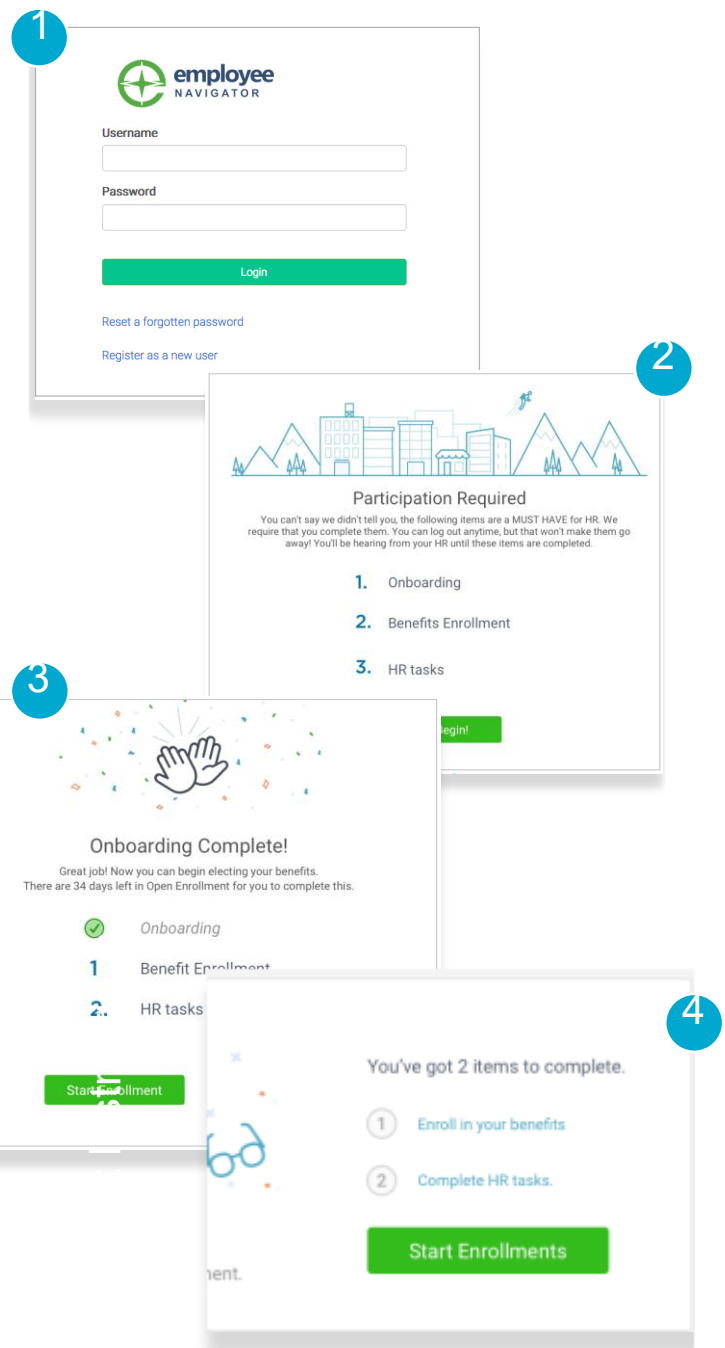
Complete todas las tareas de incorporación asignadas antes de inscribirse en sus beneficios. Una vez que haya completado sus tareas, haga clic en Iniciar inscripción para comenzar sus inscripciones.

Consejo: si presiona "Dismiss, complete later" se le dirigirá a su página de inicio. Aún podrá volver a iniciar las inscripciones haciendo clic en "Start Enrollments"

Paso 4: Iniciar Inscripciones

Después de hacer clic Start Enrollment, Deberá completar cierta información personal y de dependientes antes de pasar a sus elecciones de beneficios.

Consejo: Tenga a mano los detalles dependientes. Para inscribir a un dependiente en la cobertura, necesitará su fecha de nacimiento y número de seguro social.



COMO INSCRIBIRSE

Paso 5: Elecciones de Beneficios

Para inscribir dependientes en un beneficio, haga clic en la casilla de verificación junto al nombre del dependiente debajo de ¿A quién inscribo?

Debajo de sus dependientes puede ver sus planes disponibles y el costo por pago. Para elegir un beneficio, haga clic en Select Plan debajo del costo del plan.

Haga clic en Guardar y Continuar en las elecciones.

Si no desea un beneficio, haga clic en ¿No desea este beneficio? en la parte inferior de la pantalla y seleccione un motivo en el menú desplegable.

Paso 6: Formularios

Si ha elegido beneficios que requieren una designación de beneficiario, un médico de atención primaria o completar un formulario de Evidencia de asegurabilidad, se le pedirá que agregue esos detalles.

Paso 7: Revisar & Confirmar Elecciones

Revise los beneficios que seleccionó en la página de resumen de inscripción para asegurarse de que sean correctos y luego haga clic en Firmar y aceptar para completar su inscripción. Puede imprimir un resumen de sus elecciones para sus registros o iniciar sesión en cualquier momento durante el año para ver su resumen en línea.

Consejo: Si omite un paso, verá Inscripción incompleta en la barra de progreso con los pasos incompletos resaltados. Haga clic en los pasos incompletos para completarlos.

Paso 8: Tareas de Recursos Humanos (Si es aplicable)

Para completar las tareas de Recursos Humanos necesarias, haga clic en Iniciar tareas. Si su departamento de Recursos Humanos no ha asignado ninguna tarea, ¡ha terminado!

Who am I enrolling?

☒ Myself

☐ Elizabeth Reynolds (Spouse)

☐ Gwen Reynolds (Child)

\$138.46
Cost per pay period

Effective on 08/01/18
Employee

Compare Details Selected

How much will it cost?

Plan Cost	Employer Contribution	My Cost
\$138.46	\$ 138.46	\$0.00

View employer contributions summary

Save & Continue

Don't want this benefit?

Enrollment Summary

Below is a summary of your elections and cost for the upcoming plan year. If you have any questions or would like to make changes, please contact HR.

Enrollment Not Complete!
Please complete the required highlighted steps from your enrollment progress menu.

Enrolled Plans

Medical

Key Care HSA PP02017 404E2435 Long Plan Name

Progress 6 of 8

View Steps

- ✓ 1. Personal Information
- ✓ 2. Dependent Information
- ✓ 3. Medical
- ⚠ 4. Dental
- ✓ 5. Vision
- ✓ 6. HSA
- ✓ 7. FSA
- 8. Enrollment Summary

High Five! Enrollment Complete!

You've only got one more item to complete.

✓ Enroll in your benefits

1. HR Tasks

Start Tasks Dismiss, complete later

APLICACIONES MÓVILES

¡Ponga su teléfono inteligente a trabajar para usted! Descargue estas aplicaciones gratuitas desde Google Play o Apple Store.

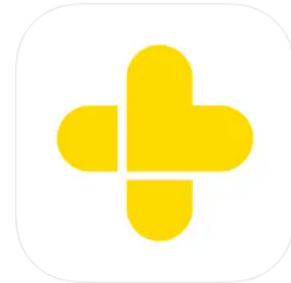
GoodRX

Localizador de medicamentos recetados

Características:

Encuentre el precio más bajo en recetas directamente desde su dispositivo móvil

- Acceso instantáneo a los precios más bajos para medicamentos recetados en más de 75.000 farmacias
- Cupones y consejos de ahorro que pueden reducir los costos de sus medicamentos recetados en un 50 % o más
- Efectos secundarios, horarios y ubicaciones de farmacias, imágenes de píldoras y mucho más.





