

**Contratistas**

**2024**

# Guía de inscripción de beneficios

## ¿QUÉ HAY ADENTRO?

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



**JobsRUs.com**



## 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 accesible** 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.

## Qué hay adentro

### Resumen de beneficios

Información de contacto	2
Elegibilidad	3
Cómo inscribirse	4
Aplicaciones móviles	6

### Beneficios de atención médica

Medico	8
ELAP	14
Dental	15
Visión	16

### Su trabajo. Su vida.

Seguro de Vida	18
Seguro Discapacidad	19

<b>Worksite Benefits</b>	21
<b>Aseguranza de mascota</b>	24
<b>Medicare Back Office</b>	25
<b>Avisos Legales</b>	26

*\*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..*

Atentamente,  
Vincent Rossy, CEO

# INFORMACIÓN DE CONTACTO



## Médico

Imagine360/Imagine360  
 Grupo #: H880166  
 1-800-827-7223  
[www.Imagine360tpa.com](http://www.Imagine360tpa.com)

## Visión

Anthem Blue Cross  
 Grupo #: L01908  
 1-866-723-0515  
[www.anthem.com](http://www.anthem.com)

## Marsh & McLennan Agency Broker Contacts

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

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

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

Marsh & McLennan Agency LLC CA License  
 #0H18131

## ELAP/Imagine360

1-800-977-7381  
[balancebills@elapservices.com](mailto:balancebills@elapservices.com)

## Seguro de Vida Voluntario

Anthem Blue Cross Blue Shield  
 800-552-2137  
[greatergeorgialife@anthem.com](mailto:greatergeorgialife@anthem.com)

## Farmacia

Veracity RX  
 1-888-388-8228  
[www.Veracity.procarerx.com](http://www.Veracity.procarerx.com)

## Discapacidad a corto plazo

Anthem Blue Cross Blue Shield  
 800-232-0113  
[greatergeorgialife@anthem.com](mailto:greatergeorgialife@anthem.com)

## Dental

Anthem Blue Cross  
 Grupo #: L01908  
 1-855-397-9267  
[www.anthem.com](http://www.anthem.com)

## Worksite Benefit Insurance

Anthem Blue Cross Blue Shield  
 888-828-2432  
[greatergeorgialife@anthem.com](mailto:greatergeorgialife@anthem.com)

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.

# 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](http://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)

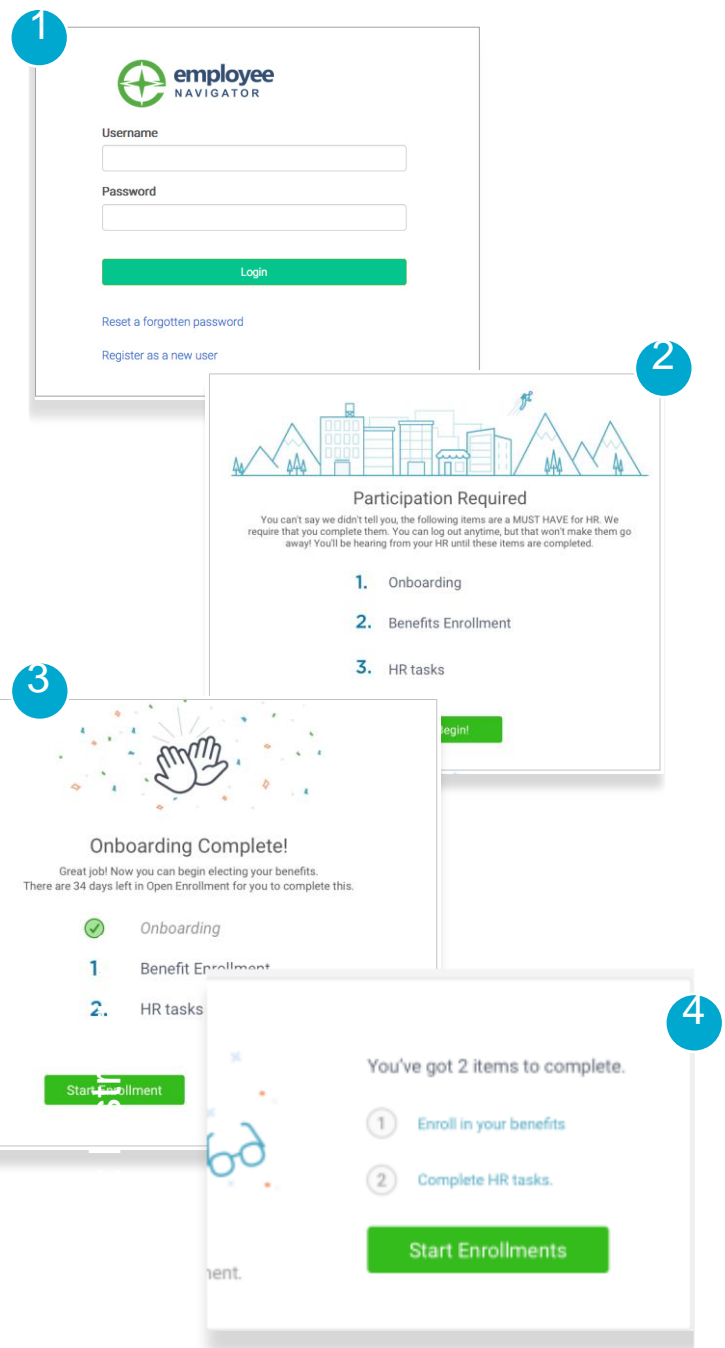
Complete todas las tareas de incorporación asignadas antes de inscribirse en sus beneficios. Una vez que haya completado sus tareas, haga clic en Iniciar inscripción para comenzar sus inscripciones.

