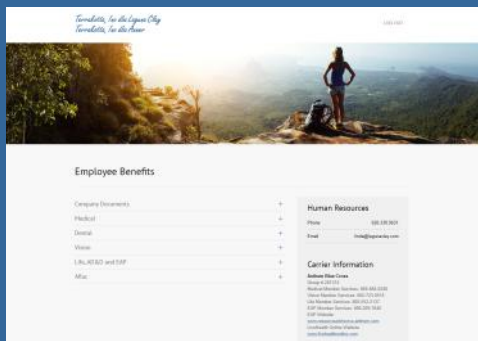




Terrakotta, Inc. dba Kemper Tools

GUÍA DE BENEFICIOS PARA EL EMPLEADO

1 de junio 2026 al 31 de mayo 2027



Su Sitio Web de Beneficios

Para obtener información detallada sobre sus beneficios, inicie sesión en el sitio web de beneficios, su concentrador para toda la información sobre bienestar y nuestros beneficios para el empleado. También encontrará una gran cantidad de recursos de nuestras asociadas compañías de portadores y proveedores. ¡Iniciar sesión hoy y echa un vistazo!

www.lagunaclay.benefitsmap.com

nombre de usuario: laguna

contraseña: benefits

Terrakotta, Inc. dba Kemper Tools se complace en ofrecerle nuestra Guía de Beneficios para el Empleado.

Cada año usted tiene la oportunidad de revisar los beneficios que se ofrecen y de decidir cuáles programas se ajustan mejor a sus necesidades para el próximo año.

Este folleto describe brevemente los beneficios que se ofrecen a todos los empleados elegibles y sus dependientes. El contenido de este folleto presenta una visión general de nuestros planes de beneficios, por favor consulte **sus documentos del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés)** y/o los folletos y certificados de la aseguradora para obtener información más detallada de los beneficios.

¿Cuándo se Puede Inscribir o Hacer un Cambio?

Inscripción Abierta Anual — Le ofrece la oportunidad de hacer cambios a sus elecciones actuales o participar en un plan de beneficios al que no se haya inscrito previamente.

Empleado Nuevo — Usted tiene 30 días a partir del día en que es elegible para elegir o renunciar a la cobertura.

Elegibilidad

Para ser elegible para inscribirse en nuestros planes de beneficios de la compañía, usted debe ser **un empleado regular, haber cumplido el periodo de espera, y trabajar el mínimo de horas requeridas.**

También puede inscribir a sus dependientes elegibles en los planes de beneficios, incluyendo:

- Su cónyuge legal (del mismo sexo o del sexo opuesto).
- Su compañero doméstico calificado (del mismo sexo o del sexo opuesto).
- Sus hijos hasta **26 años de edad** pueden tener cobertura independientemente de su condición de estudiante y de su estado civil.

Rechazo de Cobertura y Cambio de Situación Familiar

Es importante tener en cuenta que si usted renuncia a cualquier cobertura, no se podrá inscribir en los planes de beneficios de salud a menos que tenga un cambio de situación familiar designado. Usted tendrá que esperar hasta el próximo periodo de Inscripción Abierta.

Las regulaciones federales definen así un cambio de situación familiar:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un niño
- Un niño se convierte en no elegible para la cobertura de dependiente
- Muerte del cónyuge o de un niño
- Cambio de tiempo completo a medio tiempo (o lo contrario)
- Un permiso de ausencia sin pago
- Cambio en el empleo de su cónyuge
- Mudanza fuera del área de servicio
- Una Orden Médica Calificada de Manutención de Menores
- Cambio sustancial en la cobertura de sus beneficios o en los beneficios de su cónyuge

Nota Por favor contacte de inmediato a Recursos Humanos para completar los formularios correspondientes si tiene un cambio de situación familiar calificado. Si usted no actualiza su cobertura dentro de los 30 días posteriores a la fecha del cambio de situación familiar calificado, debe esperar hasta el próximo periodo Anual de Inscripción Abierta.

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley Federal le da mas opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Por favor consulte la pagina 7 para mas detalles.

