



2025-2026
KEITH ZARS POOLS
Guía de beneficios para empleados

BIENVENIDO

En **Keith Zars Pools** nos comprometemos con su salud y bienestar. Es solo una de las muchas razones por las que nos enorgullece brindarle a usted y a su familia importantes beneficios. Esta guía ofrece un resumen de los beneficios disponibles para el año del plan, del 1 de agosto de 2025 al 31 de julio de 2026. Tómese el tiempo para revisar estas opciones de beneficios y seleccionar los planes que mejor se adapten 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

Bienvenidos.....	2
Contenido.....	3
Elegibilidad e inscripción a beneficios.....	4
Aspectos destacados del plan médico.....	5
Descripción general de los beneficios médicos.....	6
Aspectos destacados del plan médico.....	7-9
Cuenta de ahorros para la salud (HSA)	10
HSA - Por qué participar	11
Recursos de Imagine360.....	12
Preguntas frecuentes sobre Imagine360.....	13
Acceso en línea/móvil a Imagine360.....	13
Beneficios de farmacia PCARx	14
Acceso en línea/móvil a PCARx.....	15
Visitas virtuales.....	16
Dónde recibir atención.....	17
Aspectos destacados del plan dental	18
Cuenta de transferencia dental.....	19
Aspectos destacados del plan de visión	20
Seguro de Vida Básico y Voluntario	21
Seguro de Incapacidad	22
Beneficios adicionales EAP.....	23
Servicios de preparación del testamento	24
Programa de Descuento -BenefitHub	25
MMA Centro de Apoyo para Miembros.....	25
Inscripción en beneficios con el Navegador de empleados	26
Paquete de avisos de beneficios de salud y bienestar	26-42
Servicio al cliente e información de contacto	43

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN A BENEFICIOS

Para participar en nuestro **programa de Empleados**, deberá 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 la inscripción abierta anual

Los dependientes elegibles para la cobertura incluyen:

- Cónyuge legal (excepto cobertura médica).
- Los hijos dependientes hasta los 26 años incluyen hijastros, hijos adoptados legalmente, hijos colocados en adopción, hijos de crianza y niños para quienes se le ha otorgado la tutela legal 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 completamente de usted para su sustento según lo indicado en su declaración de impuestos.

¿CUÁNDO COMIENZA LA COBERTURA?

Las elecciones de beneficios que realices son efectivas:

Inscripción abierta anual	1 de agosto
Nueva contratación	Primer sábado después de 80 días de empleo continuo.

¿CUÁNDO TERMINA LA COBERTURA?

Su cobertura de beneficios finalizará el:

- Su horario de trabajo regular se reduce por debajo del mínimo de horas requeridas para recibir los beneficios.
- Su empleo actual termina.
- Dejas de pagar tu parte de la cobertura durante una licencia sin goce de sueldo.
- El seguro médico finaliza el último día de empleo. Los beneficios voluntarios finalizan el último día del mes en que termina su empleo o deja de ser elegible.

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

- Un niño ya no es elegible para recibir beneficios a la edad de 26 años. Para la cobertura médica, la cobertura finaliza en su fecha de nacimiento. Para la cobertura dental y de la vista, la cobertura del niño finalizará a fin de mes.

REALIZAR CAMBIOS DURANTE EL AÑO

Los Eventos Calificativos le permiten realizar cambios antes de la Inscripción Abierta. Cuando se produzca alguna de las siguientes circunstancias, tendrá 30 días para contactar a Recursos Humanos con la documentación necesaria para actualizar su cobertura. El cambio de cobertura solicitado debe ser coherente con su evento calificado.

Algunos ejemplos de eventos clasificatorios incluyen:

- Cambio en su estado civil legal.
- Cambio en el número de sus dependientes (Ejemplo: nacimiento, adopción o si un niño ya no es un dependiente elegible).
- Muerte del cónyuge o del 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.
- Derecho a Medicare o Medicaid.
- Orden de manutención médica infantil calificada (QMCSO) 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.**

INSCRIPCIÓN EN BENEFICIOS

El **Navegador de Empleados (Employee Navigator)** es el sistema de inscripción y administración de beneficios. Las instrucciones para inscribirse o cambiar beneficios se encuentran en **la página 27**.

ASPECTOS DESTACADOS DEL PROGRAMA DE BENEFICIOS

Médico – Administrado por **Imagine360**. Ofrecemos **tres** opciones de planes médicos.

- Elección
- Base
- HDHP con opción de HSA

Dental – Administrado por **Guardian**. Se ofrecen 2 opciones de planes.

- DHMO
- DPPO: Valor y NAP

Visión Administrado por **Guardian**. Ofrece un plan completo de beneficios para la vista, impulsado por **Avesis**.

Seguro de Vida Básico y por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) – Administrado por **Guardian**. Cada empleado elegible a tiempo completo recibe una póliza de vida y por muerte accidental y desmembramiento de **\$15,000** sin costo.

Seguro de Vida Voluntario y AD&D Administrado por **Guardian**. Si elige el Seguro de Vida Voluntario, su cobertura por muerte accidental y desmembramiento voluntaria es automática y equivale al monto de su póliza. También puede optar por la cobertura para su cónyuge o hijos dependientes.

Incapacidad voluntaria de corto plazo

Administrado por **Guardian**. El beneficio semanal es del 60 % del ingreso semanal, hasta un máximo de \$1,000 por un máximo de 12 semanas.

Incapacidad voluntaria de largo plazo –

Administrado por **Guardian**. 60% de las ganancias mensuales hasta un máximo de \$6,000 y hasta un período máximo de beneficio de 2 años o hasta los 70 años.

Cuenta de Ahorros para la Salud – Administrada por **HSABank**. Ahorre dinero libre de impuestos, que puede usar para pagar sus gastos médicos de bolsillo. Lo que no usa se acumula año tras año, generando intereses.

MMA Centro de Apoyo para Miembros– El Centro de Apoyo para Miembros es su punto de contacto central para preguntas sobre beneficios.

BenefitHub – Mercado de descuentos con acceso a miles de increíbles descuentos y ofertas de devolución de efectivo en viajes, restaurantes, compras, cuidado familiar, alquiler de automóviles, establecimientos locales favoritos y mucho más.



Las tarjetas de identificación de **Image360** y **Guardian** se enviarán por correo a la dirección que figura en el sistema **Employee Navigator**. Asegúrese de que su dirección sea correcta. Todos los materiales y documentos sobre beneficios están disponibles en el sistema **Employee Navigator** para su consulta. Consulte los materiales sobre beneficios para obtener un resumen más detallado de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones.



DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS

Los empleados elegibles pueden elegir entre tres planes médicos de **IMAGINE360**. 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) varía según el plan. A continuación, se presenta un resumen general de las similitudes y diferencias entre los planes. Puede encontrar más detalles sobre cada plan en la página siguiente y en el Employee Navigator.

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

DEDUCCIONES SEMANALES 2025-2026

	CHOICE	BASE	HDHP
Solo empleados	\$86.87	\$32.93	\$20.33
Empleado e hijo(s)	\$161.54	\$119.04	\$86.72

*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 Employee Navigator, para obtener una lista de beneficios, exclusiones y limitaciones.

 imagine360		EN LA RED	FUERA DE LA RED
LO QUE PAGAS		Proveedores de Imagine360	Proveedores que no pertenecen a Imagine360
Deducible por año calendario (Ind/Fam)		\$2,250 / \$4,500	\$2,815 / \$5,630
Coaseguro -aseguradora paga/usted paga		85% / 15%	80% / 20%
Límites de desembolso personal (Ind/Fam)		\$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 de un especialista		copago de \$40	copago de \$65
Clínicas minoristas RediClinics, MinuteClinics, Cuídate, 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 de salud mental virtuales: copago de \$20	
Centros de atención de urgencia		copago de \$50	copago de \$150
KIS Imagine el beneficio radiológico Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y tomografías por emisión de positrones		copago de \$100	
Todos los demás laboratorios/rayos X para pacientes ambulatorios en hospitales o Instalación independiente/laboratorio independiente		15% después del deducible	20% después del deducible
Sala de emergencias/Médico/Ambulatorio		\$500 copago/visita; Se exime el deducible del coaseguro del 15%	\$500 copago/visita; coaseguro del 15%; deducible exento
Hospital para pacientes hospitalizados y ambulatorios		15% después del deducible	20% después del deducible
SERVICIOS DE FARMACIA: Los gastos de medicamentos se aplican para satisfacer los gastos de bolsillo de los proveedores que no pertenecen a Imagine360.			
MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS NO CUBIERTOS		En HEB (el que sea mayor)	En farmacia no preferida (la que sea mayor)
Día 30:	Nivel 1 -Genérico	\$10	\$40
	Nivel 2 -Preferido	\$200 o 20% hasta \$600	\$250 o 20% hasta \$750
	Nivel 3 -No preferido	\$300 o 25% hasta \$850	\$350 o 25% hasta \$1,000
31 – 90 días:	Nivel 1 -Genérico	\$30	\$120
	Nivel 2 -Preferido	\$600 o 20% hasta \$1,800	\$750 o 20% hasta \$2,250
	Nivel 3 -No preferido	\$900 o 25% hasta \$2,550	\$1,050 o 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 Employee Navigator, para obtener una lista de beneficios, exclusiones y limitaciones.

