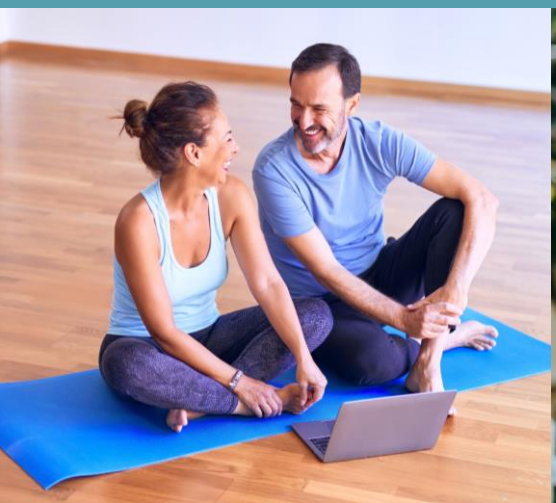
LIBERTY HEALTH

2025-2026

Guía de Beneficios

Para *Long Term Care y Assisted Living*



kg
5
10

Tabla de contenido

Elegibilidad 4

Benefits All In 4

Inscripción en línea 5

Programa de Bienestar 6

Programa de Descuento de Prima por Bienestar 7

Seguro Médico 8

Farmacia 10

McNeill's Pharmacy 11

Telemedicina 12

Seguro Dental 13

Seguro de Visión 14

Cuentas de Gastos Flexibles 15

Seguro de Vida y MA&D 17

Seguro de Incapacidad 19

Beneficios suplementarios de Lincoln 21

Beneficios suplementarios de Chubb 22

Plan Legal Prepagado 23

Protección de Identidad de Allstate 24

Seguro de Mascotas de Nationwide 24

Tiempo Libre Pagado 25

Plan de Jubilación 25

Centro de Recursos de Beneficios 26

Contactos 27

Avisos Legales 28

Elegibilidad

Si está autorizado a trabajar al menos 30 horas por semana, es elegible para los planes de beneficios ofrecidos por la compañía. También puede inscribir sus dependientes elegibles en algunos de los planes. Sus dependientes elegibles incluyen su cónyuge legal y sus hijos (incluso, hijastros, estudiantes e incapacitados). Favor revise la información sobre elegibilidad para dependientes.

Notar: Si su cónyuge tiene acceso a seguro de salud a través del empleador de él/ella, pero renuncia la cobertura y se inscribe en la cobertura ofrecida por Liberty Group, se aplicará un recargo quincenal de $200. El recargo será deducido del cheque de pago del empleado sobre base libre de impuestos.

Dependientes

Los dependientes son elegibles para seguro médico, dental y de visión hasta el final de mes en que cumplen 26 años de edad. La cobertura del seguro de vida termina el día que cumplen 26 años.

Tomar decisiones informadas sobre su atención médica

Los planes de beneficios ofrecidos por la compañía son una parte significante de la compensación del empleado. También proporcionan protección importante para el empleado y su familia en el evento de enfermedad o lesión. Se le ofrece a los empleados de Liberty una variedad de planes de salud. Elegir beneficios que cumplen con sus necesidades es una decisión importante. Favor utilizar esta guía para ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre los planes ofrecidos. Si tiene alguna pregunta, favor comuníquese con el representante de recursos humanos de su oficina / instalación o envíe un correo electrónico al buzón de recursos humanos:

Benefits All In

En nuestro compromiso continuo de mejorar las opciones de seguro disponibles para todos los empleados, nos hemos asociado con los expertos en atención médica de Benefits All In. Como parte de esta colaboración, pedimos a los empleados que completen una encuesta de evaluación de las necesidades del hogar.

Esta encuesta está diseñada para garantizar que todos estén bien informados sobre las herramientas de soporte proporcionado por Benefits All In y para fomentar la participación. Nuestro objetivo es potenciar su cobertura médica y al mismo tiempo minimizar sus gastos de bolsillo. Su participación activa es crucial y anticipamos un impacto positivo para todos los involucrados. Visite www.research.net/r/BAI_LibertyHealthcare o escanee el código QR para acceder la encuesta de evaluación de las necesidades del hogar.

Los asesores de beneficios de Prepare Benefits están disponibles para guiarlo a través de su beneficios y responder cualquier pregunta que pueda tener. Para programar una cita con un Consejero de Inscripción de Beneficios de Prepare, haga clic aquí o escanee el código QR.