¡Nuevo! Aetna Médico

Le ofrecemos dos opciones de planes médicos HMO con **Aetna**. Para obtener una lista completa de servicios cubiertos, por favor consulte los documentos del **Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC)** de la aseguradora y/o los resúmenes de beneficios para obtener información más detallada de los beneficios. El plan de la **Organización del Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés)**, requiere que usted seleccione un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) quien coordinará su atención a través de una red de médicos, grupos médicos y hospitales participantes. Si necesita servicios especializados, será referido por su PCP a un Especialista en su grupo médico.



CARACTERÍSTICAS	Aetna AWH Southern CA HMO CA25 \$30/\$60 AWH (Red Más Pequeña)	Aetna AVN HMO CA25 \$30/\$60
Red	AWH Southern CA HMO	Aetna Value Network HMO
Deducible por Año Civil	Ninguno	Ninguno
Copago para Consulta Médica	PCP: \$30 de copago Especialista: \$60 de copago	PCP: \$30 de copago Especialista: \$60 de copago
Cuidado Preventivo	Sin cargo	Sin cargo
Hospitalización	30%	30%
Atención de Urgencias	\$50 de copago	\$50 de copago
Cirugía Ambulatoria	30%	30%
Sala de Emergencia	\$150 de copago	\$150 de copago
Laboratorio de Diagnóstico/Rayos X	\$40 de copago	\$40 de copago
Estudios de Imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	30%	30%
Atención Quiropráctica	\$15 de copago (20 visitas/año)	\$15 de copago (20 visitas/año)
Acupuntura	\$30 de copago (20 visitas/año)	\$30 de copago (20 visitas/año)
Medicamentos Recetados Deducible por Año Civil Preferida Genérico Genérico De Marca Preferida De Marca No Preferida	Ninguno \$10 de copago \$30 de copago \$50 de copago 30% hasta \$250	Ninguno \$10 de copago \$30 de copago \$50 de copago 30% hasta \$250
Desembolso Máximo por Año Civil	\$4,500 por persona / \$9,000 por familia	\$4,500 por persona / \$9,000 por familia
Costo por Cheque Semanal Empleado Solamente Empleado + 1 Dependiente Empleado + 2 o más	\$25.61 \$173.84 \$295.13	\$30.03 \$203.89 \$346.14

¡Nuevo! Aflac Dental

Nos complace ofrecerle la opción de dos planes dentales: Plan Dental PPO Bajo y Plan Dental PPO Alto con Aflac.

El plan dental PPO cubre una amplia gama de servicios dentales. Estos planes están diseñados para darle la libertad de recibir atención dental de cualquier dentista de su elección. Sin embargo, puede maximizar sus beneficios consultando a un dentista de la red PPO. Si visita a un proveedor fuera de la red, puede ser responsable de cualquier cantidad adeudada después de que el seguro haya pagado. Consulte el resumen de beneficios de Aflac y/o el Certificado de Seguro para obtener detalles importantes sobre los beneficios.

Consejos:

Asegúrese de pedir a su consultorio dental que envíe a su compañía aseguradora un plan pre-estimado antes de recibir trabajo dental mayor. Su compañía aseguradora le entregará una Explicación de Beneficios que describe los servicios que cubrirá o no cubrirá el seguro y cuánto será su responsabilidad.

Aflac	Plan DPPO Bajo		Plan DPPO Alto	
	En la Red	Fuera de la Red ¹	En la Red	Fuera de la Red ¹
Deducible por Año Civil	\$75; Máximo 3 por familia	\$75; Máximo 3 por familia	\$50; Máximo 3 por familia	\$50; Máximo 3 por familia
Deducible Omitido Para lo de Prevención	Sí	Sí	Sí	Sí
Beneficio Máximo por Año Civil	\$1,000 por persona	\$1,000 por persona	\$1,500 por persona	\$1,500 por persona
Servicios Preventivos	100%	80%	100%	100%
Servicios Básicos	80%	60%	80%	80%
Servicios Mayores	50%	40%	50%	50%
Base de Pago de Reclamos	Tarifa de Honorarios	MAC	Tarifa de Honorarios	UCR 95th
Costo por Cheque Semanal				
Sólo Empleado	\$3.46		\$10.13	
Empleado + Cónyuge	\$6.83		\$20.27	
Empleado + Hijo(s)	\$8.91		\$22.55	
Empleado + Familia	\$12.74		\$34.33	

1. Usted es responsable de cualquier cantidad sobre las cantidades permitidas por Aflac para cuidados y servicios.

¡Nuevo! Aflac Visión

Ya sea que su visión sea 20/20 o menos que perfecta, todos necesitan recibir cuidado de su visión regular. El Plan de Visión de Aflac ofrece cuidado de visión profesional y lentes y marcos de alta calidad a través de una amplia red de especialistas ópticos. Similar a un plan PPO, usted puede aprovechar el nivel máximo de beneficios al recibir servicios de proveedores de visión en la red.