*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 [Collapse](#)

Key Care HSA PPO2017 404E2435 Long Plan Name

Progress 6 of 8

- 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.

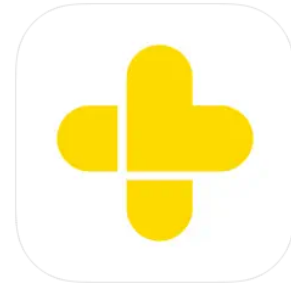
## GoodRX

### 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. 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
<p><b>Deducible Anual:</b> N/A Individual N/A Familia</p>	<p><b>Deducible Anual:</b> N/A Individual N/A Familia</p>	<p><b>Deducible Anual:</b> \$4,500 Individual \$9,000 Familia</p>	<p><b>Deducible Anual:</b> \$4,200 Individual \$8,400 Familia</p>
<p><b>Desembolso Máximo:</b> \$7,900 Individual \$15,800 Familia</p>	<p><b>Desembolso Máximo:</b> \$7,900 Individual \$15,800 Familia</p>	<p><b>Desembolso Máximo:</b> \$6,650 Individual \$13,300 Familia</p>	<p><b>Desembolso Máximo:</b> \$6,600 Individual \$13,200 Familia</p>
<p><b>Visitas a la Oficina:</b> N/A Atención Primaria N/A for Especialista</p>	<p><b>Visitas a la Oficina:</b> \$ copago para Atención Primaria y Especialista</p>	<p><b>Visitas a la Oficina:</b> 80% despues del deducible para Cuidado Primario y Especialista</p>	<p><b>Visitas a la Oficina:</b> \$50 copago para Atención Primaria \$75 copago para Especialista</p>

## 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: ¿Sera 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- Deduciones Semanales (48) De Nómina				
Tipo de Plan	MEC Plan	Enhanced MEC Plan	HDHP Plan	MVP Plan
Solo empleado	\$17.50	\$32.13	\$144.32*	\$145.92*
Empleado(a) + Sposa(o)	\$30.00	\$55.00	\$310.29	\$313.72
Empleado(a) + Hijos(as)	\$27.00	\$48.63	\$256.89	\$259.73
Familia	\$39.75	\$72.00	\$422.86	\$427.53

Cigna Network- Deduciones Semanales (48) De Nómina				
Tipo de Plan	MEC Plan	Enhanced MEC Plan	HDHP Plan	MVP Plan
Solo empleado	N/A	N/A	\$178.38	\$180.35
Empleado(a) + Sposa(o)	N/A	N/A	\$383.52	\$387.75
Empleado(a) + Hijos(as)	N/A	N/A	\$317.52	\$321.02
Familia	N/A	N/A	\$522.65	\$528.43

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.

