

2024 BENEFICIOS

GUÍA DE INFORMACIÓN ENTIENDA SUS OPCIONES

BRIDGE
INVESTMENT
GROUP





¡Hola!



En Bridge Investment Group, ofrecemos una variedad de opciones que se ajustan a su estilo de vida. Este Guía de Beneficios es una herramienta diseñada para familiarizarlo con los planes y programas en los que usted y su familia pueden inscribirse para el año del plan. Si tiene alguna pregunta con respecto a sus beneficios, comuníquese con Recursos Humanos.

Section	Page #
 Elegibilidad e Inscripción	3
 Médicos	7
 Bienestar en el Área de Trabajo	14
 Cuentas de Gastos	15
 Salud Complementaria	18
 Dentales	22
 De la Vista	23
 Vida e Incapacidad	24
 Programa de Asistencia para los Empleados (EAP)	27
 Opciones de Jubilación	28
 Incentivos y Más	29
 Costos, Directorio, y Avisos Requeridos	31



Si usted (y/o sus dependientes) tiene Medicare o va a ser elegible para Medicare en los próximos 2 meses, la ley federal le da más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Para más información, consulte la página 34.



Elegibilidad e inscripción

¿Quién puede inscribirse?

Si usted es un empleado regular trabajando un mínimo de 30 horas por semana, tiene derecho de participar en el programa de beneficios. Los empleados elegibles también pueden optar por inscribir a los miembros de su familia, incluido su cónyuge legal/pareja domestica registrada (como definido legalmente bajo la ley estatal y local) e hijo(s) dependientes.

Un empleado puede no estar en condiciones de pagar y/o recibir contribuciones del empleador en base libre de impuestos para el costo de los beneficios para la pareja domestica registrada que no cumple con la definición de dependiente de impuestos del empleado bajo la Sección 152 del IRC.

¿Cuándo comienza la cobertura?

Regular, los empleados de tiempo completo: Usted es elegible para inscribirse en la fecha de contratación, pero su cobertura no entrará en vigencia hasta el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.

Sus opciones de inscripción permanecen en vigencia hasta el final del año del plan de beneficios (1 de enero de 2024 a 31 de diciembre de 2024).



Si se le pasa la fecha límite para la inscripción, no se puede inscribir en un plan de beneficios a menos que tenga un cambio de estado durante el año del plan. Revise los detalles de los cambios de estado aceptados por el IRS para ver más información.

¿Cómo me inscribo?

Pasos de Inscripción Abierta de Móvil

Seleccione sus beneficios

Desde tu página de inicio:

1. Toca el icono de la **bandeja de entrada** .
2. Toque la tarea **Open Enrollment Change**.
3. Pulsa **Let's Get Started** y responde a las preguntas configuradas.
4. Responde a la pregunta sobre el consumo de tabaco y toca **Save**.
5. Aparece la página Beneficios. Seleccione una categoría.
6. Para cada categoría, **Seleccione** o **Renunciar** a su elección. Sus elecciones actuales serán predeterminadas.
7. Toca **Details** para revisar la información del plan y la información de contacto del proveedor.
8. Toca **Edit** para modificar su cobertura, si es necesario.

Completa su Inscripción

1. Toca **View Summary**.
2. Desplácese hacia abajo para revisar sus elecciones de beneficios y cargue la documentación requerida en la sección Archivos adjuntos.
3. Seleccione la opción **I Accept** para confirmar su firma electrónica, si es necesario.
4. Toca **Submit**. Aparece una página de confirmación.
5. Toca **Close** para volver a la bandeja de entrada. Si lo desea, toque el botón **View 2024 Benefits Statement** para ver una confirmación de las elecciones enviadas.

Pasos de Inscripción Abierta de Escritorio

Seleccione sus beneficios

Desde tu página de inicio:

1. Seleccione el icono **Bandeja de entrada** .
2. Elegir la tarea **Open Enrollment Change**.
3. Seleccione **Let's Get Started**.
4. Responda el Cuestionario de Salud para el Consumo de Tabaco y seleccione **Continue**. Seleccione **Continue** de nuevo para continuar con la selección de beneficios.
5. Seleccione **Manage** para actualizar sus elecciones médicas. Seleccione **Enroll** para inscribirse en un nuevo plan de beneficios.
6. Elegir **Select** o **Waive** para cada elección médica. Su valor predeterminado de elecciones actual.
7. Elegir los enlaces de **Plan Details** para revisar.
8. Modifique su cobertura, si es necesario.
9. Seleccione **Confirm and Continue**.

Completa su Inscripción

1. Seleccione el botón **Review and Sign** para completar su inscripción.
2. Desplázate hasta la parte inferior de la página. Seleccione la opción **I Accept** para confirmar su firma electrónica, si es necesario.
3. Escriba comentarios, según sea necesario.
4. Seleccione **Submit**. Aparece una página de confirmación.
5. Opcionalmente, seleccione el botón **View 2024 Benefits Statement** para ver la declaración de beneficios.
6. Seleccione el icono PDF  para generar una versión en PDF para sus registros.
7. Seleccione **Done** para completar la tarea.

CONSEJO

- Si tiene problemas para iniciar sesión, envíe un correo electrónico al workday@bridgeig.com.
- Antes de comenzar el proceso de inscripción, tenga a mano la información de nuestros dependientes/beneficiarios, como el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento.
- A medida que avanza en el proceso de inscripción, sus selecciones se mostrarán y se sumarán en el rastreador de resumen de beneficios a la derecha.

¿Tengo que inscribirme?

La sanción asociada con un individuo que no tiene cobertura médica (es decir, la penalización del mandato individual) se reducirá a \$0 después del 31 de diciembre de 2018, pero algunos Estados continuarán imponiendo una sanción financiera a los individuos por no tener Cobertura.

Si desea información sobre la Reforma a la Atención Médica y el Mandato Individual, comuníquese con Recursos Humanos o visite www.cciio.cms.gov. También puede visitar www.coveredca.com para ver información específica sobre el Intercambio Estatal de Seguros Médicos Covered California.

Usted puede elegir "renunciar" a la cobertura médica/dental/ visión si tiene acceso a una cobertura a través de otro plan. Para hacerlo, debe visitar el sitio web de Workday. Es importante que sepa que si renuncia el seguro de cobertura médica, usted debe mantener cobertura médica mínima esencial de otro lugar. Es importante notar que si renuncia la cobertura la siguiente oportunidad para inscribirse en nuestros plan de beneficios grupales será el 1 del enero del 2025 o cuando ocurra un cambio en el estado calificado.

¿Qué hago si necesito cambiar mis beneficios durante el año?

Se le permite hacer cambios en sus beneficios fuera del periodo de inscripciones abiertas si tiene un cambio de estado calificado, según la definición del IRS. Por lo general, puede añadir o quitar dependientes de sus beneficios, así como añadir, eliminar o cambiar la cobertura si presenta su solicitud de cambio dentro de un lapso de 30 días a partir del evento calificado. Los ejemplos de cambios de estado incluyen:

- Matrimonio, divorcio o separación legal.
- Nacimiento o adopción de un niño.
- Fallecimiento de un dependiente.
- Usted o su cónyuge/pareja Domestica registrada pierde o recibe cobertura a través de nuestra organización o de otro empleador.
- Se espera que un empleado (1) tenga un promedio de mínimo 30 horas de servicio por semana, (2) tiene un cambio de estatus donde se espera razonablemente que tenga un promedio menos de 30 horas de servicio por semana (incluso si él/ella sigue siendo elegible para ser inscrito en el plan); y (3) tiene la intención de inscribirse en otro plan que proporcione una Cobertura Mínima Esencial (a más tardar el primer día del segundo mes siguiente al mes de la revocación de la cobertura).
- Se inscribe, o tiene la intención de inscribirse, en un Plan Médico Calificado (Qualified Health Plan, QHP) a través del Mercado Estatal o Intercambio Federal, y este plan entra en vigencia a más tardar el día inmediatamente posterior a la revocación de la cobertura patrocinada por su empleador.

Si durante el año tiene un cambio como resultado de la pérdida de elegibilidad o de la inscripción en Medicaid, Medicare o en programas estatales de seguro médico, debe presentar la solicitud de cambio en el lapso de 60 días. Para una explicación completa de los cambios de estado calificado, consulte la sección "Información Legal Sobre sus Planes" contenido.

CONSEJO

Bridge está ofreciendo una inscripción abierta pasiva este año, lo que significa:

Solo tendrá que iniciar sesión en Workday y elegir sus beneficios si:

- No tuvo beneficios Bridge este año y desea inscribirse en los beneficios que ofrece Bridge para 2024.
- Desea cambiar sus elecciones de beneficios o inscribirse en algo nuevo.
- Esta inscrito en un plan médico HDHP. Deberá confirmar o actualizar su contribución actual a la HSA.
- Desea inscribirse o permanecer inscrito en una FSA, una FSA de propósito limitado o una FSA para dependientes.
- Le gustaría revisar o cambiar a sus beneficiarios.

Si no necesita hacer ningún cambio en sus planes, no está obligado de iniciar sesión y completar nuevas elecciones para el 2024, y su(s) plan(es) actual(es) se transferirá(n) a menos que caiga en las categorías mencionadas arriba.

Accolade

Para ayudarle a usted y a su familia a desenvolverse en el sistema de salud y a maximizar sus beneficios, los servicios que ofrece Accolade pueden ayudarle con los problemas de salud y las decisiones de tratamiento. Accolade también puede ayudar a resolver las reclamaciones que requieren tiempo y otras preocupaciones.

Apoyo al Asistente de Salud

- Explicar la cobertura y coordinar los beneficios..
- Investigar y resolver reclamaciones de seguros y cuestiones de facturación médica..
- Los Asistentes de Salud pueden ayudarle a encontrar un médico, un especialista o un centro sanitario que se ajuste a sus necesidades en función de la ubicación, el sexo, el idioma y mucho más. .
- Facilitar cualquier autorización previa necesaria para los servicios médicos, el Equipo Médico Duradero y los medicamentos recetados.
- Investigar formas de reducir los costos de los medicamentos recetados y otros costos.
- Facilitar la transferencia de historiales médicos entre médicos.
- Ayudar a encontrar un proveedor dentro de la red para obtener las mejores tarifas.

Soporte de Decisiones Médicas por parte de Enfermeras y Expertos

- Responder a las preguntas sobre los síntomas, los diagnósticos médicos y revisar las opciones de tratamiento.
- Investigar e identificar los últimos y más avanzados enfoques de atención.
- Coordinar los servicios clínicos relacionados con todos los aspectos de la atención médica.
- Identificar a los mejores expertos y Centros de Excelencia de todo el país para las consultas iniciales y las segundas opiniones.
- Discutir el costo y la calidad de los servicios médicos para ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre las opciones de atención (por ejemplo, PCP, atención de urgencia, ER) y ayudar a los empleados a prepararse para las visitas al médico, revisar los resultados.
- 2nd.MD, el servicio de opinión médica experta de Accolade puede ayudar a coordinar una segunda opinión sobre un diagnóstico, una opción de tratamiento, una intervención quirúrgica o incluso un medicamento que le hayan recetado.

CONSEJO

¡Póngase en contacto!

¿Necesita ayuda para determinar cuál es el mejor plan de beneficios para usted? Vaya a <https://start-review.myalex.com/bridge/> para personalizar y seleccionar la mejor opción para usted y su familia.

Póngase en contacto con Accolade de lunes a viernes, de 8:00 AM a 8:00 PM (teléfono) y de 8:00 AM a 11:00 PM (mensajería), hora del este, llamando al número gratuito 866.336.0790 o visitando el portal para miembros de Accolade en member.accolade.com



Médicos

¿Cuáles son mis opciones?

Use la siguiente tabla para comparar las opciones de planes médicos y determinar cuál es el mejor para usted y su familia.

	HDHP	PPO
	UMR	UMR
Requiere seleccionar y usar un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP)	No	No
Para visitar a un especialista	No se requiere referencia	No se requiere referencia
Se requiere deducible	Sí	Sí
Proceso de presentación de reclamaciones	Los proveedores de la red presentarán reclamaciones. Usted presenta reclamaciones por otros servicios	Los proveedores de la red presentarán reclamaciones. Usted presenta reclamaciones por otros servicios
Compatible con su Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA)	Sí	No

Tenga en cuenta que los ejemplos anteriores se usan solamente con propósitos ilustrativos generales. Consulte con su Departamento de Recursos Humanos para recibir información específica relacionada con su plan en particular.

CONSEJO

Servicios médicos cubiertos totalmente

La ley federal de Reforma a la Atención Médica ahora requiere que las compañías de seguro cubran totalmente los servicios de atención preventiva, ahorrándole dinero y ayudándolo a conservar la salud. Los servicios preventivos podrían incluir exámenes físicos anuales, visitas preventivas para bebés y niños y ciertas inmunizaciones y exámenes de detección.

Consulte los documentos de su plan para confirmar que los servicios preventivos están cubiertos.