CARACTERÍSTICAS	Aflac—Red Davis	
Examen / Aros / Lentes (Anteojos o Contactos)	Cada 12 Meses / Cada 24 Meses / Cada 12 Meses	
Copagos	Examen: \$10 / Materiales: \$25	
	En la Red	Reembolso Fuera de la Red
Examen	Cubierto en su totalidad después del copago	Hasta \$40
Aros	\$130 de asignación o \$180 de asignación en Visionworks, luego 30% de descuento	Hasta \$50
Lentes	Cubierto en su totalidad en la mayoría de lentes después del copago	Hasta \$80
Lentes de Contacto		
Electivo	\$130 de asignación + 15% de descuento en el saldo	Hasta \$105
Medicamento Necesario	Sin cargo	Hasta \$225
Costo por Cheque Semanal		
Empleado Solamente	\$1.51	
Empleado + 1 Dependiente	\$2.98	
Empleado + 2 o más	\$4.41	

Cuenta de Gastos Flexibles (“FSA”)

INSCRIPCIÓN ABIERTA EN DICIEMBRE PARA EL AÑO CALENDARIO 2027

Mantenga más del dinero que gana. **HealthEquity | WageWorks** administra la Cuenta de Gastos Flexibles. El “FSA” le permite dejar a un lado dólares antes de impuestos para cuidado de salud y gastos de cuidado de dependientes.

El usar una cuenta de gastos es como obtener un descuento en ciertos gastos—no porque los gastos son menores sino porque usted está pagando por ellos con el dinero antes de impuestos. Puede utilizar una cuenta de gastos para recibir reembolsos por gastos de cuidado de salud elegibles

Un “FSA” de cuidado de dependiente es una buena manera para pagar por gastos de cuidado de dependientes y bajar su ingreso sujeto a impuestos. Aquí está como funciona:

- Usted dirige parte de su salario antes de impuestos en una cuenta especial para ayudar a pagar los costos de cuidado de dependientes relacionados al trabajo
- Usted puede utilizar su cuenta durante el año para ayudar a pagar por los gastos elegibles
- El gasto debe ser con el propósito de permitir que usted y, si es casado, su cónyuge pueda trabajar

Dependientes que Califican

- Su dependiente de impuestos que es menor de 13 años de edad, o
- Cualquier otro de sus dependientes de impuestos, como un padre anciano, que está física o mentalmente incapacitado para auto-cuidado y tiene la misma residencia principal que usted
- Un cónyuge que esté física o mentalmente incapacitado para auto-cuidado y tiene la misma residencia principal que usted

	Con “FSA”	Sin “FSA”	Ahorros “FSA”
Ingreso Anual	\$40,000	\$40,000	
Estimación de Contribuciones Antes de Impuestos para cuidado	\$5,000	\$0	
Ingreso Sujeto a Impuestos	\$35,000	\$40,000	
Estimado de Retención de Impuestos Federales	\$4,713	\$5,463	
Estimado de Impuesto de Seguro Social	\$2,678	\$3,060	
Gastos de Cuidado de Dependiente	\$0	\$5,000	
Crédito Fiscal para Cuidado de Dependiente	\$0	\$660	
Ingresos después de Impuestos	\$27,609	\$27,137	\$472

Seguro de Viajero Gateway

¿Va a viajar fuera de casa? El Seguro Médico para Viajero Gateway le protegerá en caso de una lesión o enfermedad. Pagará por sus gastos médicos en el extranjero e incluso pagará para que usted pueda ser evacuado de regreso a los EE.UU. si es necesario. Para obtener más información, por favor llame al **877.808.7434** o visite el sitio web en: <http://www.gatewayplans.com/individuals/leisure-travel/gateway-international>. El seguro de viajero NO está patrocinado por su empleador. Para acceder a esta cobertura, debe comprarlo en línea.