CUIDADO DE LA SALUD BENEFICIOS

MÉDICO | DENTAL | VISIÓN

Imagine360

Ofrecemos dos redes diferentes en el plan HDHP y MVP. Puede elegir entre la red PHCS/ELAP o la red Cigna PPO. Consulte la página 9 para conocer el costo.

Tiene seis opciones de planes médicos para elegir:

Imagine360 MEC Plan	Imagine360 Enhanced MEC Plan	Imagine360 HDHP Plan	Imagine360 MVP Plan
Deducible Anual: N/A Individual N/A Familia	Deducible Anual: N/A Individual N/A Familia	Deducible Anual: \$4,500 Individual \$9,000 Familia	Deducible Anual: \$4,200 Individual \$8,400 Familia
Desembolso Máximo: \$7,900 Individual \$15,800 Familia	Desembolso Máximo: \$7,900 Individual \$15,800 Familia	Desembolso Máximo: \$6,650 Individual \$13,300 Familia	Desembolso Máximo: \$6,600 Individual \$13,200 Familia
Visitas a la Oficina: N/A Atención Primaria N/A for Especialista	Visitas a la Oficina: \$ copago para Atención Primaria y Especialista	Visitas a la Oficina: 80% después del deducible para Cuidado Primario y Especialista	Visitas a la Oficina: \$50 copago para Atención Primaria \$75 copago para Especialista

Which Plan is Right for You?

¿Cual plan es el adecuado para usted?

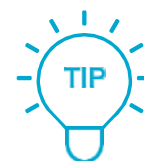
Al elegir un plan de salud, desea saber qué hay disponible y cómo las distintas opciones de planes de beneficios se adaptan a sus necesidades. Debe considerar los costos y beneficios y luego elegir con confianza, sabiendo que ha tomado la decisión correcta para usted y su familia. Tómese todo el tiempo necesario para revisar todas sus opciones antes de inscribirse. Nos complace ofrecerle una opción de tres planes de salud con diferentes niveles de costos y beneficios. Antes de inscribirse en un plan, considere lo que quiere y necesita. De un paso atrás y observe cómo usted y su familia utilizan la atención médica y cuánto pagan por ella. Por ejemplo:

- ¿Está pagando por una cobertura que no necesita ni utiliza?
- ¿Necesita más cobertura de la que tiene?
- ¿Cuántos medicamentos recetados toman usted y su familia?
- ¿Cuánto paga cuando tiene una receta?
- ¿Alguien en su familia necesita atención médica continua?

Al elegir un plan de beneficios de salud, la pregunta más importante es:

¿Será que proporciona la cantidad adecuada de cobertura para usted y su familia? Después de decidir cuánta cobertura necesita, considere los costos y cuándo los pagará.

*El Plan MEC no es una cobertura acreditable para el estado de Massachusetts.



Recibirá sus tarjetas de identificación médica entre 2 y 3 semanas después de inscribirse. Si necesita cuidado antes que reciba su tarjeta por favor llame a Imagina360.

Imagine360 Aspectos destacados del plan médico				
Tipo de Plan	MEC Plan	Enhanced MEC Plan	HDHP Plan	MVP Plan

En la red				
Deducible del empleado	N/A	N/A	\$4,500	\$4,200
Deducible familiar	N/A	N/A	\$9,000	\$8,400
Gastos de bolsillo- empleado	\$7,900	\$7,900	\$6,650	\$6,600
Gastos de bolsillo-familia	\$15,800	\$15,800	\$13,300	\$13,200
Coseguro	N/A	N/A	80% despues Ded	70% despues Ded
Examen Anual Preventivo	100%	100%	100%	100%
Atención primaria	N/A	\$25	80% despues Ded	\$50
Especialista	No cubierto	\$25	80% despues Ded	\$75
Hospital/centro para pacientes hospitalizados/ambulatorios	No cubierto	No cubierto	80% despues Ded	70% despues Ded
Atención de urgencias	No cubierto	\$25	80% despues Ded	\$100
Sala de emergencias	No cubierto	No cubierto	80% despues Ded	70% despues Ded

PHCS/ ELAP- Deducciones Semanales (52) De Nómina

Tipo de Plan	MEC Plan	Enhanced MEC Plan	HDHP Plan	MVP Plan
Solo empleado	\$16.15	\$29.65	\$133.22*	\$134.70*
Empleado(a) + Sposa(o)	\$27.69	\$50.77	\$286.42	\$289.59
Empleado(a) + Hijos(as)	\$24.92	\$44.88	\$237.13	\$239.75
Familia	\$36.69	\$66.46	\$390.33	\$394.64

Cigna PPO Network- Deducciones Semanales (48) De Nómina

Tipo de Plan	MEC Plan	Enhanced MEC Plan	HDHP Plan	MVP Plan
Solo empleado	N/A	N/A	\$164.66	\$166.48
Empleado(a) + Sposa(o)	N/A	N/A	\$354.02	\$357.92
Empleado(a) + Hijos(as)	N/A	N/A	\$293.10	\$296.33
Familia	N/A	N/A	\$482.45	\$487.78

Si la prima mensual solo para empleados en MVP o HDHP excede el 8.39% de su salario mensual, puede ser elegible para un subsidio de costos de CorTech, LLC dba JobRUs.com. Comuníquese con el equipo de Recursos Humanos de CorTech, LLC dba JobRUs.com para obtener más detalles si cree que califica.

Esta página es sólo un resumen. Para obtener una lista completa de restricciones, limitaciones y exclusiones de beneficios, consulte su Certificado de cobertura.

Cobertura de medicamentos recetados

Nuestra cobertura médica a través de Imagine360 incluye un Programa de medicamentos recetados. El costo de cada receta está determinado por el nivel al que pertenece. Los tres niveles son medicamentos genéricos, medicamentos preferidos y medicamentos no preferidos. Puede encontrar farmacias dentro de la red y una lista de recetas cubiertas en www.caremark.com.

Medicamentos Genéricos

Para aprovechar al máximo su plan de atención médica, elija medicamentos genéricos cuando sea posible. Los medicamentos genéricos son el equivalente químico de sus medicamentos de marca más caros. Incluso si su médico le receta un medicamento de marca, siempre puede solicitar el equivalente genérico.

Medicamentos Preferidos

Los medicamentos de marca preferida son recetas que su plan de beneficios de farmacia ha seleccionado como las más efectivas y rentables para tratar ciertas afecciones o enfermedades. Estos medicamentos de marca suelen ser más caros que sus homólogos genéricos.

Medicamentos No-Preferidos

Los medicamentos de marca no preferida tratan condiciones o enfermedades que también pueden tratarse con una receta genérica o de marca preferida. Estos medicamentos suelen tener un copago más alto.