Inscripción en línea

Departamento de Beneficios

Benefits@Libertyhcare.com

Usted puede acceder el sistema de inscripción en línea de dos maneras:

1. Iniciar una sesión en el portal de auto servicio para el Empleado desde la página principal en cualquier computadora de Liberty Health. Haga clic en *Bookmarks, Employee Self-Service, Benefits* y *New Hire Enrollment*.
2. niciar una sesión en la página principal en **www.liberty-healthcare.com**
   Haga clic en *Liberty Portal* y luego en *New Hire Enrollment*.
   (No es accesible a través de dispositivos móviles.)

Visite el sitio web en cualquier momento las 24 horas del día para hacer sus elecciones.

Todos los empleados tienen acceso al portal de auto servicio para empleados. Inicie una sesión en el portal antes del período de inscripción abierta para asegurarse de que puede acceder a los marcadores correctos. Si no puede iniciar una sesión, abra un ticket con el departamento de informática o llame al 1.866.999.5447.

Como recordatorio, los asesores de preparación de parinscripción de beneficios están disponibles para ayudar a responder preguntas sobre sus ofertas de beneficios para 2025 con Liberty. Por favor aprovecha este servicio para que pueda inscribirse con confianza a el año del plan 2025-2026. Haga clic aquí o ¡Escanee el código QR para programar una cita hoy!

Programa de Bienestar

Well at Work

La salud y bienestar de los empleados es importante para Liberty. Creemos firmemente en tener un ambiente en el cual podemos apoyar a nuestros empleados en mejorar su salud y mantener un estilo de vida saludable. Por lo tanto, ofrecemos un programa para ayudar a los empleados involucrarse más en la evaluación de su estado de salud, esforzarse en hacer mejoramientos y ganar incentivos por su participación.

Liberty diseño el programa *Well at Work* para promover acciones que ayudan a manejar y mejorar su salud. Proporcionamos recompensas para los empleados y cónyuges inscritos que completan exitosamente actividades específicas de salud que se anuncian anualmente para que ustedes tengan la oportunidad para participar.

Declaración de Misión

Well at Work crea y mantiene una cultura de salud alentando a los empleados y sus familiares a mantener un estilo de vida más saludable, lo que fomenta un personal laboral más involucrado, productivo y comprometido y en fin, un ambiente laboral más positivo.

Los empleados son responsables de verificar su cumplimiento

Hay dos maneras de verificar su cumplimiento:

1. Desde *Lawson* - Vaya a los marcadores y luego a *Self Service* bajo *Benefits / Current Benefits*. Una vez que se abra la pantalla, deberá cambiar la fecha de vigencia al 1º de abril, 2025 y presionar continuar para verificar su estado del año del plan 2025/2026. Asegúrese de usar la barra de la derecha para desplazarse hacia abajo y ver el incentivo de bienestar.
2. Desde *Home* – Vaya a www.liberty-healthcare.com. Seleccione '*Liberty Portal*' y bajo *Benefits* seleccione *Current Benefits*. Una vez que se abra la pantalla, deberá cambiar la fecha de vigencia al 1º de abril, 2025 y presionar continuar para verificar su estado del año del plan 2025/2026. Asegúrese de usar la barra de la derecha para desplazarse hacia abajo y ver el incentivo de bienestar.

Programa de Descuento de Prima por Bienestar

Cómo obtener el descuento de prima

Para calificar para la prima reducida, debe cumplir los requisitos del programa. Si no cumplió con los requisitos para el 1o de abril o, fue contratado después del 1o de abril, tendrá múltiples oportunidades para obtener el descuento de prima a lo largo de este año del plan: el 1º de julio, 1º de octubre y, 1º de enero, 2026. Consulte la tabla a continuación para informarse sobre la fecha límite para obtener el descuento de prima.

Comienzo del descuento de prima	Fecha límite para calificar
1º de julio de 2025	15 de junio de 2025
1º de octubre de 2025	15 de septiembre de 2025
1º de enero de 2026	15 de diciembre de 2025
1º de abril, de 2026	15 de marzo de 2026

Si cumple con todos los requisitos antes de la fecha límite indicada, obtendrá la prima reducida a partir de ese momento. La manera más rápida de garantizar el cumplimiento es completar la encuesta de bienestar.