Seguro de Vida/“AD&D” Pagado por Empleador

¡GRATIS PARA USTED! Proveemos a los empleados de tiempo completo con \$25,000 de Seguro Grupal de Vida a Término y por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) a través de **United Healthcare**. Los beneficios se reducen a \$16,250 a la edad de 65 y a \$12,500 a la edad de 70.

Usted puede continuar con su seguro de vida después de salir de nuestra compañía o ya no ser elegible para esta cobertura debido a otras razones. Sin embargo, debe solicitar la cobertura continua dentro de los 31 días siguientes a la pérdida de este seguro. Visite nuestro Sitio Web de Beneficios y su Folleto de Certificado de seguro para obtener más información.

United Healthcare Seguro de Vida/AD&D Voluntario

Si usted necesita protección financiera adicional para su familia, también tiene la oportunidad de comprar un seguro de Vida a Término y AD&D. Se incluye un beneficio de AD&D voluntario cuando usted compra el seguro de vida voluntario. El monto del seguro de Vida y AD&D es igual. Esta prima se paga con dólares después de impuestos a través de deducciones de nómina.

Los beneficios están disponibles para empleados y dependientes hasta un máximo de \$500,000 sin exceder 5 veces de los ingresos anuales básicos del empleado. Los empleados se deben inscribir para comprar un seguro de vida adicional para los dependientes.

Por favor recuerde que si usted decide inscribirse en el seguro de Vida y AD&D Voluntario después de su fecha inicial de elegibilidad, se requerirá Evidencia de Asegurabilidad (EOI, por sus siglas en inglés).

Si desea información adicional por favor consulte los documentos de United Healthcare.

Aflac Beneficios en el Lugar de Trabajo Voluntarios

Incluso los mejores planes de beneficios no cubren todos sus gastos de bolsillo, y ahí es donde Aflac se adapta a sus necesidades adicionales. Aflac paga en efectivo para ayudar a proteger sus activos e ingresos cuando está herido o enfermo. Puede elegir entre uno o más de los siguientes planes:

CARACTERÍSTICAS	
Seguro de Accidente	Para accidentes cubiertos, usted recibe beneficios en efectivo para su uso como mejor le parezca. Este plan ayuda a proporcionar un colchón financiero si ocurre un accidente. La cobertura es 24/7.
Protección de Cáncer	Paga beneficios de prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación.
Cuidado Crítico	Ayuda a brindar tranquilidad financiera si experimenta un evento de salud grave, como un ataque cardíaco o un derrame cerebral. Recibirá un beneficio de suma global tras el diagnóstico de un evento cubierto.
Discapacidad	En caso de enfermedad o accidente fuera del trabajo, este plan le ayuda a mantener su calidad de vida y le ayuda a pagar sus facturas.
Hospitalización	Ayuda con los gastos no cubiertos de una estadía hospitalaria. También incluye consultas médicas. Esta póliza de protección cubre cualquier enfermedad y lesión.

Aviso para Empleados Elegibles para Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, ciertas personas más jóvenes con discapacidades y personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante, a veces llamada ESRD).

Si usted tiene Medicare y otro seguro médico (como un plan de salud grupal, cobertura para jubilado o Medicaid), cada tipo de cobertura se llama un "pagador". Cuando hay más de un pagador, las reglas de "coordinación de beneficios" determinan quién paga primero. El "pagador primario" paga lo que debe en sus facturas primero, y luego envía el resto al "pagador secundario" (pagador suplementario) para que pague. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o si su cobertura cambia, llame al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios al 1-855-798-2627 (TTY: 1-855-797-2627).

Si desea obtener más información sobre Medicare y las diversas opciones de planes, comuníquese con Martin & Associates Insurance Services para una consulta telefónica sin costo para analizar su situación: www.MartinMedicare.com.