USANDO UN HDHP

Dentro de la Red o
Fuera de la Red



USANDO UN PPO

Dentro de la Red o
Fuera de la Red



Características principales del plan

PPO \$750

PPO \$1,000

PPO \$3,000

PPO \$5,000

	Dentro de la red Choice Plus	Dentro de la red Choice Plus	Dentro de la red Choice Plus*	Dentro de la red Choice Plus
Deducible anual por año calendario				
Individual	\$750	\$1,000	\$3,000	\$5,000
Familia	\$1,500	\$2,000	\$6,000	\$10,000
Máximo del bolsillo por año calendario ⁽¹⁾				
Individual	\$1,500	\$3,000	\$6,000	\$5,000
Familia	\$3,000	\$6,000	\$12,000	\$10,000
Servicios profesionales				
Médico de atención primaria (PCP)	\$25 de copago	\$25 de copago	\$30 de copago	\$30 de copago
Especialista	\$50 de copago	\$50 de copago	\$55 de copago	\$60 de copago
Servicios de Telesalud	Copago de PCP	Copago de PCP	Copago de PCP	Copago de PCP
Atención preventiva	Cubierto el 100%	Cubierto el 100%	Cubierto el 100%	Cubierto el 100%
Rayos X y análisis clínicos	Copago de PCP	Copago de PCP	Copago de PCP	Copago de PCP
Diagnósticos complejos (IRM / TC)	10% después del deducible	15% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Terapia, incluida la física, ocupacional y del habla	\$25 de copago	\$25 de copago	\$30 de copago	\$30 de copago
Servicios de hospital				
Pacientes internos	10% después del deducible	15% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Cirugía ambulatoria	10% después del deducible	15% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Atención urgente	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Sala de emergencia	\$300 de copago	\$300 de copago	\$300 de copago	\$300 de copago
Salud mental y abuso de sustancias				
Pacientes internos	10% después del deducible	15% después del deducible	20% después del deducible	0% after deductible
Pacientes ambulatorios	10% después del deducible	15% después del deducible	20% después del deducible	0% after deductible
Medicamentos de venta con receta minoristas (suministro de 30 días)				
Nivel 1	\$10 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago
Nivel 2	\$20 de copago	\$20 de copago	\$25 de copago	\$25 de copago
Nivel 3	\$50 de copago	\$50 de copago	\$50 de copago	\$50 de copago
Nivel 4	\$250 de copago	\$250 de copago	\$250 de copago	\$250 de copago
Medicamentos pedidos por correo (suministro de 90 días)				
Nivel 1	\$20 de copago	\$20 de copago	\$20 de copago	\$20 de copago
Nivel 2	\$40 de copago	\$40 de copago	\$50 de copago	\$50 de copago
Nivel 3	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Nivel 4	\$500 de copago	\$500 de copago	\$500 de copago	\$500 de copago

⁽¹⁾ El máximo del bolsillo se basa en el máximo cargo permitido por la aseguradora. No incluye ninguna facturación del saldo que se pudiera hacer cuando se usan los servicios de un proveedor fuera de la red.

La información anterior es solo un resumen. Consulte su Evidencia de cobertura para ver los detalles completos de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones del plan.

***El mismo diseño de plan con la red Options PPO está disponible en lugar de la red Choice Plus PPO. La opción Option PPO Network tiene descuentos más bajos para proveedores y, por lo tanto, solo se recomienda para aquellos empleados que reciben atención en las instalaciones de la Universidad de Utah.**

CONSEJO

Para la definición de algunos de los términos utilizados arriba, por favor, véase el glosario en la página 34.

Características principales del plan

	PPO \$6,500	HDHP \$3,200	HDHP \$4,000	HDHP \$6,500
	Dentro de la red Choice Plus			
Deducible anual por año calendario				
Individual	\$6,500	\$3,200	\$4,000	\$6,500
Familia	\$13,000	\$6,400	\$8,000	\$13,000
Máximo del bolsillo por año calendario ⁽¹⁾				
Individual	\$8,550	\$6,000	\$7,050	\$6,500
Familia	\$17,100	\$12,000	\$14,100	\$13,000
Servicios profesionales				
Médico de atención primaria (PCP)	\$30 de copago	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Especialista	\$60 de copago	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Servicios de Telesalud	Copago de PCP	Tarifa de \$ 49	Tarifa de \$ 49	Tarifa de \$ 49
Atención preventiva	Cubierto el 100%	Cubierto el 100%	Cubierto el 100%	Cubierto el 100%
Rayos X y análisis clínicos	Copago de PCP	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Diagnósticos complejos (IRM / TC)	30% después del deducible	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Terapia, incluida la física, ocupacional y del habla	\$30 de copago	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Servicios de hospital				
Pacientes internos	30% después del deducible	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Cirugía ambulatoria	30% después del deducible	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Atención urgente	\$100 de copago	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Sala de emergencia	30% después del deducible	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Salud mental y abuso de sustancias				
Pacientes internos	30% después del deducible	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Pacientes ambulatorios	30% después del deducible	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Medicamentos de venta con receta minoristas (suministro de 30 días)				
Nivel 1	\$10 de copago	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Nivel 2	\$25 de copago	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Nivel 3	\$50 de copago	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Nivel 4	\$250 de copago	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Medicamentos pedidos por correo (suministro de 90 días)				
Nivel 1	\$20 de copago	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Nivel 2	\$50 de copago	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Nivel 3	\$100 de copago	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible
Nivel 4	\$500 de copago	10% después del deducible	20% después del deducible	0% después del deducible

⁽¹⁾ El máximo del bolsillo se basa en el máximo cargo permitido por la aseguradora. No incluye ninguna facturación del saldo que se pudiera hacer cuando se usan los servicios de un proveedor fuera de la red.

La información anterior es solo un resumen. Consulte su Evidencia de cobertura para ver los detalles completos de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones del plan.

Desglose de Costos

Las siguientes tarifas son vigentes del 1 de enero de 2024 a 31 de diciembre de 2024.

Nivel de cobertura	Deducción a la nómina	
	Empleado Quincenal Con Bienestar	Empleado Quincenal Sin Binestar
PPO \$750		
Solo el empleado	\$95.43	\$107.93
Empleado y cónyuge/ pareja doméstica registrada	\$218.18	\$243.18
Empleado e hijo(s)	\$222.75	\$235.25
Empleado y familia	\$335.65	\$360.65
PPO \$1,000		
Solo el empleado	\$78.86	\$91.36
Empleado y cónyuge/ pareja doméstica registrada	\$187.68	\$212.68
Empleado e hijo(s)	\$194.56	\$207.06
Empleado y familia	\$293.80	\$318.80
PPO \$3,000		
Solo el empleado	\$59.05	\$71.55
Empleado y cónyuge/ pareja doméstica registrada	\$151.22	\$176.22
Empleado e hijo(s)	\$160.88	\$173.38
Empleado y familia	\$243.79	\$268.79
PPO \$5,000		
Solo el empleado	\$50.16	\$62.66
Empleado y cónyuge/ pareja doméstica registrada	\$134.85	\$159.85
Empleado e hijo(s)	\$145.76	\$158.26
Empleado y familia	\$221.33	\$246.33
PPO \$6,500		
Solo el empleado	\$20.24	\$32.74
Empleado y cónyuge/ pareja doméstica registrada	\$79.79	\$104.79
Empleado e hijo(s)	\$94.89	\$107.39
Empleado y familia	\$145.80	\$170.80
HDHP \$3,200		
Solo el empleado	\$34.80	\$47.30
Empleado y cónyuge/ pareja doméstica registrada	\$106.57	\$131.57
Empleado e hijo(s)	\$119.63	\$132.13
Empleado y familia	\$182.54	\$207.54
HDHP \$4,000		
Solo el empleado	\$2.86	\$15.36
Empleado y cónyuge/ pareja doméstica registrada	\$47.79	\$72.79
Empleado e hijo(s)	\$65.33	\$77.83
Empleado y familia	\$101.91	\$126.91
HDHP \$6,500		
Solo el empleado	FREE	\$12.50
Empleado y cónyuge/ pareja doméstica registrada	\$38.87	\$63.87
Empleado e hijo(s)	\$57.08	\$69.58
Empleado y familia	\$89.66	\$114.66

Cobertura de medicamentos de venta con receta

Muchos medicamentos de venta con receta aprobados por la FDA tienen cobertura a través del programa de beneficios. A continuación se presenta información importante sobre su cobertura de medicamentos de venta con receta:

- El plan de DisclosedRx cubre medicamentos genéricos del formulario, de marca del formulario, de marca no incluidos en el formulario y medicamentos especializados.
- La FDA requiere que los medicamentos genéricos tengan los mismos ingredientes activos que los equivalentes de marca.
- Un medicamento de marca está protegido por una patente, y solo lo puede producir un fabricante específico.
- Aunque se le pueden recetar medicamentos que no están incluidos en el formulario, estos no se encuentran en la lista del formulario preferido de la compañía de seguros.
- Con mayor frecuencia los medicamentos especializados se usan para tratar condiciones complejas, y podrían requerir condiciones especiales de almacenamiento o supervisión estrecha.

Puede encontrar una versión actualizada de las listas de medicamentos de venta con receta en disclosedrx.com



¿Por qué Pagar Más?

Hay algunas maneras en las que puede ahorrar dinero usando el plan de medicamentos de venta con receta:



Pedido Por Correo

Ahorre tiempo y dinero utilizando el servicio de pedido de medicamentos de mantenimiento por correo. Un suministro de 90 días de su medicamento será enviado a usted, en vez del típico suministro de 30 días en una farmacia.



Compare Precios

Algunas farmacias tales como en los clubes de almacén o almacenes de descuento pueden ofrecer recetas menos caras que otros. Llamando por adelantado puede determinar que farmacia ofrece el precio más competitivo.

GoodRx - Compare precios, imprima cupones gratuitos y ahorre hasta un 80% en sus recetas. Para obtener información completa, visite www.goodrx.com.



Programa de Ahorro de Walgreens - Para obtener detalles completos, visite www.walgreens.com y busque *Prescription Savings Club*. Allí encontrará más de 400 medicamentos genéricos recetados a precios de descuento, medicamentos ofrecidos en todas las clases de fármacos que cubren las condiciones de salud más comunes y crónicas, recetas para mascotas, ¡y mucho más!

Explore Opciones de Venta Libre

En el caso de las enfermedades más comunes, los medicamentos de venta libre pueden proporcionar opciones menos costosas que sirven para el mismo propósito como medicamento de venta con receta.



Cómo encontrar un proveedor



UMR

1. Vaya a www.umar.com
2. Inicie sesión o cree una cuenta
3. Seleccione "Buscar un proveedor".
4. Busque la red UnitedHealthcare Choice Plus o la red UnitedHealthcare Options PPO (sólo para las instalaciones de la Universidad de Utah) utilizando la navegación alfabética o escribiendo los nombres de las redes en el cuadro de búsqueda.
5. Para los proveedores médicos, seleccione "Buscar un proveedor médico". Para los proveedores de salud del comportamiento (incluyendo el asesoramiento y el abuso de sustancias) seleccione "Ver directorio de proveedores de salud del comportamiento".

United Healthcare Choice Plus PPO & Options PPO

Los directorios de proveedores en línea de United Healthcare incluyen hospitales de la red, médicos de cabecera y especialistas. La información disponible es la siguiente:

- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor
- Afiliación a un hospital
- Certificación de la Junta Directiva
- Las designaciones de UnitedHealth Premium Quality & Cost Efficiency que destacan a los médicos por los estándares de calidad de los costos de atención en su especialidad
- Capacidades lingüísticas de la oficina (inglés, español, etc.)
- Mapas e indicaciones para llegar a cada oficina
- Costes promedio de la asistencia en su zona y comparación de los distintos proveedores con la media local
- Número de identificación del proveedor

CONSEJO

Compruebe que el proveedor sigue perteneciendo a la red antes de nuestra próxima visita y antes de recibir cualquier servicio. Recuerde que si no se conecta o crea una cuenta, puede obtener resultados de búsqueda que muestren centros y profesionales sanitarios que no están en la red de su plan.

Servicios de Telesalud

Con Telemedicina, usted puede comunicarse con médicos certificados por la junta para muchas enfermedades que no son de emergencia a través de internet o por teléfono. Al aprovechar estas visitas virtuales, puede evitar la sala de emergencia y los centros de atención urgente y volver a surtir rápidamente sus recetas para que pueda volver a ponerse de pie en ningún momento.

Los servicios de telemedicina se ofrecen a través del nombre del Teledoc y el copago de su Atención Médica Primaria para los planes PPO y una cuota de \$54 dólares para el plan HSA para usted y para todos los dependientes de su plan de salud.

Configure su cuenta hoy visitando www.teledoc.com y póngase en contacto con Teledoc cuando necesite una consulta.

La telesalud se puede utilizar para:



Problemas generales de salud



Ciertos servicios especializados



Receta de medicamentos

Empiese su visita virtual hoy today!

- Por teléfono: 800.835.2362
- En línea: www.teladoc.com. Haga clic en "configurar cuenta".
- Descarga la aplicación móvil de Teledoc y haga clic en "Activar cuenta".

Teladoc⁺



Bienestar en el Área de Trabajo

¿Por qué bienestar?

Un estilo de vida sano y activo puede ayudar a reducir el riesgo de padecer enfermedades crónicas y podría reducir sus costos anuales de atención médica. Nos interesa su bienestar total, y animamos a todos los empleados a que participen en nuestro programa de bienestar gratis.

Iniciativa de Atención Preventiva de Bridge Investment Group

La iniciativa de cuidados preventivos de Bridge Investment Group incluye una variedad de recursos educativos y oportunidades de participación a lo largo del año. Los empleados y las personas a su cargo que participen voluntariamente y reciban una revisión preventiva adecuada a su edad, sexo y riesgo por parte de su médico recibirán un descuento en la prima.

Actividad

Reciba de su médico un examen preventivo adecuado a la edad, el sexo y el riesgo

Requisitos

Proporcione el Formulario de Atención Preventiva completado a su equipo de RRHH antes del 30 de junio de 2024

Incentivos y cómo se aplican

Se anima a los empleados y a sus cónyuges a participar. Si elige completar una visita preventiva y **enviar el formulario de atención preventiva antes del 30 de junio de 2024**, recibirá un descuento de \$25 por mes en la prima médica para inscripciones solo para empleados y/o cobertura para empleados + hijos. Si se inscribe con un cónyuge y también completa el formulario, recibirá un descuento de \$50 por mes en la prima médica (\$25 cada uno por completar el formulario).

Si usted y/o su cónyuge eligen completar la iniciativa de atención preventiva durante el período de inscripción abierta y no envían el formulario antes de la fecha límite anterior, ya no recibirá los descuentos y se le **cobraré retroactivamente** el monto con descuento que se ganó anteriormente durante todo el año.

Los servicios preventivos pueden incluir, entre otros, un examen general de bienestar, mamografía, colonoscopia, prueba de Papanicolaou, etc.