Requisitos

- Examen físico anual* - OBLIGATORIO
- Más 3 de los siguientes Exámenes Preventivos:
  - Mamografía (mujeres de 40 a 69 años): cada 12 a 24 meses
  - Detección de cáncer de cuello uterino (mujeres de 21 a 64 años): cada 36 meses
  - Detección de cáncer colorrectal (adultos de 50 a 75 años): prueba de sangre oculta en heces cada año, prueba Cologuard cada 3 años, sigmoidoscopia cada 5 años o colonoscopia cada 10 años.
  - Examen de próstata
  - Examen de la vista de rutina
  - examen dental preventivo
  - Detección de cáncer de piel
  - Vacunas: gripe, COVID, neumonía
  - Visitas Nutricionales
  - Detección de diabetes
  - Detección de colesterol
  - Prueba de VPH

*Su seguro médico cubre un examen físico anual por año del plan (NO año calendario) al 100% (4/1-3/31). Por lo tanto, BCBSNC no requiere que usted tenga 365 días entre visitas.

Descuento de prima

- Empleado o Cónyuge solamente: $35/período de pago ($910 anual)
- Empleado y Cónyuge : $70/pereiodo de pago ($1,820 anual)

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta llame al 1.910.332.1922 para hablar con el Administrador de Beneficios. Si llama fuera del horario hábil, deje un mensaje y le egresaremos su llamada el próximo día hábil.

Seguro Médico

Liberty Health le ofrece a los empleados una opción entre cuatro (4) planes médicos ofrecidos a través de Blue Cross Blue Shield of North Carolina. Puede inscribirse en el plan médico después del primer día del mes siguiendo 30 días de empleo a tiempo completo. Usted debe completar su inscripción dentro de 30 días de su fecha de contratación o fecha de empleo a tiempo completo. Los dependientes elegibles incluyen a su cónyuge e hijos dependientes hasta el final del mes cuando cumplen 26 años de edad. La tabla a continuación es un resumen de la cobertura. Favor refiérase a los documentos oficiales del plan o comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de BCBS of NC al 1.800.517.8072 para verificar sus beneficios.

Comparación de los planes disponibles

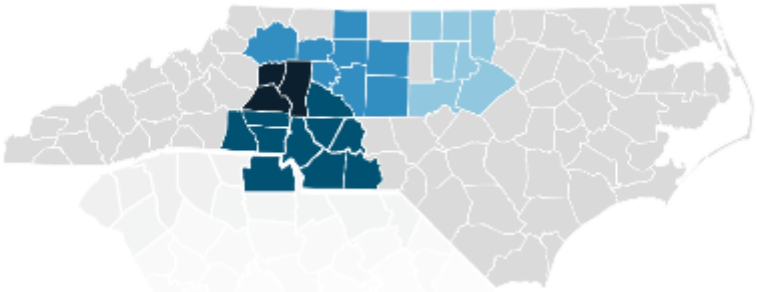
	BASIC	*STANDARD*	*PREMIUM*	*HPN*
Servicios	**Dentro de la red**	**Dentro de la red**	**Dentro de la red**	**Solo dentro de la red**
Deducible anual	$3,000 Individual $6,000 Familia	$1,000 Individual $2,000 Familia	$500 Individual $1,000 Familia	$3,000 Individual $6,000 Familia
Desembolso máximo (incluye el deducible y copagos)	$7,150 Individual $14,300 Familia	$6,750 Individual $13,500 Familia	$6,350 Individual $12,700 Familia	$7,150 Individual $14,300 Familia
Coseguro (Cantidad después del deducible)	30%	20%	20%	30%
Hospitalización	Deducible luego 30%	Deductible luego 20%	Deductible luego 20%	Deducible luego 30%
Paciente Ambulatorio	Deducible luego 30%	Deductible luego 20%	Deductible luego 20%	Deducible luego 30%
Laboratorio En el consultorio médico Laboratorio independiente IRM, tomografía, exploración TEC	Copago del consultorio El plan paga 100% Deducible luego 30%	Copago del consultorio El plan paga 100% Deductible luego 20%	Copago del consultorio El plan paga 100% Deductible luego 20%	Copago del consultorio El plan paga 100% Deducible luego 30%
Visitas médicas Médico de Atención Primaria Especialista Cuidado Preventivo Quiropráctico Examen rutinario de la vista	$30 Copago $60 Copago El plan paga 100% Deducible luego 30% (límite de 30 visitas) El plan paga 100%	$25 Copago $50 Copago El plan paga 100% Deductible luego 20% (límite de 30 visitas) El plan paga 100%	$15 Copago $40 Copago El plan paga 100% Deductible luego 20% (límite de 30 visitas) El plan paga 100%	$30 Copago $60 Copago El plan paga 100% Deducible luego 30% (límite de 30 visitas) El plan paga 100%
Sala de Emergencia Sala de Emergencia Centro de Atención Urgente	$500 Copago $50 Copago	$350 Copago $40 Copago	$250 Copago $30 Copago	$500 Copago $50 Copago
TELADOC	$0 Copago	$0 Copago	$0 Copago	$0 Copago

