



2026 -2027

Guía de Beneficios de Inscripción Abierta



BIENVENIDO

Nos complace ofrecerle a usted y a su familia una amplia gama de beneficios competitivos. Sus beneficios son una parte importante de su compensación total. Usted tiene la flexibilidad de elegir los beneficios que mejor se adapten a sus necesidades y a las de su familia, para que gocen de buena salud física y financiera ahora y en el futuro. Esta guía ofrece una descripción general de los beneficios disponibles para el año del plan, del 1 de agosto de 2026 al 31 de julio de 2027. Tómese el tiempo necesario para revisar estas opciones de beneficios y seleccione los planes que mejor se ajusten a sus necesidades.



Esta guía ofrece un resumen de las principales características de su paquete de beneficios. Es mucho más breve y menos técnica que los documentos legales y contratos que rigen sus beneficios. Nos hemos esforzado al máximo para garantizar la precisión de la información de este resumen; sin embargo, en caso de discrepancia, prevalecerán las disposiciones de los documentos legales del plan y los certificados de seguro.

Cuanto mejor comprenda los distintos elementos de sus beneficios, mejor preparado estará para aprovechar al máximo los beneficios que ofrecemos a usted y a su familia. Esta guía de beneficios es un recurso que responderá a las preguntas de la mayoría de los empleados. También proporcionamos los números de teléfono de los proveedores de planes de beneficios y otros contactos para que pueda gestionar sus asuntos personales de forma más eficiente. Por último, si tiene alguna pregunta adicional sobre sus beneficios o necesita ayuda, no dude en ponerse en contacto con el Departamento de Recursos Humanos o con la Agencia de Seguros Marsh McLennan.

CONTENIDO

Bienvenido.....	2
Contenido.....	3
Inscripción a través de SMBO.....	4
Aspectos destacados del programa de beneficios de 2026.....	5
Elegibilidad e inscripción	6
Resumen de beneficios médicos.....	7
Aspectos destacados del plan médico.....	8-10
HSA	11
HSA - ¿Por qué participar ?.....	12
Recursos de Imagine360.....	13
Preguntas frecuentes de Imagine360.....	14
Acceso en línea/móvil de Imagine360.....	14
Beneficios de farmacia.....	15
Acceso en línea/móvil a PCARx.....	16
Visitas virtuales.....	17
Dónde recibir atención médica	18
Aspectos destacados del plan dental.....	19
Cuenta de transferencia dental	20
Aspectos destacados del plan de visión	21
Seguro de vida básico y voluntario	22
Seguro de invalidez.....	23
Beneficios voluntarios en el lugar de trabajo	24-26
Beneficios adicionales.....	27-29
Programa de descuentos - BenefitHub.....	30
MMA Centro de soporte para miembros	30
Paquete de notificación anual sobre beneficios de salud y bienestar	31-46
Servicio e información de contacto.....	47

INSCRIPCIÓN A TRAVÉS DE SMBO (VER MIS BENEFICIOS EN LÍNEA)



**YOU MUST LOG INTO SMBO OR CALL SMBO DIRECTLY
TO MAKE YOUR ELECTIONS.**

INSCRIPCIÓN EN BENEFICIOS A TRAVÉS DE SMBO

Solo tendrá un tiempo limitado para realizar sus elecciones para el año del plan 2026-2027. Todos los materiales sobre beneficios se encuentran en www.kzpbenefits.com Por lo tanto, revise este material para obtener detalles sobre el plan y los costos.

Cuando esté listo, comuníquese con el Centro de Atención Telefónica de Beneficios para Pequeñas y Medianas Empresas (SMBO). Si es posible, utilice una computadora para que pueda ver su inscripción en tiempo real mediante la función de compartir pantalla.

Gracias de nuevo por formar parte de la familia de Keith Zars Pools.

Para obtener información sobre cómo inscribirse en los beneficios durante este período de inscripción abierta, llame al **888-650-3003 de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora central)**. Los asesores de beneficios de SMBO pueden inscribirlo directamente por teléfono.

INSCRIPCIÓN POR TELÉFONO: 888-650-3003

INSCRIBIRSE ES TAN FÁCIL COMO CONTAR
HASTA TRES.

1. Revise la información sobre los beneficios.
2. Cuando esté listo para inscribirse, llame al centro de llamadas.
3. Nuestro representante realizará su inscripción directamente por teléfono.

○ escanee el código QR para acceder al sitio web de beneficios.

Sitio web de beneficios



ASPECTOS DESTACADOS DEL PROGRAMA DE BENEFICIOS DE 2026

- ❑ ¿Cuándo es el período de inscripción abierta? 14 de julio de 2026 – 24 de julio de 2026.
- ❑ Sus beneficios entrarán en vigor el 1 de agosto de 2026.

❑ ¿Qué hay de nuevo?

- **Beneficios adicionales en el lugar de trabajo:** accidentes, enfermedades graves, indemnización hospitalaria. Beneficios ofrecidos a través de **Guardian**.
- Te inscribirás a través de See My Benefits Online (SMBO).
- Vision Network cambió su nombre a Davis Vision, anteriormente Avesis.

Administrado por Imagine360:

- **Servicios médicos:** 3 opciones de planes para elegir.
 - Elección
 - Base
 - Plan de salud de alto deducible con opción de cuenta de ahorro para la salud (HSA).

Administrado por Guardian:

- **Odontología:** 2 opciones de planes para elegir
 - DHMO
 - DPPO: Valor y NAP
- **Visión:** plan integral de beneficios de visión ofrecido por Davis Vision.
- **Seguro básico de vida y seguro por muerte accidental y desmembramiento:** El seguro básico de vida es pagado al 100% por el empleador, con un monto de beneficio de \$15,000.
- **Seguro de Vida Voluntario y Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D):** Si decide contratar un Seguro de Vida Voluntario, su Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento Voluntario será automático e igual al monto de su Seguro de Vida Voluntario.
 - También puede optar por la cobertura para su cónyuge y/o hijos dependientes.

➤ Incapacidad voluntaria a corto y largo plazo

- El seguro por incapacidad temporal reemplaza el 60% de sus ingresos semanales.
- El seguro de invalidez a largo plazo (LTD) reemplaza el 60% de sus ingresos mensuales.

- **Seguro de Accidentes Laborales (ACC), Enfermedades Graves (CI) e Indemnización Hospitalaria (HI):** Estos planes son totalmente voluntarios y no constituyen un seguro médico. Pueden ayudarle a cubrir los gastos derivados de una lesión accidental, una enfermedad o una hospitalización. La cobertura está disponible para usted y su familia.

Las tarjetas de identificación de Imagine360 y Guardian se enviarán por correo a la dirección que figura en el sistema Employee Navigator. Por favor, asegúrese de que su dirección sea correcta. Consulte la documentación del plan para obtener un resumen más detallado de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones.



Cuenta de Ahorros para la Salud: Administrada por HSABank. Ahorre dinero libre de impuestos, que puede usar para pagar sus gastos médicos de bolsillo. El saldo no utilizado se acumula año tras año, generando intereses.

Mercado de descuentos para empleados a través de BenefitHub: un mercado de descuentos con acceso a miles de increíbles descuentos y ofertas de reembolso en efectivo en viajes, restaurantes, compras, cuidado familiar, alquiler de coches, establecimientos locales favoritos y mucho más.

Mantente conectado: Centro de soporte para miembros de MMA - El Centro de Soporte para Miembros de Beneficios de Marsh McLennan Agency es su punto de contacto central para preguntas sobre beneficios.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Para participar en nuestro **programa de empleados Para acceder al Programa de Beneficios**, debe cumplir con los siguientes criterios:

- Ser un empleado de tiempo completo según se define en nuestro manual del empleado y
- Trabajar un promedio de 30 horas por semana.
- Inscribirse dentro de los primeros 80 días a partir de su fecha de contratación o durante el período de inscripción abierta anual.

Entre los dependientes que pueden optar a la cobertura se incluyen:

- Cónyuge legal (excepto para la cobertura médica).
- Los hijos dependientes menores de 26 años incluyen hijastros, hijos adoptados legalmente, hijos en proceso de adopción, hijos de acogida e hijos cuya tutela legal le haya sido otorgada a usted o a su cónyuge.
- Hijos dependientes, independientemente de su edad, siempre que sean incapaces de mantenerse por sí mismos debido a una discapacidad y dependan totalmente de usted para su sustento, tal como se indica en su declaración de impuestos.

CUÁNDO COMIENZAN LOS BENEFICIOS:

Las opciones de beneficios que usted elija serán efectivas:

Inscripción Abierta Anual	1 de agosto
Nuevo empleado	Primer domingo después de 80 días de empleo continuo.

CUANDO FINALIZAN LOS BENEFICIOS:

Su cobertura de beneficios finalizará el:

- Tu jornada laboral habitual se reduce por debajo del mínimo de horas necesarias para recibir prestaciones.
- Su relación laboral actual finaliza.
- Durante una licencia sin goce de sueldo, usted deja de pagar su parte de la cobertura.
- **médica** finaliza el último día de empleo. **Las prestaciones voluntarias** finalizan el último día del mes en que termina su relación laboral o cuando deja de cumplir los requisitos.

Si usted cubre a sus dependientes, la cobertura de beneficios finaliza al mismo tiempo que finaliza el beneficio del empleado.

- Un niño deja de tener derecho a prestaciones a los 26 años. En el caso de la cobertura médica, esta finaliza en su fecha de nacimiento; en el caso de la cobertura dental y oftalmológica, la cobertura del niño finaliza a fin de mes.

MODIFICACIÓN DE LAS PRESTACIONES DESPUÉS DE LA INSCRIPCIÓN

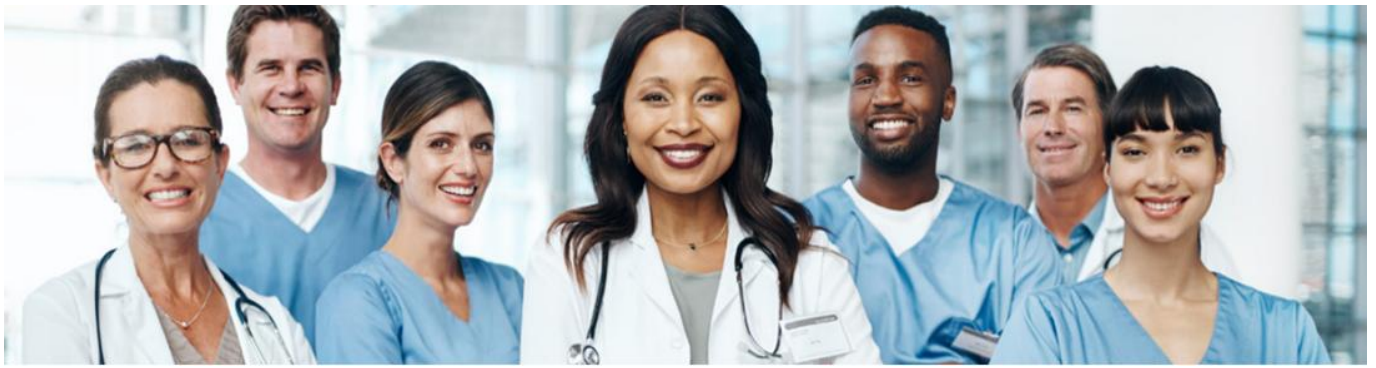
Durante el año, no podrá modificar sus opciones a menos que ocurra un Evento de Vida que lo justifique (vea los ejemplos a continuación). Si se presenta alguno de los siguientes eventos, deberá comunicarse con Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores y estar preparado para proporcionar la documentación necesaria para actualizar su cobertura.

Algunos ejemplos de eventos clasificatorios son:

- Cambio en su estado civil legal.
- Cambio en el número de personas a su cargo (por ejemplo: nacimiento, adopción o si un niño deja de ser una persona a cargo que cumple los requisitos).
- Fallecimiento del cónyuge o de un hijo.
- Cambio en la situación laboral de su cónyuge.
- Cambio de estatus de tiempo completo a tiempo parcial o de tiempo parcial a tiempo completo.
- Orden de manutención infantil por motivos médicos (QMCSO, por sus siglas en inglés) o cambio legal de custodia.

La regulación del IRS no permite cambios en las elecciones de beneficios fuera de su período de inscripción de nuevo empleado o inscripción abierta, **A MENOS QUE experimente un evento de vida calificado.**





RESUMEN DE BENEFICIOS MÉDICOS



Los empleados elegibles pueden elegir entre tres **Imagine360**. Planes médicos. Cada plan cubre los mismos servicios e incluye todos los beneficios y características esenciales exigidos por ley; sin embargo, el costo anual total (deducciones de nómina más gastos de bolsillo) variará según el plan. A continuación, se presenta una descripción general de las similitudes y diferencias entre los planes. Encontrará información más detallada sobre cada plan en la página siguiente.