Headspace Care

A través de Bridge Investment Group, usted y sus dependientes inscritos pueden acceder a Headspace Care sin costo. Headspace Care es una aplicación que ofrece una solución completa para la salud mental. Tendrá acceso a entrenamiento individual de salud mental, terapia, psiquiatría, atención autoguiada y un EAP sólido — todo en una plataforma fácil de usar. Para comenzar, descargue la aplicación Headspace Care en Apple Store o Google Play o obtenga más información en www.headspace.com.



Virta: Reversión de la diabetes más manejo y pérdida de peso clínica



A partir del 1 de enero de 2024, los miembros elegibles tendrán acceso completamente cubierto a los programas integrales de atención para la diabetes y la pérdida de peso de Virta Health. Virta es una clínica virtual que ayuda a los miembros a perder peso y controlar o revertir la diabetes tipo 2 y la prediabetes. Virta utiliza la comida como medicina y enseña a los miembros cómo comer para mejorar su salud con un plan de nutrición diseñado exclusivamente para ellos. ¡Más detalles llegarán en enero!



Cuentas de Gastos

Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA)

¿Qué es una Cuenta HSA?

Al inscribirse en un plan médico de deducible alto de UMR, usted tendrá acceso a una cuenta de ahorros para gastos médicos (Health Savings Account, HSA), que proporciona ventajas fiscales y que se puede usar para pagar gastos médicos calificados, como su deducible, copagos y otros gastos de su bolsillo.

¿Cuáles son las ventajas?

Administrada por HealthEquity, una HSA acumula fondos que se pueden usar para pagar gastos médicos actuales y futuros.

- Usted puede contribuir a su cuenta HSA en base libre de impuestos para propósitos de impuestos federales, o usted puede contribuir a base después de impuestos y declararlo como deducción en sus impuestos.
- Generalmente, los fondos HSA pueden crecer a base libre de impuesto, esto está sujeto a ley estatal.¹
- Un HSA reduce sus ingresos sujetos a impuestos y le puede permitir hacer retiros libres de impuestos de la cuenta cuando el pago de los gastos de atención de salud son calificativos (regulaciones de impuestos varían de estado a estado).¹
- Porque usted es dueño de su cuenta HSA no existe la provisión de “Úselo o Piérdalo”, así es que los fondos en la cuenta HSA que no son usados se cargan de año a año, y pueden ser usados para reembolsar gastos fuera de bolsillo elegibles en un futuro.
- Usted puede disfrutar de pagos menores de primas mensuales en comparación con los tradicionales planes médicos PPO.
- Como usted es dueño de la Cuenta HSA, el dinero de su cuenta es suyo si deja de trabajar en la compañía.
- -Bridge Investment Group contribuye \$37.50 por cheque de pago hasta \$900 por año a su HSA para la cobertura de solo el empleado, y \$50.00 por cheque de pago hasta \$1,200 por año para un empleado que cubre a sus dependientes.

¿Cómo califico para una HSA?

El IRS tiene pautas referentes a las personas que califican para una HSA. Se lo considera elegible si:

- Tiene la cobertura de un plan médico calificado
- Usted no está inscrito en un plan de seguro para la salud que no califica fuera del plan de deducible alto de Bridge Investment Group.
- No está inscrito en Medicare
- Usted no es reclamado como dependiente en los impuestos de otra persona (excepto su cónyuge)
- Usted no está inscrito en una cuenta general de Gastos Flexibles para el cuidado de la Salud (FSA) or una cuenta general de Reembolso para el Cuidado de la Salud (HRA).

*Si usted tiene 65 años y retrasa la inscripción en Medicare, tenga en cuenta que cuando haga la solicitud, la cobertura Medicare Parte A, será retroactiva durante 6 meses. Usted deberá dejar de contribuir a su HSA seis meses antes de que Medicare sea efectivo para evitar posibles penalidades.

**Los veteranos con una discapacidad relacionada con su servicio pueden contribuir con una HSA, independientemente de que reciban beneficios de la VA.

⁽¹⁾ Por favor consulte a su asesor fiscal para conocer las leyes de impuestos aplicables en su estado.

¿Cómo comienzo?

Si está listo para activar su HSA, puede hacerlo de la siguiente manera:

- Visite www.healthequity.com.
- Siga las instrucciones de registro para empezar.

Una vez que active la HSA, puede administrar y acceder a su cuenta en cualquier momento visitando www.healthequity.com. Si tiene preguntas sobre la activación de la cuenta, comuníquese con HealthEquity o visite www.healthequity.com. Hable con su asesor fiscal para pedirle información o asesoramiento sobre impuestos.

Algunas reglas que requiere saber:

- En 2024, la máxima contribución para empleados y empleadores a una Cuenta HSA es de \$4,150 si usted está inscrito en la cobertura HSA-HDHP sólo para empleados y \$8,300 dólares por empleado con cobertura de dependientes.
- Los titulares de la cuenta que tengan 55 años o más pueden realizar una aportación adicional de \$1.000 para ponerse al día.
- Es importante vigilar sus contribuciones para no exceder el límite del IRS, ya que las contribuciones que exceden este límite están sujetas a las tasas estándar de impuestos sobre los ingresos, más un impuesto indirecto del 6%.
- Hay un penalización de 20% por usar fondos de la cuenta HSA en gastos de cuidado de salud no calificativos si son menores de 65 años. Para más detalles acerca de lo que se consideran los gastos de cuidado de salud calificado por favor visite www.healthequity.com.
- Es posible que no pueda contribuir a su HSA si usted tiene derecho a Medicare. Sin embargo, los fondos acumulados antes de que tenga el derecho a Medicare puede ser utilizado para reembolsar sus gastos médicos.
- No puede contribuir a su HSA si está cubierto por ningún plan de beneficio médico lo cual no es un plan HSA- calificativo de alto deducible (por ejemplo, un cónyuge que tiene un plan médico que no es HDHP, una cuenta para la salud FSA de propósito general, o Medicare). Sin embargo, usted puede estar cubierto por una cuenta para la salud FSA de uso limitado, o un FSA que puede utilizarse después de que es cumplido el deducible de su plan médico HDHP.
- Normalmente, la cantidad máxima que un empleado es elegible para contribuir a una cuenta HSA por año calendario se basa en una parte proporcional al número de meses que un empleado es elegible para contribuir a una cuenta HSA. Por ejemplo, un empleado normalmente podría contribuir 4/12 del límite máximo anual en su primer año de inscripción en el plan de la cuenta HSA, si el empleado se une al plan HSA el 1 de septiembre. Sin embargo, Bajo la regla de contribución completa, un empleado está autorizado a aportar la cantidad máxima anual, independientemente del número de meses que él/ella es elegible para contribuir a una cuenta HSA en el primer año, si él/ella es elegible para contribuir a una HSA el 1 de diciembre del primer año y continúa siendo elegible para contribuir a una cuenta HSA hasta el 31 de diciembre del año siguiente (es decir, durante todo el año subsiguiente).

CONSEJO

¿Cómo administro mi HSA?

- La manera más conveniente de pagar los gastos calificados es con una tarjeta de débito.
- También puede usar su propio dinero en efectivo o una tarjeta de crédito personal para reembolsarse a través de su cuenta HSA en línea.
- Se le recomienda que guarde los recibos de las compras que hace con su HSA en caso de que alguna vez el IRS le haga una auditoría.
- Puede ver el estado de sus reclamaciones y el saldo de su HSA en www.healthequity.com.

Lo que Debe Saber Acerca de Su Cuenta de Ahorro para la Salud



Usted es dueño de su cuenta HSA



Su dinero carga de año a año



Su dinero carga de año a año (montos máximos aplican)



Emparejado con un plan de salud de alto deducible



Usted recibe una ventaja triple de impuestos

Cuentas Flexible de Gastos (FSA)

Una cuenta flexible de gastos le permite usar dólares antes de los impuestos para cubrir gastos elegibles de atención médica y cuidado de dependientes. Hay diferentes tipos de FSA que ayudan a reducir sus ingresos sujetos a gravamen cuando está pagando para los gastos elegibles para usted, su cónyuge y los dependientes elegibles, como se indica a continuación:

Tipo de FSA

Detalles



FSA para atención médica

- Puede reembolsarle los gastos elegibles de atención médica que no cubre su seguro médico, dental y de la vista.
- La contribución máxima para 2024 es de \$3,200
- Si está inscrito en los planes HSA, tiene una **FSA de Propósito Limitado** que le permite utilizar los fondos sólo para gastos dentales y de visión.



FSA para atención de dependientes

- Se puede usar para pagar la atención calificada de un niño y/o a cuidadores de un miembro de la familia discapacitado que no puede cuidarse por sí mismo
- La contribución máxima para 2024 es de \$5,000
- Este beneficio tiene un periodo de gracia de 75 días tras el final del año del plan.

¿Cuáles son las ventajas?

- Sus ingresos gravables se reducen ¡y sus ingresos disponibles aumentan!
- Ahorre dinero y a la vez conserve su salud y la salud de su familia

¿Cómo la uso?

Debe inscribirse en el programa FSA en el lapso de 30 días de la fecha de su contratación o durante el periodo de inscripciones abiertas. En este momento, debe establecer una cantidad de la contribución anual dentro del límite máximo. Una vez inscrito, tendrá acceso en línea para ver el saldo de su FSA, ver el estado de un reembolso, y más. Visite www.nbsbenefits.com para tener acceso al portal en línea de National Benefit Services

- **El IRS tiene una regla estricta de "úselo o piérdalo".** Perderá los fondos que queden en su cuenta una vez finalizado el año del pla.
- **El plan le permite transferir hasta 640 dólares al siguiente año del plan.**

Algunas reglas que requiere saber:

- Aunque el año del plan FSA se extiende desde 1 de enero de 2024 hasta 31 de diciembre de 2024, usted tiene tiempo adicional después de que termina el año del plan - 31 de marzo de 2025 - para solicitar el reembolso de los gastos de atención medica incurridos durante el año del plan: (1 de enero de 2024 hasta 31 de diciembre de 2024). Este período de reembolso es el período de agotamiento anual.

Para obtener más detalles sobre el uso de una Cuenta FSA, comuníquese con Recursos Humanos.

Como Usar Su Cuenta de Gastos Flexibles



Deteminar el uso estimado de FSA



Establezca (antes de impuestos) deducciones de su cheque de pago



Use su tarjeta débito FSA o entregue sus recibos para sus gastos elegibles



¡Úselo o piérdalo! Los fondos FSA no se cargan al próximo año



Salud Complementaria

Cobertura de Enfermedades Críticas

Cobertura de Enfermedades Críticas es ofrecida en base voluntaria a través de UnitedHealthcare le paga un beneficio de suma total si se le diagnostica una enfermedad o condición cubierta. Todos los beneficios se pagan directamente a usted y usted puede usar los fondos como mejor le parezca.

¿Qué puede pagar la Cobertura de Enfermedades Críticas?

- Gastos médicos, como los copagos, deducibles o coaseguros.
- Pérdida de ingresos.
- Gastos diarios como alimentos y servicios públicos.
- Tratamientos alternativos.
- Alojamiento y viaje a un especialista.
- **There is a 3/6 Pre-existing Condition Clause**

¿Cuáles son ejemplos de enfermedades o condiciones cubiertas?

- Cáncer.
- Ataque al Corazón.
- Derrame Cerebral
- Enfermedad de Alzheimer's.
- Insuficiencia Renal.

Aquí tiene un ejemplo de cómo una Cobertura de Enfermedades Críticas puede ayudar a apoyarlo

Denise tiene 45 años de edad y tuvo un ataque al corazón. Estuvo sin trabajo por un par de meses recuperándose y aunque tenía un seguro de incapacidad, no cubrió todos los ingresos que ella perdió y facturas médicas. Afortunadamente, Denise tenía una póliza de Enfermedades Críticas de \$10.000. Ella presentó su reclamo y recibió su beneficio en efectivo para poder pagar sus cuentas y gastos médicos. Con su póliza de Enfermedades Críticas, Denise tuvo tranquilidad y fue capaz de concentrarse en mejorar su salud.

Tenga en cuenta que lo anterior es solo una ilustración y no refleja los beneficios reales de sus planes. Consulte los documentos del plan para obtener información más detallada.