		EN LA RED	FUERA DE LA RED
LO QUE PAGAS		Proveedores de Imagine360	Proveedores que no pertenecen a Imagine360
Deducible por año calendario (Ind/Fam)		\$2,700 / \$5,400	\$3,375 / \$6,750
Coaseguro -aseguradora paga/usted paga		80% / 20%	70% / 30%
Límites de desembolso personal (Ind/Fam)		\$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 de un especialista		copago de \$40	copago de \$65
Clínicas minoristas RediClinics, MinuteClinics, Cuídate, etc.		copago de \$20	copago de \$25
Consulta de telesalud/telemedicina Solo con el proveedor del plan		Atención de emergencia y urgencia virtual: sin costo Atención primaria virtual: copago de \$20 Servicios de salud mental virtuales: copago de \$20	
Centros de atención de urgencia		copago de \$50	copago de \$150
KIS Imagine el beneficio radiológico Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y tomografías por emisión de positrones		copago de \$100	
Todos los demás laboratorios/rayos X para pacientes ambulatorios en hospitales o Instalación independiente/laboratorio independiente		15% después del deducible	20% después del deducible
Sala de emergencias/Médico/Ambulatorio		\$500 copago/visita; Se exime el deducible del coaseguro del 20 %	\$500 copago/visita; coaseguro del 20%; deducible exento
Hospital para pacientes hospitalizados y ambulatorios		15% después del deducible	20% después del deducible
SERVICIOS DE FARMACIA: Los gastos de medicamentos se aplican para satisfacer los gastos de bolsillo de los proveedores que no pertenecen a Imagine360.			
MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS NO CUBIERTOS		En HEB (el que sea mayor)	En farmacia no preferida (la que sea mayor)
Día 30:	Nivel 1 -Genérico	\$10	\$40
	Nivel 2 -Preferido	\$200 o 20% hasta \$600	\$250 o 20% hasta \$750
	Nivel 3 -No preferido	\$300 o 25% hasta \$850	\$350 o 25% hasta \$1,000
31 – 90 días:	Nivel 1 -Genérico	\$30	\$120
	Nivel 2 -Preferido	\$600 o 20% hasta \$1,800	\$750 o 20% hasta \$2,250
	Nivel 3 -No preferido	\$900 o 25% hasta \$2,550	\$1,050 o 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 Employee Navigator, para obtener una lista de beneficios, exclusiones y limitaciones.

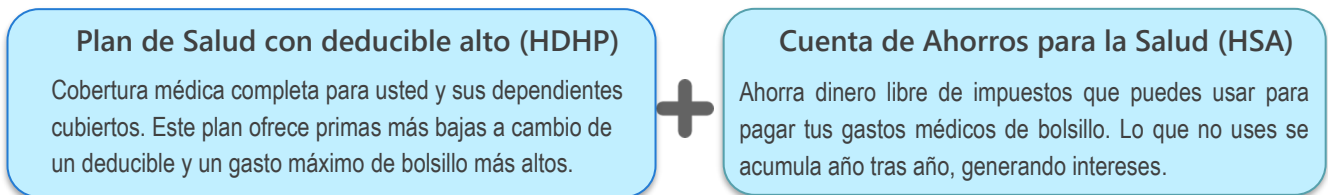
 imagine360		EN LA RED	FUERA DE LA RED
LO QUE PAGAS		Proveedores de Imagine360	Proveedores que no pertenecen a Imagine360
Deducible por año calendario (Ind/Fam)		\$6,500 / \$13,000	\$9,200 / \$16,600
Coaseguro -aseguradora paga/usted paga		100% / 0%	100% / 0%
Límites de desembolso personal (Ind/Fam)		\$6,500 / \$13,000	\$9,200 / \$16,600
Compatible con HSA		Sí	
SERVICIOS MÉDICOS			
Atención preventiva		100%	
Visita al consultorio médico		0% después del deducible	0% después del deducible
Visita al consultorio de un especialista		0% después del deducible	0% después del deducible
Clínicas minoristas RediClinics, MinuteClinics, Cuidate, etc.		0% después del deducible	0% después del deducible
Consulta de telesalud/telemedicina Solo con el proveedor del plan		Atención de emergencia y urgencia virtual: Tarifa de consulta de \$10 Atención primaria virtual: \$0 después del deducible de Imagine Servicios de salud mental virtuales: \$0 después del deducible de Imagine	
Centros de atención de urgencia		0% después del deducible	0% después del deducible
KIS Imagine el beneficio radiológico Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y tomografías por emisión de positrones		0% después del deducible	0% después del deducible
Todos los demás laboratorios/rayos X para pacientes ambulatorios en hospitales o Instalación independiente/laboratorio independiente		0% después del deducible	0% después del deducible
Sala de emergencias/Médico/Ambulatorio		0% después del deducible	0% después del deducible
Hospital para pacientes hospitalizados y ambulatorios		0% después del deducible	0% después del deducible
SERVICIOS DE FARMACIA: Los gastos de medicamentos se aplican para satisfacer los gastos de bolsillo de los proveedores que no pertenecen a Imagine360.			
MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS NO CUBIERTOS		En HEB	En una farmacia no preferida
Día 30:	Nivel 1 -Genérico Nivel 2 -Preferido Nivel 3 -No preferido	0% después del deducible	0% después del deducible
31 – 90 días:	Nivel 1 -Genérico Nivel 2 -Preferido Nivel 3 -No preferido	0% después del deducible	0% después del deducible
Correo	0% después del deducible		

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 una 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 \(HSA\)](#). Trabajan juntas para brindar cobertura médica y una forma de pagar sus gastos médicos, dentales, de la vista y otros gastos calificados de bolsillo, libres de impuestos. La tabla a continuación explica los dos componentes del plan.



¿QUIÉN ESTÁ CUBIERTO? Usted, su cónyuge legal y sus dependientes fiscales.

¿QUIÉN CALIFICA PARA UNA HSA? Cualquier persona puede calificar si:

- Inscrito en un HDHP elegible para HSA
- Menores 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 de salud (es decir, FSA de salud, ya sea del titular de la cuenta o del cónyuge del titular de la cuenta).
- No recibir Medicare (Parte A, B o D) o el Seguro Social beneficios,
- No inscrito en Tricare
- No tener beneficios médicos de VA (recibidos en los últimos tres meses)

CONTRIBUCIONES MÁXIMAS DE LA HSA

DE LA HSA indexados anualmente: año calendario 2025		Individual	Familia
Contribución anual máxima, independientemente del monto deducible según el HDHP.		\$4,300	\$8,550
Disposición máxima de recuperación para personas de 55 años o más: \$1,000 por cuenta elegible.		\$5,300	\$9,550
¡¡¡TRIPLE AHORRO DE IMPUESTOS!!!			
1. No paga impuestos federales sobre las contribuciones a nuestra HSA.	2. Las ganancias provenientes de intereses e inversiones están exentas de impuestos.	3. Las distribuciones están libres de impuestos cuando se utilizan para gastos de salud calificados.	

HSA - ¿POR QUÉ PARTICIPAR?



¡Estos fondos te pertenecen...PARA SIEMPRE!

- Esta es su cuenta bancaria sin restricciones de año de plan ni función de "usar o perder".
- Ahorre su dinero, reembolse cuando lo necesite e invierta en su futuro.
- Puedes aumentar, disminuir, detener y reiniciar tus contribuciones en cualquier momento.
- Puede seguir contribuyendo año tras año y puede realizar retiros (siempre que esté inscrito en un HDHP) en cualquier momento.
- Ya sea que retire el dinero mañana, dentro de cinco años o durante su jubilación, los fondos utilizados para gastos de atención médica calificados siempre están libres de impuestos.

¿QUÉ ESTÁ CUBIERTO?

Puede utilizar el dinero libre de impuestos para pagar gastos elegibles como:

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

Nota: Una HSA también permite el reembolso de cuidados a largo plazo, primas de Medicare y 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 Ahorros para la Salud?

1. Cumpla con los criterios de HSA antes de poder abrir una cuenta HSA.
2. Elegirá la cantidad que desee aportar a tu HSA en Employee Navigator.
3. KZP proporcionará su información de inscripción a [HSABank](#).
4. Una vez que [HSABank](#) reciba su información, le enviará un paquete de bienvenida y una tarjeta de débito por correo a la dirección registrada en Employee Navigator.