	CHOICE	BASE	HDHP
Atención preventiva sin costo	✓	✓	✓
Copago para ver a un médico	✓	✓	incógnita
Copago por recetas médicas	✓	✓	incógnita
Beneficios fuera de la red	✓	✓	✓
No se necesitan referencias	✓	✓	✓

DEDUCCIONES SEMANALES 2026-2027

	CHOICE	BASE	HDHP
Solo para empleados	\$89.72	\$35.60	\$22.92
Empleado y su(s) hijo(s)	\$166.70	\$123.91	\$91.47

*Los cónyuges no son elegibles para la cobertura médica.

ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN MÉDICO CHOICE

A continuación, se presenta un resumen general de las similitudes y diferencias entre los planes. Consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura, disponible en el Navegador del Empleado, para obtener una lista de los beneficios, exclusiones y limitaciones .

		DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
LO QUE PAGAS		Proveedores de Imagine360	Proveedores que no utilizan Imagine360
Deducible por año calendario (Individual / Familiar)		\$2,250 / \$4,500	\$2,815 / \$5,630
Coaseguro (la aseguradora paga / usted paga)		85% / 15%	80% / 20%
Límites de gastos de bolsillo (Individuales / Familiares)		\$5,760 / \$11,520	\$8,280 / \$16,560
Compatible con HSA		NO	
SERVICIOS MÉDICOS			
Atención preventiva		100%	
Visita al consultorio médico		Copago de \$20	Copago de \$25
Visita al consultorio del especialista		Copago de \$40	Copago de \$65
Clínicas minoristas RediClinics, MinuteClinics, Take Care, etc.		Copago de \$20	Copago de \$25
Consulta de telesalud/telemedicina Solo con el proveedor del plan		Atención de urgencias y emergencias virtuales: sin costo. Atención primaria virtual: copago de \$20 Servicios virtuales de salud mental: copago de \$20	
Centros de atención de urgencia		Copago de \$50	Copago de \$150
KIS Imagine Beneficio Radiológico Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones (PET)		Copago de \$100	
Todos los demás laboratorios/radiografías ambulatorias del hospital o Instalación independiente/Laboratorio independiente		15% después del deducible	20% después de la deducción
Sala de urgencias / Médico / Ambulatorio		Copago de \$500 por visita; Se exime del deducible del coseguro del 15%.	Copago de \$500 por visita; Coseguro del 15%; deducible exento
Hospital para pacientes internos y ambulatorios		15% después del deducible	20% después de la deducción
SERVICIOS DE FARMACIA - Los gastos de recetas se aplican para cubrir los gastos de bolsillo de los proveedores que no pertenecen a Imagine360 .			
LOS MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS NO ESTÁN CUBIERTOS.		En HEB (lo que sea mayor)	En farmacia no preferida (el que sea mayor)
30 días:	Nivel 1 Genérico	\$10	\$40
	Nivel 2 Preferido	\$200 o el 20% hasta \$600	\$250 o el 20% hasta \$750
	Nivel 3 No Preferido	\$300 o 25% hasta \$850	\$350 o el 25% hasta \$1,000
31 – 90 días:	Nivel 1 Genérico	\$30	\$120
	Nivel 2 Preferido	\$600 o el 20% hasta \$1,800	\$750 o el 20% hasta \$2,250
	Nivel 3 No Preferido	\$900 o el 25% hasta \$2,550	\$1,050 o el 25% hasta \$3,000
Correo	Amazon 90 días: copago doble para medicamentos genéricos y copago triple para medicamentos de marca.		

Este plan es anual. Todos los deducibles y gastos máximos de bolsillo se restablecen el 1 de enero de cada año.

Al alcanzar el gasto máximo anual de bolsillo correspondiente, los gastos médicos y de medicamentos recetados cubiertos por Imagine Health y otros planes se pagan al 100 % durante el resto del año calendario.

ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN MÉDICO BÁSICO

A continuación, se presenta un resumen general de las similitudes y diferencias entre los planes. Consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura, disponible en el Navegador del Empleado, para obtener una lista de los beneficios, exclusiones y limitaciones.

		DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
LO QUE PAGAS		Proveedores de Imagine360	Proveedores que no utilizan Imagine360
Deducible del año calendario (Individual/Familiar)		\$2,700 / \$5,400	\$3,375 / \$6,750
Coaseguro (la aseguradora paga / usted paga)		80% / 20%	70% / 30%
Límites de gastos de bolsillo (Individuales / Familiares)		\$6,900 / \$13,800	\$8,280 / \$16,560
Compatible con HSA		NO	
SERVICIOS MÉDICOS			
Atención preventiva		100%	
Visita al consultorio médico		Copago de \$20	Copago de \$25
Visita al consultorio del especialista		Copago de \$40	Copago de \$65
Clínicas minoristas RediClinics, MinuteClinics, Take Care, etc.		Copago de \$20	Copago de \$25
Consulta de telesalud/telemedicina Solo con el proveedor del plan		Atención de urgencias y emergencias virtuales: sin costo. Atención primaria virtual: copago de \$20 Servicios virtuales de salud mental: copago de \$20	
Centros de atención de urgencia		Copago de \$50	Copago de \$150
KIS Imagine Beneficio Radiológico Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones (PET)		Copago de \$100	
Todos los demás laboratorios/radiografías ambulatorias del hospital o Instalación independiente/Laboratorio independiente		15% después del deducible	20% después de la deducción
Servicio de urgencias / Médico / Ambulatorio		Copago de \$500 por visita; Se exime del deducible del coaseguro del 20%.	Copago de \$500 por visita; Coaseguro del 20%; deducible exento
Hospital para pacientes internos y ambulatorios		15% después del deducible	20% después de la deducción
SERVICIOS DE FARMACIA - Los gastos de recetas se aplican para cubrir los gastos de bolsillo de los proveedores que no pertenecen a Imagine360 .			
LOS MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS NO ESTÁN		En HEB (lo que sea mayor)	En la farmacia no preferida (la que sea mayor)
30 días:	Nivel 1 Genérico	\$10	\$40
	Nivel 2 Preferido	\$200 o el 20% hasta \$600	\$250 o el 20% hasta \$750
	Nivel 3 No Preferido	\$300 o 25% hasta \$850	\$350 o el 25% hasta \$1,000
31 – 90 días:	Nivel 1 Genérico	\$30	\$120
	Nivel 2 Preferido	\$600 o el 20% hasta \$1,800	\$750 o el 20% hasta \$2,250
	Nivel 3 No Preferido	\$900 o el 25% hasta \$2,550	\$1,050 o el 25% hasta \$3,000
Correo	Amazon 90 días: copago doble para medicamentos genéricos y copago triple para medicamentos de marca.		

Este plan es anual. Todos los deducibles y gastos máximos de bolsillo se restablecen el 1 de enero de cada año.

Al alcanzar el gasto máximo anual de bolsillo correspondiente, los gastos médicos y de medicamentos recetados cubiertos por Imagine Health y otros planes se pagan al 100 % durante el resto del año calendario.

ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN MÉDICO HDHP/HSA

A continuación, se presenta un resumen general de las similitudes y diferencias entre los planes. Consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura, disponible en el Navegador del Empleado, para obtener una lista de los beneficios, exclusiones y limitaciones .

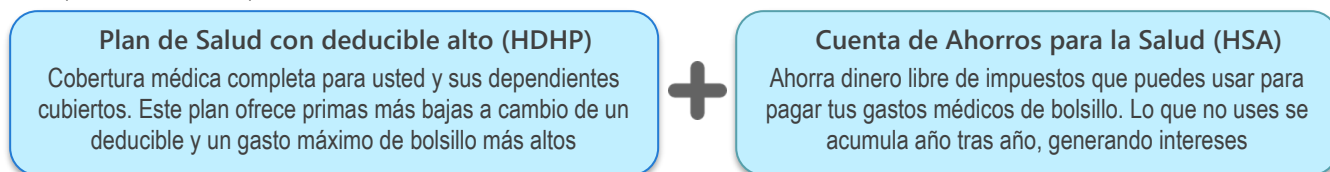
 imagine360 LO QUE PAGAS		DENTRO DE LA RED		FUERA DE LA RED
		Proveedores de Imagine360		Proveedores que no utilizan Imagine360
Deducible del año calendario (Individual/Familiar)		\$6,500 / \$13,000		\$9,200 / \$16,600
Coaseguro (la aseguradora paga / usted paga)		100% / 0%		100% / 0%
Límites de gastos de bolsillo (Individuales / Familiares)		\$6,500 / \$13,000		\$9,200 / \$16,600
Compatible con HSA		Sí		
SERVICIOS MÉDICOS				
Atención preventiva		100%		
Visita al consultorio médico		0% después de la deducción	0% después de la deducción	
Visita al consultorio del especialista		0% después de la deducción	0% después de la deducción	
Clínicas minoristas RediClinics, MinuteClinics, Take Care, etc.		0% después de la deducción	0% después de la deducción	
Consulta de telesalud/telemedicina Solo con el proveedor del plan		Atención de urgencias y emergencias virtuales: Tarifa de consulta de \$10 Atención primaria virtual: \$0 después del deducible de Imagine. Servicios virtuales de salud mental: \$0 después del deducible de Imagine.		
Centros de atención de urgencia		0% después de la deducción	0% después de la deducción	
KIS Imagine Beneficio Radiológico Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones (PET)		0% después de la deducción	0% después de la deducción	
Todos los demás laboratorios/radiografías ambulatorias del hospital o Instalación independiente/Laboratorio independiente		0% después de la deducción	0% después de la deducción	
Servicio de urgencias / Médico / Ambulatorio		0% después de la deducción	0% después de la deducción	
Hospital para pacientes internos y ambulatorios		0% después de la deducción	0% después de la deducción	
SERVICIOS DE FARMACIA : Los gastos de recetas se aplican para cubrir los gastos de bolsillo de los proveedores que no pertenecen a Imagine360.				
LOS MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS NO ESTÁN CUBIERTOS.		En HEB		En farmacias no preferidas
30 días:	Nivel 1 Genérico Nivel 2 Preferido Nivel 3 No Preferido	0% después de la deducción		0% después de la deducción
31 – 90 días:	Nivel 1 Genérico Nivel 2 Preferido Nivel 3 No Preferido	0% después de la deducción		0% después de la deducción
Correo	0% después de la deducción			

Este plan es anual. Todos los deducibles y gastos máximos de bolsillo se restablecen el 1 de enero de cada año.

Al alcanzar el gasto máximo anual de bolsillo correspondiente, los gastos médicos y de medicamentos recetados cubiertos por Imagine Health y otros planes se pagan al 100 % durante el resto del año calendario.



Keith Zars Pools ofrece una [Plan de salud con deducible alto \(HDHP\)](#) como opción de plan médico. El HDHP **combina un plan médico importante y una cuenta de ahorros personal con ventajas fiscales** conocida como [Cuenta de Ahorros para la Salud \(HSA\)](#) . Estas cuentas funcionan en conjunto para brindar cobertura médica y una forma de pagar sus gastos médicos, dentales, de la vista y otros costos elegibles de su bolsillo, libres de impuestos. La siguiente tabla explica los dos componentes del plan.



¿QUIÉNES ESTÁN CUBIERTOS? Usted, su cónyuge legal y sus dependientes fiscales .

¿QUIÉNES CALIFICAN/SON ELEGIBLES PARA UNA HSA ? Cualquier persona puede calificar si cumple con los siguientes requisitos:

- Inscrito en un plan de salud de alto deducible (HDHP) elegible para una cuenta de ahorro para la salud (HSA).
- Menor de edad 65,
- No puede ser declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona. devolver.
- Cubierto por un plan de salud con deducible alto y **NO** cubierto por ningún otro tipo de plan de seguro médico (es decir, una cuenta de gastos flexibles de salud ya sea del titular de la cuenta o del cónyuge del titular).
- No recibir Medicare (Parte A, B o D) ni Seguridad Social beneficios,
- No está inscrito en Tricare.
- No haber recibido beneficios médicos de la Administración de Veteranos (en los últimos tres meses)

CONTRIBUCIONES MÁXIMAS DE LA CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD

HSA indexado anualmente – Año calendario 2026		Individual	Familia
Contribución anual máxima, independientemente del monto deducible bajo el plan de salud de alto deducible (HDHP).		\$4,400	\$8,750
Disposición máxima de recuperación para personas mayores de 55 años: \$1,000 por cuenta elegible.		\$5,400	\$9,750
!!!TRIPLE AHORRO FISCAL!!!			
1. No pagas impuestos federales sobre las contribuciones a nuestra HSA.	2. Las ganancias por intereses e inversiones están exentas de impuestos.	3. Las distribuciones están exentas de impuestos cuando se utilizan para gastos médicos calificados.	