100% Pagado por el Empleado

Si elige el plan voluntario de Enfermedades Críticas, el 100% del costo se deduce a través de deducciones de nómina. Las Por Período de Pago después de impuestos se describen a continuación:

Opciones de Beneficios

Elección	Cantidad de Beneficio y Cantidades Garantizadas
Empleado	\$10,000, \$20,000 o \$30,000 (Todas Cantidades Garantizadas)
Cónyuge	Hasta 50% del Beneficio Seleccionado del Empleado (Todas Cantidades Garantizadas)
Hijo(s)	Hasta 50% del Beneficio Seleccionado del Empleado (Todas Cantidades Garantizadas)

Costos Quincenal del Plan de Enfermedades Graves

Age Range	Option 1: EE \$10,000 / SP \$5,000 / CH \$2,500			
	Employee Only	Employee+Spouse	Employee+Child(ren)	Employee+Spouse+Child(ren)
	Uni Tobacco	Uni Tobacco	Uni Tobacco	Uni Tobacco
Under 25	\$0.90	\$1.13	\$1.04	\$1.26
25 - 29	\$1.15	\$1.50	\$1.29	\$1.64
30 - 34	\$1.40	\$1.90	\$1.54	\$2.04
35 - 39	\$1.90	\$2.65	\$2.04	\$2.79
40 - 44	\$2.90	\$4.13	\$3.04	\$4.26
45 - 49	\$4.50	\$6.48	\$4.64	\$6.61
50 - 54	\$6.65	\$9.38	\$6.79	\$9.51
55 - 59	\$9.40	\$12.88	\$9.54	\$13.01
60 - 64	\$13.35	\$18.50	\$13.49	\$18.64
65 - 69	\$18.35	\$25.45	\$18.49	\$25.59
70 - 74	\$11.43	\$16.54	\$11.56	\$16.68
75 +	\$11.40	\$19.74	\$11.54	\$19.88

Age Range	Option 2: EE \$20,000 / SP \$10,000 / CH \$5,000			
	Employee Only	Employee+Spouse	Employee+Child(ren)	Employee+Spouse+Child(ren)
	Uni Tobacco	Uni Tobacco	Uni Tobacco	Uni Tobacco
Under 25	\$1.80	\$2.25	\$2.08	\$2.53
25 - 29	\$2.30	\$3.00	\$2.58	\$3.28
30 - 34	\$2.80	\$3.80	\$3.08	\$4.08
35 - 39	\$3.80	\$5.30	\$4.08	\$5.58
40 - 44	\$5.80	\$8.25	\$6.08	\$8.53
45 - 49	\$9.00	\$12.95	\$9.28	\$13.23
50 - 54	\$13.30	\$18.75	\$13.58	\$19.03
55 - 59	\$18.80	\$25.75	\$19.08	\$26.03
60 - 64	\$26.70	\$37.00	\$26.98	\$37.28
65 - 69	\$36.70	\$50.90	\$36.98	\$51.18
70 - 74	\$22.85	\$33.08	\$23.13	\$33.35
75 +	\$22.80	\$39.48	\$23.08	\$39.75

Age Range	Option 3: EE \$30,000 / SP \$15,000 / CH \$7,500			
	Employee Only	Employee+Spouse	Employee+Child(ren)	Employee+Spouse+Child(ren)
	Uni Tobacco	Uni Tobacco	Uni Tobacco	Uni Tobacco
Under 25	\$2.70	\$3.38	\$3.11	\$3.79
25 - 29	\$3.45	\$4.50	\$3.86	\$4.91
30 - 34	\$4.20	\$5.70	\$4.61	\$6.11
35 - 39	\$5.70	\$7.95	\$6.11	\$8.36
40 - 44	\$8.70	\$12.38	\$9.11	\$12.79
45 - 49	\$13.50	\$19.43	\$13.91	\$19.84
50 - 54	\$19.95	\$28.13	\$20.36	\$28.54
55 - 59	\$28.20	\$38.63	\$28.61	\$39.04
60 - 64	\$40.05	\$55.50	\$40.46	\$55.91
65 - 69	\$55.05	\$76.35	\$55.46	\$76.76
70 - 74	\$34.28	\$49.61	\$34.69	\$50.03
75 +	\$34.20	\$59.21	\$34.61	\$59.63

Protección de Hospitalización

Planificado o no planificado, un viaje al hospital puede ser inquietante, especialmente si su seguro médico primario no cubre la mayoría de sus costos. El Seguro de Hospitalización ofrecido de forma voluntaria a través de UnitedHealthcare le paga un beneficio de suma total a usted o a su familia para compensar las facturas médicas y no médicas resultantes de una estadía en el hospital. No existe un periodo de condiciones Preexistentes ni un periodo de espera separado para las hospitalizaciones por maternidad

¿Cómo puede ayudar Seguro de Hospitalización?

Los beneficios en efectivo se pueden usar para pagar servicios o gastos que su plan médico tradicional podría no cubrir. Dado que los beneficios se pagan directamente a usted, usted elige cómo usarlos. Aquí tiene algunos ejemplos:

- Copagos.
- Deducibles.
- Gastos de transportación.
- Cuidado de niños.
- Gastos de alojamiento para un acompañante.
- Pérdida de ingresos.

Aquí tiene un ejemplo de cómo un Seguro de Hospitalización puede ayudar a apoyarlo

Conozca a Trevor. Trevor tuvo algunas complicaciones de la cirugía de extracción de la vesícula biliar, lo que resultó en una hospitalización de 5 días. A través de su seguro médico primario, Trevor debía un deducible de \$500 y \$3,000 en coaseguro. Con la ayuda de su cobertura de Seguro de Hospitalización, que pago un beneficio de admisión de \$1,000 más \$150 por cada día adicional, Trevor solamente tuvo \$1,900 fuera del bolsillo en lugar de \$3,500.

Gastos Fuera del Bolsillo	Beneficios del Plan de Indemnización Hospitalaria
\$500 deducible	\$1,000 beneficio de admisión
\$3,000 coaseguro	\$150/día x 4 días adicionales = \$600
Total: \$3,500	Total de beneficios pagados a Trevor: \$1,600

Tenga en cuenta que lo anterior es solo una ilustración y no refleja los beneficios reales de sus planes. Consulte los documentos del plan para obtener información más detallada.

100% Pagado por el Empleado

Si elige el plan voluntario de Seguro de Hospitalización, el 100% del costo se deduce a través de deducciones de nómina. Las tarifas Por Período de Pago después de impuestos se describen a continuación:

Elección	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Empleado Solamente	\$2.80	\$4.47	\$6.14
Empleado + Cónyuge	\$5.91	\$9.71	\$13.52
Empleado + Hijo(s)	\$5.01	\$8.37	\$11.73
Familia	\$8.64	\$14.53	\$20.42

¿Gusta aprender más?

Si usted está considerando este tipo de cobertura, usted debe inscribirse cuando es elegible por primera vez durante su periodo de inscripción abierta anual. Para aprender más o para obtener el resumen detallado de beneficios acceder a la aplicación Workday o contacte recursos humanos.

Plan de Seguro de Accidentes

El Seguro de Accidentes es ofrecido en base voluntaria a través de UnitedHealthcare proporciona cobertura para lesiones y tratamientos específicos que son resultante de un accidente cubierto fuera del trabajo. El monto del beneficio pagado depende del tipo de lesión y atención recibida.

¿Cómo puede ayudar un Seguro de Accidentes?

Dado que los beneficios se pagan directamente a usted, usted elige como usarlos, puede pagar facturas médicas, subsidiar ingresos perdidos o cubrir los gastos diarios.

¿Cuáles son algunos de los beneficios comunes cubiertos?

- Visita a la Sala de Emergencia.
- Ambulancia
- Visita al Médico.
- Admisión al Hospital.
- Cirugía.
- Instrumental Médico.
- Terapia de Paciente Externo.
- Imágenes de Diagnóstico.

Evento Cubierto/Lesión	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Ambulancia (tierra)	\$200	\$300	\$400
Cuidado de Sala de Emergencia	\$100	\$150	\$200
Accident Physician's Treatment	\$100	\$150	\$200
Dislocations & Fractures	Hasta \$4,500	Hasta \$6,000	Hasta \$9,000
Hospital Confinement	\$175 ICU - \$500	\$250 ICU - \$750	\$325 ICU - \$1,000
Wellness Benefit	\$50 por persona por año	\$50 por persona por año	\$50 por persona por año

Aquí tiene un ejemplo de cómo un Seguro de Accidentes puede ayudar a apoyarlo

La hija de Kathy, Molly, juega fútbol. Durante un partido reciente ella chocó con un jugador, quedo inconsciente y fue llevada a la Sala de Emergencia en ambulancia. El médico de la Sala de Emergencia diagnostico una conmoción cerebral y un diente roto. Ordenó una radiografía para detectar fracturas faciales debido a la inflamación. Molly fue descargada a su médico de atención primaria para recibir tratamiento de seguimiento y su dentista reparó su diente roto con una corona. Gracias al Seguro de Accidentes, Kathy va a recibir \$1,100 para ayudarla a pagar por los gastos asociados con el accidente de Molly.

Tenga en cuenta que lo anterior es solo una ilustración y no refleja los beneficios reales de sus planes. Consulte los documentos del plan para obtener información más detallada.

100% Pagado por el Empleado

Si elige el plan voluntario de Seguro de Accidentes, el 100% del costo se deduce a través de deducciones de nómina. Las tarifas Por Período de Pago después de impuestos se describen a continuación:

Elección	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Empleado Solamente	\$2.55	\$3.33	\$4.37
Empleado + Cónyuge	\$3.94	\$5.18	\$6.84
Empleado + Hijo(s)	\$4.64	\$6.35	\$8.56
Familia	\$7.11	\$9.69	\$13.06

Plan Dental



Su plan Dental PPO

Usted y sus dependientes elegibles tienen la oportunidad de inscribirse en el plan dental de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) ofrecido por MetLife. El plan dental PPO está diseñado para darle la libertad de recibir atención dental de cualquier dentista con licencia de su preferencia.

Características principales del plan

Base PPO Dental MetLife

Buy-Up PPO Dental MetLife

	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible por año calendario				
Individual		\$50		\$50
Familia		\$150		\$150
Máximo anual	\$1,450 por persona cubierta		\$2,000	
Servicios preventivos	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
Servicios básicos	Cubierto al 100% después de deducible	Cubierto al 100% después del deducible	Cubierto al 100% después de deducible	Cubierto al 100% después del deducible
Servicios mayores	Cubierto al 60% después de deducible	Cubierto al 60% después del deducible	Cubierto al 60% después de deducible	Cubierto al 60% después del deducible
Servicios de ortodoncia				
Adultos	No cubierto	No cubierto	Cubierto al 50%	Cubierto al 50%
Niños de hasta 19 años	Cubierto al 50%	Cubierto al 50%	Cubierto al 50%	Cubierto al 50%
Máximo de por vida	\$1,200	\$1,200	\$2,000	\$2,000

La información anterior es solo un resumen. Consulte su Evidencia de cobertura para los detalles completos de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones del plan.

Elección

Costos por período de pago de Base DPP0

Costos por período de pago de Buy-Up DPP0

Solo el empleado	\$3.88	\$8.97
Empleado y cónyuge	\$18.31	\$28.75
Empleado e hijo(s)	\$21.24	\$34.84
Empleado y familia	\$29.60	\$48.54

CONSEJO

Elija su Dentista de Atención Primaria

Cuando usa un plan dental PPO, puede recibir servicios de proveedores dentales tanto dentro como fuera de la red de su seguro. Sin embargo, recibirá una mejor cobertura cuando usa los servicios de un dentista dentro de la red. Para determinar si su dentista está dentro o fuera de la red de su seguro, visite www.metlife.com/dental y busque PDP Plus Network, o llame a MetLife.



Plan de la Vista

Su plan de la Vista

MetLife ofrece la cobertura de la vista como un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO). Al igual que con el PPO tradicional, usted puede aprovechar el nivel más alto de beneficios al recibir los servicios de proveedores y médicos de atención de la vista dentro de la red. Usted sería responsable de pagar un copago en el momento del servicio. Sin embargo, si recibe servicios de un médico fuera de la red, usted paga todos los gastos en el momento del servicio y presenta una reclamación para un reembolso de hasta la cantidad permitida. To locate an in-network vision provider, visit www.metlife.com

Características principales del plan

PPO de la Vista MetLife

	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen – Cada 12 meses	\$10 de copago	Hasta \$45 de reembolso
Lentes – Cada 12 meses		
Sencillos	\$10 de copago	Hasta \$30 de reembolso
Bifocales	\$10 de copago	Hasta \$50 de reembolso
Trifocales	\$10 de copago	Hasta \$65 de reembolso
Opciones de lentes: Revestimiento de plástico estándar contra arañazos, Tratamiento contra los rayos UV, Tinte sólido y Degradado	\$0 de copago	Aplicado a la asignación para lentes correctivos
Armazones – Cada 24 meses		
Armazones	Asignación de \$150 + 20% de descuento en el saldo de más de \$150	Hasta \$70 de reembolso
Lentes de contacto – Cada 12 meses, en lugar de lentes y armazones		
Médicamente necesario	\$0 de copago	Hasta \$210 de reembolso
Electivo	Asignación de \$130	Hasta \$105 de reembolso

La información anterior es solo un resumen. Consulte su Evidencia de cobertura para los detalles completos de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones del plan.

Elección

Costos por período de pago

Solo el empleado	\$2.55
Empleado y cónyuge	\$4.82
Empleado e hijo(s)	\$5.07
Empleado y familia	\$7.38

CONSEJO

Cinco sugerencias para tener una vista excelente

Hágase exámenes de los ojos regularmente. Permita que sus ojos descansen de la pantalla de la computadora. Use gafas de sol para proteger sus ojos contra la luz brillante. Use gafas de seguridad siempre que sea necesario.



Vida e Incapacidad

Seguro de Vida Básico y AD&D

En el evento de su fallecimiento, el seguro de vida proporcionará protección y seguridad financiera a los miembros de su familia o a otros beneficiarios. Además, si su fallecimiento es el resultado de un accidente o usted sufre un desmembramiento, su cobertura de fallecimiento y desmembramiento accidentales (AD&D) podría aplicar.

MetLife proporciona los beneficios que se indican abajo, y estos son pagados totalmente por Bridge Investment Group:

- Seguro de vida básico de \$20,000
- AD&D de \$20,000
- Favor de notar, los beneficios pueden reducir cuando cumpla 65 años de edad.

Seguro de Vida Voluntario y AD&D

Si desea complementar el seguro pagado por su empleador, hay una cobertura adicional de vida y AD&D para usted y/o para sus dependientes que puede comprar mediante deducciones a la nómina a través de MetLife.

- **Para los empleados:** Incrementos de \$10,000 - 5 veces sus ingresos anuales hasta un máximo de \$500,000 con un beneficio de emisión garantizada de \$200,000 si se inscribe en el plan en el lapso de 30 días a partir de su elegibilidad inicial.
- **Para su cónyuge:** Incrementos de \$5,000 - 50% de la cantidad elegida por el empleado hasta un máximo de \$250,000 con un beneficio de emisión garantizada de \$50,000 si se inscribe en el plan en el lapso de 30 días a partir de su elegibilidad inicial.
- **Para su(s) hijo(s):** \$1,000 hasta \$10,000

Cualquier cantidad del seguro que exceda el beneficio de emisión garantizada está sujeta a la revisión de buena salud por parte de la compañía de seguros. Las cantidades del seguro sujetas a revisión no entrarán en vigencia sino hasta que la compañía de seguros las apruebe.

Si no se inscribe en el plan dentro del periodo inicial de inscripciones, **cualquier** cantidad del seguro de vida suplementario requerirá comprobante de buena salud, que está sujeto a su aprobación por la compañía de seguros antes de que el seguro entre en vigencia. Revise los detalles del resumen del plan para ver más información sobre el plan.