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](http://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
Receta de pedidos por correo dentro de la red (suministro para 90 días)	MEC Plan	Enhanced MEC Plan
Genérico	N/A	N/A
Preferido	N/A	N/A
No Preferido	N/A	N/A

### Precios por niveles de medicamentos recetados

Recetas minoristas dentro de la red (suministro para 30 días)	HDHP Plan	Core Plan	Buy-Up Plan
Genérico	\$10 despues de ded med	\$10	\$10
Marca Preferida	\$30 despues de ded med	\$30	\$30
No Marca Preferida	\$50 despues de ded med	\$50	\$50
Especialidad	\$250 despues de ded med	\$250	\$250
Receta de pedidos por correo dentro de la red (suministro para 90 días)	HDHP Plan	Core Plan	Buy-Up Plan
Genérico	\$30 despues de ded med	\$30	\$30
Preferido	\$90 despues de ded med	\$90	\$90
No Preferido	\$150 despues de ded med	\$150	\$150
Especialidad Preferida	No Cubierto	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](http://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:**

**Inscríbese en:** [www.veracity-rx.com](http://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 Eliipta
Atripla	Janumet XR	Tresiba
Basaglar KwikPen	Januvia	Trintellix
Biktarvy	Jardiance	Trulicity
Breo Eliipta	Levemir	Truvada
Bydureon	Ozempic	Victoza
Descovy	Prexcobix	Xarelto
Eliquis	Rexulti	
Farxiga	Saxenda	
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

## 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

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

### MANTÉNGASE CONECTADO | 24/7

### 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.



#### 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.



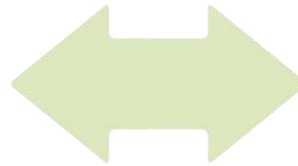
# ELAP/IMAGINE360

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

## Anthem

Red: elección esencial y red completa

Tiene la opción de elegir entre dos planes dentales a través de Anthem. Aunque puede utilizar un dentista fuera de la red, ahorrará la mayor cantidad de dinero de su bolsillo si utiliza dentistas de Anthem que han aceptado ofrecerle tarifas negociadas. Para ver qué dentistas hay en la red, llame al 1-855-397-9267 o [www.anthem.com](http://www.anthem.com).

### Tiene dos opciones de planes dentales:

#### Anthem Plan Bajo

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

#### Anthem 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/\$150	\$50/\$150
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 (48) De Nómina

Tipo de plan	Plan Bajo	Plan Alto
Solo Empleado(a)	\$8.59	\$9.28
Empleado(a) + Esposo(a)	\$17.22	\$18.62
Empleado(a) + hijos(hijas)	\$21.15	\$24.99
Familia	\$29.77	\$34.47



**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

## Anthem

Red: Blue View Vision



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 (48) De Nómina

Solo Empleado(a)	\$1.55
Empleado(a) + Esposo(a)	\$3.10
Empleado(a) + hijos(hijas)	\$3.47
Familia	\$5.46

*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 garantía*
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.

### Tarifas mensuales para empleados y cónyuges por cada \$1,000 de beneficio

Ages	Rate
16 - 24	\$0.0500
25 - 29	\$0.0600
30 - 34	\$0.0800
35 - 39	\$0.0900
40 - 44	\$0.1190
45 - 49	\$0.1860
50 - 54	\$0.2820
55 - 59	\$0.4530
60 - 64	\$0.7570
65 - 69	\$1.2700
70 - 74	\$2.0600
75 - 99	\$4.6300

### Tarifas mensuales para niños por cada \$1000 de beneficio: \$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

Age-based monthly rates per \$10 of Weekly benefit	From	To	Rate
	17	29	0.5700
	30	34	0.5500
	35	39	0.3900
	40	44	0.3400
	45	49	0.3600
	50	54	0.4000
	55	59	0.5400
	60	64	0.7100
	65	69	0.7100
	70	74	0.7100
	75	99	0.7100



# BENEFICIOS ADICIONALES

ENFERMEDAD CRITICA | ACCIDENTE |  
INDEMNIZACION HOSPITALARIA

# ENFERMEDAD CRITICA

## Anthem BCBS

### 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	\$15,000
Monto de cobertura del cónyuge	\$5,000	\$7,500
Monto de cobertura infantil	\$5,000	\$7,500
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

## Anthem BCBS

### 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 aerea

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 (48) Deducciones de nómina

Solo Empleado(a)	\$1.90
Empleado(a) + Esposo(a)	\$2.98
Empleado(a) + hijos(hijas)	\$3.14
Familia	\$4.94

*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

## Anthem BCBS

### 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	31 Días
Confinamiento en la unidad de cuidados intensivos	Beneficio diario	\$200
Confinamiento diario en la unidad de cuidados intensivos	Máximo Anual	31 Días

#### Deducciones semanales de nómina de indemnización hospitalaria

Solo Empleado(a)	\$5.64
Empleado(a) + Esposo(a)	\$11.77
Empleado(a) + hijos(hijas)	\$8.63
Familia	\$15.16

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





# SEGURO PARA 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

### vethelpline®

- 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

### PetRxExpress<sup>SM</sup>

- 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](tel:877-738-7874) y mencione que son empleados de CorTech/Job R Us para recibir precios preferenciales.