Estos fondos te pertenecen... ¡PARA SIEMPRE !

- Esta es tu cuenta bancaria sin restricciones de año de plan ni la opción de "úsalo o piérdelo".
- Ahorra tu dinero, reembolsa tus gastos cuando los necesites e invierte para tu futuro.
- Puedes aumentar, disminuir, detener e iniciar tus aportaciones en cualquier momento.
- Puedes seguir aportando año tras año y realizar retiros (siempre que estés inscrito en un plan de salud de alto deducible) en cualquier momento.
- Ya sea que retire el dinero mañana, dentro de cinco años o durante su jubilación, los fondos utilizados para gastos médicos calificados siempre están libres de impuestos.

¿QUÉ ESTÁ CUBIERTO?

Puedes usar el dinero libre de impuestos para pagar gastos elegibles como:

- Copagos y deducibles
- Recetas
- Cuidado dental
- Lentes de contacto y gafas
- Cirugía ocular con láser
- Ortodoncia
- Atención quiropráctica
- Audífonos

Nota: Una cuenta HSA también permite el reembolso de los gastos de atención a largo plazo, las primas de Medicare y las primas de COBRA.

Para obtener una lista completa de los gastos cubiertos, visite: hsabank.com/QME o <http://www.irs.gov/publications/p502/index.html>

¿Cómo me inscribo en la Cuenta de Ahorro para la Salud?

1. Debe cumplir con los requisitos de la HSA antes de poder abrir una cuenta HSA.
2. Podrá seleccionar la cantidad que desea que se aporte a su cuenta HSA en Employee Navigator.
3. KZP proporcionará su información de inscripción a [HSABank](#).
4. Una vez [Banco HSA HSABank](#) recibe su información Enviaremos un paquete de bienvenida y una tarjeta de débito por correo a la dirección registrada en Employee Navigator.

¿Cómo puedo transferir el saldo de mi cuenta HSA existente de mi empleador o banco anterior?

- Puede descargar el formulario de transferencia de HSA desde el sitio web para miembros en <https://www.hsabank.com>. Complete [el](#) formulario y siga las instrucciones para su envío.

Si mi cónyuge tiene una cuenta FSA con su empleador, ¿puedo inscribirme en una cuenta HSA?

- No. Si usted y su cónyuge presentan la declaración de impuestos juntos, el IRS establece que no pueden tener una FSA y una HSA.

Descubra un plan de beneficios que le permite ser dueño de su salud y su patrimonio.

¿Listo para inscribirte? Descubre lo que un plan de salud elegible para HSA y una HSA pueden hacer por ti. Da el primer paso en hsabank/discover o escanea el código QR.



Si tiene preguntas, llame al teléfono de Servicios para Miembros: 800-357-6246

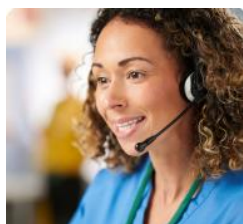
Acceda al sitio web para miembros en: <https://www.hsabank.com>

Crear una cuenta de miembro en: <https://account.hsabank.com/#/auth/login?partner=15>

RECURSOS DE IMAGINE360

Imagine360 Hemos diseñado una mejor solución de plan de salud que le ayuda a usted y a su familia a aprovechar al máximo su cobertura. Tendrá acceso a recursos en línea a través de su portal de miembro, fácil de usar. Además, contará con un equipo de expertos y asesores siempre disponibles, incluyendo enfermeras capacitadas que pueden responder preguntas generales y ayudarle a explorar sus opciones de atención médica.

La Orientación Integral en Salud le ayudarán a encontrar y comparar proveedores según indicadores de calidad, costo y otros datos. Acceda a información útil y actualizada en tiempo real, líder en el sector, en su sitio web.



Apoyo clínico y de salud: Profesionales médicos y consejeros autorizados le ayudarán a controlar afecciones médicas crónicas como la diabetes, el asma y las enfermedades cardíacas. También le explicarán cualquier diagnóstico o plan de tratamiento nuevo, gestionarán su medicación e incluso programarán citas.

Ayuda con problemas relacionados con prestaciones y reclamaciones.

Imagine360 Contamos con asesores disponibles para ayudarle a encontrar proveedores, responder preguntas sobre beneficios y resolver cualquier problema relacionado con reclamaciones y facturación.

Preguntas: llame a **Imagine360** para obtener ayuda al 1-800-903-4360 o visite www.imagine360.com.

TRABAJANDO JUNTOS EN CUESTIONES DE RECLAMACIONES Y FACTURACIÓN.

Imagine360 Parte

- Una vez que consulte con un médico, los asesores revisarán minuciosamente su reclamación para asegurarse de que sea precisa y no exceda el monto permitido por su plan.
- Si la factura contiene errores o cobros excesivos, los defensores notificarán al proveedor y enviarán un pago ajustado. (En la mayoría de los casos, el pago es aceptado).
- Si recibe una factura con saldo pendiente después de que se haya realizado ese pago, **Imagine360** Proporcionará un equipo especializado de expertos en defensa de intereses, que incluirá apoyo legal, para resolver el problema.



Tu parte

- Compare la(s) factura(s) de su proveedor con su Explicación de Beneficios (EOB) para conocer el monto que debe.
- Si recibe una factura con saldo pendiente, notifique a **Imagine360** al 800-903-4360.
- Envíe la factura inmediatamente a **Imagine360** si no coincide.
 - Correo electrónico – bb@imagine360.com
 - Fax – 888-560-2447
 - Correo – 1550 Liberty Ridge Dr., Wayne, PA 19087
- Esté atento a cualquier otra factura o correspondencia (por ejemplo, llamada, correo electrónico o carta) de su proveedor que **Imagine360** pueda necesitar conocer o revisar.

PREGUNTAS FRECUENTES



Mi proveedor de atención médica no reconoce mi tarjeta de identificación médica. ¿Qué debo hacer?

Dígale al personal de la oficina del proveedor que llame al número que aparece en su tarjeta de identificación de beneficios para verificar su cobertura y elegibilidad. Puede llamarnos a ese mismo número si tiene alguna dificultad.

¿Qué significa que mi plan de salud incluya protección de precios?

[Imagine360](#) ayuda a reducir sus gastos de bolsillo mediante

Revisamos sus reclamaciones médicas para asegurarnos de que solo pague lo justo y razonable. Si alguna vez le facturan más de lo que le corresponde pagar de su bolsillo, según lo indicado en su Resumen de Beneficios, o si tiene alguna pregunta sobre una factura, llame a [Imagine360](#) de inmediato .

¿Qué debo hacer en caso de emergencia médica?

Si tiene una emergencia médica y un centro está haciendo Si le resulta difícil obtener tratamiento inmediato, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación de beneficios e Imagine360 se pondrá en contacto con un representante del centro .

¿Qué tipos de facturas médicas se revisan?

[Imagine360](#) analiza los costos de hospitales, centros de cirugía ambulatoria y residencias de ancianos especializadas.

¿Qué ocurre si el proveedor me pide que pague el procedimiento por adelantado?

El único gasto de bolsillo que debe pagar en el momento del servicio es un copago o deducible (si corresponde). Llame a [Imagine360](#) para confirmar estos montos o dígame a [Imagine360](#) si el centro no realizará el tratamiento sin pago.

Recibí una factura del proveedor que no coincide con mi explicación de beneficios. ¿Qué debo hacer?

A veces, un proveedor puede facturarle cargos que exceden los límites permitidos de su plan. Esto se llama "factura de saldo". Si recibe una factura de saldo, llame a [Imagine360](#) para resolverla en su nombre. Es muy importante que envíe inmediatamente a [Imagine360](#) Recibirás todas las facturas y notificaciones que recibas para que puedan empezar a trabajar en tu nombre de inmediato. Te mantendremos informado durante todo el proceso.

ACCESO EN LÍNEA/MÓVIL - IMAGINE360

Utilice el portal seguro para miembros de [miBenefits Portal](#) para obtener acceso inmediato las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a información sobre salud y bienestar, como reclamaciones y beneficios del plan, saldos de deducibles y mucho más.

Regístrese en el Portal

Cuando su plan esté activo, visite: miBenefits.imagine360.com.

1. Haga clic en "Inscribirse aquí."
2. Elija "Miembro."

Descargue la App del Portal

Gestione sus beneficios en cualquier momento y lugar.

Descargue la app gratuita "I360 miBenefits."

Escanee aquí para registrarse en el portal.



Infórmese sobre sus beneficios

Gestión de tarjetas de identificación

Encuentra proveedores adecuados para ti

Obtenga una instantánea del gasto en atención médica

Ver información sobre almejas y beneficios

Administrar su información personal

BENEFICIOS DE FARMACIA



PCA Rx Gestiona sus beneficios farmacéuticos. El programa de farmacia ofrece venta al público, entrega a domicilio y asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través del portal del paciente .

FORMAS DE AHORRAR DINERO EN SUS RECETAS MÉDICAS

Red de farmacias minoristas : Acceda a una sólida red nacional de farmacias, que incluye la mayoría de las principales cadenas de farmacias y muchas farmacias locales. Pagará un copago menor al surtir sus recetas en **HEB** .

- Copago de \$10 por un suministro de 30 días de recetas genéricas surtidas en **Pharmacy**
- Copago de \$30 por un suministro de 90 días de recetas genéricas surtidas en **Pharmacy**
- Ahorre dinero transfiriendo su receta a HEB: en persona, en línea en heb.com/pharmacy/transfer o por teléfono.

Servicio de entrega a domicilio: Su plan de beneficios incluye dos servicios de entrega a domicilio.

➤ Farmacia de Amazon

- o Copago de \$20 por un suministro de medicame **amazon pharmacy** 90 días surtido en
- o Regístrese fácilmente en línea en www.amazon.com/homedelivery-meds. Ten a mano tu tarjeta de identificación de miembro para RxBIN y RxPCN3.
- o Su médico puede enviarle sus recetas por:

E-Scribe : Farmacia Amazon 001	Fax : 1-512-884-5981	Teléfono : 855-206-3605, presione 1 (solo para quienes recetan medicamentos)
---------------------------------------	-----------------------------	---
- o Preguntas: llame al **servicio de atención al cliente de Amazon Pharmacy** al 1-855-745-5725 .

➤ Mark Cuban Cost Plus Drug Company

- o Copago de \$0 para recetas de medicamentos **genéricos** surtidas en 
- o Cientos de medicamentos comunes a los precios más bajos posibles, enviados directamente a su domicilio .
- o Visite www.costplusdrugs.com/medications/ para los medicamentos disponibles.
 1. Encuentra tu medicamento
 2. Crea tu cuenta [en costplusdrugs.com/create-account/](http://en.costplusdrugs.com/create-account/)
 3. Pídele a tu médico que envíe las nuevas recetas a: "Mark Cuban Cost Plus Drug Co."



¡Escanee el código QR o visite costplusdrugs.com para comenzar!

Tarjeta de Ahorro en Medicamentos Recetados: Ahorre fácilmente en su farmacia. Aceptada en las principales cadenas de farmacias del país. Aproximadamente 35,000 puntos de acceso, incluyendo CVS, Target, Walgreens, Kroger, HEB y más .

¿Cómo puedo usar mi tarjeta de ahorros?

1. Obtenga la tarjeta de ahorro para medicamentos recetados que se muestra aquí o en <https://www.savings.pcarx.com/mma>. El sitio web muestra precios y cupones para varias farmacias.
2. Muestre la tarjeta a su farmacéutico al recoger sus medicamentos.
3. ¡Ahorre hasta un 80%!



NOTA: La tarjeta no es un seguro. No aplica al deducible ni al gasto máximo de bolsillo.

ACCESO EN LÍNEA/MÓVIL -PCA RX



Portal del paciente

- Herramientas rápidas y seguras para gestionar los beneficios de los medicamentos recetados en línea o desde un dispositivo móvil.
- Consulte el formulario, el precio, el resumen de beneficios y el historial.
- Acceso cómodo en línea y móvil disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Regístrese para obtener una cuenta en <https://pcarx.myrxplan.com/login>
- Llame al 855-283-7882 o envíe un correo electrónico a info@pcarx.com
- Descarga la aplicación móvil.



Vea la cobertura, los beneficios e imprima sus tarjetas de identificación



Ver historial de reclamaciones.



Compruebe las interacciones medicamentosas.



Precio de un medicamento.



Localizar una farmacia.

APPLE STORE
(IOS)

GOOGLE PLAY STORE
(ANDRIOD)



1. Escanee el código de barras correspondiente según su dispositivo inteligente para acceder a la tienda de aplicaciones.
2. Descarga/abre la aplicación.
3. Puedes registrar tu cuenta o iniciar sesión con tu dirección de correo electrónico si ya te registraste en línea.
 - ❖ El portal del paciente estará disponible al inicio de la cobertura.