Tenga en cuenta: La cobertura de los beneficios se podría reducir cuando usted cumpla 65 años de edad. Pueden aplicar restricciones si usted y/o su(s) dependiente(s) están confinados en el hospital o sufren de una enfermedad terminal. Consulte la Descripción sumaria del plan para ver las exclusiones y detalles adicionales.

CONSEJO

Ambas pólizas de vida básica y voluntaria son portátiles, lo que significa que tiene la opción de continuar su cobertura si salir Bridge.

Costo de la Cobertura para el Empleado Voluntaria

Costo de la Cobertura Voluntaria para Conyugue

Cobertura de Hijos Dependientes

Edad del asegurado	Tarifa quincenal por \$1,000	Edad del asegurado	Tarifa quincenal por \$1,000	Edad del asegurado	Tarifa quincenal por \$1,000
Menos de 30	\$0.031	Menos de 30	\$0.031	Menos de 26	\$0.079
30-34	\$0.040	30-34	\$0.040	AD&D	\$0.012
35-39	\$0.045	35-39	\$0.045		
40-44	\$0.084	40-44	\$0.084		
45-49	\$0.130	45-49	\$0.130		
50-54	\$0.197	50-54	\$0.197		
55-59	\$0.317	55-59	\$0.317		
60-64	\$0.526	60-64	\$0.526		
65-69	\$0.846	65-69	\$0.846		
70+	\$1.664	70+	\$1.664		
AD&D	\$0.009	AD&D	\$0.012		



¡Se requiere! ¿Están actualizados sus beneficiarios?

Los beneficiarios son personas o entidades que usted escoge para que reciban los beneficios de su póliza.

- Usted puede cambiar la designación de sus beneficiarios en cualquier momento.
- Puede designar a un solo beneficiario o a múltiples beneficiarios para que reciban el pago asignado de la cantidad.
- Para seleccionar a su beneficiario, visite su aplicación Workday o comuníquese con Recursos Humanos.

Incapacidad a Corto y a Largo Plazo

Protección adicional

Si experimenta una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo que le impide trabajar, la cobertura de incapacidad actúa como sustitución de los ingresos para proteger activos importantes y para ayudarlo a que usted continúe recibiendo cierto nivel de ingresos

Sus Planes

Incapacidad a corto plazo Empleado pagado

Detalles de la Cobertura

- Administrada por MetLife, la cobertura STD proporciona un beneficio equivalente al 60% ganancias semanales base, hasta \$2,500 a la semana por un periodo de hasta 24 semanas - Inclusiva del período de eliminación de 14 días.
- El plan comienza a pagar estos beneficios después de que se haya ausentado del trabajo por 14 días consecutivos.

Incapacidad a largo plazo Empleador pagado

- Si su incapacidad se prolonga más de 180 días, la cobertura LTD a través de MetLife puede reemplazar un 60% ingresos mensuales base, hasta un máximo de \$6,000 al mes.
- Puede continuar recibiendo sus beneficios hasta cumplir la edad normal de jubilación como lo define la administración de seguro social siempre y cuando cumpla con la definición de incapacidad.
 - Usted No puede realizar todas las tareas principales y no esenciales de su ocupación habitual; y
 - Tiene una pérdida del 20% o más en sus ingresos mensuales

Condiciones preexistentes

Es posible que no sea elegible para los beneficios si ha recibido tratamiento para una afección dentro de los 3 meses anteriores a la fecha de vigencia hasta que haya estado cubierto por la póliza de discapacidad a corto plazo durante 6 meses y hasta que haya estado cubierto durante 12 meses en el Política de discapacidad.

Tarifas por mes por Cada \$10 de Beneficio

Edad Alcanzada	Costo quincenal para STD
<25	\$0.102
20-34	\$0.102
35-39	\$0.096
40-44	\$0.099
45-49	\$0.115
50-54	\$0.131
55-59	\$0.166
60-64	\$0.200
65+	\$0.229

Consideraciones fiscales

Dado que la cobertura por Incapacidad a Largo Plazo es un beneficio pagado por la empresa y está disponible para los empleados sin costo alguno, cualquier pago por incapacidad que se le haga estará sujeto a impuestos.

Como un beneficio opcional pagado por el empleado, la cobertura por Incapacidad a Corto Plazo está disponible para usted después de impuestos. Si paga su cobertura de invalidez después de los impuestos, no tendrá que pagar impuestos sobre la renta por las prestaciones de ETS que reciba.

Tenga en cuenta: Hable con su asesor fiscal para pedirle información o asesoramiento adicional sobre los impuestos.



Programa de Asistencia para los Empleados (EAP)

Bridge Investment Group entiende que usted y los miembros de su familia podrían experimentar una variedad de problemas personales o relacionados con el trabajo. A través del EAP de MetLife, usted tiene acceso a recursos, información y asesoramiento totalmente confidenciales y sin costo para usted.

Componentes del Programa

Detalles de la Cobertura

<p>Quién puede participar en este programa</p>	<p>Todos los empleados, los dependientes de los empleados y los miembros de su familia</p>
<p>Los temas pueden incluir</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de niños. • Cuidado de ancianos. • Servicios legales. • Robo de identidad. • Problemas maritales, en las relaciones o familiares. • Duelo y asesoramiento en caso de duelo. • Abuso de sustancias y recuperación. • Asistencia financiera. • Materiales educativos.
<p>Número de sesiones</p>	<p>5 sesiones personales al año, por miembro, por incidente</p>



Acceso:

- Teléfono: 888.319.7819 & for TDD 800.999.3004
- En línea: metlifeeap.lifeworks.com
- Nombre de usuario en el sitio web: metlifeeap y contraseña: eap



Opciones de Jubilación

Su opción del plan 401(k)

Administrado por Empower Retirement, el plan 401(k) le permite planear su futuro invirtiendo una porción de cada cheque de su salario. Una vez que se vuelve elegible, puede optar porque se retenga un porcentaje del cheque de su salario y que se invierta en su cuenta 401(k), en congruencia con las pautas del plan y las leyes federales. Hable con Recursos Humanos para confirmar la elegibilidad y las fechas de inscripción.

Inscripción y acceso a la cuenta

- Bridge ahora iguala dólar por dólar (100%) sobre el primer 6% del salario aportado
- Si desea inscribirse en el plan 401(k), visite www.empowermyretirement.com para inscribirse en línea, o comuníquese con Recursos Humanos en benefits@bridgeig.com o al 801.506.1141 y pida sus formularios de inscripción.
- Vea el saldo de su cuenta 401(k), vea sus contribuciones, cambie sus inversiones y más, visitando www.empowermyretirement.com. Si necesita asistencia para iniciar la sesión o con su contraseña, comuníquese con www.empowermyretirement.com al 800.338.4015.

Información adicional sobre el plan 401(k)

Límites de contribución: En 2024 los límites de contribución anual del IRS son \$23,000 para cualquier persona menor de 50 años o \$30,500 para cualquier persona de 50 años o más antes del 31 de diciembre de 2024. Si tiene varios empleadores durante el año, estos límites se combinan para todos los planes a los que contribuya durante el año. Pueden aplicar restricciones a estos límites con base en los documentos del plan y los requisitos de pruebas anuales.

Cambios en las contribuciones: Hable con Recursos Humanos para preguntar por la frecuencia y el proceso para cambiar sus contribuciones. También puede suspender totalmente su contribución en cualquier momento. Debe solicitar cambiar o suspender sus contribuciones en el sitio web del proveedor o escribiendo a Recursos Humanos.

Contribución del empleador: Hable con Recursos Humanos para ver el estado actual de cualquier contribución del empleador al plan.

Préstamos y retiros por dificultades financieras Si lo permite el documento del plan, hable con Recursos Humanos para solicitar información y los requisitos de cualquiera de estas opciones.

Contribuciones transferidas: Si tiene un plan o cuenta de jubilación calificado externo, como un 401(k), 403(b), 457(b) o IRA, es posible que pueda transferir esa cuenta a su plan nuevo. Comuníquese con Empower Retirement o con Recursos Humanos para solicitar información adicional.

Término del empleo: Cuando deje de trabajar en nuestra organización, independientemente de la razón, tendrá derecho a solicitar la distribución total del saldo adquirido de su cuenta. Esto puede hacerse como una transferencia a otro plan o IRA. También puede solicitar el pago en efectivo de una suma global a usted. Tenga en cuenta que podrían aplicar posibles impuestos o sanciones a cualquier pago que no sea una transferencia.

Marsh & McLennan Insurance Agency LLC no presta servicios como asesor, corredor de bolsa ni asesor de inversiones registrado para este plan. Todos los términos y las condiciones de su plan están sujetos a las leyes, los reglamentos y las políticas pertinentes. En caso de que exista un conflicto entre los documentos de su plan y esta información, los documentos del plan siempre regirán

Incentivos y Más



Servicios Supplmentales



Nationwide®
is on your side

Seguro para mascotas

Para muchos de nosotros, nuestras mascotas son tan especiales y amadas como los miembros de nuestra familia. ¡Por eso también es importante proteger su salud! Nuestro beneficio de seguro para mascotas, ofrecido por Nationwide cubre perros, gatos, aves con planes de descuento disponibles para animales exóticos. Algunos de los beneficios cubiertos para su mascota podrían incluir:

Vea los planes en el sitio web de Nationwide's sitio web en www.petinsurance.com/bridgeig o al teléfono 877.738.7874 para hablar sobre la mejor cobertura para su animal.

Características de My Pet Protection

- Reembolso un porcentaje de las facturas veterinarias –hasta un 70%– después de una franquicia de 250 \$, hasta 7.500 \$ por año calendario
- No hay que estar dentro o fuera de la red: el plan paga independientemente de la edad, la raza o el estado de salud de su mascota
- Descuento por Múltiples Mascotas del 5% por cada asegurado adicional hasta 4 mascotas y ¡10% por 4 o más!

Protección de mascotas	
Accidentes, Intoxicaciones, Reacciones Alérgicas	Incluido
Enfermedades comunes como Infecciones de Oído, Vómitos y otras	Incluido
Cirugías, Prescripciones y Hospitalizaciones	Incluido
Exámenes de Bienestar, Vacunas, Análisis de Sangre de Rutina	N/A
Esterilización, Prevención de Pulgas y Garrapatas, pruebas y prevención del Gusano del Corazón	N/A

TIP

Usted debe ir a la página web de Nationwide para finalizar la inscripción: www.petinsurance.com/bridgeig

Por favor, tenga en cuenta que: Si es un miembro actual, es posible que tenga ciertos beneficios con derechos adquiridos y una opción para mantenerlos en los niveles actuales.

Servicios Legales

Cuando necesite orientación en asuntos legales personales, los servicios de MetLife pueden proporcionarle acceso a una red de abogados calificados. Ya sea que prefiera una consulta telefónica o en la oficina, puede recibir orientación en temas como asuntos de deudas, ley familiar, preparación de testamentos, asuntos de bienes inmuebles, y fideicomisos. La cobertura de problemas legales comerciales o relacionados con el empleo podría no ofrecerse. Para obtener más información o comenzar la cobertura, comuníquese con MetLife en 800.821.6400 o visite www.members.legalplans.com.

Protección Legal Mensual:

How it works

Our service is tailored to your needs. With network attorneys available in person, by phone or by email and online tools to do-it-yourself — we make it easy to get legal help. And, you will always have a choice in which attorney to use. You can choose one from our network of prequalified attorneys, or use an attorney outside of our network and be reimbursed some of the cost.¹

Best of all, you have unlimited access to our attorneys for all legal matters covered under the plan. For a monthly fee of **\$21.25** conveniently paid through payroll deduction, an expert is on your side as long as you need them.

Robo de Identidad

Bridge Investment Group ofrece protección a sus empleados contra las dificultades relacionadas al robo de identidad. A través de MetLife, los empleados pueden adquirir servicios de protección de identidad y detección de fraude en el sector de forma individual para sus familias. Para obtener más información o iniciar la cobertura, contacte a Recursos Humanos.

Protección mensual contra el robo de identidad y el fraude:

Voluntary/ Employee Paid

Plan tier	Coverage Type	Rate, PEPM
Protection Plan	Individual	\$6.95
	Family	\$12.95
Protection Plus Plan	Individual	\$10.95
	Family	\$18.95

Tiempo Libre Pagado (Paid Time Off, PTO)*

El PTO está disponible para respaldar su equilibrio entre el trabajo y la vida personal y se acumula de la siguiente manera:

Total de la empresa	Días	Horas de acumulación
0-5 años de servicio	17	5.23
5-10 años de servicio	20	6.15
10-15 años de servicio	25	7.69
15+ años de servicio	30	9.23

*Algunos planes de PTO estarán protegidos por derechos adquiridos para las personas. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con su socio comercial de Recursos Humanos.

Directorio y Avisos Requeridos

A continuación, encontrará importante información de contacto y recursos de Bridge Investment Group.