# OFICINA DE MEDICARE

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

**Así es como funciona nuestro proceso y lo que puede esperar.**

1. Llame a BackOffice de Medicare al 1-877-385-8083 para hablar con un agente de seguros autorizado.
2. Proporcione el nombre de su agente de seguros a Medicare BackOffice.
3. Usted habla con Medicare BackOffice. Su agente de seguros es: Andrea Jordan.
  - Su cobertura de seguro existente.
  - Las cuatro partes originales de Medicare y como funciona.
  - Tipos de cobertura incluyendo MediGap, Medicare Advantage y cobertura de medicamentos recetados.
  - Cual de esos planes podría funcionar mejor para usted.
4. Se inscribe, ya sea por:
  - a. que Medicare BackOffice lo ayude a inscribirse de inmediato
  - O-
  - b. Puede pedir que MediCare BackOffice envíe por correo electrónico o por correo regular los materiales de la póliza para que usted los revise y se inscriba en una fecha posterior.
5. Recibirá su nueva tarjeta de identificación de póliza de seguro por correo.

Entendemos que decidirse por un plan de salud de Medicare es una de las decisiones más importantes que tomará en su Jubilación. Estamos aquí para ayudar. Para hablar con un agente de seguros con licencia, 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. Cualquier aviso incluido en este documento no reemplaza otros posibles requisitos de comunicación del empleador.

# NOTICIAS IMPORTANTES

## **Aviso de la Ley de Derechos de Cáncer de Salud de la Mujer (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 los servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía? incluyendo linfedema? Llame al administrador de su plan al 512-826-0073 para obtener más información.

## **Aviso de la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos (NMHPA)**

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios para cualquier duración de la estadía en el hospital en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después del parto vaginal o a 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 de 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 estadía que no supere las 48 horas (o 96 horas).

## **HIPAA Aviso de Disponibilidad de Aviso de Prácticas de Privacidad**

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

## **HIPAA Special Enrollment Rights Notice**

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 otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir para su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado 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 entrega en adopción.

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

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

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.**

CorTech, LLC dba JobRUs.com patrocina ciertos planes de salud grupales (colectivamente, el “Plan” o “Nosotros”) para proporcionar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Brindamos esta cobertura a través de varias relaciones con terceros que establecen redes de proveedores, coordinan su atención y procesan reclamos de reembolso por los servicios que recibe. Este Aviso de prácticas de privacidad (el “Aviso”) describe las obligaciones legales de CorTech, LLC dba JobRUs.com el Plan y sus derechos legales con respecto a su información de salud protegida en poder del Plan bajo HIPAA. Entre otras cosas, este Aviso describe cómo se puede usar o divulgar su información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica, o para cualquier otro propósito que sea permitido o exigido por la ley.

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

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

Nota: Si está cubierto por uno o más planes de salud grupales totalmente asegurados ofrecidos por 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 aseguradora.

## Información del Contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos. CorTech, LLC dba JobRUs.com HIPAA

- CorTech, LLC dba JobRUs.com  
Attention: HIPAA Privacy Officer

## Fecha Efectiva

Este Aviso revisado empieza: 07.1.2024

## Nuestras Responsabilidades

Estamos obligados por ley a:

- mantener la privacidad de su información de salud protegida;
- proporcionarle 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 están actualmente activos.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y hacer nuevas disposiciones con respecto a su información de salud protegida que mantenemos, según lo permita o exija la ley. Si hacemos algún cambio sustancial a este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También puede obtener una copia de la última Notificación revisada comunicándose con su Departamento de Recursos Humanos en la información de contacto proporcionada anteriormente. Salvo lo dispuesto en este Aviso, no podemos divulgar su información médica protegida sin su autorización previa.

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA CONT.

## CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

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

**Para Tratamiento:** podemos usar o divulgar su información de salud protegida para facilitar el tratamiento médico o los servicios de los proveedores. Podemos divulgar información médica sobre usted a proveedores, incluidos médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que participe en su atención. Por ejemplo, podríamos divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para determinar si una receta pendiente es inapropiado o peligroso para su uso.