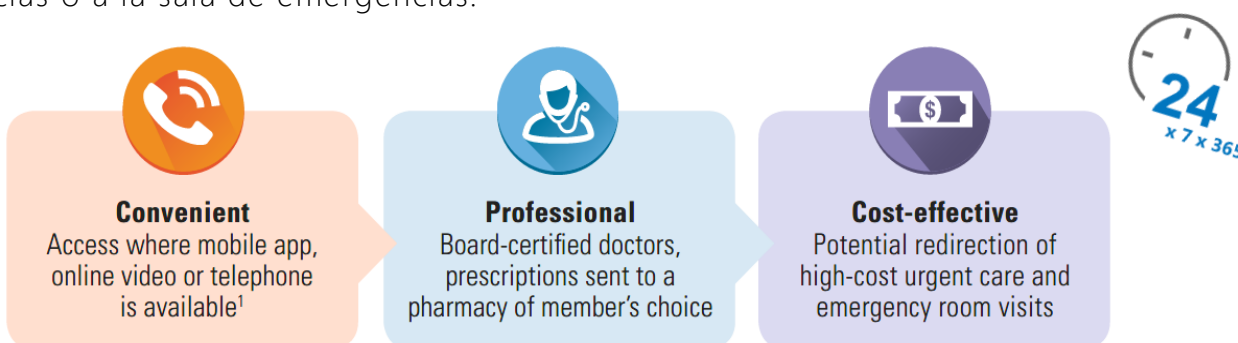


VISITAS VIRTUALES



La solución de visitas virtuales, impulsada por **Recuro Health**, permite a los miembros tener una consulta en vivo con un médico o terapeuta certificado y contratado de forma independiente. Esto puede realizarse las 24 horas del día, los siete días de la semana, por teléfono. Los terapeutas certificados están disponibles por videollamada o aplicación móvil (con cita previa).

En lugar de ir al consultorio médico, los pacientes pueden hablar desde casa, el trabajo o cualquier otro lugar. Además, una consulta virtual cuesta menos que ir a una clínica de urgencias o a la sala de emergencias.



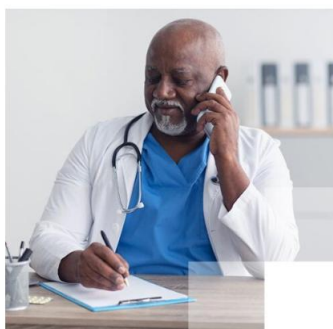
SALUD GENERAL	ATENCIÓN PRIMARIA	ORIENTACIÓN Y PSIQUIATRÍA
• Alergias • Asma • Náuseas • Infecciones de los senos paranasales • Lesiones menores	• Visitas de bienestar • Visitas de atención preventiva • Recetas • Control de peso • Manejo de afecciones crónicas	• Control de la ira • Ansiedad/Depresión • Manejo del estrés • Abuso de sustancias • Duelo/pérdida • Trastornos de la alimentación y del sueño

PARA EMPEZAR:

- Visite www.imagine360.com/telehealth o miembro.recurohealth.com
- Llama al **I360 Recurso** Línea de soporte : 888-528-4655 o 844-715-1724
- Descarga la aplicación " **Recuro Care** " en member.recurohealth.com



Escanee aquí para hacer una cita de atención



DÓNDE RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Tienes muchas opciones para recibir atención médica. Sin embargo, algunos proveedores de atención médica pueden ser más costosos que otros. Utiliza las siguientes pautas para ayudarte a decidir cuál es la mejor opción para tus necesidades médicas.



Visitas Virtuales

\$

Los médicos, enfermeras y asistentes médicos con licencia pueden diagnosticar problemas médicos que no sean de emergencia, recomendar tratamientos e incluso solicitar una receta médica en su farmacia con un copago. Disponible las 24 horas, todos los días. Llame para:

- Síntomas de resfriado y gripe
- Infecciones del tracto urinario
- Problemas de sinusitis
- Conjuntivitis

Clínicas sin cita previa

\$\$

Disponible en horario de atención en tiendas. Las clínicas sin cita previa cuentan con enfermeras practicantes o asistentes médicos que tratan afecciones menores que no son de emergencia, como:

- Esguinces
- Afecciones cutáneas leves o cortaduras
- Faringitis estreptocócica
- Infecciones comunes

Sala de emergencias

\$\$\$\$

Médicos disponibles las 24 horas, todos los días. Si tiene una situación que pone en peligro su vida o un traumatismo nocturno, acuda a urgencias. Si la situación pone en peligro su vida, llame al 911. Vaya a la sala de emergencias si está experimentando:

- Dificultad para respirar
- Cambio repentino en la visión
- Dolor en el pecho
- Debilidad repentina
- Dificultad para hablar
- Lesiones en la cabeza, los ojos o la columna vertebral

Atención de urgencias

\$\$\$

El horario suele incluir fines de semana, tardes y días festivos. Acuda a una clínica de urgencias para enfermedades más graves o lesiones que no pongan en peligro la vida y que requieran atención inmediata, como:

- Esguinces o torceduras menores
- Fracturas o cortes simples
- Cortaduras que puedan requerir puntos de sutura
- Quemaduras menores

Oficina de doctor

\$\$

Su médico conoce su historial médico y pueden colaborar para su salud a largo plazo. El horario de atención varía. Consulte a su médico para:

- Chequeos de rutina
- Atención preventiva
- Vacunas
- Tratamiento para problemas a largo plazo



¡Cuidado con las salas de emergencia independientes!

Con frecuencia lucen como una clínica de urgencias, pero el costo puede ser considerablemente mayor, con frecuencia 10 a 15 veces más caro que una de urgencias. Busque la palabra "Emergencia" en el nombre. Si aún no está seguro, pregunte al encargado de admisiones si le cobrarán un copago por sala de emergencias o por atención de urgencias.

ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN DENTAL



Todos merecen una sonrisa sana. **Keith Zars Pools Guardian** ofrece seguros dentales. Mantén a tu familia y a ti sonriendo con planes dentales asequibles que facilitan las visitas al dentista para limpiezas regulares, atención preventiva y tratamientos más complejos.

	DHMO	Plan PPO VALUE	Plan PPO NAP
Red		DentalGuard Preferred	
Beneficio anual máximo	ILIMITADO	\$1,750	\$1,750
Deducible del año calendario	NINGUNO	\$50 para empleados / \$150 para familias (Exento para servicios preventivos).	\$50 para empleados / \$150 para familias (Exento para servicios preventivos).
Servicios preventivos: Limpiezas, radiografías, selladores	Se aplican las tarifas.	0%, deducible exento	0%, deducible exento
Servicios básicos: Empastes, raspado y alisado radicular, endodoncia, extracciones simples, mantenimiento periodontal.	Se aplican las tarifas establecidas.	0% después de la deducción	20% después de la deducción
Servicios principales: Coronas, prótesis dentales, implantes, cirugía periodontal, puentes, ATM	Se aplican las tarifas.	40% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de ortodoncia:	N / A	N / A	N / A
Proveedores que no pertenecen a la red	N / A	Tabla de tarifas de red	90 de ^{lo} habitual y usual
Períodos de espera** Servicios básicos/principales		6 meses / 12 meses	6 meses / 12 meses
Vuelco máximo Límite Monto acumulado Límite máximo de vuelco	N / A	\$700 \$350 \$1,250	

Este plan es anual. Todos los deducibles y gastos máximos de bolsillo se restablecen el 1 de enero de cada año.

**Se aplica un período de espera a las solicitudes tardías. Se considera solicitud tardía a quien no se inscribe en la inscripción inicial ni durante el período de inscripción abierta.

DEDUCCIONES SEMANALES 2026-2027

	DHMO	VALOR PPO	PPO NAP
Empleado	\$3.10	\$5.76	\$5.76
Empleado y cónyuge	\$5.22	\$12.38	\$12.38
Empleado y su(s) hijo(s)	\$6.93	\$14.76	\$14.76
Empleado y familia	\$8.46	\$20.60	\$20.60

Cómo encontrar un dentista en la red

- Visite: <https://www.guardiananytime.com/fpapp/search>
- Haga clic en el tipo de plan: PPO: DentalGuard Preferred o Managed Dental Care (DHMO/Prepaid).
- Ingrese el código postal o el nombre del dentista

Encuentre un proveedor dondequiera que este.

Nuestra aplicación móvil le ayuda a encontrar dentistas y proveedores de atención oftalmológica en nuestra red Guardian y a acceder a sus tarjetas de identificación.



CUENTA DE TRANSFERENCIA MÁXIMA DENTAL

GUARDIÁN transferirá una parte de su máximo anual no utilizado a su Cuenta de Transferencia Máxima (MRA) personal . Si alcanza su Máximo Anual del Plan en años futuros, puede usar dinero de su MRA . Para calificar para la MRA , debe tener un reclamo pagado (no solo una visita) y no debe haber excedido el umbral de reclamos pagados durante el año de beneficios. Su MRA no puede exceder el límite de la MRA. Puede ver su estado de cuenta anual de la MRA que detalla su cuenta y las de sus dependientes en www.GuardianAnytime.com .

Plan Máximo Anual	Umbral (Gasto)	Monto máximo de reinversión	Límite máximo de la cuenta de reinversión
Plan de Valor máximo: \$1,750 Plan NAP máximo: \$1,750	Plan de valor máximo: \$700 Plan NAP máximo: \$700	Plan de Valor máximo: \$350 o \$500 * Plan NAP máximo: \$350 o	Plan básico máximo: \$1,250 Plan de recompra máximo: \$1,250
Reembolso máximo de reclamaciones	Monto de las reclamaciones que determina la elegibilidad para la prórroga.	Se añadirán dólares adicionales al límite máximo anual del plan para los próximos años. * Si durante el año de beneficios solo se utilizaron proveedores dentro de la red.	Plan Máximo Anual más Transferencia Máxima

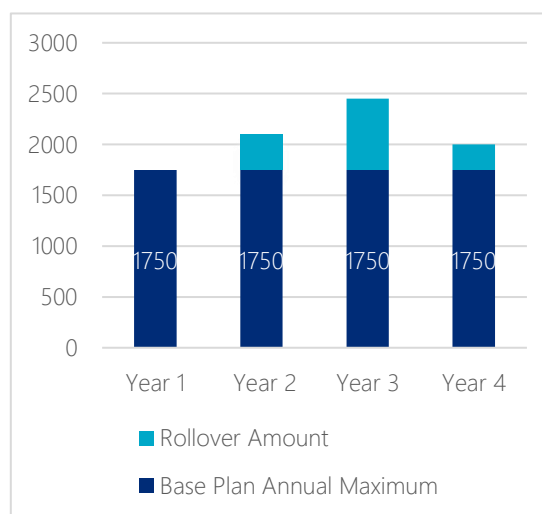
Así es como funcionan los beneficios:

Año uno: Jane seleccionó el Plan Dental PPO. Comienza con un máximo anual del plan de **\$1,750** . Ella **paga \$150** en reclamaciones dentales. Como no alcanzó el umbral de \$700, recibe **\$350**. Transferencia que se aplicará al segundo año.

Año dos : Jane ahora tiene un límite máximo anual del plan aumentado de **\$2,100** . Este año, ella presenta **\$ 50** en reclamaciones y recibe un adicional **\$350** El saldo acumulado se sumó al límite máximo anual de su plan.

Año tres : Jane ahora tiene un límite máximo anual del plan aumentado a **\$2,450** . Este año, ella presenta **\$2,200**. en reclamaciones. Todas las reclamaciones se pagan debido al monto

Cuarto año: El máximo anual del plan de Jane es de **\$2,000** (**\$1,750** Máximo anual del plan + **\$250** restante en su Cuenta de Reinversión Máxima).



ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN DE VISIÓN

Tanto si usa gafas como si tiene una vista perfecta, debe hacerse un examen de la vista anualmente. Muchas enfermedades y afecciones, como la diabetes, pueden detectarse mediante un examen ocular rutinario. A continuación, encontrará un resumen de los beneficios disponibles para usted con **Guardian**, impulsado por **Davis Vision**. Recuerde, acuda a un proveedor dentro de la red para maximizar el valor de su plan de visión.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Red de Visión	Visión Davis	N / A
Exámenes de la vista	Copago de \$0	Reembolso de hasta \$59
Lentes		
Soltero	Copago de \$10	Reembolso de hasta \$30
Bifocal	Copago de \$10	Reembolso de hasta \$50
Trifocal	Copago de \$10	Reembolso de hasta \$65
Marcos	\$150 de descuento + 20% de descuento en el saldo	Reembolso de hasta \$70
Lentes de contacto		
Estándar	Copago de \$50	N / A
Costumbre	Copago de \$75	N / A
Lentes electivos	Asignación de \$150	Reembolso de \$120
Medicamente necesario	Cubierto tras un copago de 10 dólares.	Reembolso de \$210
Evaluación y ajuste	Estándar \$50 / Personalizado \$75	Incluido en el subsidio para lentes de contacto.
Frecuencia: basada en la fecha del servicio.		
Exámenes	Un período de beneficios de un año calendario.	
Lentes de contacto	Un período de beneficios de un año calendario.	
Marcos	Un período de beneficios de un año calendario.	
Corrección de la visión con láser	Hasta un 25% de descuento sobre el promedio nacional.	N / A
Extras cosméticos	Descuentos de hasta el 45% sobre los precios de los proveedores UCR.	N / A

Descuentos adicionales no disponibles en Costco, Walmart o Sams Club.