Encuentre un Proveedor

Médico

- Vaya a www.aetna.com
- Haga clic en "Find a doctor" en la página principal
- En la siguiente página, seleccione "Plan through employer"
- En "Continue as guest" ingrese su ubicación y los parámetros de ubicación. Seleccione "Search"
- Seleccione un plan/red
 - Para el plan Aetna AWH HMO, seleccione "AWH Southern CA HMO" ubicado bajo "Aetna Whole Health Plans"
 - Para el plan Aetna AVN HMO, seleccione "Aetna Value Network HMO" located ubicado bajo "State Based Plans"
- En la siguiente página puede buscar por nombre del proveedor o categoría
- Se le proporcionará una lista de proveedores dentro de la red. Puede hacer clic en el nombre del médico para obtener más información

Dental

- Vaya a www.aflac.com/DentalNetwork y haga clic en "Provider Search" o llame directamente a Aflac al 1 (877) 864-0625

Visión

- Vaya a www.aflac.com/VisionNetwork y haga clic en "Provider Search" o llame directamente a Davis Vision al 1 (800) 999-5431

Información de Contacto

Aetna

www.aetna.com

Médico HMO: (800) 445-5299

Farmacia: (888) 792-3862

Teladoc: (855) 835-2362

Línea de Enfermería 24/7: (800) 556-1555

Salud Mental HMO: (800) 866-1578

Para encontrar Atención de Acupuntura o Quiropráctica:

(No se necesita referencia de la HMO para servicios de Acupuntura/Quiropráctica)

- Para el tipo de servicio, seleccione "Alternative Medicine" que incluye Quiroprácticos y Acupunturistas.

Visite MyAetnaWebsite.com para registrarse en el sitio web para miembros. Obtenga la aplicación Aetna HealthSM enviando un mensaje de texto con la palabra "AETNA" al 90156 para recibir un enlace de descarga o escanee el código QR para descargar la aplicación Aetna Health.



Aflac

www.aflac.com

Dental PPO: (855) 819-1873

Visión: (800) 999-5431

Beneficios Voluntarios en el Lugar de Trabajo: Grupo #CB567

Daniel Tyler Adamson

(714) 915-0722

Daniel_adamson@us.aflac.com

Lisa Coots

(909) 519-5681

Lisa_Coots@us.aflac.com

One-Day Pay: aflac.com/smartclaim

United Healthcare

www.myuhc.com

HealthEquity | WageWorks (FSA)

www.wageworks.com

Grupo L00735

Servicio al Cliente: (855) 774-7441

Empower Retirement (401k)

www.empower-retirement.com

Grupo 935596-01

Servicio al Cliente: (877) 694-4015

Kemper Tools Recursos Humanos

Linda Nguyen

(626) 330-0631 x210

linda@lagunaclay.com

Medicare

Martin & Associates Insurance Services

Elliott Martin

Email : Elliott@WeRetireSmart.com

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 31 de enero de 2026. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid Sitio web: http://myvalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447
ARKANSAS – Medicaid Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
ALASKA – Medicaid 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
CALIFORNIA – Medicaid Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 / Fax: 916-440-5676
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHIP+) 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 CHIP+: https://hcopf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHIP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mycobih.com/
FLORIDA – Medicaid Sitio web: https://www.flmicaidtorecovery.com/ flmicaidtorecovery.com/hipp/index.html / Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid Sitio web de GA HIPP: https://lmedicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://lmedicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2
INDIANA – Medicaid 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) 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-linkhawki/ / Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp/ / Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562

KENTUCKY - 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: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms
KANSAS – Medicaid Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
LOUISIANA – Medicaid Sitio web de Medicaid de Louisiana: https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Línea de atención al cliente de Medicaid: 1-888-342-6207 Correo electrónico de Medicaid de Louisiana: healthy@la.gov Página web del Programa de Primas de Seguro de Salud de Louisiana (LaHIPP): https://www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono LaHIPP: 1-877-697-6703 Correo electrónico de LaHIPP: La.HIPP@la.gov Fax LaHIPP: 1-888-716-9787 Dirección postal de LaHIPP: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000 Tucker, GA 30084
MAINE – Medicaid Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.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/of/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711
MINNESOTA – Medicaid Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672
MONTANA – Medicaid Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HSHSIPPProgram@mt.gov
NEVADA – Medicaid Sitio web de Medicaid: http://dhcpf.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
NEUVA JERSEY – Medicaid y CHIP 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.nifamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid Sitio web: https://lmedicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: masspreassistance@accenture.com
MISSOURI – Medicaid Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
NEBRASKA – Medicaid Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA YORK – Medicaid Sitio web: https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742
PENSILVANIA – 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)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
TEXAS – Medicaid 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