**Para el Pago:** podemos usar o divulgar su información médica protegida para determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan, para facilitar el pago del tratamiento y los servicios que recibe de los proveedores de atención médica, para determinar la responsabilidad de los beneficios bajo 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, de investigación o médicamente necesario, o para determinar si el Plan cubrirá el tratamiento. También podemos compartir su información de salud protegida con un proveedor de servicios de revisión de utilización o precertificación. 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 usar información médica en relación con la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad; suscripción, clasificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentación de reclamos de cobertura de límite de pérdida (o exceso de pérdida); realizar o coordinar revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso; planificación y desarrollo empresarial, como la gestión de costes; y la gestión empresarial y las actividades administrativas generales del Plan. El Plan tiene prohibido usar o divulgar información de salud protegida que sea información genética sobre un individuo con fines de suscripción.

**A los Socios Comerciales:** podemos contratar a personas o entidades conocidas como socios comerciales para realizar diversas funciones en nuestro nombre o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Para realizar estas funciones o 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 de farmacia o subrogación, pero solo después de que el socio comercial celebre un Acuerdo de socio comercial con nosotros.

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

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA CONT.

## CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

**Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad:** Podemos usar y divulgar su información médica protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación se hará únicamente a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida en un procedimiento relacionado con la licencia de un médico.

**Planificar Patrocinadores:** Con el fin de administrar el plan, podemos divulgar a ciertos empleados del empleador información médica protegida. Sin embargo, esos empleados solo usaran o divulgaran esa información según sea necesario para realizar Funciones de administración de la administración del plan o según lo requiera la HIPAA, a menos que haya autorizado más divulgaciones. Su información médica protegida no se puede utilizar con fines laborales sin su autorización específica.

### Situaciones especiales

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

**Donación de órganos y tejidos:** Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información médica protegida a organizaciones que se ocupan de la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

**Militares y Veteranas:** Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica protegida según sea necesario por las autoridades del mando militar. También podemos divulgar información médica protegida sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

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

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

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- informar nacimientos y muertes;
- informar abuso o negligencia infantil;
- informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a las personas sobre retiradas de productos que puedan estar usando;
- notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o pueda 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 esta de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.

**Actividades de Supervisión de Salud:** Podemos divulgar información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para el gobierno controle el sistema de salud, programas gubernamentales y cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

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

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA CONT.

## CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

**Aplicación de la ley:** Podemos divulgar su salud protegida si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley –

- en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar;
- identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona desaparecida;
- sobre la víctima de un delito si, en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento 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 crimen o las víctimas; o la identidad; descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

### **Médicos forenses, examinadores médicos**

**y directores de funerarias:** Podemos divulgar información médica protegida a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica sobre pacientes a directores de funerarias según sea necesario para que lleven 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 preso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información médica protegida a la institución correccional o al oficial de la ley si es necesario (1) para que la institución le brinde servicios de salud (2) para proteger su salud y seguridad o la de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

**Investigación:** Podemos divulgar su información médica protegida a investigadores cuando:

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

## Divulgaciones Requeridas

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

**Auditorias Gubernamentales:** Estamos obligados a divulgar su información médica protegida al secretario del departamento de salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el Secretario este investigando o determinando nuestro cumplimiento con la regla de privacidad de HIPAA.

**Divulgaciones a Usted:** Cuando lo solicite, estamos obligados a divulgarle la parte de su información médica protegida que contiene registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones sobre sus beneficios de atención médica. También estamos obligados, cuando se nos solicite, a proporcionar un recuento de la mayoría de las divulgaciones de su información médica protegida si la divulgación fue por razones distintas a las de pago, tratamiento u operaciones de atención médica, y si la información médica protegida no se divulgo de conformidad con su autorización individual.

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



# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA CONT.

## CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

### Otras Divulgaciones

**Representantes Personales:** Divulgaremos si información médica protegida a las 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 (es decir, poder notarial). Nota: Según la regla de privacidad de la HIPAA, no tenemos que revelar información a un representante personal si creemos razonablemente que:

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

**Cónyuges y otros miembros de la Familia:** 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 Empleado, cónyuge 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 el correo según lo dispuesto en la solicitud de Restricciones o Comunicaciones confidenciales.