Precios por niveles de medicamentos recetados

Recetas minoristas dentro de la red (suministro de 30 a 90 días)	MEC Plan	Enhanced MEC Plan
Genérico	\$2 o 20% (lo que sea mayor)	\$2 o 20% (lo que sea mayor)
Preferido	N/A	N/A
No Preferido	N/A	N/A
Especialidad	N/A	N/A

Precios por niveles de medicamentos recetados

Recetas minoristas dentro de la red (suministro para 30 días)	HDHP Plan	MVP Plan
Genérico	\$10 después de ded med	\$10
Marca Preferida	\$30 después de ded med	\$30
No Marca Preferida	\$50 después de ded med	\$50
Especialidad	\$250 después de ded med	\$250
Receta de pedidos por correo dentro de la red (suministro para 90 días)	HDHP Plan	MVP Plan
Genérico	\$30 después de ded med	\$30
Preferido	\$90 después de ded med	\$90
No Preferido	\$150 después de ded med	\$150
Especialidad Preferida	No Cubierto	No Cubierto

Medicamentos especializados

IMPORTANTE: Medicamentos especializados

El equipo de Veracity trabaja estrechamente con usted (y/o los miembros de su familia cubiertos que están tomando un medicamento especializado y con el fabricante del medicamento especializado, el recetador y otras entidades para mantener las recetas mientras alivia

- El programa le permite continuar surtiendo medicamentos de especialidad **a bajo costo o sin costo, pero nunca más de lo que usted esta pagando actualmente.**
- Para participar en este programa, se le solicitará que presente cierta documentación. Si elige no hacerlo
Si participa en este programa, usted será responsable del costo total del medicamento. Este costo no se aplicará a su deducible o acumuladores de bolsillo.

Estos documentos suelen incluir:

- Limited Power of Attorney (gives the Pharmacist Concierge only the authority to help and that authority permits seeking assistance for Specialty medications)
- Copia firmada de la declaración de impuestos federales más reciente;
- Copia de ambos lados de la tarjeta de seguro médico.

Permita que un miembro de nuestro equipo de conserjería farmacéutica tome la iniciativa en las conversaciones sobre el medicamento. Como su consejero y defensor de paciente, nosotros estamos aquí para trabajar en su nombre.

Si usted o su dependiente cubierto están tomando actualmente un medicamento afectado por estos cambios, inscribese en www.veracity-rx.com. Después de su inscripción, un miembro del equipo se comunicará con usted.

Para comenzar el proceso, inicie sesión en el sitio web a continuación para completar el "Formulario de inscripción".

Información de contacto del conserje farmacéutico de VeracityRx:

Inscribase en: www.veracity-rx.com

LISTA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES COMÚNMENTE RECETADOS*

Actemra	Otezla
Aubagio	Skyrizi
Austedo	Stelara
Cosentyx	Taltz
Dupixent	Vimpat
Enbrel	Vumerity
Humira	Xtandi
Humira CF	

**La lista es solo una muestra de los principales medicamentos especializados y está sujeta a cambios sin previo aviso. Se pueden buscar medicamentos especializados adicionales más allá de esta lista.*

Medicamentos Internacionales

IMPORTANTE: Medicamentos Internacionales

Nota: El proceso de medicamentos internacionales difiere ligeramente del proceso de medicamentos especializados.

Proceso de inscripción:

- Si usted o un miembro cubierto de su hogar está tomando alguno de los medicamentos internacionales comúnmente recetados que se enumeran a continuación, continúe surtiéndolos localmente en su farmacia.
- Los medicamentos suministrados a través del programa internacional son los mismos medicamentos, fabricados por los mismos fabricantes, pero adquiridos a través de nuestra farmacia asociada en Canadá. Una vez que lo inscribamos en el programa internacional, nos comunicaremos con usted para verificar su dirección de envío y/o información adicional. El procesamiento y envío pueden demorar hasta 30 días; sin embargo, tenga en cuenta que sus medicamentos se seguirán surtiendo sin interrupción.

LISTA INTERNACIONAL DE MEDICAMENTOS COMÚN RECETADOS*

Apidra	Janumet	Trelegy Ellipta
Atripla	Janumet XR	Tresiba
Basaglar KwikPen	Januvia	Trintellix
Biktarvy	Jardiance	Trulicity
Breo Ellipta	Levemir	Truvada
Bydureon	Ozempic	Victoza
Descovy	Prexcobix	Xarelto
Eliquis	Rexulti	
Farxiga	Saxendra	
FIASP	Tivicay	
Invokana	Toujeo	
Invokamet	Tradjenta	
Isentress		

**La lista es sólo una muestra de los principales medicamentos internacionales y está sujeta a cambios sin previo aviso. Se pueden buscar medicamentos internacionales adicionales más allá de esta lista.*

ELAP/IMAGINE360

Sólo en planes PHCS/ELAP

El socio de su plan de salud para la equidad y la asequibilidad

Las facturas hospitalarias excesivamente infladas hacen que los planes de salud aumenten las tarifas y que los miembros paguen más. ELAP elimina este problema para que todos paguen sólo lo que es justo.

Cuando la vida lo trae aquí...

- Hospital
- Sala de emergencias
- Cirugía ambulatoria

ELAP alivia el dolor financiero...

- **Límites de reclamo de respaldo:** ELAP ayuda a su plan establecer límites justos sobre lo que pagará por la atención de servicios para evitar gastos innecesarios.
- **Revisar todas las facturas de hospitales e instalaciones:** ELAP examina cada factura línea por línea para detectar Sobrecargos.
- **Resolver problemas de facturación:** Si su plan tiene un cargo excesivo, le informaremos que Estamos reduciendo el pago. Ahí es cuando necesitamos que Esté atento a la facturación del saldo.

Los servicios ELAP son los de su plan de salud. socio de asequibilidad y ELAPulse es su portal en línea.

MANTÉNGASE CONECTADO | 24/7

Apoyo de factura de saldo

- Presentar facturas de hospitales e instalaciones.
- Verificar el estado de las reclamaciones
- Comuníquese con un defensor de servicios para miembros

Recursos educativos

- Obtenga respuestas a las preguntas frecuentemente hechas.
- Mire videos para aprender más sobre cómo ELAP le ahorra dinero.

Sepa lo que debe

BENEFICIOS (EOB)...



De su plan de salud (no de una factura)

Le muestra lo que cubría su plan y lo que Deber. Si debe dinero, recibirá una factura del hospital/proveedor.

... Coincide con su FACTURA



Desde el hospital/centro

Si esto no coincide con su EOB, simplemente póngase en contacto con ELAP. Nosotros nos encargamos de ello.

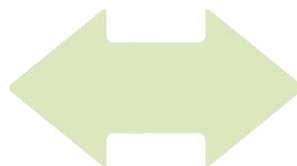
ELAP/IMAGINE360

Sólo en planes PHCS/ELAP

What you need to do:

Asegúrese de que su EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB)...

... Coincide con su FACTURA



Nos dedicamos a garantizar un pago justo, pero necesitamos que usted tenga cuidado con las facturas de saldo.

- Compare la factura del saldo de su proveedor médico con la EOB de su compañía de seguros.
- Si el monto que debe no coincide, envíe inmediatamente la factura a ELAP.
- Continúe vigilando su correo para ver las facturas de saldo de sus proveedores y envíelas a ELAP.

CONSEJO: Guarde esta postal con todos los documentos que Recibe por tus servicios médicos como referencia rápida.

Send your bill to ELAP right away. It's easy!



Email a clear snapshot from your phone or computer:
balancebills@elapservices.com

OR



Fax a copy: 1-888-560-2447

OR



Mail a copy:
1550 Liberty Ridge Drive, Suite 330, Wayne, PA 19087



Your dedicated Member Services Advocate will contact you right away to explain next steps.
At ELAP Services, we're here for you.



Questions? Call us at 1-800-977-7381.