DEDUCCIONES SEMANALES 2026-2027

	VISIÓN
Solo para empleados	\$1.46
Empleado y cónyuge	\$2.76
Empleado y su(s) hijo(s)	\$3.01
Empleado y familia	\$3.87

Cómo encontrar un proveedor de atención oftalmológica en red

- Vaya: <https://www.guardiananytime.com/fpapp/vision>
- Haga clic en Guardian Vision-Full Feature
- Ingrese su código postal

Encuentre un proveedor donde quiera que este.

Nuestra aplicación móvil le ayuda a encontrar dentistas y proveedores de atención oftalmológica en nuestra red Guardian y a acceder a sus tarjetas de identificación.



SEGURO DE VIDA BÁSICO Y VOLUNTARIO



Hablar sobre qué podría sucederle a tu familia si no estuvieras para mantenerla no siempre es fácil. El seguro de vida puede ayudarte a planificar las necesidades futuras de tu familia. Puedes consultar las primas de los seguros de vida y de accidentes (AD&D) voluntarios al inscribirte a través de Employee Navigator.

SEGURO DE VIDA Y AD&D PAGADO POR EL EMPLEADOR

Keith Zars Pools Le brindamos, **sin costo alguno**, un seguro de vida y de fallecimiento accidental. En caso de su fallecimiento, la cobertura básica de vida pagará a su(s) beneficiario(s) una prestación de **\$15,000**.

En caso de fallecimiento accidental, el/los beneficiarios(s) recibiría(n) una prestación adicional **equivalente al monto de la prestación descrita anteriormente**. Si pierde una extremidad o sufre otra discapacidad permanente como resultado de un accidente, podría tener derecho a otras prestaciones en virtud del plan de seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D). Estas prestaciones se determinan según la lesión.

Reducción de la prestación por edad tanto para la vida vitalicia como para la vida voluntaria:

35% a los 65 años, 50% a los 70, 70% a los 75 y 80% a los 80.

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO Y AD&D

Puede adquirir seguros adicionales en incrementos de **\$10,000** hasta **\$500,000**. El problema de la garantía es **\$200,000**.

Los **cónyuges** pueden inscribirse en incrementos de **\$5,000** hasta un máximo de **\$250,000** pero **sin exceder el 50%** del seguro de vida que usted eligió para sí mismo. La emisión de garantía para un cónyuge es **\$25,000**. **El seguro de vida voluntario para el cónyuge se basa en la edad del empleado y finaliza a los 70 años**.

Niños : También puede comprar hasta **\$10,000** póliza para sus hijos por **\$5,000** incrementos.

- Desde el nacimiento hasta los 14 días, el costo es **de \$500**.
- Desde los 14 días hasta los 26 años, el 100% del monto elegido.

Tenga en cuenta que la prima infantil cubre a todos los niños.

PORTABILIDAD Y CONVERSIÓN - Los beneficios básicos y voluntarios del seguro de vida permiten opciones de portabilidad o conversión en caso de que deje **Keith Zars Pools**. Si le interesa, póngase en contacto con su departamento de Recursos Humanos para obtener más información.

ELECCIÓN ANUAL: Después de inscribirse por primera vez en el Seguro de Vida Voluntario para Empleados, puede optar por **augmentar** el monto de su seguro de vida voluntario hasta **un máximo de \$50,000** o el monto de emisión garantizada. Esta opción está disponible una vez al año durante el período de inscripción al seguro de vida voluntario. No se requerirá comprobante de asegurabilidad a menos que el monto del seguro supere los \$50,000.00 para la elección anual.

PRUEBA DE ASEGURABILIDAD : los empleados que opten por un importe superior al de la emisión garantizada deberán completar un **formulario de prueba de asegurabilidad**.

- Si no se inscribe en el seguro de vida voluntario cuando sea elegible por primera vez, se le considerará un **solicitante tardío**. Los solicitantes tardíos deben completar un **Formulario de prueba de asegurabilidad** por cualquier cantidad elegida en una fecha futura.
- El **Formulario de prueba de asegurabilidad** Puede completarse en línea. El enlace se publicará en Employee Navigator. El enlace es **guardiananytime.com/eoi**.

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO: Por favor, verifique que la información de su beneficiario sea correcta y esté actualizada. Puede actualizarla en Employee Navigator durante todo el año. En caso de su fallecimiento, el pago de la póliza se realizará según la designación de beneficiario más reciente. Puede designar beneficiarios principales y secundarios. Usted es el beneficiario de la cobertura de Vida y Accidentes y Muerte Accidental (AD&D) para sus dependientes.

NOTA: Debido a restricciones legales, los menores de edad no pueden recibir la prestación por fallecimiento directamente. Se recomienda constituir un fideicomiso a nombre del menor, designado como beneficiario.



Lo inesperado puede ocurrir en cualquier momento. El seguro de invalidez garantiza su salario y le brinda tranquilidad a usted y a su familia si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión fuera del trabajo. **Keith Zars Pools** Ofrece a sus empleados elegibles a tiempo completo la oportunidad de inscribirse en un seguro voluntario de incapacidad a corto y/o largo plazo. Puede consultar las primas de su seguro de incapacidad a corto y largo plazo al inscribirse a través de Employee Navigator.

INCAPACIDAD TEMPORAL VOLUNTARIA (STD)

Esta cobertura proporciona un ingreso **semanal** si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión. Nuestra póliza de incapacidad temporal reemplazará **el 60%** de sus ingresos semanales hasta **\$1,000** por semana durante un máximo de **12 semanas**.

Usted tiene derecho a recibir el pago de prestaciones a partir del octavo día en caso de accidente o enfermedad.

La póliza STD tiene una limitación **de condición preexistente** de 3/12. Retrospectiva de 3 meses con una exclusión de 12 meses.

INCAPACIDAD VOLUNTARIA A LARGO PLAZO (LTD)

Si su discapacidad dura más de **90 días**, este plan le proporcionará un ingreso **mensual de reemplazo** equivalente al **60%** de sus ingresos previos a la discapacidad. Nuestra póliza LTD reemplazará **hasta \$6,000**, y hasta un período máximo de beneficios de 2 años o hasta los 70 años de edad.

La póliza LTD **tiene una limitación de condición preexistente** de 3/12. Retrospectiva de 3 meses con una exclusión de 12 meses.

CONDICIÓN PREEXISTENTE: Si ha recibido tratamiento, diagnóstico o ha tomado medicamentos para una afección debilitante dentro de los **3 meses** posteriores a su inscripción, podría quedar excluido de recibir beneficios por discapacidad para dicha afección durante un máximo de **12 meses**. Una vez que haya estado inscrito en el plan por más de un año, esta restricción ya no se aplica.

Tenga en cuenta que, mientras se verifica la preexistencia de una condición médica, Guardian le pagará dos semanas de beneficios si se determina que dicha condición aplica. **No** tendrá que devolver el beneficio.

PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD

- Si no se inscribe en un seguro voluntario a corto o largo plazo cuando sea elegible por primera vez, se le considerará un **solicitante tardío**. Los solicitantes tardíos deben completar un [formulario de prueba de asegurabilidad](#). El [formulario de prueba de asegurabilidad](#) Puede completarse en línea. El enlace se publicará en Employee Navigator. El enlace es guardiananytime.com/eoi.
- Asegúrese de indicar qué cobertura está eligiendo.

¡IMPORTANTE! Si está recibiendo una indemnización por accidente laboral, no podrá recibir prestaciones por incapacidad temporal.

BENEFICIOS VOLUNTARIOS EN EL LUGAR DE TRABAJO



Seguro contra accidentes Esta póliza complementa su cobertura médica y le proporciona una prestación económica por las lesiones que usted o un familiar asegurado sufran en un accidente. Esta prestación puede utilizarse para pagar gastos médicos de bolsillo, complementar sus gastos diarios y cubrir los periodos de baja laboral sin remuneración .



RESUMEN DE BENEFICIOS		Un plan de emergencia
Cobertura de accidentes	Fuera de servicio	
Muerte accidental y desmembramiento (Suma principal -PS)	Empleado Cónyuge Dependiente	\$20,000 \$10,000 \$5,000
Ejemplos de beneficios: todos dependen del tipo específico de lesión y del lugar de la lesión.		
Lesiones accidentales	Fracturas, dislocaciones, quemaduras, conmoción cerebral, coma, laceraciones, rotura de dientes, lesiones oculares.	\$25 - \$15,000
Accidente - Servicios y tratamientos médicos	Ambulancia, Urgencias, Servicios no urgentes, Seguimiento médico, Terapia, Pruebas médicas, Aparatos médicos, Transporte, Prótesis, Cirugía, etc.	\$50 - \$2,500
Beneficios hospitalarios	Admisión / UCI, Hospitalización (hasta 365 días por accidente) Unidad de cuidados intensivos (UCI) de internamiento (15 días por accidente) Rehabilitación en régimen de confinamiento (hasta 15 días)	\$1,000 / \$2,000 \$250 por día 500 dólares al día \$100 por día
Otros beneficios		
Beneficio de transporte Beneficio de alojamiento Deporte organizado infantil Beneficio para el bienestar	3 viajes por accidente Hasta 30 noches por accidente Aumento del 25% en la prestación por hijo a cargo. \$50/año	\$300 por día \$125 por noche

DEDUCCIONES SEMANALES 2026-2027

	Accidente
Empleado	\$2.37
Empleado y cónyuge	\$3.97
Empleado y su(s) hijo(s)	\$4.19
Empleado y familia	\$5.79

Submitting your wellness benefit claim is easy:

- Go to guardianlife.com and select "Log in" to register or access your account.
- Under "Your tasks," click "Start a claim," scroll down to select Wellness, and "Submit your Wellness claim online."
- Complete or verify the Member information.
- Complete the Wellness information.
- Review a summary of the information entered and confirm its accuracy.
- Submit the claim.

BENEFICIOS VOLUNTARIOS EN EL LUGAR DE TRABAJO



Enfermedad crítica La póliza de seguro proporciona una prestación en efectivo de suma global al diagnosticarse una enfermedad grave como un ataque cardíaco, un derrame cerebral o cáncer. Esta prestación puede utilizarse para pagar gastos de bolsillo o para complementar el costo de vida diario.



RESUMEN DE BENEFICIOS	
Cantidad de volumen de empleados	Elija entre \$10,000 y \$20,000.
Cantidad del volumen del cónyuge	De \$5,000 a \$10,000 (hasta el 50% del beneficio del miembro)
Cantidad de volumen del niño	25% del capital principal del empleado
Beneficio de bienestar para miembros, cónyuges e hijos.	50 dólares al año por cada miembro de la familia inscrito, por completar ciertos exámenes o procedimientos de bienestar rutinarios.
CONDICIONES CUBIERTAS: El plan paga el 100% del monto del beneficio a menos que se indique lo contrario.	
Condiciones básicas	Trastornos cardíacos, trastornos pulmonares y vasculares, insuficiencia orgánica, trastornos neurológicos, trastornos crónicos, pérdida de los sentidos, coma, quemaduras graves,
Condiciones cancerosas	Invasivo: se paga el 100%, Insuficiencia de médula ósea: se paga el 100%, Tumor benigno de cerebro o médula espinal: se paga el 100%, Carcinoma in situ: 30%, Cáncer de piel: \$250
Condiciones cubiertas para el niño	Autismo, parálisis cerebral, defectos congénitos estructurales, trastornos genéticos, trastornos metabólicos congénitos, diabetes tipo 1
OTRAS CONDICIONES: El plan paga el 25% del monto del beneficio.	
Otras condiciones	Cirugía de válvulas cardíacas, bypass de arteria coronaria, cirugía aórtica, síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)
SI LA PRESTACIÓN RECURRENTE ES ELEGIBLE, entre el 25% y el 50% del monto principal de la prestación por enfermedad grave.	

Las tarifas de enfermedades graves se basan en su edad y se proporcionan a continuación.