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

### Sus Derechos

Tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud:

**Derecho a inspeccionar y copiar:** Tienes el derecho a inspeccionar y copiar cierta información médica protegida que puede usarse para tomarse decisiones sobre sus beneficios de atención médica. Para inspeccionar y copiar su información médica protegida, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de Contacto. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa razonable por los costos de copia, envíe por correo u otros suministros asociados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar 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 usted recibir detalles sobre cómo hacerlo.

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA CONT.

## CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

**Derecho a enmendar:** Si cree que la información médica protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede preguntar nosotros para enmendar la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda durante el tiempo que el Plan conserve la información. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionado anteriormente en Información de contacto. Además, debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que:

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

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

**Derechos a un informe de divulgaciones:** Tiene derecho a solicitar un “informe” de ciertas divulgaciones de su información médica protegida. La contabilidad no incluirá (1) divulgaciones para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) divulgaciones 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 permitidas de otro modo. Para solicitar esta lista o contabilidad de divulgaciones, debe enviar su solicitud en escribiendo al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. Su solicitud debe indicar un período de tiempo de no más de seis años y no puede incluir fechas anteriores a su solicitud. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista

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

**Derecho a Solicitar Restricciones:** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre su información médica protegida que usamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en su información médica protegida que divulgamos a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un miembro de la familia o amigo. Por ejemplo, puede pedirnos que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que se haya realizado. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si aceptamos la solicitud, respetaremos la restricción hasta que la revoque o le 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:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre cuestiones médicas de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Aceptaremos todas las solicitudes razonables si proporciona claramente información de que la divulgación de toda o parte de su información protegida podría ponerlo en peligro.

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA CONT.

## CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

**Derecho a una copia impresa de este Aviso:** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, llame o escriba al Oficial de Privacidad como se indica arriba en Información de contacto.

Para más información, por favor ver Sus Derechos bajo HIPAA en <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>.

**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. 20211, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

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

# PREMIUM ASSISTANCE UNDER MEDICAID AND THE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP)

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you're eligible for health coverage from your employer, your state may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children aren't eligible for Medicaid or CHIP, you won't be eligible for these premium assistance programs but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a State listed below, contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available..

If you or your dependents are NOT currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, contact your State Medicaid or CHIP office or dial 1-877-KIDS NOW or [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) to find out how to apply. If you qualify, ask your state if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must allow you to enroll in your employer plan if you aren't already enrolled. This is called a "special enrollment" opportunity, and you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance. If you have questions about enrolling in your employer plan, contact the Department of Labor at [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) or call 1-866-444-EBSA (3272).

**If you live in one of the following states, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of states is current as of July 31, 2023. Contact your State for more information on eligibility –**

## ALABAMA – Medicaid

Website: <http://myalhipp.com/>

Phone: 1-855-692-5447

## ALASKA – Medicaid

The AK Health Insurance Premium Payment Program

Website: <http://myakhipp.com/>

Phone: 1-866-251-4861

Email: [CustomerService@MyAKHIPP.com](mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com)

Medicaid Eligibility: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

## ARKANSAS – Medicaid

Website: <http://myarhipp.com/>

Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

## CALIFORNIA – Medicaid

Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program

<http://dhcs.ca.gov/hipp>

Phone: 916-445-8322

Fax: 916-440-5676

Email: [hipp@dhcs.ca.gov](mailto:hipp@dhcs.ca.gov)

## COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)

Health First Colorado Website:

[https://www.healthfirstcolorado.com/Health\\_First\\_Colorado\\_Member](https://www.healthfirstcolorado.com/Health_First_Colorado_Member)

Contact Center: 1-800-221-3943/State Relay 711

CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>

CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/State Relay 711

Health Insurance Buy-In Program (HIBI): <https://www.mycohibi.com/>

HIBI Customer Service: 1-855-692-6442

## FLORIDA – Medicaid

Website:

<https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html>

Phone: 1-877-357-3268

## GEORGIA – Medicaid

GA HIPP Website: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>

Phone: 678-564-1162, Press 1

GA CHIPRA Website: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>

Phone: 678-564-1162, Press 2

## INDIANA – Medicaid

Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64

Website: <http://www.in.gov/fssa/hip/>

Phone: 1-877-438-4479

All other Medicaid

Website: <https://www.in.gov/medicaid/>

Phone: 1-800-457-4584

## IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)

Medicaid Website:

<https://dhs.iowa.gov/ime/members>

Medicaid Phone: 1-800-338-8366

Hawki Website:

<http://dhs.iowa.gov/Hawki>

Hawki Phone: 1-800-257-8563

HIPP Website: <https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp>

HIPP Phone: 1-888-346-9562

## KANSAS – Medicaid

Website: <https://www.kancare.ks.gov/>

Phone: 1-800-792-4884

HIPP Phone: 1-800-967-4660

## KENTUCKY – Medicaid

Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP)

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

Phone: 1-855-459-6328

Email: [KIHIPPPROGRAM@ky.gov](mailto:KIHIPPPROGRAM@ky.gov)

KCHIP Website: <https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx>

Phone: 1-877-524-4718

Kentucky Medicaid Website: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

## Premium Assistance Under Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP)

### LOUISIANA – Medicaid

Website: [www.medicaid.la.gov](http://www.medicaid.la.gov) or [www.ldh.la.gov/lahipp](http://www.ldh.la.gov/lahipp)

Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or

1-855-618-5488 (LaHIPP)

### MAINE – Medicaid

Enrollment Website:

[https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en\\_US](https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US)

Phone: 1-800-442-6003

TTY: Maine relay 711

Private Health Insurance Premium Webpage:

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

Phone: 1-800-977-6740

TTY: Maine relay 711

### MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP

Website: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>

Phone: 1-800-862-4840

TTY: 711

Email: [masspremassistance@accenture.com](mailto:masspremassistance@accenture.com)

### MINNESOTA – Medicaid

Website:

<https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp>

Phone: 1-800-657-3739

### MISSOURI – Medicaid

Website: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>

Phone: 573-751-2005

### MONTANA – Medicaid

Website: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>

Phone: 1-800-694-3084

Email: [HSHIPPProgram@mt.gov](mailto:HSHIPPProgram@mt.gov)

### NEBRASKA – Medicaid

Website: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>

Phone: 1-855-632-7633

Lincoln: 402-473-7000

Omaha: 402-595-1178

### NEVADA – Medicaid

Medicaid Website: <http://dhcnp.nv.gov>

Medicaid Phone: 1-800-992-0900

### NEW HAMPSHIRE – Medicaid

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

Phone: 603-271-5218

Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 5218

### NEW JERSEY – Medicaid and CHIP

Medicaid Website:

<http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>

Medicaid Phone: 609-631-2392

CHIP Website: <http://www.nifamilycare.org/index.html>

CHIP Phone: 1-800-701-0710

### NEW YORK – Medicaid

Website: [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/)

Phone: 1-800-541-2831

### NORTH CAROLINA – Medicaid

Website: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>

Phone: 919-855-4100

### NORTH DAKOTA – Medicaid

Website: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>

Phone: 1-844-854-4825

### OKLAHOMA – Medicaid and CHIP

Website: <http://www.insureoklahoma.org>

Phone: 1-888-365-3742

### OREGON – Medicaid

Website: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>

Phone: 1-800-699-9075

### PENNSYLVANIA – Medicaid

Website: <https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx>

Phone: 1-800-692-7462

CHIP Website: <https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx>

CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)

### RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP

Website: <http://www.eohhs.ri.gov/>

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

### SOUTH CAROLINA – Medicaid

Website: <https://www.scdhhs.gov>

Phone: 1-888-549-0820

### SOUTH DAKOTA – Medicaid

Website: <http://dss.sd.gov>

Phone: 1-888-828-0059

### TEXAS – Medicaid

Website: <https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program>

Phone: 1-800-440-0493

### UTAH – Medicaid and CHIP

Medicaid Website: <https://medicaid.utah.gov/>

CHIP Website: <http://health.utah.gov/chip>

Phone: 1-877-543-7669

### VERMONT – Medicaid

Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program |

Department of Vermont Health Access

Phone: 1-800-250-8427

### VIRGINIA – Medicaid and CHIP

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

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

Medicaid/CHIP Phone: 1-800-432-5924

### WASHINGTON – Medicaid

Website: <https://www.hca.wa.gov/>

Phone: 1-800-562-3022

### WEST VIRGINIA – Medicaid

Website: <https://dhhr.wv.gov/bms/>

<http://mywvhipp.com/>

Medicaid Phone: 304-558-1700

CHIP Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

### WISCONSIN – Medicaid and CHIP

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

Phone: 1-800-362-3002

### WYOMING – Medicaid

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

Phone: 1-800-251-1269

To see if any other states have added a premium assistance program since July 31, 2023, or for more information on special enrollment rights, contact either:

### U.S. Department of Labor Employee Benefits Security Administration

[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)

1-866-444-EBSA (3272)