DENTAL

Ameritas

Tiene la opción de elegir entre dos planes dentales a través de Ameritas. Aunque puede utilizar un dentista fuera de la red, ahorrará la mayor cantidad de dinero de su bolsillo si utiliza dentistas de Ameritas que han aceptado ofrecerle tarifas negociadas. Para ver qué dentistas hay en la red, llame al 1-800-659-2223 o www.ameritas.com.

Tiene dos opciones de planes dentales:

Plan Bajo

COBERTURA 100%	Servicios Preventivos:: radiografías, limpiezas, exámenes
COBERTURA 80%	Servicios Basicos: fillings, oral surgery
COBERTURA 50%	Servicios Mayores coronas, puentes, prótesis

Plan Alto

COBERTURA 100%	Preventive Services: radiografías, limpiezas, exámenes
COBERTURA 80%	Servicios Basicos: empastes, cirugía bucal
COBERTURA 50%	Servicios Mayores coronas, puentes, prótesis

Resumen de beneficios dentales	Anthem Dental	
	Plan Bajo	Plan Alto
Beneficio máximo por año calendario	\$1500	\$1500
Deducible por año calendario (se aplica únicamente a Básico y Mayor)	\$50 Empleado \$150 Familia	\$50 Empleado \$150 Familia
Servicios Preventivos	100%	100%
Servicios basicos	80%	80%
Servicios principales	50%	50%
Ortodoncia (para niños hasta 19 años)	N/A	50%
Ortodoncia de por vida máx.	N/A	\$1,500
Deducciones Semanales (52) De Nómina		
Tipo de plan	Plan Bajo	Plan Alto
Solo Empleado(a)	\$8.71	\$9.42
Empleado(a) + Esposo(a)	\$17.48	\$18.90
Empleado(a) + hijos(hijas)	\$21.47	\$25.38
Familia	\$30.23	\$35.00



Minimice sus gastos de bolsillo por atención dental pidiéndole a su dentista un presupuesto previo al tratamiento antes de aceptar recibir cualquier tratamiento importante recetado. Es posible que su dentista pueda presentarle opciones de tratamiento alternativas que reducirán su parte de la factura y al mismo tiempo cubrirán sus necesidades básicas de atención dental.

Esta página es sólo un resumen. Para obtener una lista completa de restricciones, limitaciones y exclusiones de beneficios, consulte su Certificado de cobertura.

VISIÓN

Ameritas

Network- VSP Choice Network



Ya sea que tenga anteojos, lentes de contacto o incluso visión 20/20, ofrecemos un beneficio de visión integral. El seguro de la vista es la clave para mantener una buena salud ocular, ya que los exámenes anuales pueden detectar señales tempranas de advertencia de diversas afecciones de salud.

Descubriendo su red de proveedores

Para su comodidad, este plan utiliza Anthem Vision Network. Cuando busque un proveedor, asegúrese de que participe en esta red.

Descuentos adicionales

Es posible que haya descuentos adicionales disponibles. Consulte el resumen del plan para obtener una lista completa.

Resumen de beneficios de visión

Examen de la vista Rutina <i>(una vez cada 12 meses)</i>	\$10
Lentes <i>(una vez cada 12 meses)</i>	
Individual	\$20
Bifocal	\$20
Trifocal	\$20
Marco de Lentes <i>(una vez cada 24 meses)</i>	Asignación de \$130, después un 20% de descuento
Lentes de Contacto <i>(En lugar de anteojos)</i>	Asignación de \$130, después un 15% de descuento

Deducciones Semanales (52) De Nómina

Solo Empleado(a)	\$1.43
Empleado(a) + Esposo(a)	\$2.86
Empleado(a) + hijos(hijas)	\$3.20
Familia	\$5.04

Esta página es solo un resumen. Para obtener una lista completa de las restricciones, limitaciones y exclusiones de los beneficios, consulte su Certificado de cobertura.



SU VIDA. SU TRABAJO

SEGURO DE VIDA | DISCAPACIDAD

SEGURO DE VIDA

Anthem BCBS

El seguro de vida voluntario está disponible para complementar el beneficio de vida pagado por su empleador. Si es un nuevo afiliado o si se trata de un período de inscripción especial, es posible que se apliquen límites de emisión garantizados; de lo contrario, es posible que se requiera una suscripción médica.



¿Qué significa “Emisión Garantizada”?

Emisión garantizada es un término utilizado en seguros médicos para describir una situación en la que se ofrece una póliza a cualquier solicitante elegible sin tener en cuenta su estado de salud.

Resumen de Beneficios de Vida Voluntaria

	Monto del Beneficio	Emisión de Garantizada*
Beneficio de vida del empleado y AD&D	\$300,000	\$100,000
Beneficio de vida para el cónyuge y AD&D	\$150,000	\$30,000
Beneficios de vida para hijo(s)	\$10,000	\$10,000

* El monto de cobertura permitido sin completar un cuestionario de salud para nuevos empleados.

Empleo – Tarifa Mensual por cada \$1,000 de Cobertura de Seguro de Vida Voluntaria y AD&D

Edad	< 25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+
Tarifa	\$0.050	\$0.060	\$0.080	\$0.090	\$0.119	\$0.186	\$0.282	\$0.453	\$0.757	\$1.270	\$2.060	\$4.630

Cónyuge - Tarifa Mensual por cada \$1,000 de Cobertura de Seguro de Vida Voluntaria y AD&D

Edad	< 25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+
Tarifa	\$0.050	\$0.060	\$0.080	\$0.090	\$0.119	\$0.186	\$0.282	\$0.453	\$0.757	\$1.270	\$2.060	\$4.630

Cobertura para Hijo(s)

Tarifa/\$1,000 \$0.198

DISCAPACIDAD

Anthem BCBS

Incapacidad Voluntaria a Corto Plazo

Ofrecemos a los empleados de tiempo completo beneficios de ingresos por discapacidad a corto plazo de forma voluntaria.

Los accidentes y las enfermedades ocurren todos los días. ¿Cuánto tiempo duraría su dinero si su cheque de pago se detuviera repentinamente? Afortunadamente, existe un seguro que le paga un ingreso si queda discapacitado temporal o permanentemente.

La Discapacidad a Corto Plazo, STD, le proporciona un porcentaje específico de sus ingresos previos a la discapacidad semanalmente. Las condiciones que pueden desencadenar una incapacidad a corto plazo suelen ser de naturaleza temporal, como embarazo, fracturas de huesos, esguinces o cirugía menor. La mayoría de las personas utilizan el tiempo de enfermedad acumulado para cubrir el período de espera.

Resumen de beneficios por incapacidad a corto plazo

Periodo de eliminación	8/8
Duración del Beneficio	13 semanas
Porcentaje de reemplazo de ingresos	60%
Beneficio Máximo	\$1,000 semanales
Condiciones Preexistentes	12/12

Tarifas Mensuales por Discapacidad a Corto Plazo - \$10 de Beneficio Semanal

Edad	Tarifa	Edad	Tarifa
<29	\$0.57	55-59	\$0.54
30-34	\$0.55	60-64	\$0.71
35-39	\$0.39	65-69	\$0.71
40-44	\$0.34	70-74	\$0.71
45-49	\$0.36	75+	\$0.71
50-54	\$0.40		



BENEFICIOS ADICIONALES

ENFERMEDAD CRITICA | ACCIDENTE |
INDEMNIZACION HOSPITALARIA

ENFERMEDAD CRITICA



The Standard

La enfermedad crítica puede afectar a cualquiera en cualquier momento.