DEDUCCIONES SEMANALES 2026-2027

Empleado		
Edad	\$10,000	\$20,000
0 – 30	\$0.85	\$1.71
30 – 39	\$1.50	\$3.00
40 – 49	\$3.18	\$6.37
50 – 59	\$6.62	\$13.25
60 – 69	\$11.63	\$23.26
70 +	\$20.03	\$40.06

El costo para niños está incluido en la opción elegida por el empleado.

Cónyuge		
Edad	\$5,000	\$10,000
0 – 30	\$0.43	\$0.85
30 – 39	\$0.75	\$1.50
40 – 49	\$1.59	\$3.18
50 – 59	\$3.31	\$6.62
60 – 69	\$5.82	\$11.63
70 +	\$10.02	\$20.03

La tarifa para el cónyuge se basa en el rango de edad del empleado.

BENEFICIOS VOLUNTARIOS EN EL LUGAR DE TRABAJO



Indemnización hospitalaria Complementa la cobertura médica existente y ayuda a brindar apoyo financiero para pagar gastos de bolsillo como deducibles, copagos y servicios médicos no cubiertos. Los beneficios se pagan independientemente de lo que cubra el seguro médico. Los pagos se realizan directamente a los empleados cubiertos para que los gasten como deseen.



RESUMEN DE BENEFICIOS		Plan bajo	Alto Plan
Hospital / Ingreso en la UCI	2 veces por año calendario por asegurado (Cobertura por accidente/enfermedad las 24 horas)	1.000	\$1,500
Hospital / Confinamiento en la UCI	30 días por año natural por asegurado	\$100 / \$200	\$200 / \$400
Estancia corta en el hospital	1 día al año por asegurado	\$200	\$200
Cuidados en la sala de recién nacidos y periodo de confinamiento	1 día por confinamiento	\$100	\$100
Beneficio adicional por ingreso/permanencia en la UCIN para recién nacidos	Aumento del 25% en la prestación por hijo a cargo.		
Limitación por condiciones preexistentes incluida	Exento durante el período de elegibilidad inicial del miembro; período de revisión de 3 meses, 6 meses sin tratamiento/período de exclusión de 12 meses, continuidad de la cobertura; se aplica solo a los nuevos miembros.		
Límites de edad para dependientes	Desde el nacimiento hasta los 26 años		
Beneficio adicional incluido La zanahoria: salud reproductiva y formación de familias.	Para ayudar a empoderar a los empleados con un apoyo compasivo, personalizado e inclusivo, Guardian incorporó una oferta de salud reproductiva y formación de familias en el seguro de indemnización hospitalaria que le brinda acceso a apoyo para la formación de familias, fertilidad, urología, maternidad, crianza de los hijos , posparto, menopausia y niveles bajos de testosterona, entre otros. Guardian ofrece estos importantes servicios en colaboración con Carrot, una organización global dedicada a proporcionar educación sobre salud reproductiva y apoyo para la formación de familias, para todas las personas, en cualquier lugar. • Hasta 3 sesiones virtuales de chat educativo al año con expertos en la materia. • Sesiones grupales en línea ilimitadas • Soporte 24/7 del equipo de Carrot Care. • Acceso virtual ilimitado a recursos educativos		

DEDUCCIONES SEMANALES 2026-2027

	Plan bajo	Alto Plan
Empleado	\$2.38	\$3.67
Empleado y cónyuge	\$5.78	\$8.98
Empleado y su(s) hijo(s)	\$4.26	\$6.59
Empleado y familia	\$7.67	\$11.90

SERVICIOS DE APOYO PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON BIENESTAR

(INCLUIDO CON EL PLAN DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA)



Proporcionar recursos y apoyo a los cuidadores en el trabajo.

Ayudar a los empleados que brindan cuidados. Millones de personas en los EE. UU. cuidan a su cónyuge, padre, hijo o familiar con necesidades complejas.

El cuidado de personas dependientes está en auge en todo el país, con más de 53 millones de adultos estadounidenses cuidando a un ser querido. Por eso, Guardian se asocia con **Wellthy** para ofrecer servicios de apoyo que acompañen a personas dependientes en todas las etapas de la vida. Con los servicios de Guardian + **Wellthy**, tendrá acceso al apoyo necesario para afrontar con éxito cualquier reto relacionado con el cuidado de personas dependientes, sin descuidar su propio bienestar físico, mental y emocional.

Características de los servicios de atención de Guardian + Wellthy

El cuidado de personas dependientes es innegablemente importante, pero puede resultar increíblemente complejo. Para algunos cuidadores, saber por dónde empezar es todo un misterio. Los servicios de **Guardian + Wellthy** ayudan a los cuidadores a gestionar las tareas logísticas y administrativas, para que puedan priorizar su propio bienestar y el de sus seres queridos.

Las características incluyen:



Apoyo personalizado y directo de expertos que conocen a cada familia y les ayudan a gestionar sus tareas pendientes.



Herramientas y recursos integrales para la planificación de la atención médica en un lugar centralizado y accesible.



Espacio de apoyo entre iguales donde los cuidadores familiares pueden encontrar ayuda e intercambiar conocimientos.



¿Qué obtengo con Wellthy?



Apoyo personalizado de personas reales.

El experimentado equipo de atención de Wellthy está a solo un clic o una llamada de distancia.



Soluciones que se adaptan a las necesidades de su familia

El cuidado no es igual para todos. Seleccionamos cuidadosamente soluciones de cuidado que encajan a la perfección con su familia.



Recursos útiles para cada etapa de la vida.

Explora nuestra biblioteca de análisis de expertos, sugerencias y consejos prácticos, o participa en un seminario web virtual.

La vida no siempre es fácil. A veces, un problema personal o profesional puede interponerse en el camino de mantener una vida sana y productiva. Su Programa Confidencial de Asistencia al Empleado (PAE), Disponible a través de **ComPsych GuidanceResources** Puede ayudarte a encontrar un equilibrio entre el trabajo y la vida familiar. **ComPsych ofrece** asesoramiento confidencial, orientación experta y valiosos recursos para ayudarle a usted y a los miembros de su familia a afrontar cualquier reto de la vida, grande o pequeño. Estos servicios son gratuitos.

- **Asesoramiento confidencial:** 3 sesiones presenciales o virtuales por persona, por problema y por año.
- **Apoyo emocional** para problemas como dificultades matrimoniales, estrés, ansiedad, duelo, presiones laborales y abuso de sustancias.
- **Apoyo para la conciliación de la vida laboral y familiar :** referencias y recursos para el cuidado de niños/ancianos, mudanzas, cuidado de mascotas, planificación universitaria, reparaciones del hogar, compra de automóviles, organización de eventos y mucho más.
- **Asesoramiento legal :** acceso a abogados para consultas sobre divorcio, custodia, bienes raíces, deudas, bancarrota, problemas entre propietarios e inquilinos, acciones civiles y penales; incluye una consulta gratuita de 30 minutos y un descuento del 25 % en los honorarios si se necesita representación (excepto en Nueva York).
- **Información financiera :** elaboración de presupuestos, gestión de deudas, cuestiones fiscales y otros asuntos relacionados con el dinero, con acceso a profesionales financieros.
- **Soporte digital :** asesoramiento en línea, recursos para la conciliación de la vida laboral y familiar, artículos, podcasts, vídeos, autoevaluaciones y formación a demanda.
- **Preparación de testamentos en línea :** una herramienta sencilla, segura y gratuita para redactar testamentos y testamentos vitales.
- **Apoyo al bienestar :** de 3 a 5 sesiones de asesoramiento para dejar de fumar, controlar el peso, mejorar el sueño, aumentar la motivación, cuidar la espalda, prevenir la diabetes y mucho más



SERVICIOS DE PREPARACIÓN DE TESTAMENTOS



Los servicios de preparación de testamentos que ofrece EstateGuidance están disponibles para los miembros que opten por inscribirse en el plan voluntario de seguro de vida y de accidentes y desmembramiento.

Mantener un testamento actualizado es fundamental para garantizar que sus bienes se distribuyan según sus deseos, independientemente del tamaño de su patrimonio. Quizás esté evitando redactar un testamento porque cree que no dispone del tiempo ni de los gastos legales necesarios. Ahora puede hacerlo con los servicios de preparación de testamentos de EstateGuidance.

EstateGuidance te lo pone fácil con herramientas online que te guían paso a paso en cuestión de minutos. Accede al sitio web siguiendo las instrucciones y proporciona la información solicitada.

- Puede redactar su testamento en línea y descargarlo a su ordenador, o imprimirlo y recibirlo por correo.
- Puedes redactar un testamento vital para asegurarte de recibir la atención al final de la vida que deseas.
- También puedes redactar un documento con los arreglos finales en el que expresas tus deseos para los servicios funerarios.

Inicie sesión en EstateGuidance® para :

- Redacte un **testamento personalizado** : Sin costo alguno para usted.
- Solicite que le imprimen su testamento y se lo envíen: **\$14.99**
- Redactar un **testamento vital**: **\$14.99**
- Redactar un **documento de acuerdos finales**: **\$9.99**

Para más información, visite www.estateguidance.com

Código promocional: Guardian

O llame al: 1-855-239-0743



Disfruta de descuentos, recompensas y ventajas en miles de tus marcas favoritas en una gran variedad de categorías:

- Viajar
- Auto
- Electrónica
- Vestir
- Ofertas locales
- Educación
- Entretenimiento
- Restaurantes
- Salud y bienestar
- Belleza y spa
- Entradas
- Deportes y actividades al aire libre

Para acceder a tus descuentos:

- 1) Ir a la URL: <https://employeeperks.benefithub.com>
- 2) Introduzca el código de referencia: **Q2NTZA**
- 3) Completar registro

¿PREGUNTAS? LLAME 1-866-664-4621 O ENVÍE UN CORREO ELECTRÓNICO
customercare@benefithub.com

MMA CENTRO DE SOPORTE PARA MIEMBROS

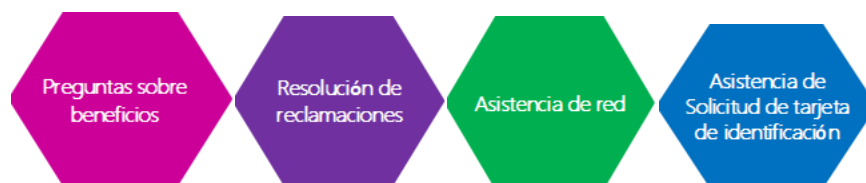
El Marsh McLennan Agency Centro de Soporte para Miembros es su punto de contacto principal para cualquier pregunta relacionada con los beneficios.

Llame al **(800) 207-2265** e ingrese su PIN **2226**.

O envíe un correo electrónico a : keithzarspools@marshmma.com Para ponerse en contacto con uno de nuestros representantes de beneficios.

El servicio de asistencia está disponible de lunes a viernes de 8:00 a 18:00 (hora central) y se ofrece en inglés y español.

Nuestros especialistas en beneficios son profesionales de seguros. Conocen a fondo sus planes de beneficios para empleados y su objetivo es resolver sus dudas de forma rápida y eficaz. Si su pregunta no se puede resolver en un solo correo electrónico o llamada telefónica, le mantendremos informado sobre el estado de su consulta hasta que se haya resuelto.



Keith Zars Pools, Ltd.

Paquete de información anual sobre prestaciones de salud y bienestar

Para el año del plan 08/2026

Estimado empleado,

Adjunto encontrará un paquete de avisos e información relativa a los planes de salud y bienestar patrocinados por su empleador, según lo exige la ley federal.

Recintos:

Aviso del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)

Aviso sobre la Ley de Derechos de la Mujer en Materia de Salud y Cáncer (WHCRA, por sus siglas en inglés)

Aviso de la Ley de Protección de la Salud de las Madres Recién Nacidas (NMHPA, por sus siglas en inglés)

Continuación de USERRA

Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA)

Aviso sobre los derechos especiales de inscripción de HIPAA

Aviso sobre la cobertura acreditable de la Parte D de Medicare

Aviso actualizado de prácticas de privacidad de HIPAA

Ley de Licencia Familiar y Médica

Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de los avisos, póngase en contacto con su oficina de Recursos Humanos.

Si usted (o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal les brinda más opciones sobre la cobertura de sus medicamentos recetados. Consulte la página 34 para obtener más detalles.

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

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, su estado podría tener un programa de asistencia para el pago de primas que puede 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 serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero podrían adquirir un seguro médico individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay disponible ayuda para el pago de las primas. Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para obtener información sobre cómo solicitarlo. Si cumple con los requisitos, pregunte a su estado si cuenta con un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por su empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o CHIP, así como también lo son bajo el plan de su empleador, este debe permitirle inscribirse en su plan si aún no lo está. Esto se denomina una oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para la asistencia para el pago de primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA. (3272)**.