Información sobre

Información de contacto

Información sobre	Información de contacto	Información de contacto
Inscripción y elegibilidad		
Recursos Humano	801.506.1141 801.716.4500	benefits@bridgeig.com
Nombre de la plataforma • Workday		www.myworkday.com/bridgeigp/login.html
Apoyo en la Decisión Sobre Salud		
ACCOLADE		myacolade.com
Headspace Care		www.headspace.com
Cobertura médica		
UMR • PPO • HDHP PPO con HSA	800.826.9781	www.umar.com
DisclosedRx BIN: 021601 PCN: DRX	888.589.3340	disclosedrx.com
Cobertura dental		
MetLife • PPO	800.942.0854	www.metlife.com/dental
Cobertura de la vista		
MetLife • PPO	888.888.8888	www.metlife.com
De vida, AD&D y discapacidad		
MetLife	800.638.5433	www.metlife.com/BridgeInvestmentGroup
Salud Complementaria		
UHC • Accidente, Enfermedad crítica & Hospital		www.myuhcftp.com
Cuentas de gastos flexibles		
National Benefit Services	800.274.0503	www.nbsbenefits.com
Cuenta de ahorros para gastos médicos		
Health Equity	866.346.5800	www.healthequity.com
Asesora del plan de jubilación 401(k)		
Empower Retirement	800.338.4015	www.empowermyretirement.com
Plan de Asistencia para los Empleados		
LifeWorks a través de MetLife	888.319.7819	metlifeeap.lifeworks.com
Seguro para mascota		
Nationwide Pet Insurance	877.738.7874	www.petinsurance.com/bridgeig
Servicios Legales y Robo de Identidad		
MetLife Legal MetLife Identity Theft	800.821.6400	www.members.legalplans.com
Agente de Beneficios / Preguntas sobre los beneficios		
Accolade Claims Advocate	866.336.0790	myacolade.com

Glosario de Términos Relacionados con los Beneficios

Coseguro El porcentaje de un gasto cubierto que el plan paga después de que el afiliado haya cumplido con cualquier deducible requerido. El porcentaje restante es el coseguro del afiliado.

Copago Tarifa fija y predeterminada que se suele pagar en el momento de prestar un servicio de atención sanitaria

Deducible Una cantidad que el afiliado paga cada año por los gastos de atención sanitaria cubiertos antes de que un plan comience a pagar los beneficios. Normalmente, los planes médicos tienen un deducible individual y un deducible familiar. Una vez que una familia alcanza el deducible familiar, no se aplicarán deducibles individuales adicionales durante el resto del año calendario

Formulario Lista de medicamentos preferidos en su plan.

Medicamento Genérico de Venta con Receta Una vez que caduca la patente de un medicamento de venta con receta, se permite a otros fabricantes producir el mismo medicamento con otro nombre. Estos medicamentos son casi siempre más baratos que sus equivalentes de marca. Los medicamentos genéricos están diseñados para tener la misma potencia, eficacia y resultados que el medicamento de marca.

Beneficio Máximo Es la cantidad de beneficio más alta que un plan pagará por una persona cubierta durante cada año del plan. Normalmente, los planes dentales tienen un beneficio máximo anual por persona.

Medicamentos Recetados No Preferidos Medicamentos no incluidos en la lista de medicamentos preferidos de un plan.

Gasto Máximo de Desembolso La cantidad máxima que la persona cubierta pagará cada año antes de que el plan pague el 100% de las tarifas contratadas. El desembolso anual se compone de coseguro, copagos y deducibles. Verifique la información específica del plan para ver cómo se aplica el gasto máximo de desembolso. Bridge Investment Group tiene un desembolso máximo diferente para la atención dentro de la red y para la atención fuera de la red.

Preautorización Aprobación previa que un plan requiere para ciertos servicios de atención sanitaria, como la hospitalización no urgente, las resonancias magnéticas, los TAC y la cirugía. Si no se obtiene la preautorización requerida, puede denegarse el pago de beneficios y/o aplicarse una penalización.

Medicamento de Prescripción de Marca Preferida Un producto farmacéutico que está patentado por su creador o licenciatario. Si el producto está patentado, normalmente sólo hay una fuente para ese medicamento en particular. Los medicamentos de marca casi siempre cuestan más que los genéricos.

Deducción antes de los Impuestos Deducción del salario bruto de un empleado. Las deducciones antes de impuestos suelen reducir los impuestos pagados..

Atención Preventiva Servicios de atención sanitaria destinados a mantener el bienestar de los participantes (en lugar de tratar enfermedades o lesiones). Esto incluye atenciones como los exámenes rutinarios, las pruebas de detección de enfermedades, la atención a niños y adultos sanos y las vacunas. Los programas de bienestar ayudan a gestionar los costes de la atención sanitaria haciendo hincapié en la prevención y la detección temprana de los problemas de salud.

Cambio de Situación Familiar que Reúne los Requisitos Un cambio en la situación familiar o laboral del trabajador que, según las Leyes Federales, le permite realizar cambios de beneficios relacionados a mitad de año. Algunos ejemplos son el matrimonio o el divorcio, el cambio de la situación de tiempo parcial a tiempo completo, etc. Por lo general, los cambios de estado calificados afectan la cantidad de dependientes elegibles en la familia del empleado o la elegibilidad de su cónyuge para los beneficios patrocinados por el empleador.

Pautas del Plan y Evidencia de Cobertura

Los resúmenes mostrados en esta guía solamente son un breve resumen de los beneficios. No describen por completo la cobertura de los planes de salud. Para detalles de la cobertura de beneficios, por favor refiérase a la Evidencia de Cobertura o Descripción del Plan, que son los contratos arbitrales entre el plan de salud y el miembro.

El médico de salud dentro de la red determina que servicio y suministro es médicamente necesario para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica de un miembro. El servicio y suministro debe ser proporcionado, recetado, autorizado y manejado por el médico dentro de la red del plan a menos que el miembro elija el plan PPO donde es permitido recibir servicios con un médico fuera de la red.

Para detalles de beneficios y procedimientos de cada plan, por favor refiérase a la Evidencia de Cobertura. Si hay una discrepancia entre esta Guía y la Evidencia de Cobertura o Descripción del Plan, la Evidencia de Cobertura o Descripción del Plan gobernarán.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopiado, grabación, o de otro modo, sin el permiso previo por escrito de Marsh & McLennan Insurance Agency LLC.

Las tarifas cotizadas para estos beneficios pueden estar sujetas a cambios según la inscripción final y/o los requisitos finales de suscripción. Este material es sólo para fines informativos y no es una oferta de cobertura ni un consejo médico. Contiene sólo una descripción parcial y general de los beneficios del plan o programa y no constituye un contrato. Consulte los documentos de su plan (Programa de beneficios, Certificado de cobertura, Acuerdo grupal, Certificado de seguro grupal, Folleto, Folleto certificado, Póliza grupal) para determinar las disposiciones contractuales vigentes, incluidos los procedimientos, exclusiones y limitaciones relacionadas con su plan. Todos los términos y condiciones de su plan o programa están sujetos a las leyes, regulaciones y políticas aplicables. En caso de conflicto entre el documento de su plan y esta información, los documentos del plan siempre regirán.

Medicare Parte D

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE

Aviso Importante de Bridge Investment Group sobre su Cobertura de Medicamentos con Receta Médica y Medicare

Sírvase leer este aviso cuidadosamente y conservarlo a la mano. Este Aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Bridge Investment Group y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, le recomendamos comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos tienen cobertura a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su localidad. Al final de este aviso se incluye información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos con receta.

Existen dos aspectos importantes que usted debe conocer acerca de su cobertura y de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- 1. En 2006, la cobertura de medicamentos recetados de Medicare se volvió disponible para todos los inscritos en Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un Plan Advantage de Medicare (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura sujeta a primas mensuales más altas.**
- 2. Bridge Investment Group ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que le ofrece UMR se espera que, en promedio, pague a todos los participantes del plan una cantidad equivalente a lo que paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y por lo tanto se considerará como cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura acreditable, usted puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (penalización) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.**

¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos recetados de medicare?

Usted se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare al obtener la elegibilidad inicial para Medicare cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su

cobertura acreditable actual de medicamentos con receta, mientras no sea por su culpa, también calificará para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para participar en el plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué le ocurre a su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de Bridge Investment Group como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura de Bridge Investment Group será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta y Medicare el pagador secundario. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare podría disminuir significativamente. Por lo general, Medicare será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta si usted participa en la cobertura de Bridge Investment Group como ex empleado.

Además, puede optar por cancelar su cobertura de Bridge Investment Group. Tenga presente que si decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare y cancela su cobertura actual de Bridge Investment Group, tenga presente que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

Si decide participar en un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de Bridge Investment Group como empleado activo, tenga en cuenta que por lo general Medicare será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta, y su cobertura de Bridge Investment Group pagará en segundo lugar. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos con receta de Bridge Investment Group podría disminuir considerablemente.

También puede optar por cancelar su cobertura de Bridge Investment Group. Si decide participar en un plan de medicamentos de Medicare y cancela su cobertura de Bridge Investment Group actual, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará usted 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 Bridge Investment Group y no se une al plan de medicamentos de Medicare durante los siguientes 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, podría pagar una prima más alta (penalización) para unirse más tarde a un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar un mínimo de 1% de la prima mensual básica de beneficiario de Medicare por cada mes que usted no haya tenido dicha cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima será consecuentemente al menos 19% mayor que la prima base que pagan los beneficiarios de Medicare. Quizá tenga que pagar esta prima más alta (penalización) siempre que usted tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, quizá tenga que esperar hasta en octubre próximo para inscribirse.

Si desea más información acerca de este Aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos con receta...

Comuníquese con la persona que se indica a continuación para obtener más información. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Además, lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y también si esta cobertura a través de Bridge Investment Group cambia. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información acerca de sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare...

El manual "Medicare & You" (Medicare y usted) contiene información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual todos los años. Además, los planes de medicamentos de Medicare quizá se comuniquen directamente con usted.

Si desea más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa estatal de ayuda para seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program), al número de teléfono que se indica en el interior de la contraportada de su manual "Medicare & You", para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Si desea información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la Web en www.socialsecurity.gov, o llámeles al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, quizá se le solicite presentar una copia de este aviso en el momento de la inscripción para demostrar que usted ha mantenido o no su cobertura acreditable y, por lo tanto si deberá usted pagar o no una prima más alta (penalización).

Fecha: 01/01/2024

Nombre de la entidad/remitente: Bridge Investment Group

Contacto--Cargo/Oficina: Recursos Humanos

Dirección: 111 East Sego Lily Drive, Suite 400, Salt Lake City, UT 84070

Número de teléfono: 801.506.1141

Aviso sobre inscripción especial HIPAA

Si declina la inscripción en Bridge Investment Group la cobertura de salud de grupo para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la existencia de otro seguro de salud o cobertura de plan de salud de grupo, podrán inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura antedicha (o si el empleador deja de contribuir para dicha cobertura de usted o de sus dependientes). Sin embargo, es necesario solicitar inscripción en un plazo de 30 días después de que termine la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después de que el empleador cese sus contribuciones para dicha cobertura).

Además, si usted obtiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrán inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, es necesario solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

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

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Recursos Humanos en 801.506.1141.

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Bridge Investment Group patrocina ciertos planes de salud de grupo (colectivamente, el “Plan” o “Nosotros”) para proporcionar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Proporcionamos esta cobertura mediante varias relaciones con terceros que establecen redes de proveedores, coordinan su atención y procesan las reclamaciones de reembolso por los servicios que usted recibe. Este Aviso de prácticas de privacidad (el “Aviso”) describe las obligaciones legales de Bridge Investment Group, 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 su información de salud protegida puede ser utilizada o divulgada para realizar tratamientos, pagos, gestiones de cuidado de salud o para cualquier otro propósito que esté permitido o sea requerido por la ley.

Estamos obligados a proporcionarle este Aviso en cumplimiento con la ley HIPAA. La Regla de privacidad de HIPAA protege solamente cierta información médica designada como “información de salud protegida”. Generalmente, la información de salud protegida es información de salud individualmente identificable, incluyendo 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 de su empleador en nombre de un plan de salud de grupo, que se relaciona con:

- (1) su salud, condición física o mental pasada, presente o futura;
- (2) la prestación de atención médica para usted; o

(3) el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a usted.

Nota: Si usted está cubierto por uno o más planes de salud de grupo totalmente asegurados que le ofrece Bridge Investment Group, recibirá una notificación por separado con respecto a la disponibilidad de un aviso sobre las prácticas de privacidad aplicables a esa cobertura y cómo obtener una copia de la notificación directamente de la compañía de seguros.

Información de contactos

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de HIPAA de Bridge Investment Group:

Bridge Investment Group
A la atención de: HIPAA Privacy Officer (Oficial de Privacidad de HIPAA)
Ginny Baker
111 East Segoe Lily Drive, Suite 400,
Salt Lake City, UT 84070
801.506.1141

Fecha de vigencia

Este aviso y sus revisiones entrará en vigor a partir del 1 de enero de 2024.

Nuestras responsabilidades

La ley estipula que debemos:

- mantener la privacidad de su información médica protegida;
- proporcionarle ciertos derechos con respecto a su información médica protegida;
- proporcionarle una copia de esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida; y
- cumplir las cláusulas del Aviso que esté actualmente en vigencia.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso y de establecer nuevas provisiones con respecto a su información de salud protegida que mantenemos, según lo permita o requiera la ley. Si realizamos cualquier cambio material a este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También puede obtener una copia de la última versión revisada del Aviso a través del contacto con nuestro Oficial de Privacidad en la información de contactos proporcionada anteriormente. Con excepción de lo dispuesto en este Aviso, no podemos divulgar su información de salud protegida sin su autorización previa.

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida

Según la ley, en ciertas circunstancias podemos usar o revelar sin su permiso su información de salud protegida. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de 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 el tratamiento

Podemos usar o revelar su información médica protegida para facilitar el tratamiento o servicios médicos por parte de los proveedores. Podemos divulgar su información médica a proveedores, incluso médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que esté involucrado en el cuidado de su salud. Por ejemplo, podríamos divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para determinar si una receta pendiente es inapropiada o peligrosa para que usted la use.

Para el pago

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida para determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan, para facilitar el pago del tratamiento y los servicios que usted 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 informar a su proveedor de atención médica sobre su historial médico para determinar si un tratamiento en particular es experimental, de investigación o médicamente necesario, o para determinar si el Plan cubrirá el tratamiento. También podemos compartir su información de salud protegida con un proveedor de servicios de revisión de utilización o de precertificación. De igual manera, podemos compartir su información de salud protegida con otra entidad a fin de ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamaciones de salud o con otro plan de salud para coordinar el pago de los beneficios.