¿Cómo transfiero el saldo existente de mi HSA de mi empleador o banco anterior?

- Puede descargar el formulario de transferencia de HSA desde el sitio web para miembros: <https://www.hsabank.com>. Complete y siga las instrucciones para enviarlo.

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

- No. Si usted y su cónyuge presentan declaraciones 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.



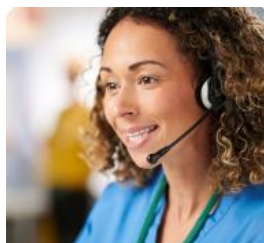
Si tiene preguntas, llame al teléfono de Servicios para Miembros: 800-357-6246

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>

Imagine360 diseñó una mejor solución de plan de salud que le ayuda a usted y a su familia a aprovechar al máximo su cobertura. Tiene acceso a recursos en línea a través de su portal para miembros fácil de usar. Además, cuenta con un equipo de expertos y defensores siempre disponibles, incluyendo enfermeras capacitadas que pueden responder preguntas generales y ayudarlo a explorar sus opciones de atención.

La Orientación Integral en Salud le ayudarán a encontrar y comparar proveedores según métricas de calidad, costos y otros datos. Acceda a datos líderes del sector e información útil en tiempo real en su sitio web.



Apoyo Clínico y de Salud. Profesionales médicos y consejeros con licencia le ayudarán a controlar afecciones crónicas como diabetes, asma y enfermedades cardíacas. También le explicarán cualquier diagnóstico o plan de tratamiento, le administrarán sus medicamentos e incluso programarán citas.

Ayuda con problemas de beneficios y reclamaciones

Imagine360 están disponibles para ayudarlo a encontrar proveedores, responder preguntas sobre beneficios y ayudarlo a resolver cualquier reclamo o problema de 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

Parte de **Imagine360**

- Una vez que consulte a un médico, los defensores revisarán minuciosamente su reclamo para asegurarse de que sea preciso y no exceda el monto permitido por su plan.
- Si la factura contiene errores o sobrefacturación, los defensores notificarán al proveedor y enviarán un pago ajustado. (En la mayoría de los casos, se acepta el pago).
- Si recibe una factura de saldo después de realizar dicho pago, **Imagine360** proporcionará un equipo dedicado de expertos en defensa, incluido apoyo legal, para resolver el problema.



Tu parte

- Compare las facturas de su proveedor con su Explicación de beneficios (EOB) para conocer el monto que debe.
- Si recibe una factura de saldo, 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 y/o correspondencia (por ejemplo, llamada, correo electrónico o carta) de su proveedor que **Imagine360** pueda necesitar conocer o revisar.

PREGUNTAS FRECUENTES

Mi proveedor no reconoce mi tarjeta de identificación médica. ¿Qué hago?

Indique 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 incluye protección de precios?

[Imagine360](#) le ayuda a reducir sus costos de bolsillo al revisar sus reclamaciones médicas para garantizar que solo pague lo justo y razonable. Si alguna vez le facturan un monto superior al de su responsabilidad de desembolso personal que figura en su Explicación de Beneficios, o si tiene alguna pregunta sobre una factura, llame a [Imagine360](#) de inmediato.

¿Qué hago en caso de emergencia médica?

Si tiene una emergencia médica y un centro le dificulta buscar tratamiento inmediato, llame al número que figura en su tarjeta de identificación de beneficios e [Imagine360](#) se comunicará con un representante en el centro.

¿Qué tipos de facturas médicas se revisan?

[Imagine360](#) analiza los costos de hospitales, centros de cirugía ambulatoria y centros de enfermería especializada.

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

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

Recibí una factura de un proveedor que no coincide con mi Explicación de Beneficios. ¿Qué debo hacer?

En ocasiones, un proveedor podría facturarle cargos que exceden los límites permitidos de su plan. Esto se conoce como "factura de saldo". Si recibe una factura de saldo, llame a [Imagine360](#) para que la resuelva en su nombre. Es muy importante que envíe inmediatamente a [Imagine360](#) cualquier factura o notificación que reciba para que puedan ponerse a trabajar en su nombre de inmediato. Se le mantendrá 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, los 7 días de la semana, a información sobre salud y bienestar, como reclamos y beneficios del plan, saldos deducibles y mucho más.

Regístrese en el Portal

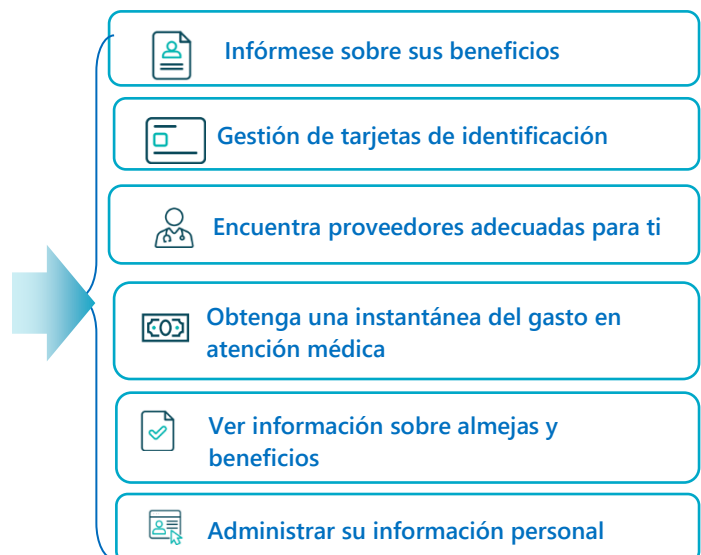
Cuando su plan esté activo, visite: miBenefits.imagine360.com.

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.



BENEFICIOS DE FARMACIA



PCARx gestiona sus beneficios de farmacia. El programa de farmacia ofrece venta minorista, entrega a domicilio y asistencia 24/7 a través del portal del paciente .

FORMAS DE AHORRAR DINERO EN SUS RECETAS

Red de Farmacias Minoristas: Acceda a una sólida red nacional de farmacias, que incluye la mayoría de las principales cadenas de farmacias y numerosas farmacias locales. Pagará un copago más bajo si surte sus recetas en **HEB** .

- Copago de \$10 por un suministro de 30 días de medicamentos genéricos recetados en **HEB Pharmacy**
- Copago de \$30 por un suministro de 90 días de medicamentos genéricos recetados en **HEB Pharmacy**
- Ahorre \$\$\$ 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 Amazon

- o Copago de \$20 por suministro de genéricos para 90 días surtido en **amazon pharmacy**
- o Inscribese fácilmente en línea en www.amazon.com/homedelivery-meds. Tenga a mano su tarjeta de miembro para RxBIN y RxPCN3.
- o Su médico puede enviarle sus recetas por:

E-Scribe: Farmacia de Amazon 001	Fax: 1-512-884-5981	Teléfono: 855-206-3605, presione 1 (solo prescriptores)
---	----------------------------	--

- o Preguntas: llame al **servicio de atención al cliente** de Amazon Pharmacy al 1-855-745-5725.

➤ Mark Cuban, compañía farmacéutica Cost Plus

- o Copago de \$0 para recetas **genéricas** surtidas en **CostPlus**
- o Cientos de medicamentos comunes a los precios más bajos posibles enviados directamente a su puerta.
- o Visite www.costplusdrugs.com para conocer los medicamentos disponibles.
 1. Encuentra su medicación
 2. Crea su cuenta
 3. Pídale a su 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 para recetas: Ahorros fáciles de usar en su farmacia. Aceptado 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 ayudar a administrar los beneficios de Rx en línea o en un dispositivo móvil.
- Consulte el formulario, precio, resumen de beneficios e historial.
- El cómodo acceso en línea y móvil está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Regístrese para obtener una cuenta en <https://pcarx.myrxplan.com/login>
- Llama al 855-283-7882 o envía un correo electrónico a info@pcarx.com
- Descargue la aplicación móvil.

APPLE STORE
(IOS)



GOOGLE PLAY STORE
(ANDRIOD)



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.

1. Escanee el código de barras apropiado según su dispositivo inteligente para ser dirigido a la tienda de aplicaciones.
2. Descargue/abra la aplicación.
3. Puede registrar su cuenta o iniciar sesión con su dirección de correo electrónico si ya se registró en línea.

❖ *Portal del Paciente disponible al inicio de los beneficios.*



VISITAS VIRTUALES



La solución de consultas virtuales, desarrollada por **Recuro Health**, permite a los miembros tener una consulta en vivo con un médico o terapeuta certificado y contratado independientemente. Esto se puede hacer por teléfono las 24 horas, los 7 días de la semana. Los terapeutas certificados están disponibles por video llamada o aplicación móvil (con cita previa).