Seguro Médico - Costo quincenal	*BASIC*	*STANDARD*	*PREMIUM*	*HPN*
Empleado	$66.51	$108.33	$156.43	$55.38
Empleado + Cónyuge	$262.30	$341.22	$459.03	$218.31
Empleado + Hijo(s)	$171.58	$234.69	$325.83	$143.08
Familia	$355.85	$461.60	$619.81	$296.31

Seguro Médico

El plan médico High Performance Network (HPN) ofrece cobertura dentro de la red solo a través de una red cuidadosamente seleccionada de médicos y hospitales que brindan excelente atención a costos más bajos. Esta red es Blue High Performance Network o BlueHPN. Fuera de la red, solo se cubren emergencias.

Usted es elegible para inscribirse en el plan HPN solo si vive en un condado dentro del área de servicio de BlueHPN. A continuación se muestra un mapa de los sistemas de salud que forman parte de BlueHPN en Carolina del Norte. Debe vivir en uno de los siguientes condados para inscribirse en este plan.



DukeHealth

Raleigh, Durham, Chapel Hill
- Caswell
- Chatham
- Durham
- Granville
- Orange
- Person
- Wake

Atrium Health Wake Forest Baptist

Winston Salem, Greensboro, High Point
- Davidson
- Davie
- Forsyth
- Guilford
- Randolph
- Stokes
- Wilkes
- Yadkin

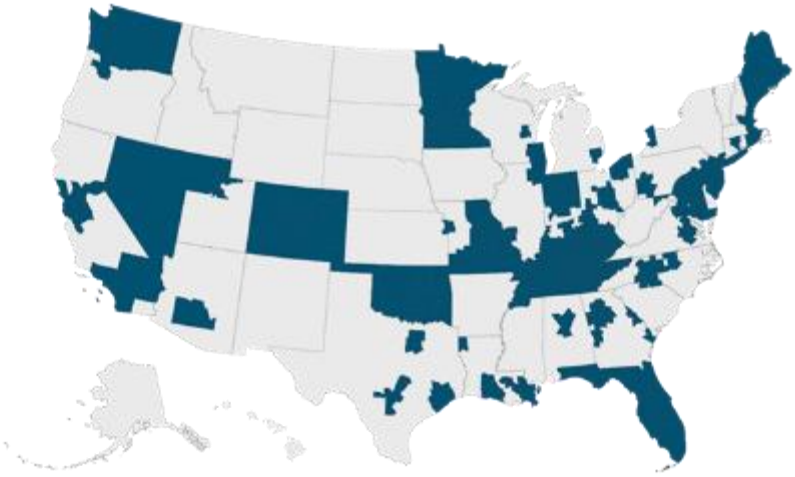
Atrium Health Wake Forest Baptist

Charlotte, Concord, Gastonia, York SC
- Anson
- Cabarrus
- Cleveland
- Gaston
- Lincoln
- Mecklenburg
- Rowan
- Stanly
- Union

Iredell Health System | Frye Regional Medical Center, A Duke LifePoint Hospital

Hickory Statesville
- Alexander
- Catawba
- Iredell

También hay más de 65 mercados BlueHPN en todo el país, como lo indica el sombreado en el siguiente mapa. Puede buscar proveedores dentro de la red en todo el país en BlueCrossNC.com/HPNdoctors.



Farmacia

BCBS of NC proporciona sus servicios de beneficios de farmacia. Recibirá una tarjeta de identificación tanto para el servicio médico como para la farmacia. Llame a Servicios para Miembros de BCBS of NC al 1.800.517.8072 si tiene alguna pregunta sobre farmacia.

Comparación de los beneficios

	BASIC	*STANDARD*	*PREMIUM*	*HPN*
Servicios	**Dentro de la red**	**Dentro de la red**	**Dentro de la red**	**Solo dentro de la red**
Farmacia - Medicamentos recetados (suministro de 30 días)	Nive 1: $10 Nivel 2: $10 Niveles 3-5: 100% hasta $125	Nivel 1: $10 Nivel 2: $10 Niveles 3-5: 50% hasta $100	Nivel 1: $10 Nivel 2: $10 Nivel 3: $30 Niveles 4 y 5: 25% hasta $100	Nive 1: $10 Nivel 2: $10 Niveles 3-5: 100% hasta $125
Pedido por correo (suministro de 90 días)	**Dentro de la red**	**Dentro de la red**	**Dentro de la red**	**Solo dentro de la red**
REQUERIDO usar *McNeill's Pharmacy* para el servicio de pedido por correo	Nivel 1: $0 Nivel 2: $0 Niveles 3-5: 100% hasta $125	Nivel 1: $0 Nivel 2: $0 Niveles 3-5: 50% hasta $100	Nivel 1: $0 Nivel 2: $0 Nivel 3: $30 Niveles 4 y 5: 25% hasta $100	Nivel 1: $0 Nivel 2: $0 Niveles 3-5: 100% hasta $125