Si reside en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 17 de marzo de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web del programa de pago de primas de seguros de salud de Alaska: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Requisitos de elegibilidad para 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)	de Primas de Seguro Médico (HIPP) : http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
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 para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Servicio de retransmisión estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de retransmisión estatal 711 Programa de compra 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

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web del programa HIPP de Georgia: 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	Programa de pago de primas de seguro médico Todos los demás sitios web de Medicaid: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: 1-800-403-0864 Servicios para Miembros Teléfono: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
de Medicaid : Medicaid de Iowa Departamento de Salud y Servicios Humanos Teléfono de Medicaid : 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: Hawki - Niños sanos y bien cuidados en Iowa Departamento de Salud y Servicios Humanos Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: Pago de primas de seguro médico (HIPP) Departamento de Salud y Servicios Humanos (iowa.gov) Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	LUISIANA – Medicaid
Sitio web del Programa Integrado de Pago de Primas de Seguros de Salud de Kentucky (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://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711 Página web de primas de seguros médicos privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY : Servicio de retransmisión de Maine 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISURI – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcnp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia para primas de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGÓN – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Línea directa de RlTe Share)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR - Medicaid
web : https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web del Programa de Asociación Premium para Seguros de Salud (UPP) de Utah: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de Expansión para Adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Departamento de Vermont Health Access Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hippprograms Medicaid/CHIP Teléfono: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medi-caid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web : https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han añadido un programa de asistencia para el pago de primas desde el 17 de marzo de 2025, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especiales, póngase en contacto con:

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
los Estados Unidos
de Administración de Seguridad de Beneficios
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de
para Empleados de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

Declaración sobre la Ley de Reducción de Trámites Administrativos

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una solicitud de información a menos que esté aprobada por la

OMB conforme a la PRA y muestre un número de control de la OMB vigente, y el público no está obligado a responder a una solicitud de información a menos que esta muestre un número de control de la OMB vigente. Véase 44 USC 3507. Asimismo, sin perjuicio de cualquier otra disposición legal, ninguna persona será sancionada por no cumplir con una solicitud de información si esta no muestra un número de control de la OMB vigente. Véase 44 USC 3512.

Se estima que el tiempo que requiere la presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por persona. Se invita a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de este tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducirlo, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de Autorización de la PRA, 200 Constitution Avenue, NW, Sala N-5718, Washington, DC 20210, o bien, enviar un correo electrónico a ebbsa.opr@dol.gov e indicar el número de control de la OMB 1210-0137.

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

Aviso sobre la Ley de Derechos de la Mujer en Materia de Salud y Cáncer (WHCRA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

¿Sabía que su plan, según lo estipulado por la Ley de Derechos de la Mujer en Materia de Salud y Cáncer de 1998, cubre los servicios relacionados con la mastectomía, incluyendo todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones derivadas de la mastectomía, como la linfedema? Llame a su oficina de Recursos Humanos para obtener más información.

Aviso de la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres (NMHPA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

grupales y las aseguradoras de salud no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios para la duración de la hospitalización relacionada con el parto, ya sea para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el médico que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con ella, les dé el alta antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y las aseguradoras no pueden, según la ley federal, exigir que un médico obtenga autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estancia hospitalaria que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

Continuación de USERRA

Su derecho a continuar participando en un plan de salud grupal durante las licencias por servicio militar activo está protegido por la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA). Por lo tanto, si se ausenta del trabajo por un período de servicio militar activo durante menos de 31 días, su participación en el plan no se interrumpirá. Si la ausencia es superior a 31 días y no excede las 12 semanas, puede mantener su cobertura bajo un plan de salud grupal pagando las primas según lo especificado por el patrocinador del plan.

Si no elige continuar participando en un plan de salud grupal durante una ausencia por servicio militar de más de 31 días, o si revoca una elección previa para continuar participando hasta 12 semanas después del inicio de su licencia militar, usted y sus familiares cubiertos tendrán la oportunidad de optar por la cobertura de continuación COBRA bajo un plan de salud grupal por un período de hasta 24 meses a partir del primer día de su licencia. Deberá pagar las primas de la cobertura de continuación con fondos después de impuestos, sujeto a las reglas establecidas en las características del Plan correspondiente.

La cobertura de continuación USERRA se considera una cobertura alternativa a efectos de COBRA. Por lo tanto, si elige la cobertura de continuación USERRA, generalmente no tendrá acceso a la cobertura COBRA.

Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA)

Gina prohíbe que los planes de salud grupales discriminen en función de la información genética. La información genética es:

1. Información sobre las pruebas genéticas de una persona;
2. Pruebas genéticas de los miembros de la familia de un individuo; y
3. La manifestación de una enfermedad o trastorno en los miembros de la familia de un individuo.

El plan de salud grupal puede recopilar información genética después de la inscripción inicial; no puede hacerlo durante el proceso de renovación anual. El plan de salud grupal no puede ajustar las primas ni aumentar las contribuciones con base en la información genética, ni solicitar ni exigir pruebas genéticas ni utilizar dicha información para fines de suscripción de pólizas.

Aviso sobre los derechos especiales de inscripción DE HIPAA

Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) rechazan la inscripción en el plan de salud grupal de Keith Zars Pools, Ltd. debido a que ya cuentan con otro seguro médico o plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para dicha cobertura (o si el empleador deja de

contribuir a la misma). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la misma).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Finalmente, usted o sus dependientes podrían tener derechos especiales de inscripción si pierden la cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico (CHIP), o si usted o sus dependientes cumplen los requisitos para recibir asistencia estatal para el pago de primas. Dispone de 60 días a partir de la fecha de ocurrencia de alguno de estos eventos para notificar a la compañía e inscribirse en el plan.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, póngase en contacto con su oficina de Recursos Humanos.

Medicare Parte D Aviso de cobertura acreditable

Aviso importante de Keith Zars Pools, Ltd. Acerca de su cobertura de medicamentos recetados y Medicare Keith Zars Pools Ltd. Planes médicos

Lea este aviso detenidamente y guárdelo en un lugar seguro. Contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Keith Zars Pools, Ltd. y sobre sus opciones dentro del programa de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información le ayudará a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, compare su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados al final de este aviso.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare se extendió a todos los beneficiarios de Medicare en 2006. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca dicha cobertura. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer mayor cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
2. Keith Zars Pools Ltd. ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados que ofrecen los planes médicos imagine360 Base, Choice y HDHP/HSA, en promedio para todos los participantes, cubre tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Dado que su cobertura actual es Cobertura Acreditable, puede mantenerla y no pagar una prima más alta (una penalización) si posteriormente decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede usted afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare?

Puedes unirte a un plan de medicamentos de Medicare cuando seas elegible para Medicare por primera vez y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierdes tu cobertura actual de medicamentos recetados acreditable, sin que sea culpa tuya, también serás elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para unirte a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de Keith Zars Pools, Ltd. como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura de Keith Zars Pools, Ltd. será la principal pagadora de sus beneficios de medicamentos recetados y Medicare será la secundaria. Por lo tanto, el valor de sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare podría reducirse significativamente. Medicare generalmente será el pagador principal de sus beneficios de medicamentos recetados si participa en la cobertura de Keith Zars Pools, Ltd. como ex empleado.

También puede optar por cancelar su cobertura de Keith Zars Pools Ltd. Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Keith Zars Pools, LTD, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrían no poder recuperarla.

¿Cuándo tendrá que pagar una prima más alta (penalización) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Keith Zars Pools, LTD y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días consecutivos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin una cobertura válida para medicamentos recetados, su prima mensual podría aumentar al menos un 1 % de la prima base de Medicare para beneficiarios por cada mes que no haya tenido dicha cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin una cobertura válida, su prima podría ser consistentemente al menos un 19 % más alta que la prima base de Medicare para beneficiarios. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse.

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

Para obtener más información, comuníquese con la persona que se indica a continuación. **NOTA:** Recibirá este aviso anualmente. También lo recibirá antes del próximo período en el que podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si la cobertura a través de Keith Zars Pools, Ltd. cambia. Asimismo, puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

En el manual "Medicare y usted" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para medicamentos recetados. Recibirá una copia del manual por correo cada año de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

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

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (consulte la contraportada de su ejemplar del manual "Medicare y usted" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, puede obtener ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llame 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, es posible que deba presentar una copia de este aviso al momento de la inscripción para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado o no a pagar una prima más alta (una penalización).

Fecha: 1 de agosto de 2026
Nombre de la entidad/remitente: Keith Zars Pools
Contacto - Cargo/Oficina: Shelly Chance, Gerente de Recursos Humanos
Dirección: 17427 San Pedro, San Antonio, Texas 78232
Número de teléfono: 210-494-0800 x 173

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Léalo atentamente.

Keith Zars Pools, Ltd. ("KZP") patrocina ciertos planes de salud grupales (en adelante, el "Plan" o "Nosotros") para brindar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Ofrecemos esta cobertura a través de diversas 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 KZP, el Plan y sus derechos legales con respecto a su información de salud protegida, incluidos ciertos registros de trastornos por uso de sustancias (SUD) cubiertos por 42 CFR parte 2 (Parte 2), que el Plan mantiene bajo HIPAA. Entre otras cosas, este Aviso describe cómo su información de salud protegida puede ser utilizada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, o para cualquier otro propósito permitido o requerido por la ley.

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

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

Nota: Si usted está cubierto por uno o más planes de salud grupales con cobertura total ofrecidos por KZP, recibirá un aviso por separado sobre la disponibilidad de un aviso de prácticas de privacidad aplicable a dicha cobertura y cómo obtener una copia del aviso directamente de la compañía de seguros.

Información del contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos de KZP en:

Piscinas Keith Zars Ltd.
Atención: Departamento de Prestaciones
Shelly Chance
17427 Avenida San Pedro
San Antonio, TX 78232

Fecha de entrada en vigor

Este aviso, en su versión revisada, entrará en vigor el 1 de agosto de 2026.

Nuestras responsabilidades

Estamos obligados por ley a:

- Mantenga la privacidad de su información de salud protegida;
- Le otorgaremos ciertos derechos con respecto a su información de salud protegida;
- proporcionarle una copia de este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida; y
- Siga los términos del Aviso que se encuentra actualmente en vigor.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso y de establecer nuevas disposiciones con respecto a su información de salud protegida que mantenemos, según lo permita o exija la ley. Si realizamos algún cambio sustancial en este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También puede obtener una copia del Aviso revisado más reciente comunicándose con nuestro Responsable de Privacidad a través de la información de contacto proporcionada anteriormente. Salvo lo dispuesto en este Aviso, no divulgaremos su información de salud protegida sin su autorización previa.

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida

Según la ley, podemos usar o divulgar su información de salud protegida en ciertas circunstancias sin su permiso. 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 su significado y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de cada categoría. Sin embargo, todas las maneras en que estamos autorizados a usar y divulgar información de salud protegida se incluirán en una de las categorías.

Para tratamiento

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida para facilitar el tratamiento o los servicios médicos por parte de los proveedores. Podemos divulgar información médica sobre usted a proveedores, incluidos médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que participe en su atención. Por ejemplo, podríamos divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para determinar si una receta pendiente es inapropiada o peligrosa para usted. Otros casos en los que podríamos divulgar su información de salud protegida serían para procesar y pagar reclamaciones por tratamiento de trastornos por uso de sustancias, revisar servicios para su autorización o necesidad médica, realizar la gestión de casos o la revisión de la utilización, y coordinar los beneficios o la notificación de pérdidas como parte de la administración normal del plan.

Para pago

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida para determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan, facilitar el pago del tratamiento y los servicios que recibe de los proveedores de atención médica, determinar la responsabilidad de los beneficios según el Plan o 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, en 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 preautorización. Asimismo, podemos compartir su información de salud protegida con otra entidad para ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamaciones de salud o con otro plan de salud para coordinar los pagos de beneficios.

Para operaciones de atención médica

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para otras operaciones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del Plan. Por ejemplo, podemos usar información médica en relación con la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad; suscripción, tarificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentación de reclamaciones para cobertura de exceso de pérdida (o pérdida adicional); realización u organización de revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso; planificación y desarrollo

empresarial, como la gestión de costos; y gestión empresarial y actividades administrativas generales del Plan. El Plan tiene prohibido usar o divulgar información de salud protegida que sea información genética sobre un individuo para fines de suscripción.