### U.S. Department of Health and Human Services Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)

1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

# MODELO DE AVISO GENERAL DE DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA DE COBRA

## \*\*Continuación de Derechos de Cobertura bajo COBRA\*\*

### Introducción

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

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

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

### ¿Qué es Cobertura de Continuación de COBRA?

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, finalizaría debido a un evento de la vida. Esto también se llama un “evento de calificación”. Los eventos específicos que califican se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificativo, se debe ofrecer la continuación de cobertura COBRA a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura del Plan se pierde debido al evento de clasificación. Bajo el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura de COBRA debe pagar por 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 calificativos:

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

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

- Su cónyuge muere;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea su
- su mala conducta grave;
- Su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare (en la Parte
- A, Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.
- Muere el padre-empleado;
- Se reducen las horas de trabajo del padre-empleado;
- El empleo del padre-empleado finaliza por cualquier motivo distinto
- que 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 DE COBRA

## \*\*Continuación de Derechos de Cobertura bajo COBRA\*\*

### Quando está disponible la cobertura de Continuación de COBRA

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

- El fin del empleo o la reducción de horas de empleo;
- 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 calificativos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o la pérdida de la elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a la ocurrencia del evento calificativo.

### ¿Cómo se proporciona la Cobertura de la Continuación de COBRA?

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

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

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

**Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la continuación de cobertura de COBRA:** Si el Seguro Social determina que usted o cualquier miembro 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 a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA., por un máximo de 29 meses. La discapacidad debería haber comenzado en algún momento antes el día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA.

La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA. Cualquier extensión de discapacidad debe enviarse a Admin America.

### **Segunda extensión de evento calificado del período de continuación de cobertura de 18 meses:**

Si su familia experimenta otro evento que califica durante los 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de la continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento de clasificación. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de 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 bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento calificado.

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

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/childrens-health-insurance-program/>, programa de seguro de salud para niños/, u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina un “período de inscripción especial”. Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en [www.healthcare.gov](https://www.healthcare.gov).

# MODELO DE AVISO GENERAL DE DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA DE COBRA

## **\*\*Continuación de Derechos de Cobertura bajo COBRA\*\***

### **¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de la cobertura de 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 primero es elegible porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, comenzando el primero de

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de 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 de 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 de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura de COBRA, el Plan puede cancelar su continuación de la cobertura. Sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no puede interrumpirse debido al derecho de Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de COBRA. cobertura.

Si está inscrito tanto en la cobertura de continuación de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador principal) y la cobertura de continuación de 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 tienes preguntas**

Preguntas sobre su Plan o sus derechos de continuación de cobertura COBRA deben dirigirse a los contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en tu zona o visita [www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa). (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el mercado, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

### **Mantenga su plan informado sobre cambios a su dirección**

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



# AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE LA PARTE D DE MEDICARE

## AVISO IMPORTANTE SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

Por favor leer este aviso detenidamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene 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 ayudarlo a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluido los medicamentos cubiertos y a que costó, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre donde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como 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 la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el Plan de Alto Deducible (HDHP) se espera que, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener 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?** Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de Octubre hasta el 7 de Diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable de medicamentos recetados actual, por causas ajenas a usted, también será elegible para un periodo de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

**¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?** Si usted decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en CorTech, LLC dba JobRUs.com cobertura como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura con CorTech, LLC dba JobRUs.com será el pagador principal de sus beneficios de medicamentos recetados y Medicare será secundario. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare reducirse significativamente. Medicare generalmente pagara 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 cancela su cobertura actual con CorTech, LLC dba JobRUs.com. Tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

# AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE LA PARTE D DE MEDICARE

## AVISO IMPORTANTE SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

**¿Cuándo pagara una prima más alta (penalización) 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 medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima del beneficiario base de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser constantemente al menos un 19% más alta que la prima del beneficiario base de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el próximo mes de Octubre para unirse.

### **Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos con receta:**

NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo obtendrá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de One Marine Water 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 Medicare:** En el manual “Medicare y Usted” encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Obtendrá una copia del manual en el 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:** En el manual “Medicare y usted” encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. 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](http://www.medicare.gov).
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (Consulte el número de teléfono de la contraportada interior de su copia del manual “Medicare y Usted”) para obtener ayuda personalizada.
- Llame 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 disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite Social Security en la web [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov), o llamar al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**Fecha:** 1/1/2024

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

**Contacto-Posición/Oficina:** Recursos Humanos

# NOTES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



*\*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.*