El seguro de Enfermedad Crítica paga un beneficio sobre el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad crítica nombrada o cierta categoría de cirugía mayor. Las opciones de planes le permiten elegir la cantidad de cobertura que necesita.

El razonamiento detrás de una póliza de enfermedad crítica es que alguien con cobertura de atención médica y cobertura de discapacidad proporcionada por el empleador aún podría incurrir en una gran cantidad de costos en copagos, deducibles, coseguro y artículos no cubiertos en caso de una enfermedad crítica.

Las pólizas de enfermedades críticas ayudan a pagar estos gastos y ayudan a alguien durante su recuperación pagando al asegurado un beneficio en efectivo. Los empleados elegibles pueden elegir un beneficio en efectivo de suma global para ellos, su cónyuge e hijos dependientes. Este dinero se le pagará en efectivo para que lo use como mejor le parezca.

¿Qué se considera una “enfermedad crítica”?

El seguro de enfermedades críticas brinda cobertura si experimenta una o más de las siguientes emergencias médicas:

- Ataque al corazón
- Transplante de Organos
- Cáncer
- Bypass coronario

	\$10,000 beneficios	\$20,000 beneficios
Monto de cobertura del empleado	\$10,000	\$20,000
Monto de cobertura del cónyuge	\$5,000	\$10,000
Monto de cobertura infantil	\$5,000	\$10,000
Tipo de base de tarifa	Edad alcanzada	Edad alcanzada

***Ver costo calculado en EE Navigator**

Esta página es sólo un resumen. Para obtener una lista completa de restricciones, limitaciones y exclusiones de beneficios, consulte su Certificado de cobertura.

SEGURO DE ACCIDENTE

The Standard

Los accidentes ocurren. Seguro de accidentes poder ayudar.

La cobertura de accidentes es uno de los beneficios más comunes que las personas eligen elegir. ¿Alguien adivina por qué? Es porque los accidentes son una de las principales causas de lesiones entre las personas menores de 40 años y porque ocurren más al azar que las enfermedades. El seguro de accidentes le paga con beneficios en efectivo por gastos que pueden no estar cubiertos en su totalidad por su seguro de salud integral, que incluyen:

- Tratamiento para una lesión
- Costo de ambulancia para el transporte a un hospital.
- Rayos X o exámenes de laboratorio
- Hospitalización

Una breve lista de lo que cubre su Seguro de Accidentes*:



Tratamiento de Emergencia por Accidente

Ambulancia aérea

Ambulancia

Beneficio de rayos X

Admisión hospitalaria

Admisión hospitalaria al cuidado intensivo (ICU)

Días de hospitalización máx.

Confinamiento en cuidado intensivo (UCI)

Dislocación (no quirúrgica)

Fractura (no quirúrgica)

¡Y más!

Seguro de Accidentes Semanal (52)

Deducciones de nómina

Solo Empleado(a)	\$1.88
Empleado(a) + Esposo(a)	\$3.46
Empleado(a) + hijos(hijas)	\$4.90
Familia	\$7.44

Esta página es sólo un resumen. Para obtener una lista completa de restricciones, limitaciones y exclusiones de beneficios, consulte su Certificado de cobertura.

INDEMNIZACION HOSPITALARIA

The Standard

Una hospitalización no es planificada

Incluso con el seguro médico de su empleador, el costo de una estadía en el hospital puede ser abrumador. Según HealthCare.gov, el precio promedio de una estadía en el hospital de tres días es de \$30,000.

La Cobertura de indemnización hospitalaria voluntaria paga una cantidad fija y predeterminada en dólares por cada día que el asegurado este internado en un hospital por enfermedad o lesión. El plan paga beneficios sin tener en cuenta los gastos médicos reales y no disminuye si los beneficios son pagados por otra cobertura. También puede cubrir gastos imprevistos como viajes, cuidado de niños durante las visitas al hospital y gastos de mantenimiento del hogar.

Cualquiera que esté preocupado por el costo de la hospitalización o el impacto potencial en las finanzas personales sería un buen candidato para este tipo de póliza.

ATENCIÓN HOSPITALARIA		
Confinamiento hospitalario	Beneficio del primer día	\$2,000
Ingreso hospitalario del primer día	Máximo Anual	1 Día
Confinamiento hospitalario	Beneficio diario	\$100
Confinamiento hospitalario diario	Máximo Anual	30 Días
Confinamiento en la unidad de cuidados intensivos	Beneficio diario	\$100
Confinamiento diario en la unidad de cuidados intensivos	Máximo Anual	30 Días
Deducciones semanales de nómina de indemnización hospitalaria		
Solo Empleado(a)		\$4.93
Empleado(a) + Esposo(a)		\$8.37
Empleado(a) + hijos(hijas)		\$6.78
Familia		\$12.21

Esta página es sólo un resumen. Para obtener una lista completa de restricciones, limitaciones y exclusiones de beneficios, consulte su Certificado de cobertura.

SEGURO DE MASCOTAS



My Pet Protection coverage highlights

We offer a choice of reimbursement options so you can find coverage that fits your budget. All plans have a \$250 annual deductible and \$7,500 maximum annual benefit. Coverage includes*:

- Accidents
- Illnesses
- Hereditary and congenital conditions
- Cancer
- Dental diseases
- Behavioral treatments
- Rx therapeutic diets and supplements
- And more

Plus, every My Pet Protection policy includes these additional benefits to maximize your value:

- Lost pet advertising and reward expense
- Emergency boarding
- Loss due to theft
- Mortality benefit



Included with every policy



- 24/7 access to veterinary experts (\$110 value)
- Available via phone, chat and email
- Unlimited help for everything from general pet questions to identifying urgent care needs



- Save time and money by filling pet prescriptions at participating in-store retail pharmacies across the U.S.
- Rx claims submitted directly to Nationwide
- More than 4,700 pharmacy locations



Additional highlights

- Exclusive product for employer groups only
- Preferred pricing for employees
- Multiple-pet discounts
- Guaranteed issuance

Hay dos formas sencillas para que los empleados se registren para su nuevo beneficio voluntario de seguro para mascotas:

1. Vaya directamente a la URL dedicada que hemos creado para su empresa: <https://benefits.petinsurance.com/cor-tech>
2. Llame al 877-738-7874 y mencione que son empleados de CorTech/Job R Us para recibir precios preferenciales.

MEDICARE BACKOFFICE

Medicare BackOffice puede ayudarle a navegar por el laberinto de Medicare para encontrar el plan adecuado para usted. Su agente de seguros lo refirió a Medicare BackOffice debido a nuestra experiencia confiable en Medicare. Nuestros dedicados agentes de seguros están autorizados, contratados y certificados en los 50 estados para brindar asesoramiento y productos de Medicare. Estaremos encantados de ayudarle a encontrar una compañía de seguros con calificación "A" o mejor a un precio competitivo.

Así es como funciona nuestro proceso y qué puede esperar.