A socios comerciales

Podemos contratar a personas o entidades conocidas como Socios Comerciales para que realicen diversas funciones en nuestro nombre o presten ciertos tipos de servicios. Para realizar estas funciones o prestar estos servicios, los Socios Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, usarán y/o divulgarán su información de salud protegida, pero solo después de que se comprometan por escrito con nosotros a implementar las salvaguardas adecuadas con respecto a dicha información. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida, incluidos los registros de tratamiento por trastornos por uso de sustancias, a un Socio Comercial para administrar reclamaciones o proporcionar servicios de apoyo, como la gestión de la utilización, la gestión de beneficios farmacéuticos o la subrogación, pero solo después de que el Socio Comercial celebre un Acuerdo de Socio Comercial con nosotros.

Según lo exige la ley

Divulgaremos su información de salud protegida cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida cuando así lo exijan las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de información de salud pública.

Para evitar una grave amenaza para la salud o la seguridad.

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

Para los patrocinadores del plan

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

Situaciones especiales

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

Donación de órganos y tejidos

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

Militares y veteranos

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

Compensación laboral

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

Riesgos para la salud pública

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

- para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- para notificar nacimientos y defunciones;
- denunciar el maltrato o la negligencia infantil;
- para informar sobre reacciones adversas a los medicamentos o problemas con los productos;
- para notificar a las personas sobre la retirada del mercado de productos que puedan estar utilizando;
- 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;
- Notificaremos a la autoridad gubernamental competente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo divulgaremos esta información si usted lo autoriza o cuando la ley lo exija o permita.

Actividades de supervisión sanitaria

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

Demandas y litigios

Si usted está involucrado en un litigio o 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 citación, una solicitud de información o cualquier otro procedimiento legal iniciado por otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han realizado esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.

Los registros de tratamiento por trastornos por uso de sustancias recibidos de programas sujetos a la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR parte 2), o los testimonios que relaten el contenido de dichos registros, no se utilizarán ni divulgarán en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra, a menos que se base en su consentimiento por escrito o en una orden judicial, previa notificación y oportunidad de ser escuchado, según lo dispuesto en la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR parte 2). Una orden judicial que autorice el uso o la divulgación debe ir acompañada de una citación u otro requerimiento legal que obligue a la divulgación antes de que se utilice o divulgue el registro solicitado.

Fuerzas del orden

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

- en respuesta a una orden judicial, citación, orden de arresto, emplazamiento o proceso similar;
- identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo clave o persona desaparecida;
- sobre la víctima de un delito si, en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la víctima;
- sobre una muerte que creemos que puede ser resultado de una conducta delictiva;
- sobre conducta delictiva; y

- en circunstancias de emergencia para denunciar un delito; el lugar del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias

Podemos divulgar información médica protegida a un forense o médico legista. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica sobre los pacientes a las funerarias cuando sea necesario para que puedan desempeñar sus funciones.

Actividades de seguridad nacional e 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.

reclusos

Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de las fuerzas del orden, podemos divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o al funcionario de las fuerzas del orden 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 de la institución correccional.

Investigación

Podemos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando:

- (1) se han eliminado los identificadores individuales; o
- (2) cuando un comité de revisión institucional o un comité de privacidad haya (a) revisado la propuesta de investigación; y (b) establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información solicitada y apruebe la investigación.

Información requerida

A continuación, se describe la divulgación de su información de salud protegida que estamos obligados a realizar.

Auditorías gubernamentales

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

Revelaciones para usted

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

Notificación de una violación de seguridad

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

Otras divulgaciones

Representantes personales

Divulgaremos su información de salud protegida a las personas autorizadas por usted, o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre que nos proporcione una notificación/autorización por escrito y cualquier documento de respaldo (por ejemplo, poder notarial). Nota:

Según la norma de privacidad de HIPAA, no tenemos que divulgar información a un representante personal si tenemos motivos razonables para creer 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; o
- (3) en el ejercicio de su juicio profesional, no le conviene tratar a esa persona como su representante personal.

Cónyuges y otros miembros de la familia

Salvo contadas excepciones, enviaremos toda la correspondencia al empleado. Esto incluye la correspondencia relativa al cónyuge y demás familiares cubiertos por el Plan, así como la que contenga información sobre el uso de las prestaciones del Plan por parte del cónyuge y demás familiares, y la que se les deniegue. Si una persona cubierta por el Plan ha solicitado Restricciones o Comunicaciones Confidenciales (véase más abajo en «Sus Derechos») y hemos aceptado la solicitud, enviaremos la correspondencia según lo estipulado en dicha solicitud.

Autorizaciones

Otros usos o divulgaciones de su información de salud protegida no descritos anteriormente, incluyendo el uso y la divulgación de registros de tratamiento de SUD Parte 2, notas de psicoterapia y el uso o la divulgación de información de salud protegida con fines de recaudación de fondos o marketing, no se realizarán sin su autorización por escrito. Puede revocar la autorización por escrito en cualquier momento, siempre que su revocación sea por escrito. Una vez que recibamos su revocación por escrito, esta solo será efectiva para usos y divulgaciones futuras. No será efectiva para ninguna información que se haya utilizado o divulgado con base en la autorización por escrito y antes de recibir su revocación por escrito. 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 a inspeccionar y copiar

Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de cierta información de salud protegida que puede utilizarse para tomar decisiones sobre sus beneficios de atención médica. Para inspeccionar y obtener copias de su información de salud protegida, envíe su solicitud por escrito al Responsable de Privacidad a la dirección indicada anteriormente en la sección de Información de Contacto. Si solicita una copia de la información, podríamos cobrarle una tarifa razonable para cubrir los costos de copiado, envío por correo u otros materiales relacionados con su solicitud. Podríamos denegar su solicitud de inspección y copia en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a su información médica, usted podría tener derecho a solicitar una revisión de la denegación y se le proporcionarán detalles sobre cómo hacerlo.

Derecho a enmendar

Si considera que la información de salud protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras el Plan conserve la información. Para solicitar una modificación, debe presentar su solicitud por escrito al Responsable de Privacidad en la dirección indicada anteriormente en la sección de Información de Contacto. Además, debe proporcionar una razón que justifique su solicitud. Podemos denegar su solicitud de modificación si no se presenta por escrito o no incluye una razón que la justifique. Asimismo, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- no forma parte de la información médica que conserva el Plan o que se conserva en su nombre;
- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;

- no forma parte de la información que usted tendría permitido inspeccionar y copiar; o ya es precisa y completa.

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

Derecho a un informe de las revelaciones

Usted tiene derecho a solicitar un “registro” de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida. El registro no incluirá (1) divulgaciones para fines de tratamiento, pago u operaciones 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 permitidas de otro modo.

Para solicitar esta lista o el registro de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Responsable de Privacidad a la dirección indicada anteriormente en la sección de Información de Contacto. Su solicitud debe especificar un período de tiempo no superior a seis años (tres años para los registros médicos electrónicos) o el período durante el cual la empresa ABC ha estado sujeta a las normas de privacidad de HIPAA, si este último es menor.

En su solicitud, indique el formato en que desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónica). Intentaremos proporcionarle la información contable en el formato solicitado o en otro formato acordado mutuamente si el formato solicitado no es viable. La primera lista que solicite en un plazo de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podríamos cobrarle los gastos correspondientes. Le notificaremos el costo y podrá cancelar o modificar su solicitud antes de que se genere ningún gasto.

Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre el uso o la divulgación de su información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar una limitación sobre la divulgación de su información de salud protegida a personas involucradas en su atención o en el pago de la misma, como familiares o amigos. Por ejemplo, puede solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía a la que se haya sometido.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si la aceptamos, respetaremos la restricción hasta que usted la revoque o le notifiquemos. Para solicitar restricciones, debe enviar su solicitud por escrito al Responsable de Privacidad a la dirección indicada anteriormente en la sección de Información de Contacto. En su solicitud, debe indicarnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen las limitaciones (por ejemplo, a su cónyuge).

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo postal. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe enviar su solicitud por escrito al Responsable de Privacidad a la dirección indicada anteriormente en la sección de Información de Contacto. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. Atenderemos todas las solicitudes razonables si usted proporciona información clara que indique que la divulgación total o parcial de su información protegida podría ponerlo en peligro.

Derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos una copia en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, tiene derecho a una copia impresa. Para obtener una copia impresa, llame o escriba al Responsable de Privacidad, cuyos datos de contacto se encuentran disponibles más arriba.

Para obtener más información, consulte Sus derechos según la HIPAA.

Quejas

Si considera que se han vulnerado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando : <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

Para presentar una queja ante el Plan, llame o escriba al Responsable de Privacidad, cuyos datos se proporcionan en la sección de Información de Contacto. No se le penalizará ni se tomarán represalias de ningún tipo por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante nosotros. Le recomendamos conservar una copia de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan o al Responsable de Privacidad para sus registros.

Ley de Licencia Familiar y Médica

La [Ley de Licencia Familiar y Médica \(FMLA, por sus siglas en inglés\)](#) otorga a ciertos empleados hasta 12 semanas de licencia sin goce de sueldo, con protección del empleo, por año. Además, exige que se mantengan sus beneficios de salud grupales durante la licencia.

La FMLA está diseñada para ayudar a los empleados a conciliar sus responsabilidades laborales y familiares, permitiéndoles tomar licencias razonables sin goce de sueldo por ciertos motivos familiares y médicos. Asimismo, busca atender los intereses legítimos de los empleadores y promover la igualdad de oportunidades laborales para hombres y mujeres.

Los empleadores cubiertos deben proporcionar a un empleado elegible hasta 12 semanas de licencia sin goce de sueldo cada año por cualquiera de las siguientes razones:

- para el nacimiento y cuidado del hijo recién nacido de un empleado;
- para la colocación de un niño con el empleado para su adopción o acogimiento familiar;
- cuidar a un familiar directo (cónyuge, hijo o padre) con una afección médica grave; o
- tomar una licencia médica cuando el empleado no puede trabajar debido a una condición de salud grave.

Los empleados tienen derecho a la licencia si han trabajado para su empleador durante al menos 12 meses, han acumulado al menos 1250 horas en los últimos 12 meses y trabajan en una ubicación donde la empresa emplea a 50 o más personas en un radio de 75 millas. El cumplimiento del mínimo de 1250 horas de servicio se determina según los principios de la FLSA para calcular las horas de trabajo remunerables.

Cuando un empleado solicita una licencia bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) debido a una condición médica grave propia o de un familiar cubierto por la ley, el empleador puede requerir un certificado médico que justifique la licencia. El empleador también puede requerir una segunda o tercera opinión médica (a su cargo) y una recertificación periódica de la condición médica grave.

Al regresar de la licencia por FMLA, el empleado será reincorporado a su puesto original o a uno equivalente con la misma remuneración, beneficios y demás condiciones laborales. La cobertura del seguro médico colectivo para el empleado que se encuentre de licencia por FMLA se mantendrá bajo las mismas condiciones que si no hubiera solicitado la licencia.

Para obtener información adicional sobre sus beneficios bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA), comuníquese con su oficina de Recursos Humanos.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

BENEFICIO	TRANSPORTADOR	ID DE GRUPO	TELÉFONO / SITIO WEB
Médico	Imagine360	H870809	800-903-4360 www.imagine360.com o mibenefits.imagine360.com Correo electrónico: myplan@imagine360.com
Atención virtual	Salud Recuro	H870809	888-528-4655 o 844-715-1724 imagine360.com/care/telehealth o member.recurohealth.com
Farmacia PCA Rx Mark Cuban CostPlus Farmacia de Amazon	PCA Rx Costo Plus Amazon	KZP	855-283-7882 / pcarx.myrxpla.com costplusdrugs.com/medicamentos 855-745-5725 / www.amazon.com/homedelivery-meds
Cuenta de Ahorros para la Salud	HSABank	Keith Zars Pools	800-357-6246 / www.hsabank.com
•Dental •Visión •Vida básica y AD&D Seguro de vida voluntario /AD&D •Discapacidad a corto y largo plazo •Accidentes laborales, •Enfermedades graves e •Indemnización hospitalaria.	Guardián	00053701	888-482-7342 / www.guardianlife.com 
Programa de asistencia al empleado	Guardián	00053701	855-239-0743 / www.guidanceresources.com
Servicios de preparación de testamentos	Guardián	00053701	855-239-0743 / www.estateguidance.com
COBRA	Proficient	Keith Zars Pools	210-659-8100 / cobra@proficientbenefits.com
SMBO - Consulta mis beneficios en línea	SMBO	Keith Zars Pools	888-650-3003 / www.kzpbenefits.com
Agencia Marsh-McLennan			
Programa de descuentos	BenefitHub	866-664-4621 / correo electrónico: customercare@benefithub.com	
Centro de soporte para miembros de MMA (Preguntas sobre beneficios, requisitos de elegibilidad, asistencia con reclamaciones)	800-207-2265 PIN 2226 / correo electrónico: KeithZarsPools@marshmma.com		
Equipo de MMA	Chandra Klumpyan - 210-489-7519 / chandra.klumpyan@marshmma.com		