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



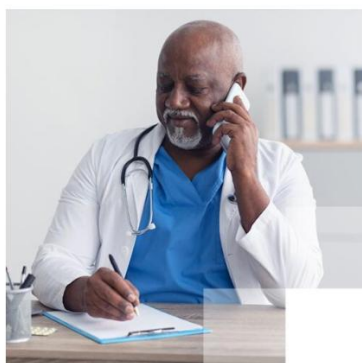
SALUD GENERAL	ATENCIÓN PRIMARIA	ASESORAMIENTO Y PSIQUIATRÍA
• Alergias • Asma • Náuseas • Infecciones de los senos paranasales • Lesiones menores	• Visitas de bienestar • Visitas de atención preventiva • Recetas • Control de peso • Manejo de condiciones crónicas	• Manejo de la ira • Ansiedad/Depresión • 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 **1360** Línea de soporte de Recuro: 888-528-4655 o 844-715-1724
- Descargue la aplicación "Recuro Care" en member.recurohealth.com



Escanee aquí para hacer una cita de atención virtual.



DÓNDE RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Tiene muchas opciones para buscar atención médica. Sin embargo, algunos proveedores de atención médica pueden ser más costosos que otros. Utilice las siguientes pautas para decidir cuál se adapta mejor a sus 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 saludable. **Keith Zars Pools** ofrece seguro dental a través de **Guardian**. Mantenga la sonrisa de usted y su familia con planes dentales asequibles que facilitan las visitas al dentista para limpiezas regulares y atención preventiva, así como para tratamientos importantes.

	DHMO	Plan PPO VALOR	Plan PPO NAP
Red		DentalGuard Preferred	
Beneficio máximo anual	ILIMITADO	\$1,750	\$1,750
Deducible del año calendario	NINGUNO	\$50 Empleado / \$150 Familia (Exento para servicios preventivos.)	\$50 Empleado / \$150 Familia (Exento para servicios preventivos.)
Servicios preventivos: Limpiezas, radiografías, selladores	Se aplica la escala de tarifas	0%, deducible exento	0%, deducible exento
Servicios básicos: Obturaciones, raspado y alisado radicular, endodoncia, extracciones simples, mantenimiento periodontal	Se aplica la escala de tarifas	0% después del deducible	20% después del deducible
Servicios principales: Coronas, prótesis dentales, implantes, cirugía periodontal, puentes	Se aplica la escala de tarifas	40% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de ortodoncia:	N / A	N / A	N / A
Proveedores fuera de la red	N / A	Tarifas de red	Percentil 90 de lo habitual
Períodos de espera** Servicios básicos/principales		6 meses / 12 meses	6 meses / 12 meses
Rollover máximo Límite Monto de reinversión Límite máximo de reinversión	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 2025-2026

	DHMO	VALOR PPO	PPO NAP
Empleado	\$3.10	\$5.79	\$5.79
Empleado y cónyuge	\$5.22	\$12.38	\$12.38
Empleado e 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).
- Ingresa 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



GUARDIAN transferirá una parte de su máximo anual no utilizado a su Cuenta de Transferencia Máxima (MRA) personal. Si alcanza el Máximo Anual de su Plan en años posteriores, podrá usar el dinero de su MRA. Para calificar para la MRA, debe tener una reclamación pagada (no solo una consulta) y no haber superado el límite de reclamaciones pagadas durante el año de beneficios. Su MRA no puede superar el límite de la MRA. Puede consultar el estado de cuenta anual de su MRA, con los detalles de su cuenta y la de sus dependientes, en www.GuardianAnytime.com.

Plan Máximo Anual	Umbral (Gasto)	Monto máximo de reinversión	Límite máximo de rollover de la cuenta
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 \$500 *	Plan Base máximo: \$1,250 Plan de compra máximo: \$1250
Reembolso máximo de reclamaciones	Monto de las reclamaciones que determina la elegibilidad para la transferencia	Dólares adicionales agregados al Máximo Anual del Plan para años futuros. * Si solo se utilizaron proveedores dentro de la red durante el año de beneficios.	Plan Máximo Anual más Máximo de Renovación

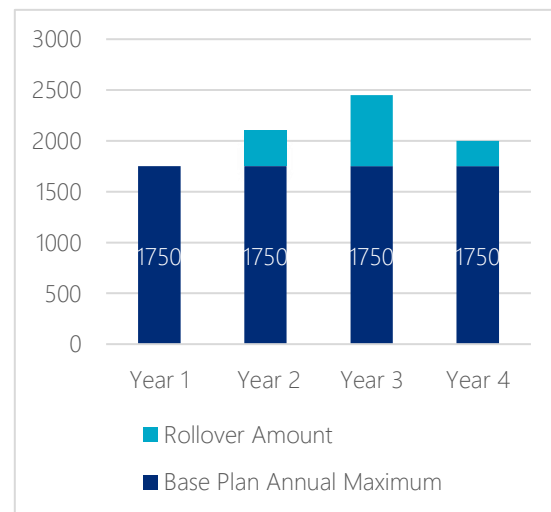
Así es como funcionan los beneficios:

Año uno: Jane seleccionó el Plan Dental PPO. Comienza con un Máximo Anual del Plan de **\$1,750**. Presenta reclamos dentales de **\$150**. Como no alcanzó el límite de \$700, recibe **\$350** de reinversión que se aplicará al segundo año.

Segundo año: Jane ahora tiene un máximo anual del plan aumentado de **\$2,100**. Este año, presenta reclamos por **\$50** y recibe una reinversión **\$350** de que se agrega al máximo anual de su plan.

Año tres: Jane ahora tiene un Máximo Anual del Plan aumentado de **\$2,450**. Este año, presenta **\$2,200** en reclamaciones. Todas las reclamaciones se pagan con el monto acumulado en su Cuenta de Transferencia Máxima.

Año cuatro: El máximo anual del plan de Jane es de **\$2,000** (**\$1,750** máximo anual del plan + **\$250** restante en su Cuenta de Máximo Rollover).



ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN DE VISIÓN

Ya sea que use anteojos o tenga una vista perfecta, debería hacerse una revisión de la vista anualmente. Muchas enfermedades y afecciones, como la diabetes, pueden identificarse mediante un examen ocular de rutina. A continuación, se presenta un resumen de los beneficios disponibles con **Guardian** desarrollado por **Avesis**. Recuerde, acuda a un proveedor dentro de la red para maximizar el valor de su plan de visión.

	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Red de visión	Avesis	N / A
Exámenes de la vista	\$0 copago	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	asignación de \$150 + 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 electivas	asignación de \$150	reembolso de \$120
Medicamente necesario	Cubierto después de un copago de \$10.	reembolso de \$210
Evaluación y adaptación	Estándar \$50 / Personalizado \$75	Incluido en la asignación de lentes de contacto.
Frecuencia: según la fecha del servicio		
Exámenes	Período de beneficio de un año calendario.	
Lentes y lentes de contacto	Período de beneficio de un año calendario.	
Marcos	Período de beneficio 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% en proveedores UCR.	N / A

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

DEDUCCIONES SEMANALES 2025-2026

	VISIÓN
Solo empleados	\$1.46
Empleado y cónyuge	\$2.76
Empleado e 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 lo que podría pasarle a su familia si usted no estuviera presente para mantenerlos no siempre es fácil. El seguro de vida puede ayudarle a planificar las necesidades futuras de su familia. Puede consultar la prima del Seguro de Vida Voluntario y de Accidente Cerebrovascular y Muerte por Muerte Involuntaria (AD&D) al inscribirse a través del Employee Navigator.

SEGURO DE VIDA Y AD&D PAGADO POR EL EMPLEADOR

Keith Zars Pools le ofrece, **sin costo alguno**, un seguro de vida y por muerte accidental. En caso de fallecimiento, la cobertura de vida básica pagaría a su(s) beneficiario(s) un beneficio de **\$15,000**.

En caso de muerte accidental, el/los beneficiario(s) recibirá(n) una prestación adicional **equivalente al monto descrito anteriormente**. Si pierde una extremidad o sufre otra discapacidad permanente como consecuencia de un accidente, podría tener derecho a otros pagos de prestaciones del plan de AD&D. Estos se determinan según la lesión.

Reducción del beneficio por edad tanto para el seguro de vida como para el seguro de vida voluntario:

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

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO Y AD&D

Puede adquirir un seguro adicional en incrementos de **\$10,000** hasta **\$500,000**. La emisión de 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 eligieron para sí mismos. La emisión de garantía para un cónyuge es **\$25,000**. **El seguro de vida voluntario para cónyuge se basa en la edad del empleado y finaliza a los 70 años**.

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

- El parto hasta los 14 días cuesta **\$500**.
- Edad de 14 días a 26 años, 100% del monto elegido.

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

PORTABILIDAD Y CONVERSIÓN

Los beneficios de Vida Básica y Voluntaria permiten opciones de portabilidad o conversión en caso de que deje **Keith Zars Pools**. Si le interesa, comuníquese con su departamento de Recursos Humanos para obtener más información.