VERMONT – Medicaid Sitio web: https://d/vha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427
WASHINGTON – Medicaid Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022
WISCONSIN – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
OREGON – Medicaid y CHIP Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.sohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)
DAKOTA DEL SUR – Medicaid y CHIP Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
UTAH– Medicaid y CHIP 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/
VIRGINIA – Medicaid y CHIP 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
WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP 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)
WYOMING – Medicaid 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 31 de enero de 2026, 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: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room 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

Aviso de Medicare de Cobertura Acreditable

Aviso Importante De Terrakotta, Inc. dba Kemper Tools Sobre Su Cobertura Para Recetas Médicas y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con Terrakotta, Inc. dba Kemper Tools y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Esta información le puede ayudar a decidir si desea o no unirse al Plan de Medicamentos de Medicare. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura Medicare de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Terrakotta, Inc. dba Kemper Tools ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Plan Médico de Aetna, en promedio, se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos.

¿Cuándo Puede Inscribirse En Un Plan De Medicare De Medicamentos?

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial ("SEP") para subscribirse en un Plan Medicare de medicamentos.

¿Qué Sucede Con Su Cobertura Actual Si Usted Decide Inscribirse En Un Plan de Medicare De Medicamentos?

Si usted decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos, su cobertura actual con Terrakotta, Inc. dba Kemper Tools puede ser afectada.

Si usted decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos y cancela su cobertura actual a través de Terrakotta, Inc. dba Kemper Tools, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan obtener su cobertura de nuevo.

¿Cuándo Usted Pagará Una Prima Más Alta (Penalidad) Para Inscribirse En Un Plan de Medicare De Medicamentos?

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con Terrakotta, Inc. dba Kemper Tools y no se inscribe en un plan de Medicare de medicamentos dentro de 63 días continuos después de que su cobertura actual termine, usted podría pagar primas más altas (penalidad) por inscribirse más tarde en un plan de Medicare de medicamentos.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas, su prima mensual podría aumentar hasta por lo menos el 1% de la prima base de beneficiario de Medicare por mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta que la prima base de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para Más Información Sobre Este Aviso O Su Cobertura Actual Para Recetas Médicas...

Contacte a la persona que se indica abajo para más información.

NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período que usted pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Terrakotta, Inc. dba Kemper Tools cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para Más Información Sobre Sus Opciones Bajo Cobertura Medicare Para Recetas Médicas...

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta se encuentran en el manual "Medicare & You". Usted recibirá una copia del manual de Medicare por correo cada año. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

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

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte su manual "Medicare & You" para obtener los números telefónicos) para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios "TTY" deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional para pagar la cobertura de Medicare para recetas médicas. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la "web" en www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 ("TTY" 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si usted decide unirse a uno de los planes de medicamentos Medicare, usted puede ser requerido a proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si está o no obligado a pagar una prima más alta (una penalidad).

Recursos Humanos / Teléfono: 626.330.0631 / Correo Electrónico: linda@lagunaclay.com / Dirección: 14400 Lomitas Ave., City of Industry, CA 91746

Sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa

Cuando usted recibe cuidados de emergencia o le atiende un proveedor médico que no pertenece a la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, usted está protegido contra facturas o facturaciones del saldo sorpresa.

¿Qué es «facturación del saldo» (en ocasiones llamada «facturación sorpresa»)?

Cuando le atiende un médico u otro proveedor médico, es posible que deba pagar ciertos costos mediante desembolso directo, como copagos, coaseguros o deducibles. Es posible que tenga otros gastos o tenga que pagar toda la factura si le atiende un proveedor o visita un centro médico que no pertenezca a su red de plan de salud.

El término «fuera de la red» se refiere a proveedores y centros médicos que no tienen contrato con su plan de salud. Los proveedores médicos fuera de la red pueden tener autorización para facturarle por la diferencia entre lo que su plan de salud acepta pagar y la cantidad total facturada por el servicio. A esto se le llama «facturación del saldo». Es muy probable que este importe sea superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no considerarse para su límite anual de desembolso directo.

«La facturación sorpresa» es una factura inesperada del saldo. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién participa en sus cuidados médicos; por ejemplo, cuando va a emergencias o programa una cita en un centro médico de la red, pero inesperadamente le atiende un proveedor médico que no pertenece a la red.