1. Llame a Medicare BackOffice al 1-877-385-8083 para hablar con un agente de seguros autorizado.
2. Usted proporciona el nombre de su agente de seguros al BackOffice de Medicare.
3. Usted habla con la Oficina Virtual de Medicare. Su agente de seguros es **Andrea Jordan**.
 - Su cobertura de seguro actual
 - Las cuatro partes de Medicare original y cómo funciona
 - Tipos de cobertura que incluyen Medigap, Medicare Advantage y cobertura de medicamentos recetados
 - ¿Cuál de esos planes podría funcionar mejor para usted?
4. Te inscribes, ya sea por:
 - a. Tener Medicare BackOffice le ayudará a inscribirse inmediatamente
 - OR-
 - b. Recibir un correo electrónico o correo postal de Medicare BackOffice con los materiales de la póliza para que usted pueda revisarlos e inscribirse en una fecha posterior.
5. Recibirá su tarjeta de identificación de nueva póliza de seguro por correo.

Entendemos que decidirse por un plan de salud de Medicare es una de las decisiones más importantes que tomará durante su jubilación. Estamos aquí para ayudar. Para hablar con un agente de seguros autorizado, llame al **1-877-385-8083**





AVISOS LEGALES

Esta comunicación representa un breve resumen de los diversos beneficios disponibles para usted y se proporciona únicamente como referencia. Las políticas reales del operador determinan la cobertura y contienen exclusiones, limitaciones, términos, condiciones y requisitos de cobertura total. Cualquier aviso incluido en este documento no reemplaza otros posibles requisitos de comunicación del empleador.

AVISOS IMPORTANTES

Aviso sobre la Ley de derechos de la salud de la mujer contra el cáncer (WHCRA)

¿Sabe que su Plan, según lo exige la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, brinda beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr simetría entre los senos, prótesis y complicaciones resultantes de una mastectomía? ¿Incluyendo linfedema? Llame al administrador de su plan para obtener más información.

Aviso sobre la Ley de Protección de la Salud de las Madres y Recién Nacidos (NMHPA)

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros médicos generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios de cualquier duración de 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. sección. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los 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).

Aviso de disponibilidad de aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Los Planes de Salud CorTech, LLC dba JobRUs.com mantiene un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona información a las personas cuya información de salud protegida (PHI) será utilizada o mantenida por el Plan. Si desea una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Plan, comuníquese con:

Recursos Humanos

Aviso de derechos de inscripción especial de HIPAA

Si rechaza la inscripción en la cobertura de salud grupal de CorTech, LLC dba JobRUs.com para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o 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 que finalice 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 de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, **debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.**

Finalmente, usted y/o sus dependientes pueden tener derechos de inscripción especiales si se pierde la cobertura bajo Medicaid o un programa de seguro médico estatal ("CHIP"), o cuando usted y/o sus dependientes obtienen elegibilidad para recibir asistencia estatal para las primas. **Tienes 60 días desde que ocurre uno de estos eventos para notificar a la empresa e inscribirte en el plan.**

Para solicitar inscripción especial u obtener más información, comuníquese con:

Recursos Humanos

AVISOS IMPORTANTES

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO DETENIDAMENTE.

CorTech, LLC dba JobRUs.com 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 diversas 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 de CorTech, LLC dba JobRUs.com, el Plan y sus derechos legales con respecto a su información de salud protegida en poder del Plan según HIPAA. Entre otras cosas, este Aviso describe cómo su información de salud protegida puede usarse o divulgarse 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". Generalmente, la información de salud protegida es información de salud de identificación individual, incluida información demográfica, recopilada de usted o creada o recibida por un proveedor de atención médica, una cámara de compensación de atención médica, un plan de salud o su empleador en nombre de un plan de salud grupal, que se relaciona con a:

1. su salud o condición física o mental pasada, presente o futura;
2. la prestación de atención médica a 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 CorTech, LLC dba JobRUs.com, 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 del Contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con el Oficial de Privacidad HIPAA de CorTech, LLC dba JobRUs.com:

Atención: Oficial de Privacidad de HIPAA

Este Aviso revisado entra en vigor: 1 de Enero de 2026.

Estamos obligados por ley a:

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

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y de hacer nuevas disposiciones con respecto a su información de salud 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 Aviso revisado más reciente comunicándose con nuestro Oficial de Privacidad a la información de contacto proporcionada anteriormente. Excepto lo dispuesto en este Aviso, no podemos divulgar su información de salud protegida sin su autorización previa.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Según la ley, podemos usar o divulgar su información de salud protegida bajo ciertas circunstancias sin su permiso. Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que podemos usar y divulgar su información de salud 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 en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información de salud protegida estarán dentro de una de las categorías.

Para tratamiento: Podemos usar o divulgar su información de salud protegida para facilitar el tratamiento o los servicios médicos por parte de los proveedores. Podemos divulgar información médica sobre usted a proveedores, incluidos médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal hospitalario que participe en su atención. Por ejemplo, podríamos revelar 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 de salud 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 informarle a su proveedor de atención médica sobre su historial médico para determinar si un tratamiento en particular es experimental, en 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 certificación previa. Asimismo, podemos compartir su información de salud 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 mejora y evaluación de la calidad; suscripción, calificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentar reclamaciones de cobertura de limitación de pérdidas (o exceso de pérdidas); realizar u organizar revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso; planificación y desarrollo de negocios, como gestión de costos; y gestión empresarial y actividades administrativas del Plan general. El Plan tiene prohibido usar o divulgar información de salud protegida que sea información genética sobre un individuo para fines de suscripción.

A socios comerciales: podemos contratar 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 brindar 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 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 brindar servicios de apoyo, como administración de utilización, administración de beneficios farmacéuticos o subrogación, pero solo después de que el Socio comercial celebre un Acuerdo de Socio comercial con nosotros.

Según lo exige la ley: divulgaremos su información de salud 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.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad:

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación solo se haría 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 revelar a ciertos empleados del empleador información de salud 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 requiera HIPAA, a menos que usted haya autorizado más divulgaciones. Su información de salud protegida no se puede utilizar con fines laborales sin su autorización específica.

Situaciones especiales

Además de lo anterior, las siguientes categorías describen otras formas posibles en que podemos usar y divulgar su información de salud 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 en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información estarán dentro de una de las categorías.

Donación de órganos y tejidos: si es donante de órganos, podemos divulgar su información médica protegida a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o del 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 es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica protegida según lo requieran las autoridades de 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 de salud protegida para programas de compensación para trabajadores o similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

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

- para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- informar nacimientos y defunciones;
- denunciar abuso o negligencia infantil;
- para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a las personas sobre retiradas de productos que puedan estar utilizando;
- para notificar a una persona que pudo 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 de salud 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 otorgamiento de 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 usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información de salud 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. solicitado.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Aplicación de la ley: Podemos revelar su información protegida de salud si así lo solicita una ley 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 acuerdo de la víctima;
- sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal;
- sobre conducta criminal; 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.

Forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: Podemos divulgar información de salud protegida a un forense o examinador médico. Este Puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte. También podemos divulgar información médica sobre pacientes a directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

Actividades de Inteligencia y Seguridad Nacional: 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.

Reclusos: Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley, si es necesario (1), para que la institución le proporcione con la asistencia sanitaria; (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 de salud protegida a investigadores cuando:

1. se han eliminado los identificadores individuales; o
2. cuando una junta de revisión institucional o una junta de privacidad haya (a) revisado la propuesta de investigación; y (b) establece 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 debemos realizar.

Auditorías gubernamentales: estamos obligados a divulgar su información de salud protegida al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el Secretario esté investigando o determinando nuestro cumplimiento de la regla de privacidad de HIPAA.