ELECCIONES ANUALES

Tras su primera inscripción al Seguro de Vida a Término Voluntario para Empleados, puede optar por **aumentar** 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 elijan el monto de emisión de garantía deberán completar un **formulario de evidencia de asegurabilidad (EOI)**.
- Si no se inscribe en el Seguro de Vida Voluntario al ser elegible por primera vez, se le considerará **solicitante tardío**. Quienes lo soliciten tardíamente deberán completar un **formulario de Evidencia de Asegurabilidad** por cualquier monto elegido en una fecha posterior.
- El **formulario de Evidencia de Asegurabilidad (EOI)** puede completarse en línea. El enlace se publicará en el Employee Navigator. El enlace es guardiananytime.com/eoi.

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Verifique que la información de su beneficiario sea correcta y esté actualizada. Actualice su información de beneficiario en el Navegador de Empleados a lo largo del año. En caso de fallecimiento, el pago de la póliza se realizará según su designación de beneficiario más reciente. Puede nombrar beneficiarios principales y contingentes (secundarios). Usted es el beneficiario de la cobertura de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D) de sus dependientes.

NOTA: Debido a restricciones legales, no se puede pagar directamente el beneficio por fallecimiento a menores de edad. Se recomienda establecer un fideicomiso para el menor designado como beneficiario.



Lo inesperado puede ocurrir en cualquier momento. El seguro de discapacidad garantiza su sueldo y les brinda tranquilidad a usted y a su familia si no pueden trabajar debido a una enfermedad o lesión fuera del trabajo. **Keith Zars Pools** ofrece a sus empleados elegibles de tiempo completo la oportunidad de inscribirse en el seguro voluntario por discapacidad a corto y largo plazo. Puede consultar las primas de su seguro por discapacidad a corto y largo plazo al inscribirse a través del Employee Navigator.

INCAPACIDAD A CORTO PLAZO VOLUNTARIA-STD

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

Usted tiene derecho a recibir el pago del beneficio el día 8 por accidentes y enfermedades.

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

INCAPACIDAD VOLUNTARIA A LARGO PLAZO (LTD)

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

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

CONDICIÓN PREEXISTENTE

Si ha recibido tratamiento, diagnóstico o toma 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 por hasta **12 meses**. Una vez que haya estado en el plan durante más de un año, esto ya no aplica.

Tenga en cuenta que, mientras se verifica la preexistencia, Guardian pagará dos semanas de beneficios si se determina que aplica. **No** tendrá que reembolsar el beneficio.

PRUEBA DE ASEGURABILIDAD

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

¡IMPORTANTE! Usted no es elegible para recibir beneficios por discapacidad a corto plazo si está recibiendo una compensación laboral.

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

La vida no siempre es fácil. A veces, un problema personal o profesional puede interponerse en el mantenimiento de una vida sana y productiva. Su Programa de Asistencia al Empleado (EAP), disponible a través de **ComPsych GuidanceResources** puede ayudarle a encontrar un equilibrio entre su vida laboral y su vida familiar. **ComPsych** ofrece asesoramiento confidencial, orientación experta y recursos valiosos para ayudarle a usted y a los miembros de su hogar a afrontar cualquier desafío de la vida, ya sea grande o pequeño. Estos servicios se prestan sin costo alguno.

- **Asesoramiento confidencial:** 3 sesiones presenciales o virtuales por persona, por problema y por año.
- **Apoyo emocional** para problemas tales como dificultades conyugales, estrés, ansiedad, duelo, presiones laborales y abuso de sustancias.
- **Apoyo para el equilibrio entre la vida laboral y personal:** referencias y recursos para el cuidado de niños y personas mayores, mudanzas, cuidado de mascotas, planificación universitaria, reparaciones del hogar, compra de automóviles, planificación de eventos y más.
- **Orientación legal:** acceso a abogados para consultas sobre divorcio, custodia, bienes raíces, deudas, bancarrota, conflictos entre propietarios e inquilinos, y acciones civiles o penales; incluye una consulta gratuita de 30 minutos y una reducción del 25% en los honorarios si se requiere representación legal (excepto en Nueva York).
- **Información financiera:** elaboración de presupuestos, gestión de deudas, cuestiones fiscales y otras inquietudes monetarias, con acceso a profesionales financieros.
- **Apoyo digital:** asesoramiento en línea, recursos para el equilibrio entre la vida laboral y personal, artículos, podcasts, videos, autoevaluaciones y capacitación a la carta.
- **Elaboración de testamentos en línea:** una herramienta sencilla, segura y gratuita para redactar testamentos y voluntades anticipadas.
- **Apoyo para el bienestar:** de asesoramiento para dejar de fumar, controlar el peso, mejorar el sueño, aumentar la motivación, cuidar la espalda, prevenir la diabetes y mucho más.



Asistencia en vivo 24/7

Teléfono: 855-239-0743

TRS: Marque 711

En línea: www.guidanceresources.com

App: GuidanceNow

ID web / ID de empresa: Guardian



SERVICIOS DE PREPARACIÓN DE TESTAMENTOS

Los servicios de Preparación de Testamentos a través de EstateGuidance están disponibles para los miembros que decidan inscribirse en el plan Voluntario de Seguro de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D).

Mantener un testamento actualizado es fundamental para garantizar que sus bienes se distribuyan tal como usted lo desea, independientemente del tamaño de su patrimonio. Es posible que usted haya estado posponiendo la elaboración de un testamento por creer que no dispone del tiempo o de los recursos económicos necesarios para cubrir los gastos legales. Ahora, gracias a los Servicios de Preparación de Testamentos de EstateGuidance, esto es posible..

EstateGuidance simplifica el proceso mediante herramientas en línea que le guían paso a paso para completarlo en cuestión de minutos. Acceda al sitio web siguiendo las instrucciones proporcionadas e ingrese la información solicitada en cada indicación.

- Puede completar su testamento en línea y descargarlo a su computadora, o bien solicitar que se imprima y se le envíe por correo.
- Puede redactar un testamento vital (directivas anticipadas) para garantizar que reciba la atención médica que usted desea para el final de su vida.
- También puede redactar un documento de disposiciones funerarias para expresar sus deseos con respecto a sus servicios fúnebres.

Para más información, visite: www.estateguidance.com

Código promocional: Guardian

O llame al: 1-855-239-0743

Inicie sesión en EstateGuidance® para:

- Completar un **testamento personalizado**: Sin costo para usted.
- Solicitar **la impresión y el envío** de su testamento: **\$14.99**
- Redactar un **testamento vital**: **\$14.99**.
- Redactar un **documento de disposiciones funerarias**: **\$9.99**



Disfruta de descuentos, recompensas y beneficios en miles de las marcas que amas en una 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 APOYO PARA MIEMBROS

El Centro de Apoyo Para Miembros de parte de la Agencia Marsh McLennan es su punto de contacto central para preguntas sobre beneficios.

Llama al (800) 207-2265 e ingresa el PIN 2226 .

O envíe un correo electrónico a: keithzarspools@marshmma.com para comunicarse con uno de nuestros representantes de beneficios.

El soporte está disponible de **lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. CT**, tanto en inglés como en español.

Nuestros especialistas en beneficios son profesionales de seguros. Conocen los planes de beneficios de sus empleados y su objetivo es resolver sus preguntas con prontitud y eficacia. Si su pregunta no se puede resolver con un solo correo electrónico o llamada telefónica, le mantendremos informado del estado de su consulta hasta que se resuelva.

Para obtener orientación sobre las transacciones de inscripción y verificación de elegibilidad, comuníquese con su departamento de Recursos Humanos.