Para gestiones de cuidados de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para otras gestiones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del Plan. Por ejemplo, podemos utilizar información médica en relación con la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad; suscripción de aseguramiento, clasificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentación de reclamaciones para la cobertura de limitación de pérdidas (o exceso de pérdidas); realización u organización de revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraudes y abusos; planificación y desarrollo empresarial, como la gestión de costos; y gestión empresarial y actividades administrativas generales del Plan. El Plan tiene prohibido usar o divulgar información de salud protegida que sea información genética sobre un individuo con fines de suscripción de aseguramiento.

A asociados empresariales

Podemos suscribir contratos con personas o entidades conocidos como asociados empresariales para realizar diversas funciones en nombre del Plan o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Con el fin de realizar estas funciones o de proporcionar estos servicios, los asociados empresariales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán y/o divulgarán su información de salud protegida, pero solo después de que acuerden por escrito con nosotros implementar las medidas de seguridad apropiadas con respecto a su información de salud protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a un asociado empresarial para administrar reclamaciones o para proporcionar servicios de apoyo, tales como la gestión de la utilización, gestión de beneficios de farmacia o subrogación, pero solo después de que el asociado empresarial suscriba un Acuerdo de asociado empresarial con nosotros.

Según lo estipule la ley

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

Para prevenir una amenaza grave a la salud o a la seguridad

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

A los patrocinadores del Plan

Para el propósito de administrar el Plan, podemos divulgar a información sobre la salud protegida a ciertos empleados del Empleador. Sin embargo, estos empleados únicamente utilizarán o divulgarán dicha información según sea necesario para realizar funciones administrativas para el Plan o de otra manera que lo requiera la ley HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información de salud protegida no se puede utilizar para fines de empleo si no se cuenta con su autorización específica.

Situaciones especiales

Además de las situaciones antedichas, las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de 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.

Donación de órganos y tejidos

Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información de salud protegida a organizaciones que manejan la obtención y trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para realizar la donación y trasplante del órgano o tejido.

Militares y veteranos

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

Seguro de compensación a los trabajadores

Podemos divulgar su información de salud protegida para los fines del seguro de compensación a los trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de salud pública

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

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- reportar nacimientos y fallecimientos;
- reportar abuso o abandono infantil;
- reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a personas sobre la retirada del mercado de productos que puedan estar consumiendo;
- para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;

- notificar a la autoridad gubernamental pertinente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo, o cuando así lo requiera o lo autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud

Podemos divulgar su información de salud protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamientos de licencias. El gobierno necesita estas actividades para supervisar el sistema de atención de salud y los programas gubernamentales, y para velar por el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas judiciales y disputas

Si usted está involucrado en una demanda judicial o en una disputa, podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una citatorio, solicitud de descubrimiento u otro proceso judicial 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.

Cumplimiento de la ley

Podemos divulgar su información de salud protegida si así lo solicita un funcionario del orden público,

- en respuesta a una orden judicial, citatorio, requerimiento judicial, emplazamientos o procesos legales similares;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- sobre la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la víctima;
- acerca de una muerte que consideramos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- acerca de una conducta delictiva; y
- en circunstancias de emergencia para reportar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores funerarios

Podemos divulgar información de salud protegida a un juez de instrucción o a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. Además, podemos divulgar la información de salud de pacientes para ayudar a un director funerario según sea necesario para llevar a cabo sus obligaciones.

Actividades de seguridad nacional y servicios de inteligencia

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

Internos o reclusos

Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de cumplimiento de la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o al oficial de cumplimiento de la ley si es necesario (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

Investigación

Podemos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando:

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

Divulgaciones necesarias

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

Auditorías gubernamentales

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

Divulgaciones a usted

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

Notificación de una infracción

Estamos obligados a notificarle en caso de que nosotros (o uno de nuestros asociados empresariales) descubra una infracción a su información de salud protegida no segura, según lo define la HIPAA.

Otras divulgaciones

Representantes personales

Divulgaremos su información de salud protegida a las personas que usted autorice, o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre y cuando usted nos proporcione un aviso/autorización por escrito y cualquier documento de apoyo (por ejemplo, un poder notarial). Nota: En virtud de la regla de privacidad de HIPAA, no estamos obligados a divulgar información a un representante personal si tenemos una sospecha razonable de que:

- (1) usted ha sido, o puede ser, víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona;
- (2) tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo en peligro a usted; o
- (3) en el ejercicio o juicio profesional, no resulta en su mejor interés tratar a la persona como su representante personal.

Cónyuges y otros familiares

Salvo excepciones limitadas, enviaremos todo correo al empleado. Esto incluye el correo relacionado con el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia que están cubiertos por el Plan, e

incluye el correo con información sobre el uso de los beneficios del Plan por el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia e información sobre la denegación de cualquier beneficio del Plan al cónyuge del empleado y otros miembros de la familia. Si una persona cubierta por el Plan ha solicitado Restricciones o Comunicaciones Confidenciales (ver más adelante bajo "Sus derechos"), y si hemos aceptado la solicitud, le enviaremos un correo electrónico según lo estipulado en la solicitud de Restricciones o Comunicaciones Confidenciales.

Autorizaciones

No se harán sin su autorización por escrito otros usos ni divulgaciones de su información de salud protegida no descritos anteriormente, incluyendo el uso y divulgación de notas de psicoterapia y el uso o divulgación de información de salud protegida para propósitos de recaudación de fondos o comercialización. Usted puede revocar su autorización escrita en cualquier momento, siempre que dicha revocatoria se haga por escrito. Una vez que el Plan reciba su revocatoria de autorización por escrito, esta causará efecto únicamente en las divulgaciones y usos futuros. No será aplicable a ninguna otra información que haya sido utilizada o divulgada en función de la autorización escrita y antes de recibir su revocatoria por escrito. Usted puede optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de nuestra parte en cualquier momento.

Sus derechos

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

Derecho de inspeccionar y copiar

Usted tiene derecho de inspeccionar y copiar cierta información de salud que se pueda utilizar para tomar decisiones acerca de sus beneficios de atención médica. Para inspeccionar y copiar su información de salud protegida, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copiado, envío por correo u otros materiales relacionados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud protegida en muy limitadas circunstancias. Si se le niega el acceso a su información de salud, puede tener derecho a solicitar que se revise la denegación y se le proporcionarán detalles sobre cómo hacerlo.

Derecho de enmienda

Si usted considera que la información de salud protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre que la información sea mantenida por o para el Plan. Para solicitar una enmienda, debe presentar su solicitud por escrito y enviarla al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Además, usted deberá proporcionar al menos un motivo que respalde su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de enmienda si no se efectúa por escrito o si no incluye un motivo para respaldar la solicitud. Además, podemos rechazar su solicitud si usted nos solicita enmendar información que:

- No es parte de la información de salud conservada por, o para el plan;
- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para efectuar la enmienda;
- No es parte de la información a la que usted se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- ya es exacta y completa.

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

Derecho de ver el registro de las divulgaciones

Usted tiene el derecho de solicitar un “listado” o reporte de ciertas divulgaciones de su información personal de salud protegida. El listado no incluirá (1) divulgaciones para fines de tratamiento, pago o gestiones de atención médica; (2) divulgaciones hechas a usted; (3) divulgaciones hechas de conformidad con su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones para fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones que de otra manera serían permisibles.

Para solicitar este listado o informe de divulgaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo no mayor de seis años (tres años para expedientes médicos electrónicos) o el periodo que ABC Company haya estado sujeta a las reglas de privacidad HIPAA, si es menor.

Su solicitud debe indicar en qué forma desea el listado (por ejemplo: impreso o en formato electrónico). Intentaremos proporcionar el listado en el formato que usted lo solicitó o en otro formato acordado mutuamente si el formato solicitado no es razonablemente factible. El primer listado que solicite dentro de un período de 12 meses se le proporcionará sin costo alguno. Para listados adicionales, podemos cobrarle los costos para suministrar cada listado. Le informaremos sobre el costo involucrado y usted podrá retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en algún costo.

Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre cuánta de su información de salud protegida podemos usar o divulgar para gestiones de tratamiento, pago o atención de salud. Además, tiene el derecho de solicitar un límite sobre su información de salud protegida que divulgamos a alguien que esté involucrado en su atención de salud o en el pago de esta, tal como un familiar o un amigo. Por ejemplo, usted podría solicitarnos que no usemos ni divulguemos información acerca de una cirugía que usted tuvo.

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

Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales

Usted tiene el derecho de solicitar que, para asuntos médicos, nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierta localidad. Por ejemplo, usted puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud deberá especificar cómo o dónde desea que se le contacte. Nos acomodaremos a todas las solicitudes razonables si usted proporciona claramente información de que la divulgación parcial o total de su información protegida podría ponerlo en peligro a usted.

Derecho a recibir copia impresa de este aviso

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. En cualquier momento, puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este aviso. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, llame por teléfono o escriba al Oficial de Privacidad según se indica en la sección Información de contactos.

Si desea obtener más información, consulte [Sus derechos en virtud de HIPAA](#).

Quejas

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido infringidos, puede presentar una queja ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede presentar una reclamación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por medio de una carta dirigida a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, puede llamar al 1-877-696-6775, o visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

Para presentar una queja ante el Plan, llame por teléfono y escriba al Oficial de Privacidad según se indica más arriba en Información de contactos. Usted no recibirá penalización alguna, ni represalias de ningún tipo, por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante el Plan. Le sugerimos conservar para sus registros una copia de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan o al Oficial de Privacidad.

Asistencia para primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil de California (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura de salud a través de su empleador, el estado donde usted reside puede tener un programa de asistencia de primas para ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no podrán ser elegibles para estos programas de ayuda para el pago de primas, pero quizá pueda adquirir cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Si desea obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y residen en uno de los estados que se indican más adelante, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para determinar si está disponible la ayuda de primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o de CHIP, o bien, marque el **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para enterarse de cómo solicitar su inscripción. Si usted califica, pregunte si el estado tiene un programa que pudiese ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir ayuda para el pago de primas en virtud de Medicaid o CHIP, así como también son elegibles en virtud del plan de su empleador, su empleador deberá permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no estuviese inscrito. Esto se llama una oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura en un plazo no mayor de 60 días después de determinarse su elegibilidad para la ayuda de primas**. Si tiene preguntas acerca de cómo inscribirse en su plan del empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted reside en uno de los estados siguientes, quizá sea elegible para recibir ayuda para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La lista de estados a continuación está en vigor desde el 31 de julio de 2023. Comuníquese con la oficina en su estado para obtener más información sobre elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pagos de la Prima de Seguros Médicos de AK (AK Health Insurance Premium Payment Program) Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: Programa de Pago de las primas del seguro médico (Health Insurance Premium Payment, HIPP) http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de Contacto con el Miembro de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Retransmisión estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Retransmisión estatal 711 Programa Buy-In de Seguro Médico (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

<p align="center">GEORGIA – Medicaid</p> <p>Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, presione 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, presione 2</p>	<p align="center">INDIANA – Medicaid</p> <p>Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584</p>
<p align="center">IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p align="center">KANSAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>
<p align="center">KENTUCKY – Medicaid</p> <p>Sitio web del Programa Integrado de Pago de las Primas del Seguro médico de Kentucky (Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program, KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Kentucky Medicaid: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p align="center">LOUISIANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: www.medicicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
<p align="center">MAINE – Medicaid</p> <p>Sitio web de inscripciones: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711 Página web de la prima del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711</p>	<p align="center">MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremiumassistance@accenture.com</p>
<p align="center">MINNESOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p align="center">MISSOURI – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
<p align="center">MONTANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHSHIPPPProgram@mt.gov</p>	<p align="center">NEBRASKA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>

<p align="center">NEVADA – Medicaid</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p align="center">NEW HAMPSHIRE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número sin costo para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>
<p align="center">NEW JERSEY – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>	<p align="center">NEW YORK – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
<p align="center">NORTH CAROLINA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>	<p align="center">NORTH DAKOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>
<p align="center">OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p align="center">OREGON – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p>
<p align="center">PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIP-P-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p align="center">RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa RItte Share)</p>
<p align="center">SOUTH CAROLINA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p align="center">SOUTH DAKOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>
<p align="center">TEXAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Texas Health and Human Services Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p align="center">UTAH – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669</p>
<p align="center">VERMONT – Medicaid</p> <p>Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p align="center">VIRGINIA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924</p>
<p align="center">WASHINGTON – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022</p>	<p align="center">WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Línea telefónica sin costo de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>

WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de ayuda de primas desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre derechos especiales de inscripción, puede comunicarse con cualquiera de los siguientes:

U.S. Department of Labor
 Employee Benefits Security Administration
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
 1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

Aviso sobre la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)

¿Sabe usted que su Plan, según lo estipula la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA), proporciona beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, que incluyen todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluyendo el linfedema? Llame al administrador del Plan: al [inserte número de teléfono] para obtener más información.

Estos beneficios se suministrarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos suministrados en virtud de este plan. Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con su administrador del plan en 801.506.1141.

Aviso sobre la ley para la Protección de la Salud de las Madres y los Recién Nacidos (NMHPA)

En virtud de las leyes federales, los emisores de planes de salud de grupo y de seguros de salud generalmente no pueden restringir beneficios pertinentes al tiempo de hospitalización en relación con un parto, para la madre o para el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal ni a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, la ley Federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención médica que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultarlo con la madre, pueda dar el alta hospitalaria a la madre o a su recién nacido antes de transcurridas 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes de salud y los emisores no pueden, en virtud de la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para recomendar un tiempo de hospitalización que no exceda 48 horas (o 96 horas).

Modelo de Aviso general de derechos de continuación de cobertura COBRA

**** Derechos de continuación de cobertura en virtud de COBRA****

Introducción

Usted está recibiendo esta notificación porque ha obtenido recientemente la cobertura en virtud de un plan de salud de grupo (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a la continuación de cobertura COBRA, la cual es una extensión temporal de la cobertura en virtud del Plan. **Este aviso explica la continuación de cobertura COBRA, cuando puede estar disponible para usted y su familia, y qué necesita usted para proteger su derecho de obtenerla.** Cuando usted es elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA.