Divulgaciones a usted: Cuando lo solicite, debemos revelar 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 motivos distintos al pago, tratamiento u operaciones de atención médica, y si la información médica protegida no se divulgó de conformidad con a su autorización individual.

Notificación de una infracción: debemos notificarle en caso de que nosotros (o uno de nuestros socios comerciales) descubramos una infracción de su información de salud protegida no segura, según lo define HIPAA.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Otras divulgaciones

Representantes personales: divulgaremos su información de salud protegida a personas autorizadas por usted, o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre que nos proporcione una notificación/autorización por escrito y cualquier documento de respaldo. documentos (es decir, poder notarial). **Nota:** Según la regla de privacidad de HIPAA, no tenemos que revelar 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 dicha 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 familiares: con únicamente Con 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 cónyuge 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 de salud protegida no descritos anteriormente, incluido el uso y divulgación de psicoterapia. Las notas y el uso o divulgación de información de salud protegida para fines de recaudación de fondos o marketing no se realizarán sin su autorización por escrito. Usted podrá revocar la autorización escrita en cualquier momento, siempre y cuando 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 haya sido utilizada o divulgada basándose en la autorización escrita y antes de recibir su revocación por escrito. Puede optar por no recibir comunicaciones nuestras sobre recaudación de fondos en cualquier momento.

Tus Derechos

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

Derecho a inspeccionar y copiar: tiene derecho a inspeccionar y copiar cierta información de salud protegida que puede usarse para tomar decisiones sobre sus beneficios de atención médica. Para inspeccionar y copiar su información de salud 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 cobrarle una tarifa razonable por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud. Podemos negar su solicitud de inspección y copia en determinadas 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.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Derecho a Enmendar: Si considera que la información de salud 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 realizarse por escrito y enviarse al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. Además, deberá proporcionar un motivo que respalde su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón que respalde la solicitud. Además, podemos rechazar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que:

- no es parte de la información médica conservada por o para el Plan;
- no fue creada 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 rechazamos 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 divulgaciones: usted tiene derecho a solicitar un "informe" de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida. La contabilidad no incluirá (1) divulgaciones con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) divulgaciones hechas a usted; (3) divulgaciones realizadas de conformidad con su autorización; (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 contabilidad 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 no mayor a seis años y no puede incluir fechas anteriores a su solicitud.

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

Derecho a solicitar restricciones: usted tiene derecho para solicitar una restricción o limitación de su información de salud protegida que utilizamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en su información de salud protegida que divulgamos a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o un amigo. Por ejemplo, podría solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía a la que se haya sometido.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si aceptamos la solicitud, respetaremos la restricción hasta que usted la revoque o se lo notifiquemos. Para solicitar restricciones, debe realizar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. En su solicitud, debe indicarnos (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: Tienes derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una determinada manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar 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 y dónde desea que lo contactemos. Atenderemos todas las solicitudes razonables si usted proporciona claramente información de que la divulgación de toda o parte de su información protegida podría ponerlo en peligro.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Derecho a una copia impresa de este aviso:

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

Para obtener más información, consulte [Your Rights Under 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 Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

Para presentar una queja ante el Plan, llame por teléfono y escriba al Oficial de Privacidad como se indica anteriormente en Información de contacto. No se le penalizará ni se tomarán represalias de ningún otro modo por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante nosotros. Debe conservar una copia de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan o al Oficial de Privacidad para sus registros.

.

ASISTENCIA PRIMA BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las 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 con las primas, pero es posible que puedan comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia con 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 la oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS AHORA** o www.insurekidsnow.gov para saber cómo presentar la solicitud. Si califica, pregunte en 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 también son elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a que se determine 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 llama al **1-866-444-ESBA (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 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

ALABAMA – Medicaid

Página Web: <http://myalhipp.com/>
Número: 1-855-692-5447

ALASKA – Medicaid

El programa de pago de primas de seguro médico de AK
Página Web: <http://myakhipp.com/>
Número: 1-866-251-4861
Correo Electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad de Medicaid:
<https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS – Medicaid

Página Web: <https://www.myarhipp.com/>
Número: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP)
Página Web: <https://dhcs.ca.gov/hipp>
Número: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Correo Electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)

Página Web Health First Colorado:
<https://www.healthfirstcolorado.com/>
Centro de contacto para miembros Health First Colorado:
1-800-221-3943/State Relay 711
CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
CHP+ Servicio al cliente: 1-800-359-1991/State Relay 711
Programa de compra de seguro médico (HIBI):
<https://www.mycohibi.com/>
Servicio al cliente HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA – Medicaid

Página Web:
<https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html>
Número: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid

Página Web GA HIPP: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>
Número: 678-564-1162, Press 1
Página Web GA CHIPRA:
<https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>
Número: 678-564-1162, Presione 2

INDIANA – Medicaid

Programa de pago de primas de seguro médico
Todos los demás Medicaid
Página Web: <https://www.in.gov/medicaid/>
<http://www.in.gov/fssa/dfr/>
Administración de Servicios Familiares y Sociales
Número: 1-800-403-0864
Número de Servicios para Miembros: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)

Página Web de Medicaid:
<https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid>
Número de Medicaid: 1-800-338-8366
Página Web Hawki: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki>
Número de Hawki: 1-800-257-8563
Página Web HIPP: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp>
Número HIPP: 1-888-346-9562

ASISTENCIA PRIMA BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP)

KANSAS – Medicaid

Página Web: <https://www.kancare.ks.gov/>

Número: 1-800-792-4884

Número de HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY – Medicaid

Pago de la prima del seguro médico integrado de Kentucky Programa (KI-HIPP)

Página Web:

<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>

Número: 1-855-459-6328

Correo Electrónico: KIHIP.PPROGRAM@ky.gov

Página Web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov>

Número: 1-877-524-4718

Página Web de Kentucky Medicaid:

<https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA – Medicaid

Página Web: <https://ldh.la.gov/index.cfm/subhome/1/n/331> or <https://www.ldh.la.gov/page/lahipp>

Número: 1-888-342-6207 (Medicaid

línea directa) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

Página Web de Inscripción:

https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US

Número: 1-800-442-6003

TTY: Maine relay 711

Página web de primas de seguros médicos privados:

<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>

Número: : 1-800-977-6740

TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP

Página Web: <https://www.mass.gov/info-details/masshealth-premium-assistance-pa>

Número: 1-800-862-4840

TTY: 711

Correo Electrónico: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

Página Web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>

Número: 1-800-657-3672

MISSOURI – Medicaid

Página Web: <https://mydss.mo.gov/mhd/healthcare>

Número: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

Página Web:

<https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>

Número: 1-800-694-3084

Correo Electrónico: HHSHIPPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

Página Web:

<https://dhhs.ne.gov/pages/accessnebraska.aspx>

Número: 1-855-632-7633

Lincoln: 402-473-7000

Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid

Página Web de Medicaid: <https://dhcfp.nv.gov/>

Número de Medicaid: 1-800-992-0900

NEW HAMPSHIRE – Medicaid

Página Web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>

Número: 603-271-5218

Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218

Correo Electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NEW JERSEY – Medicaid and CHIP

Página Web de Medicaid:

<https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>

Número: 1-800-356-1561

Número de Asistencia de prima CHIP: 609-631-2392

Página Web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>

Número de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)