Preguntas sobre
beneficios

Resolución de
reclamaciones

Asistencia de red

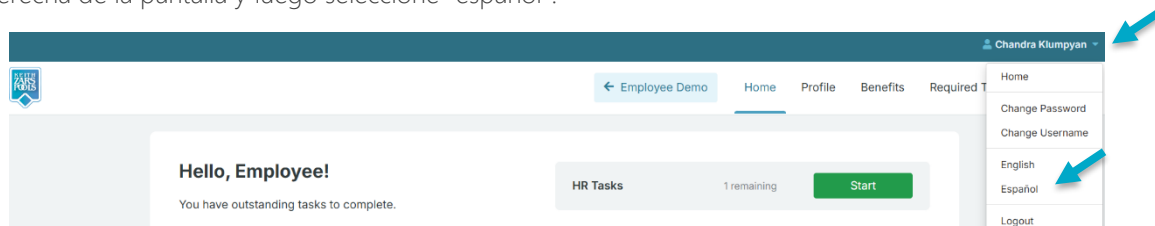
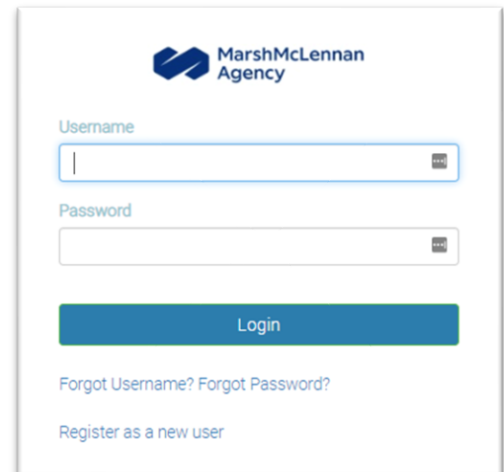
Asistencia de
Solicitud de tarjeta
de identificación

INSCRIPCIÓN EN BENEFICIOS CON EMPLOYEE NAVIGATOR

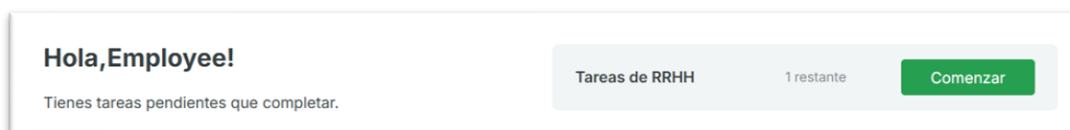
Keith Zars Pools nos comprometemos a mantenerlo informado sobre sus beneficios. Le animamos a que se tome el tiempo para informarse sobre sus opciones y elegir la mejor cobertura para usted y su familia. **Keith Zars Pools** utiliza un sistema de inscripción en línea, *el Employee Navigator*, para todos los cambios nuevos y actualizados en la inscripción de beneficios.

REGISTRO E INSCRIPCIÓN

1. Navegar a <https://marsh.employeeenavigator.com>
2. **¿Es usted un usuario nuevo?** Seleccione "Registrarse como nuevo usuario"
 - a. Complete la sección "Crea tu cuenta":
 - Ingrese nombre y apellido
 - Introduzca el identificador de la empresa : **ZarPools**
 - Ingrese el PIN (últimos 4 dígitos del SSN)
 - Formato de fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)
 - **Contraseña** : Debe tener al menos 6 caracteres y contener un símbolo (#, ?, @, etc.) y un número.
 - b. Haga clic en "Registrarse"
3. **¿Usuario que regresa?**
 - a. Ingrese su nombre de usuario y contraseña o seleccione " Restablecer una contraseña olvidada "
4. Cuando cree su cuenta de Employee Navigator, debería ver la siguiente imagen en su computadora. Tendrá la opción de cambiar a "español" (vea la imagen a continuación). Haga clic en la flecha junto a su nombre en la esquina superior derecha de la pantalla y luego seleccione "español".



5. Employee Navigator ahora proporcionará las instrucciones en español. Haga Clic "Comenzar" para empezar inscripción.



6. Sigue las indicaciones para realizar sus elecciones.
7. Asegúrese de hacer clic en "Hacer clic para firmar" para finalizar sus elecciones.





Paquete de avisos de beneficios de salud y bienestar de Keith Zars Pools Ltd.

Para el año del plan 08/2025

Estimado Empleado,

Adjunto encontrará un paquete de notificaciones y divulgaciones que pertenecen a los planes de salud y bienestar patrocinados por su empleador, según lo exige la ley federal.

Anexos:

- Aviso sobre el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP)
- Aviso sobre la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)
- Aviso sobre la Ley para la Protección de la Salud de las Madres y Recién Nacidos (NMHPA)
- Continuación de cobertura bajo USERRA
- Acta de no-discriminación debido a información genética y (GINA en inglés)
- Aviso de derechos de inscripción especial HIPAA
- Aviso de cobertura acreditable Medicare Parte D
- Aviso de prácticas de privacidad HIPAA
- Ley de licencia médica familiar (FMLA en inglés)

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

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, deben conocer sobre la ley Federal que les ofrece más opciones de cobertura de medicamentos con receta. Consulte la página 34 para obtener más detalles

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 17 de marzo de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

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

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de GA HIPPI: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2	Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ https://www.in.gov/fssa/dfr Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Sitio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPPI: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPPI: 1-800-967-4660
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIP.P.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kids.health.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPPI)
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnect.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: 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://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPPI: 1-800-852-3345, ext. 15218 Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)	Sitio web: https://es.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: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid y CHIP

Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Por correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/espanol/
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercare-plus/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 agregado el programa de asistencia con primas desde el 17 de marzo de 2025, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
1-866-444-EBSA (3272)

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

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados, Oficina de Políticas e Investigación, Atención: Oficial de Autorización de la PRA, 200 200 Avenida Constitución, N.W., Sala N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

Aviso sobre la ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer (WHCRA)

¿Sabe usted que su Plan, según lo estipula la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, proporciona beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, que incluyen todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluyendo la linfedema? Llame a su oficina de Recursos Humanos para obtener más información.

Aviso sobre la ley para la protección de la salud de las madres y los recién nacidos (NMHPA)

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

Continuación de cobertura bajo USERRA

Usted tiene derecho a continuar participando en el plan de salud de grupo durante su permiso de ausencia debido a servicio militar, el cual está protegido bajo la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo para Militares (USERRA). Consecuentemente, si usted está ausente en su trabajo debido a servicio activo militar por más de 31 días, su participación en el plan de salud no será interrumpida. Si su ausencia es por más de 31 días pero no más de 12 semanas, usted puede mantener su cobertura bajo el plan de salud de grupo si continúa pagando las primas del seguro especificadas por su empresa (patrocinador del plan).

Si usted no elige continuar su participación en el plan de salud de grupo durante su ausencia debido a servicio militar de más de 31 días, o si usted revoca su elección previa a continuar participando durante las 12 semanas después de que su ausencia empieza, usted y sus familiares cubiertos por el plan tendrán la oportunidad de elegir la continuación de cobertura bajo el plan de salud de grupo por un máximo de 24 meses, el cual comienza el primer día de su permiso de ausencia. Usted debe pagar las primas de seguro para continuar su cobertura con pagos después de los impuestos, las cuales están sujetas a las reglas establecidas por el Plan.

La continuación de cobertura bajo USERRA es considerada una cobertura alternativa para propósitos de COBRA (Ley de Continuación de Cobertura). Consecuentemente, si usted elige continuar su cobertura bajo USERRA, la opción de cobertura bajo COBRA no estará disponible generalmente.

Acta de no-discriminación debido a información genética y (GINA en inglés)

El acta Gina prohíbe que planes grupales de salud discriminen basado en información genética. Información genética consiste en:

1. Información acerca pruebas genéticas de un individuo;
2. Pruebas genéticas de los miembros familiares de un individuo; y
3. La manifestación de una enfermedad o desorden en un miembro familiar de un individuo.

El plan grupal de salud puede recopilar información genética después de la inscripción inicial, sin embargo, no puede recopilar esta información en conexión con el proceso de inscripción anual. El plan grupal de salud no puede ajustar las tarifas o aumentar las contribuciones basado en información genética, ni tampoco puede solicitar o requerir pruebas genéticas, o utilizar información genética para propósitos de determinar las tarifas.

Aviso sobre inscripción especial HIPAA

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

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

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

Para solicitar inscripción especial u obtener más información, comuníquese con su oficina de Recursos Humanos.

Medicare parte D aviso de cobertura acreditable

Aviso Importante de Keith Zars Pools Ltd. sobre su Cobertura de Medicamentos con Receta Médica y Medicare Planes médicos de Keith Zars Pools Ltd.

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

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

- 1. En 2006, la cobertura de medicamentos recetados de Medicare se volvió disponible para todos los inscritos en Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un Plan Advantage de Medicare (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura sujeta a primas mensuales más altas.**
- 2. Keith Zars Pools Ltd. ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que le ofrece por los planes médicos de imagine360 Base, Choice y HDHP/HSA, se espera que, en promedio, pague a todos los participantes del plan una cantidad equivalente a lo que paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y por lo tanto se considerará como cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura acreditable, usted puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (penalización) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.**

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

Usted se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare al obtener la elegibilidad inicial para Medicare cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos con receta, mientras no sea por su culpa, también calificará para un

Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para participar en el plan de medicamentos de Medicare.

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

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

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

¿Cuándo pagará usted una prima más alta (penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Keith Zars Pools Ltd. y no se une al plan de medicamentos de Medicare durante los siguientes 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, podría pagar una prima más alta (penalización) para unirse más tarde a un plan de medicamentos de Medicare.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fecha: 21 de julio de 2025
Nombre de la entidad/remitente: Keith Zars Pools Ltd.
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

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

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

Keith Zars Pools, Ltd. ("KZP") patrocina ciertos planes de salud grupales (colectivamente, el "Plan" o "Nosotros") para proporcionar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Proveemos esta cobertura a través de diversas relaciones con terceros que establecen redes de proveedores, coordinan su atención y procesan reclamaciones para el reembolso de 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 respecto a su información médica protegida, incluyendo ciertos registros de trastornos por uso de sustancias (SUD) cubiertos por la parte 2 del 42 CFR (Parte 2), que el Plan mantiene bajo HIPAA. Entre otras cosas, este Aviso describe cómo su información médica protegida puede ser usada o divulgada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o para cualquier otro propósito permitido o requerido por la ley.