Usted está protegido contra la facturación del saldo para:

Servicios de emergencia - Si usted tuviera una emergencia médica y recibe los servicios de emergencia de un proveedor centro médico que no pertenece a la red, el importe máximo que puede facturarle ese proveedor o centro médico es el importe de costos compartidos de su plan de salud (como los copagos y coaseguros). A usted no le pueden facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que usted pueda obtener después de que se encuentre en condición estable, excepto si usted da su consentimiento por escrito y renuncia a sus protecciones para que no le facturen el saldo por estos servicios post estabilización.

Algunos servicios en hospitales y centros de cirugía ambulatoria de la red - Cuando usted recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, es posible que haya proveedores médicos que no pertenezcan a la red. En estos casos, lo más que estos proveedores pueden facturarle es la cantidad de costos compartidos dentro de la red de su plan de salud. Esto aplica a la medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorios, neonatología, auxiliares de Cuando usted recibe cuidados de emergencia o le atiende un proveedor médico que no pertenece a la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, usted está protegido contra facturas o facturaciones del saldo sorpresa.

cirugía, medicina hospitalaria y servicios de terapia intensiva. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo.

Si usted recibiera otros servicios en estos centros de la red, los proveedores que no pertenezcan a la red no pueden facturarle el saldo, excepto si usted da su consentimiento por escrito y renuncia a sus protecciones.

Usted nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención médica fuera de la red. Usted puede elegir un proveedor o centro médico de la red de su plan de salud.

Cuando no se permite la facturación del saldo, usted también cuenta con las siguientes protecciones:

- Usted es responsable solamente de pagar su parte de los costos (por ejemplo, los copagos, coaseguros y deducibles que pagaría a un proveedor o centro médico de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros médicos fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud tiene que:
 - * Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle obtener aprobación a priori para los servicios (autorización previa).
 - * Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores médicos fuera de la red.
 - * Calcular lo que usted debe al proveedor o centro médico (costo compartido) en base a lo que usted pagaría a un proveedor o centro médico de la red y reflejar ese importe en la explicación de sus beneficios.
 - * Incluya cualquier importe que usted pague por los servicios de emergencia o por servicios fuera de la red a favor de su límite de deducible o pago por cuenta propia.

Si usted cree que le han facturado en forma incorrecta, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios Humanos y de Salud federal llamando al 1-800-985-3059. Vaya en línea a www.cms.gov/nosurprises para obtener más información sobre sus derechos al amparo de la legislación federal.

Otros Avisos Importantes y Divulgaciones

El Decreto de 1998 Sobre los Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres—Aviso Importante

En octubre de 1998, el Congreso promulgó un Decreto sobre los Derechos de Salud y de Cáncer de Mujeres. Este aviso explica algunas medidas importantes del Decreto. Por favor, revise esta información cuidadosamente.

Tal como se especifica en el Decreto de Derechos de Salud y de Cáncer de Mujeres, un participante o beneficiario del plan que elige la reconstrucción del seno en relación con una mastectomía también tiene derecho a los siguientes beneficios:

La reconstrucción del seno en el que ha sido la mastectomía;
La cirugía y reconstrucción del otro seno para obtener una apariencia simétrica; y
Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las fases de la mastectomía, incluyendo linfedemas.

Los planes de salud deben determinar la forma de cobertura en consulta con el médico de cabecera y el paciente. La cobertura y los servicios relacionados a la reconstrucción del seno, pueden estar sujetos a deducibles y coseguros que son consistentes con los que se aplican a otros beneficios bajo el plan.

“HIPAA” Aviso de Privacidad—Importante Aviso acerca de Su Información de Salud

El Aviso de Prácticas de Privacidad “HIPAA” se aplica a la Información de Salud Protegida asociada con el Plan de Salud de Grupo que se provee a nuestros empleados, dependientes del empleado, y según corresponda, los empleados jubilados. El Aviso describe que Terrakotta, Inc. dba Kemper Tools puede utilizar y divulgar Información de Salud Protegida para llevar a cabo las operaciones de pago y atención médica y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por ley.