El derecho a la continuación de cobertura COBRA fue creado por una ley federal: la Ley Omnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada de 1985 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985, COBRA). La continuación de cobertura COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud de grupo de otra manera hubiese terminado. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y en virtud de la ley federal le recomendamos consultar la descripción resumida de su Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Puede haber otras opciones disponibles para usted cuando pierde la cobertura de salud de grupo. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros de salud. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros de salud, puede calificar para menores costos en sus primas mensuales y menores gastos de su propio bolsillo. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud de grupo para el cual usted sea elegible (tal como un plan de su cónyuge), incluso si dicho plan por lo general no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la continuación de cobertura COBRA?

La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura del plan, que de otra manera terminaría, en virtud de un evento de vida. Esto se conoce como un “evento calificado”. Los eventos calificados específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, la continuación de cobertura COBRA deberá ofrecerse a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios calificados si se pierde la cobertura en virtud del Plan debido al evento calificado. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de cobertura de COBRA debe pagar la continuación de cobertura de COBRA.

Si usted es empleado, será beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Se reducen sus horas de empleo, o
- Termina su empleo por alguna razón que no sea por faltas graves.

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

- Fallece su cónyuge;

- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge;
- Termina el empleo del cónyuge por alguna razón que no sea por faltas graves;
- Su cónyuge se vuelve elegible para recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

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

- Fallece el padre/empleador;
- Se reducen las horas de empleo del padre-empleador;
- Termina el empleo del padre-empleador por cualquier razón que no sea por faltas graves;
- El padre-empleador obtiene elegibilidad para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El menor deja de ser elegible para cobertura en virtud del Plan como “hijo dependiente”.

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura COBRA?

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

- El cese de empleo o la reducción de horas de empleo;
- Fallecimiento del empleado; o
- El empleado es ahora elegible para recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas).

Para todos los otros eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y del cónyuge o si un hijo pierde la elegibilidad de cobertura como hijo dependiente), usted debe notificarlo al Administrador del Plan dentro de los 60 días después de ocurrido el evento calificado. Usted debe proporcionar esta notificación a Recursos Humanos.

¿Cómo se proporciona la continuación de cobertura COBRA?

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

La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura temporal que dura por lo general 18 meses debido al cese de empleo o a la reducción de horas de trabajo. Algunos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir a un beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que este período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA pueda ser prorrogado:

Prórroga por incapacidad del período de 18 meses de la continuación de cobertura COBRA

Si usted o alguien en su familia, cubiertos en virtud del Plan, recibe una determinación de incapacidad por parte del Seguro Social y usted lo notifica al Administrador del Plan en forma

oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta por un máximo de 29 meses. La incapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de cobertura Cobra y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA.

Segundo evento calificado para la prórroga del período de 18 meses de continuación de cobertura
Si su familia tiene otro evento calificado durante los 18 meses de la continuación de cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta un máximo de 36 meses, si el Plan recibe la notificación correspondiente del segundo evento calificado. Esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y para cualesquier hijos dependientes que estén recibiendo la continuación de cobertura COBRA si el empleado o ex empleado fallece, adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas) se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta prórroga está disponible únicamente si el segundo evento calificado habría provocado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiesen la cobertura en virtud del Plan si el primer evento calificado no hubiese ocurrido.

¿Existen otras opciones a parte de la continuación de cobertura COBRA?

Sí. En vez de inscribirse en la continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, [el Programa de Seguro de Salud Infantil \(CHIP\)](#), u otras opciones de cobertura de un plan de salud de grupo (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA. Puede conocer más sobre muchas de esas opciones en www.HealthCare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de continuar la cobertura de COBRA después de que termine la cobertura de mi plan de salud de grupo?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, dispone de un período de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza en la más temprana de las fechas siguientes:

- El mes siguiente a la terminación de su empleo; o
- El mes siguiente a la terminación de la cobertura del plan de salud de grupo basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y en su lugar elige la continuación de cobertura de COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y además tenga un lapso de cobertura si decide que quiere inscribirse en la Parte B posteriormente. Si elige la continuación de cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la continuación de cobertura de COBRA, el Plan puede terminar su continuación de cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura COBRA no podrá interrumpirse a causa del derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura COBRA.

Si está inscrito en la continuación de cobertura de COBRA y en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la continuación de cobertura de COBRA pagará segundo.

¹ <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>

Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si usted no está inscrito en Medicare.

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

Si tiene preguntas

Las preguntas respecto a su Plan o a sus derechos de continuación de cobertura COBRA deben dirigirse a la persona o personas de contacto que se identifican más adelante. Para obtener más información acerca de sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Beneficios de los Empleados (ERISA), incluida la continuación de cobertura COBRA, y la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud de Precio Bajo, y otras leyes que afectan los planes de salud de grupo, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Labour's Employee Benefits Security Administration (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su región o visite www.dol.gov/agencies/ebsa. (Las direcciones y números de teléfonos de las oficinas regionales y de Distrito de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga informado a su Plan sobre los cambios de dirección

Con el fin de proteger los derechos de su familia, comuníquese al Administrador del Plan cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. Además, le sugerimos conservar una copia, para sus registros, de cualesquier avisos que usted envíe al Administrador del Plan.

Información de contactos del Plan

Bridge Investment Group

Attention: Ginny Baker

Human Resources Department

111 East Segoe Lily Drive, Suite 400

Salt Lake City, UT 84070

801.506.1141

Aviso HIPAA de disponibilidad del Aviso de prácticas de privacidad

El Plan de salud de grupo de Bridge Investment Group (el Plan) mantiene un Aviso de prácticas de privacidad que brindan información a personas cuya información de salud protegida (PHI) será utilizada o mantenida por el Plan. Si desea una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan, comuníquese con Recursos Humanos en 801.506.1141.

Aviso de HIPAA sobre normativas alternativas razonables del programa de bienestar

Su plan de salud de grupo está comprometido en ayudarle a lograr su mejor estado de salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados elegibles. Si usted considera que no puede cumplir con un estándar para una recompensa en virtud de este programa de bienestar, podría calificar para una oportunidad de ganar la misma recompensa por diferentes medios. Contáctenos en benefits@bridgeig.com y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuada para usted en función de su estado de salud.

Aviso del Programa de Bienestar EEOC

Aviso respecto del programa de bienestar

Bridge Investment Group Preventive Care Initiative es un programa de medicina preventiva y bienestar que está disponible para todos los empleados. El programa es administrado de acuerdo con las normativas federales que permiten programas de salud patrocinados por empleadores que procuran mejorar la salud del empleado o prevenir enfermedades, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de NO Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud, según corresponda, entre otros. Si decide participar en el programa de bienestar se le pedirá que complete una evaluación voluntaria de salud con una serie de preguntas acerca de sus actividades y comportamientos relacionadas con su salud, y si usted tiene o ha tenido ciertas condiciones médicas (por ejemplo: cáncer, diabetes o enfermedades del corazón). No es obligatorio completar el HRA ni hacerse la prueba de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que decidan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo de \$25 de descuento al mes en la prima médica. Si se inscribe con un cónyuge y si éste también rellena el formulario, usted recibirá un descuento de 50 \$ al mes en la prima médica (25 \$ a cada uno por rellenaarla). Aunque no es obligatorio completar la evaluación preventiva adecuada a la edad / género / riesgo únicamente los empleados que lo hagan recibirán.

Usted puede solicitar un ajuste razonable o una norma alternativa poniéndose en contacto con el Departamento de Recursos Humanos en benefits@bridgeig.com.

Los resultados de su evaluación se utilizarán para proporcionarle información que le ayude a entender su salud actual y los riesgos potenciales, y también pueden utilizarse para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar. También se le anima a compartir sus resultados o preocupaciones con su propio médico.

Protecciones contra la divulgación de información médica

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud identificable personalmente. Aunque el programa de bienestar y Bridge Investment Group Preventive Care Initiative pueden utilizar información resumida que se recolecta, para diseñar un programa basado en riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, el Bridge Investment Group Preventive Care Initiative nunca divulgará su información personal de manera pública o al empleador, salvo según sea necesario para responder a una solicitud suya para una modificación razonable y necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo expresamente permitido por la ley. La información médica que le identifica a usted personalmente, que se proporcione en relación con el programa de bienestar no será proporcionada a sus supervisores o gerentes y nunca podrá utilizarse para tomar decisiones acerca de su empleo.

Su información de salud no se venderá, intercambiará, transferirá ni se divulgará excepto en la medida permitida por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni obligará a renunciar a la confidencialidad de su información de salud como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Toda persona que reciba su información con el fin de ofrecerle servicios a usted como parte del programa de bienestar cumplirá los mismos requisitos de confidencialidad. Las únicas personas que recibirán su información de salud personal identificable son: una enfermera titulada, un médico o un instructor de salud para proporcionarle servicios en virtud del programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de su expediente de personal, la información almacenada electrónicamente será cifrada y ninguna información que usted proporcione como parte del programa de bienestar podrá ser utilizada para la toma de ninguna decisión de empleo. Se tomarán las precauciones pertinentes para evitar cualquier divulgación indebida de datos, y en caso de ocurrir una divulgación accidental de datos que involucre la información que usted proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo le notificaremos inmediatamente.

Usted no puede ser discriminado en el empleo debido a la información médica que usted haya proporcionado como parte de su participación en el programa de bienestar, ni puede ser objeto de represalias si decide no participar.

Si tiene alguna pregunta o dudas respecto de este aviso, o sobre la protección contra la discriminación y las represalias, le sugerimos comunicarse con el Departamento de Recursos Humanos en benefits@bridgeig.com.

Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, usted está protegido contra la facturación médica sorpresa (también llamada facturación de saldos). En estos casos, no le deben cobrar una cantidad que exceda los copagos, el coseguro y/o el deducible del plan.

¿Qué es la “facturación de saldos” (algunas veces llamada “facturación médica sorpresa”)?

Cuando consulta a un médico o a otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, el coseguro o un deducible. Si consulta a un proveedor o visita una instalación de atención médica que no se encuentra en la red de su plan médico, podría tener gastos adicionales o tener que pagar toda la factura.

“Fuera de la red” describe a los proveedores y a las instalaciones que no han firmado un contrato con su plan médico para proporcionar servicios. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red que le facturen la diferencia entre lo que su plan paga y la cantidad total que se cobra por un servicio. A esto se le llama “**facturación de saldos**”. Esta cantidad es posiblemente mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio, y podrían no contar para el deducible o límite anual de gastos del bolsillo de su plan.

La “facturación médica sorpresa” es una factura inesperada. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en una instalación dentro de la red pero inesperadamente recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas del saldo podrían costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o del servicio.

Usted está protegido contra la facturación de saldos en los siguientes casos:

Servicios de emergencia

Si tiene una situación médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o de una instalación fuera de la red, lo más que pueden facturarle es la cantidad de los costos compartidos dentro de la red de su plan (como los copagos, el coseguro y los deducibles). **No se le puede** facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que puede recibir cuando se encuentre en una condición estable, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos de estos servicios que se le brindan después de su estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, ciertos proveedores podrían estar fuera de la red. En estos casos, la cantidad mayor que estos proveedores pueden facturarle es la cantidad de costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto aplica a los servicios de medicina, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, de un cirujano asistente, un hospitalista o un especialista en pacientes críticamente enfermos. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no** le pueden pedir que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos.

Si recibe otros servicios en estas instalaciones fuera de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le requerirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco quiere recibir atención fuera de la red. Usted puede elegir a un proveedor o instalación que pertenezca a la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldos, usted también cuenta con las siguientes protecciones:

- Usted es el único responsable de pagar sus costos compartidos (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o la instalación perteneciera a la red). Su plan médico pagará directamente cualesquier gastos adicionales a los proveedores y a las instalaciones fuera de la red.
- Por lo general, su plan debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin requerirle obtener la aprobación anticipada de los servicios (también conocida como "autorización previa").
 - Cubrir los servicios de emergencia proporcionados por proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted debe al proveedor o a la instalación (costos compartidos) en lo que pagaría a un proveedor o en una instalación dentro de la red, y mostrarle esta cantidad en su explicación de los beneficios.
 - Considerar cualquier cantidad que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y su límite de gastos del bolsillo dentro de la red.

Si cree que lo facturaron erróneamente, tiene disponibles los siguientes información y recursos que lo ayudarán a entender sus derechos:

Asistencia por teléfono – Puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al (800) 985-3059 para preguntar si tiene derechos de protección contra la facturación del saldo en su situación.

Asistencia disponible en línea – También puede visitar el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de EE. UU. para [obtener más información sobre las protecciones contra las facturaciones médicas del saldo](#) y para obtener [la información de contacto del departamento estatal del seguro o de otra agencia o recurso similar en su estado](#) y saber si tiene derechos en virtud de la ley estatal aplicable. En el mapa, haga clic en su estado para ver la información de contacto.

Notice Regarding Availability of Health Insurance Exchange



Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado
OMB N.º 1210-0149

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarlo mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5% del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con Recursos Humanos.

El mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

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

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

3. Nombre del empleador Bridge Investment Group		4. Número de identificación del empleador (EIN) 45-4084424	
5. Dirección del empleador 111 East Segoe Lily Drive, Suite 400		6. Número de teléfono del empleador 801.506.1141	
7. Ciudad Salt Lake City	8. Estado UT	9. Código postal 84070	
10. Who can we contact about employee health coverage at this job? Recursos Humanos			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba)		12. Dirección de correo electrónico benefits@bridgeig.com	

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:

Todos los empleados.

Todos los empleados regulares de tiempo completo que trabajen 30 horas semanales o más.

Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes:

- En cuanto a los dependientes:

Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes:

Su cónyuge legal, pareja doméstica registrada y no registrada, y hijo (son) dependientes que son menores de 26 años y el hijo dependiente (ren) de 26 años o más que son o se incapacitan y dependen del empleado.

No ofrecemos cobertura médica.

Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite CuidadoDeSalud.gov para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita CuidadoDeSalud.gov para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