Estamos obligados a proporcionarle este Aviso conforme a HIPAA. La Regla de Privacidad de HIPAA protege únicamente cierta información médica conocida como "información médica protegida." Generalmente, la información médica protegida es información de salud identificable individualmente, incluyendo información demográfica, recopilada de usted o creada o recibida por un proveedor de atención médica, un centro de procesamiento de datos de salud, un plan de salud o su empleador en nombre de un plan de salud grupal, que se relaciona con:

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

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

Información de Contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor contacte a:

Keith Zars Pools Ltd.
Atención: Departamento de Beneficios
Shelly Chance
711 Navarro Street, Ste. 400
San Antonio, Texas 78205

Fecha de Vigencia

Este Aviso, en su versión revisada, entra en vigor el 16 de febrero de 2026.

Nuestras Responsabilidades

Estamos obligados por ley a:

- Mantener la privacidad de su información médica protegida;
- Proporcionarle ciertos derechos con respecto a su información médica protegida;
- Proporcionarle una copia de este Aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida; y
- Seguir los términos del Aviso que esté vigente.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y hacer nuevas disposiciones respecto a su información médica protegida que mantenemos, según lo permita o requiera la ley. Si hacemos algún cambio material a este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También puede obtener una copia del Aviso revisado más reciente contactando a nuestro Departamento de Beneficios en la información proporcionada arriba o en nuestro sitio de inscripción de beneficios <https://marsh.employeenavigator.com>.

Excepto como se indica en este Aviso, no divulgaremos su información médica protegida sin su autorización previa

Cómo Podemos Usar y Divulgar Su Información Médica Protegida

Bajo la ley, podemos usar o divulgar su información médica protegida en ciertas circunstancias sin su permiso. Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que podemos usar y divulgar su información médica protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos lo que significa y presentaremos algunos ejemplos. No todos los usos o divulgaciones en una categoría serán listados. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información médica protegida caerán dentro de una de estas categorías.

Para Tratamiento

Podemos usar o divulgar su información médica protegida para facilitar el tratamiento médico o servicios por parte de proveedores. Podemos divulgar información médica sobre usted a proveedores, incluyendo médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal hospitalario involucrado en su cuidado. Por ejemplo, podríamos divulgar información sobre sus recetas previas a un farmacéutico para determinar si una receta pendiente es inapropiada o peligrosa para usted. Otros casos donde podríamos divulgar su información médica protegida incluyen para:

- Procesar y pagar reclamaciones por tratamiento de trastornos por uso de sustancias;
- Revisar servicios para autorización o necesidad médica;
- Realizar gestión de casos o revisión de utilización;
- Coordinar beneficios o reportes de stop loss como parte de la administración normal del plan.

Para Pago

Podemos usar o divulgar su información médica protegida para determinar su elegibilidad para beneficios del Plan, facilitar el pago por el tratamiento y servicios que recibe de proveedores de atención médica, determinar la responsabilidad de beneficios bajo 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 particular es experimental, investigativo o médicamente necesario, o para determinar si el Plan cubrirá el tratamiento. También podemos compartir su información médica protegida con un proveedor de revisión de utilización o precertificación. Asimismo, podemos compartir su información médica protegida con otra entidad para ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamaciones de salud o con otro plan de salud para coordinar pagos de beneficios.

Para Operaciones de Atención Médica

Podemos usar y divulgar su información médica protegida para otras operaciones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para operar el Plan. Por ejemplo, podemos usar información médica en relación con actividades de evaluación y mejora de calidad; suscripción, calificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentar reclamaciones para cobertura stop-loss (o exceso de pérdida); realizar o coordinar revisiones médicas, servicios legales, auditorías y programas de detección de fraude y abuso; planificación y desarrollo empresarial como gestión de costos; y actividades administrativas generales del Plan. El Plan tiene

prohibido usar o divulgar información médica protegida que sea información genética sobre un individuo para fines de suscripción.

A Asociados Comerciales

Podemos contratar con individuos o entidades conocidas como Asociados Comerciales para realizar diversas funciones en nuestro nombre o para proveer ciertos tipos de servicios. Para realizar estas funciones o proveer estos servicios, los Asociados Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, usarán y/o divulgarán su información médica protegida, pero solo después de que acuerden por escrito con nosotros implementar salvaguardas apropiadas respecto a su información médica protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida, incluyendo registros de tratamiento de SUD, a un Asociado Comercial para administrar reclamaciones o proveer servicios de apoyo, como gestión de utilización, gestión de beneficios farmacéuticos o subrogación, pero solo después de que el Asociado Comercial firme un Acuerdo de Asociado Comercial con nosotros.

Según lo Requiera la Ley

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

Para Evitar una Amenaza Seria a la Salud o Seguridad

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

A Patrocinadores del Plan

Para fines de administrar el Plan, podemos divulgar a ciertos empleados del empleador información médica protegida. Sin embargo, esos empleados solo usarán o divulgarán esa información según sea necesario para realizar funciones de administración del Plan o según lo requiera 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 médica protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos lo que significa y presentaremos algunos ejemplos. No todos los usos o divulgaciones en una categoría serán listados. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información caerán dentro de una de estas categorías.

Donación de Órganos y Tejidos

Si usted es donante de órganos, podemos liberar su información médica protegida a organizaciones que manejan la procuración de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y trasplante.

Militares y Veteranos

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

Compensación Laboral

Podemos liberar su información médica protegida para programas de compensación para trabajadores o programas similares. Estos programas proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos para la Salud Pública

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

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Reportar nacimientos y defunciones;

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

Actividades de Supervisión de Salud

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

Demandas y Disputas

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

Los registros de tratamiento de SUD recibidos de programas sujetos a la parte 2 del 42 CFR, o testimonios que relaten el contenido de dichos registros, no serán usados ni divulgados en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra, a menos que sea con su consentimiento por escrito o una orden judicial después de notificación y oportunidad de ser escuchado para usted o el titular del registro, según lo dispuesto en la parte 2 del 42 CFR. Una orden judicial que autorice el uso o divulgación debe ir acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue la divulgación antes de que el registro solicitado sea usado o divulgado.

Aplicación de la Ley

Podemos divulgar su información médica protegida si un oficial de la ley lo solicita:

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

Forenses, Médicos Forenses y Directores Funerarios

Podemos liberar información médica protegida a un forense o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos liberar información médica sobre pacientes a directores funerarios según sea necesario para cumplir con sus funciones.

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia

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

Reclusos

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

Investigación

Podemos divulgar su información médica protegida a investigadores cuando:

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

Divulgaciones Requeridas

A continuación, se describe las divulgaciones de su información médica protegida que estamos obligados a hacer.

Auditorías Gubernamentales

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

Divulgaciones a Usted

Cuando usted lo solicite, estamos obligados a divulgarle la parte de su información médica protegida que contiene registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro usado para tomar decisiones sobre sus beneficios de atención médica. También estamos obligados, cuando se solicite, a proporcionarle un registro de la mayoría de las divulgaciones de su información médica protegida si la divulgación fue por razones distintas a pago, tratamiento u operaciones de atención médica, y si la información médica protegida no fue divulgada conforme a su autorización individual.

Notificación de una Violación

Estamos obligados a notificarle en caso de que nosotros (o uno de nuestros Asociados Comerciales) descubramos una violación de su información médica protegida no asegurada, según lo definido por HIPAA.

Otras Divulgaciones

Representantes Personales

Divulgaremos su información médica protegida a personas autorizadas por usted, o a un individuo designado como su representante personal, apoderado, etc., siempre que nos proporcione un aviso/autorización por escrito y cualquier documento de respaldo (por ejemplo, poder notarial).

Nota: Bajo la regla de privacidad de HIPAA, no estamos obligados a divulgar información a un representante personal si tenemos una creencia razonable de que:

- (1) Usted ha sido o puede ser víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de esa persona;
- (2) Tratar a esa persona como su representante personal podría ponerlo en peligro; o
- (3) En el ejercicio del juicio profesional, no es de su interés tratar a esa persona como su representante personal.

Cónyuges y Otros Familiares

Con solo excepciones limitadas, enviaremos todo el correo al empleado. Esto incluye correo relacionado con el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia cubiertos bajo el Plan, e incluye correo con información sobre el uso de beneficios del Plan por parte del cónyuge y otros miembros de la familia, así como información sobre la denegación de beneficios del Plan al cónyuge y otros miembros de la familia. Si una persona cubierta bajo el Plan ha solicitado Restricciones o Comunicaciones Confidenciales (ver más abajo bajo "Sus Derechos"), y si hemos aceptado la solicitud, enviaremos el correo según lo dispuesto por la solicitud de Restricciones o Comunicaciones Confidenciales.