Estamos obligados por las normas de privacidad emitidas bajo el Decreto de Portabilidad y Contabilidad de 1996 (“HIPAA”), para mantener la privacidad de la Información Protegida de Salud y proporcionar a las personas cubiertas bajo nuestro plan de salud de grupo con aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad acerca de la Información de Salud Protegida. Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso, siempre y cuando se mantenga en vigor. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este Aviso según sea necesario y para hacer el nuevo Aviso efectivo para toda la Información de Salud Protegida mantenida por nosotros. Si hacemos cambios materiales en nuestras prácticas de privacidad, enviaremos por correo copias de los avisos de cambio a todos los asegurados luego cubiertos por el Plan de Salud de Grupo. Las copias de nuestro Aviso vigente se pueden obtener poniéndose en contacto con:

Recursos Humanos / Teléfono: 626.330.0631 / Correo Electrónico:
linda@lagunaclay.com
Dirección: 14400 Lomitas Ave., City of Industry, CA 91746

Decreto de Protección de Salud de Madres y Recién Nacidos

Bajo la Ley Federal, los planes de salud de grupo y emisores de seguro de salud que ofrecen cobertura de seguros de salud de grupo por lo general no pueden

limitar beneficios por el tiempo de estadía en hospitales en relación con el parto para la madre o el niño recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, el plan o el emisor puede pagar por una estadía más corta si el proveedor de asistencia (por ejemplo: su médico, partera, o asistente de médico), después de consultar con la madre, dar de alta antes a la madre o al recién nacido.

También, bajo la ley Federal, los planes y emisores no podrán establecer el nivel de beneficios o costos fuera de su bolsillo para que cualquier porción de la estadía después de las 48 horas (o 96 horas) se trata de una manera menos favorable para la madre o recién nacido que cualquier porción anterior de la estadía.

Además, un plan o emisor no podrá, bajo la ley federal, exigir que un médico u otro proveedor de cuidado de salud obtenga autorización para prescribir una estadía de hasta 48 horas (o 96 horas). Sin embargo, para utilizar ciertos proveedores o instalaciones, o para reducir sus costos fuera de su bolsillo, usted puede ser requerido para obtener precertificación. Para obtener información acerca de precertificación, póngase en contacto con el administrador del plan.

Divulgación de la Protección del Paciente

El plan de salud HMO de Aetna generalmente requiere la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene el derecho de designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que está disponible de aceptarlo como paciente a usted y a los miembros de su familia. Hasta que haga esta designación, Aetna asignará uno para usted. Para información de cómo seleccionar un proveedor de atención primaria, y para una lista de los proveedor de atención primaria participantes, póngase en contacto con Aetna HMO al (800) 445-5299.

Para niños, usted puede asignar un pediatra como el proveedor de atención primaria.

Usted no necesita autorización previa de Aetna o de ninguna otra persona (incluyendo un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud en nuestra red que se especializa en obstetricia o ginecología. Sin embargo, puede ser necesario que el profesional de salud cumpla con ciertos procedimientos, incluyendo el obtener una autorización previa para ciertos servicios, siguiendo un plan de tratamiento previamente aprobado, o procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia y ginecología, póngase en contacto con Aetna HMO al (800) 445-5299.

“HIPAA” Derechos de Inscripción Especial

Si usted está rechazando para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud de grupo, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir hacia la cobertura de usted o sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después de que termina su otra cobertura o la otra cobertura de sus dependientes (o después de que el empleador deja de contribuir a la otra cobertura). Nota: si el cambio se debe a elegibilidad de “Medicaid/CHIP”, hay un período de **60 días** para elegibilidad de cambios de “Medicaid/CHIP” solamente.

AVISO LEGAL

Este resumen presenta una visión general de sus opciones del plan de beneficios. Se presenta solo para fines informativos y no tiene como finalidad que se le considere como un acuerdo de continuidad del empleo, ni tampoco es un documento legal del plan. Si se presenta una discrepancia entre este resumen y los documentos del plan, regirán los documentos del plan. Además, los planes que se describen en este resumen están sujetos a cambios sin previo aviso. La continuación de cualquier plan de beneficios o cobertura se hace a discreción de la compañía y de conformidad con las leyes federales y estatales. Si necesita información adicional o tiene preguntas por favor contacte a Recursos Humanos.