NEW YORK – Medicaid

Página Web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

Número: 1-800-541-2831

NORTH CAROLINA – Medicaid

Página Web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>

Número: 919-855-4100

NORTH DAKOTA – Medicaid

Página Web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>

Número: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid and CHIP

Página Web: <https://oklahoma.gov/ohca/insureoklahoma.html>

Número: 1-888-365-3742

OREGON – Medicaid and CHIP

Página Web: <https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>

Número: 1-800-699-9075

PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP

Página Web: <https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>

Número: 1-800-692-7462

Página Web de CHIP:

<https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html>

Número de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP

Página Web: <https://eohhs.ri.gov/>

Número: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rite Share Line)

SOUTH CAROLINA – Medicaid

Página Web: <https://www.scdhhs.gov/>

Número: 1-888-549-0820

ASISTENCIA PRIMA BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP)

UTAH – Medicaid and CHIP

Asociación Premium para Seguros Médicos de Utah (UPP)

Página Web: <https://medicaid.utah.gov/upp/>

Correo Electrónico: upp@utah.gov

Número: 1-888-222-2542

Página Web Expansión para adultos:

<https://medicaid.utah.gov/expansion/>

Página Web del Programa de compra de Medicaid de Utah:

<https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>

Página Web de CHIP: <https://chip.utah.gov/>

VERMONT– Medicaid

Página Web:

<https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program>

Número: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid and CHIP

Página Web de FAMIS Select:

<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>

Página Web de HIPP:

<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>

Número de Medicaid/CHIP: : 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid

Página Web: <https://www.hca.wa.gov/>

Número: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP

Página Web: <https://dhhr.wv.gov/bms/>

<http://mywvhipp.com/>

Número de Medicaid: 304-558-1700

Número gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid and CHIP

Página Web:

<https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>

Número: 1-800-362-3002

WYOMING – Medicaid

Página Web:

<https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>

Número: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especiales, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de USA.
Administración de seguridad de beneficios para
empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de
USA.
Centros de servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Opción 4, Ext. 61565
Número de control de OMB 1210-0137 (expira el 31/01/2026)

MODELO DE AVISO GENERAL DE DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA

****DERECHOS DE COBERTURA DE CONTINUACIÓN BAJO COBRA****

Introducción

Usted 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 COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura según el Plan. **Este aviso explica la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando sea elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura COBRA.

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

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura médica 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 cual sea elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscritos tardíos.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La continuación de la cobertura 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 calificativo". Los eventos calificados específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificativo, se debe ofrecer la continuación de la cobertura COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado".

Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificativo. Según el Plan, los beneficiarios calificados que elijan la continuación de la cobertura COBRA deben pagar la continuación de la cobertura COBRA.

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

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

Si es 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 muere;
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave;
- Su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según 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:

- El padre-empleado muere;
- Se reducen las horas de trabajo del padre-empleado;
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave;
- El padre-empleado adquiere 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 "hijo dependiente".

MODELO DE AVISO GENERAL DE DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA

****DERECHOS DE COBERTURA DE CONTINUACIÓN BAJO COBRA****

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura COBRA?

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

- El fin del empleo o reducción de horas de trabajo; Muerte del empleado;
- Que el empleado tenga derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).

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

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura COBRA?

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

La continuación de la cobertura 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 calificativos, o un segundo evento calificativo durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

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

Extensión por incapacidad del período de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA: Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho para obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura 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 COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de la cobertura COBRA. Cualquier extensión por discapacidad debe enviarse a Admin America.

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

Are there other coverage options besides COBRA Continuation Coverage?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura COBRA, es posible que existan otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de seguros médicos, Medicare, Medicaid, [Children's Health Insurance Program \(CHIP\)](#), u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan del 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 COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

MODELO DE AVISO GENERAL DE DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA

****DERECHOS DE COBERTURA DE CONTINUACIÓN BAJO COBRA****

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la cobertura de continuación COBRA después de que finalice la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse en la Parte A o B, comenzando en el primero de:

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a que finalice la cobertura del plan de salud grupal basada en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la continuación de la cobertura COBRA, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y es posible que tenga una brecha en la cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura COBRA, el Plan puede cancelar su continuación de la cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no se puede suspender debido al derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de COBRA. cobertura.

Si está inscrito en ambos programas de continuación de COBRA

cobertura y Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la continuación de la cobertura COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para más información
visite: <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>

Si tiene preguntas: Las preguntas sobre su Plan o sus derechos de continuación de cobertura COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana del Empleado del Departamento de Trabajo de EE. UU. Administración de Seguridad de Beneficios (EBSA) en su área o visite www.dol.gov/agencies/ebsa. (Direcciones y Número: los números 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.healthcare.gov.

Mantenga su Plan informado sobre 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 su familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto del plan:
Recursos Humanos

REFERENCIA CRUZADA DE MEDICARE PARTE D

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte la página [5-6] para obtener más detalles.

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICARE PARTE D

AVISO IMPORTANTE SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde puedes encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con CorTech, LLC dba JobRUs.com y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos qué medicamentos 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 necesita 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 Medicare de medicamentos recetados o si 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. CorTech, LLC dba JobRUs.com ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Plan de salud con deducible alto pague, en promedio para todos los participantes del plan, 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 Cobertura Acreditable, puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare? Tú puedes inscribirte en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados, sin culpa suya, también será elegible para dos (2) meses del Período de inscripción especial (SEP) para inscribirse en un plan de medicamentos 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 mientras está inscrito en la cobertura de CorTech, LLC dba JobRUs.com como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura de CorTech, LLC dba JobRUs.com será el pagador principal de sus beneficios de medicamentos recetados y Medicare pagará el pago secundario. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare se reducirá significativamente. Por lo general, Medicare pagará principalmente sus beneficios de medicamentos recetados si participa en la cobertura de CorTech, LLC dba JobRUs.com como ex empleado.

También puede optar por cancelar su cobertura de CorTech, LLC dba JobRUs.com. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de CorTech, LLC dba JobRUs.com, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará una prima (multa) más alta para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare? También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con CorTech, LLC dba JobRUs.com 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, es posible que pague una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de Medicare. plan de medicamentos más adelante.

Si pasan 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos el 1% del costo de Medicare prima base de beneficiario 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 básica 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 mes de octubre siguiente para unirse.

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICARE PARTE D

AVISO IMPORTANTE SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

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

NOTA: Recibirá este aviso todos los años. También lo obtendrá antes del próximo período en el que podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura a través de CorTech, LLC dba JobRUs.com 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: encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados 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 con usted directamente.

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

- Visite www.medicare.gov.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare & Tu" 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 el Seguro Social en la Web en www.socialsecurity.gov, o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Fecha: 1/1/2026.

Nombre de la entidad/remitente: CorTech, LLC dba JobRUs.com

Contacto: Recursos Humanos

Dirección: 10 Glenlake Pkwy NE #800, Atlanta, GA - 30328

NOTAS

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



**Esta guía está diseñada para ayudarlo a elegir sus beneficios y representa solo un breve resumen de los planes disponibles. Este folleto no pretende ser una interpretación oficial de los planos. Para obtener información más detallada, consulte el Certificado de cobertura o la Descripción resumida del plan. Si surge alguna pregunta, el Certificado de Cobertura o la Descripción Resumida del Plan serán la autoridad final para determinar los beneficios proporcionados por sus planes. El cliente se reserva el derecho de modificar, enmendar o cancelar el plan en cualquier momento.*