Autorizaciones

Otros usos o divulgaciones de su información médica protegida no descritos arriba, incluyendo el uso y divulgación de registros de tratamiento SUD Parte 2, notas de psicoterapia y el uso o divulgación de información médica protegida para fines de recaudación de fondos o marketing, no se harán sin su autorización por escrito. Usted puede

revocar la autorización por escrito en cualquier momento, siempre que su revocación sea por escrito. Una vez que recibamos su revocación por escrito, solo será efectiva para usos y divulgaciones futuras. No será efectiva para información que haya sido usada o divulgada en base a la autorización escrita antes de recibir su revocación. Usted puede optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de nuestra parte en cualquier momento.

Sus Derechos

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

Derecho a Inspeccionar y Copiar

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

Derecho a Enmendar

Si considera que la información médica protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que la enmendemos. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea mantenida por o para el Plan. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe ser por escrito y enviada al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada arriba bajo Información de Contacto. Además, debe proporcionar una razón que apoye su solicitud. Podemos negar su solicitud de enmienda si no es por escrito o no incluye una razón que la respalde. También podemos negar su solicitud si pide enmendar información que:

- No forma parte de la información médica mantenida por o para el Plan;
- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- No forma parte de la información que usted tendría derecho a inspeccionar y copiar; o
- Ya es precisa y completa.

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

Derecho a un Registro de Divulgaciones

Tiene derecho a solicitar un “registro” de ciertas divulgaciones de su información médica protegida. El registro no incluirá (1) divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) divulgaciones hechas a usted; (3) divulgaciones hechas conforme a su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o por emergencia; (5) divulgaciones para fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a otras divulgaciones permitidas.

Para solicitar esta lista o registro de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada arriba bajo Información de Contacto. Su solicitud debe indicar un período no mayor a seis años (tres años para registros electrónicos de salud) o el período que ABC Company ha estado sujeta a las reglas de privacidad de HIPAA, si es menor.

Su solicitud debe indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, papel o electrónico). Intentaremos proporcionar el registro en el formato solicitado o en otro formato mutuamente aceptable si el formato solicitado no es razonablemente factible. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será proporcionada sin costo. Para listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y podrá retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en costos.

Derecho a Solicitar Restricciones

Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en el uso o divulgación de su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la divulgación de su información médica protegida a alguien involucrado en su cuidado o pago, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podría pedir que no usemos o divulguemos información sobre una cirugía que tuvo.

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

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que solo lo contactemos en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada arriba bajo Información de Contacto. No le preguntaremos la razón de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Atenderemos todas las solicitudes razonables si usted proporciona claramente información que la divulgación de toda o parte de su información protegida podría ponerlo en peligro.

Derecho a una Copia en Papel de Este Aviso

Tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Puede solicitarnos una copia en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a una copia en papel. Para obtener una copia en papel, llame o escriba al Oficial de Privacidad en la información de contacto proporcionada arriba.

Para más información, por favor vea Sus Derechos Bajo HIPAA. ([Your Rights Under HIPAA | HHS.gov](#))

Quejas

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, 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 enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

Para presentar una queja ante el Plan, llame o escriba al Oficial de Privacidad en la información de contacto proporcionada arriba. No será penalizado ni objeto de represalias por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o con nosotros. Debe conservar una copia de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan o al Oficial de Privacidad para sus registros.

Ley de licencia médica familiar (FMLA en inglés)

La [Ley de Licencia Médica Familiar](#) provee a ciertos empleados hasta 12 semanas de licencia sin paga, pero con trabajo protegido por año. La ley también le requiere que los beneficios grupales de salud se mantengan durante el periodo de licencia. FMLA está diseñado para ayudarle a los empleados a balancear sus responsabilidades de familia y trabajo permitiéndoles tomar de firma razonable licencia sin paga por razones médicas o familiares. Esta ley también pretende acomodar los intereses legítimos de los patronos y promover iguales oportunidades de empleo para hombres y mujeres. Patronos sujetos a esta ley deben proveer al empleado elegible hasta 12 semanas de licencia sin paga cada año por cualquiera de las siguientes razones:

- debido al nacimiento y cuidado de un niño recién nacido del empleado;
- por la colocación con el empleado de un niño debido a adopción o cuidado de crianza;
- por el cuidado de un miembro de la familia inmediata (cónyuge, niño, o padre) que padece de una condición de salud seria; o
- para tomar licencia médica cuando el empleado es incapaz de trabajar debido a una condición de salud seria.

Empleados son elegibles para licencia si han trabajado para su patrono por lo menos 12 meses, por lo menos 1,250 horas en los pasados 12 meses, y trabajan en una localidad donde la compañía emplea 50 empleados o más dentro de un área de 75 millas. Se determina si el empleado ha trabajado el mínimo de 1,250 horas de servicio de acuerdo a los principios de la ley FLSA para determinar horas de trabajo compensables.

Cuando un empleado solicita licencia bajo la ley FMLA debido a su propia condición de salud seria o condición de salud seria de un familiar cubierto, el patrono puede requerir una certificación del proveedor médico que compruebe la licencia es necesaria. El patrono también puede requerir segunda o terceras opiniones (al costo del patrono) y recertificación periódica de la condición médica seria.

Tan pronto el empleado regrese de la licencia FMLA, el empleado será reestablecido en su empleo original o un empleo equivalente, con paga, beneficios y demás términos y condiciones de empleo también equivalentes. La cubierta de salud grupal para un empleado en licencia FMLA se mantiene bajo los mismos términos y condiciones como si el empleado no hubiera tomado ninguna licencia.

Para obtener información adicional sobre sus beneficios bajo FMLA, comuníquese con su oficina de Recursos Humanos.

La información aquí contenida es solo para fines informativos generales y no constituye asesoramiento legal ni fiscal sobre ninguna situación específica.

Todas las declaraciones realizadas se basan únicamente en nuestra experiencia como consultores. Marsh McLennan Agency LLC no tendrá la obligación de actualizar esta publicación ni asumirá ninguna responsabilidad ante usted ni ante terceros derivada de esta publicación ni de ningún asunto aquí contenido. La información proporcionada en esta alerta no pretende ser, ni deberá interpretarse como, la prestación de asesoramiento legal ni una oferta de servicios legales, ni refleja necesariamente las opiniones de la agencia, nuestros abogados o nuestros clientes. Esto no constituye asesoramiento legal. El uso de esta información no crea ni puede crear una relación cliente-abogado entre usted y nuestros abogados. Más bien, el contenido pretende ofrecer una descripción general del tema tratado. Esta agencia no está obligada a proporcionar actualizaciones sobre la información aquí presentada. Se recomienda a quienes lean esta alerta que busquen asesoramiento directo sobre cuestiones legales. © 2026 Marsh McLennan Agency LLC. Todos los derechos reservados.

SERVICIO AL CLIENTE E INFORMACIÓN DE CONTACTO

BENEFICIO	TRANSPORTADOR	ID DE GRUPO	TELÉFONO / DIRECCIÓN WEB
Médico	Imagine360	H870809	800-903-4360 www.imagine360.com o mibenefits.imagine360.com Correo electrónico: myplan@imagine360.com
Atención virtual	Recuro Salud	H870809	888-528-4655 o 844-715-1724 imagine360.com/care/telehealth o miembro.recurohealth.com
Farmacia Receta PCA Mark Cuban CostPlus Drug Co Farmacia Amazon	PCARx CostPlus Amazon	Keith Zars Pools	855-283-7882 / pcarx.myrxpla.com costplusdrugs.com/medicamentos 855-745-5725 / www.amazon.com/entrega-medicamentos-a-domicilio
Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)	HSABank	Keith Zars Pools	800-357-6246 / www.hsabank.com
Dental	Guardián	00053701	888-482-7342 / www.guardianlife.com
Visión	Guardián	00053701	888-482-7342 / www.guardianlife.com
Vida básica y AD&D Vida voluntario y AD&D	Guardián	00053701	888-482-7342 / www.guardianlife.com
Incapacidad a corto plazo	Guardián	00053701	888-482-7342 / www.guardianlife.com
Incapacidad a largo plazo	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
Agencia MarshMcLennan			
Mercado de descuentos		BenefitHub	866-664-4621 / correo electrónico: customercare@benefithub.com
MMA Centro de Apoyo para Miembros (Preguntas sobre beneficios, elegibilidad, asistencia con reclamos)		MMA	800-207-2265 PIN 2226 / correo electrónico: KeithZarsPools@marshmma.com
Equipo de MMA			Chandra Klumpyán - 210-489-7519 / chandra.klumpyan@marshmma.com



**MarshMcLennan
Agency**