Puede solicitar una copia de la Lista de medicamentos preferidos y la Lista de exclusiones del formulario más actualizada comunicándose con el Departamento de Servicio al Cliente de BCBS de Carolina del Norte al 1.800.517.8072. Revise la lista de medicamentos preferidos, ya que puede ofrecer alternativas de menor costo para sus medicamentos. Si descubre que su medicamento está excluido del formulario, debe hablar con su médico para analizar otras alternativas cubiertas.

Medicamentos especializados

El programa de medicamentos especializados de BCBS de NC está diseñado para administrar de manera agresiva los medicamentos especializados, asegurando que los empleados y sus familiares obtengan los medicamentos más asequibles y eficaces. BCBS of NC se ha asociado con Accredo, una farmacia líder, para satisfacer las necesidades de los miembros que dependen de medicamentos especializados. Accredo es una farmacia especializada de servicio completo que brinda atención personalizada a personas con afecciones de salud graves y crónicas. Para obtener una lista completa de las condiciones o para obtener más información, visite **www.accredo.com** o comuníquese con un defensor de paciente al 1.833.599.0513.

¿Preguntas?

BCBS of NC puede ayudarlo con todos los aspectos de sus beneficios de farmacia, desde responder preguntas sobre cobertura y solicitar tarjetas de identificación hasta resolver problemas complejos.

Comuníquese con BCBS of NC al 1.800.517.8072 de 8:00 AM a 6:00 PM EST, lunes-viernes.

McNeill’s Pharmacy

Los empleados de Liberty Health que son inscritos en el plan médico de la compañía, pueden obtener mediamentos recetados a través del programa de pedidos por correo de McNeill’s Pharmacy. ¡Nos encantaría la oportunidad de cuidar de sus necesidades farmacéuticas!

¡Para un suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento genéricos, su copago es $0! El rango de precio para los medicamentos de marca, comienza en $30. Para las recetas que no están prescritas para un suministro de 90 días, el precio variará. Sin embargo, como cortesía el personal de McNeill's Pharmacy trabajará con su proveedor en un esfuerzo para reducir o eliminar su copago.

Si está interesado en inscribirse y permitir que McNeill's Pharmacy lo atienda, vaya a **https://www.mcneillspharmacy.com/liberty-healthcare-employees** para descargar el paquete de inscripción de pacientes. Complete el paquete y envíelo por fax a McNeill's Pharmacy al 910-642-3765.

Nuestro equipo amable y competente trabaja arduamente todos los días para llenar, verificar, empacar y enviar medicamentos recetados. El proceso es simple y fácil de usar. ¡Lo animamos inscribirse hoy mismo!

Si tiene alguna pregunta, favor de llamar al personal de la farmacia al 910-642-3065. ¡Esperamos poder servirle pronto!

Ahora es aún más fácil recargar sus recetas con nuestra aplicación GRATUITA

Disponible 24/7, configure recordatorios, ahorre en medicamentos y acceda a su cuenta desde la nueva aplicación móvil McNeill's Pharmacy

Telemedicina

Teladoc es un servicio innovador que está disponible para cualquier empleado y dependiente inscrito en el seguro médico de Liberty Health. ¡Teladoc brinda acceso 24/7 a médicos y pediatras calificados a través de consultas telefónicas o por video sin ningún costo!

Teladoc no intende reemplazar a su médico primario, pero es una opción conveniente para servicios que no son de emergencia. Los médicos de Teladoc pueden tratar muchas condiciones, incluyendo:

- Síntomas de resfrio y gripe
- Bronquitis
- Infección respiratoria
- Hierda venenosa
- Infección del oído
- Alergias
- Infección del tracto urinario
- Problemas sinusales
- Conjuntivitis
- ¡y mucho más!

Siguiendo su 'visita' con Teladoc, si da su consentimiento, Teladoc puede compartir la información sobre su visita a su médico de atención primaria.

Las consultas de salud del comportamiento y dermatológicas también están disponibles a través de Teladoc.

Las consultas generales y de salud del comportamiento están cubiertas a $0. Las consultas de dermatología están cubiertas con el copago del especialista.

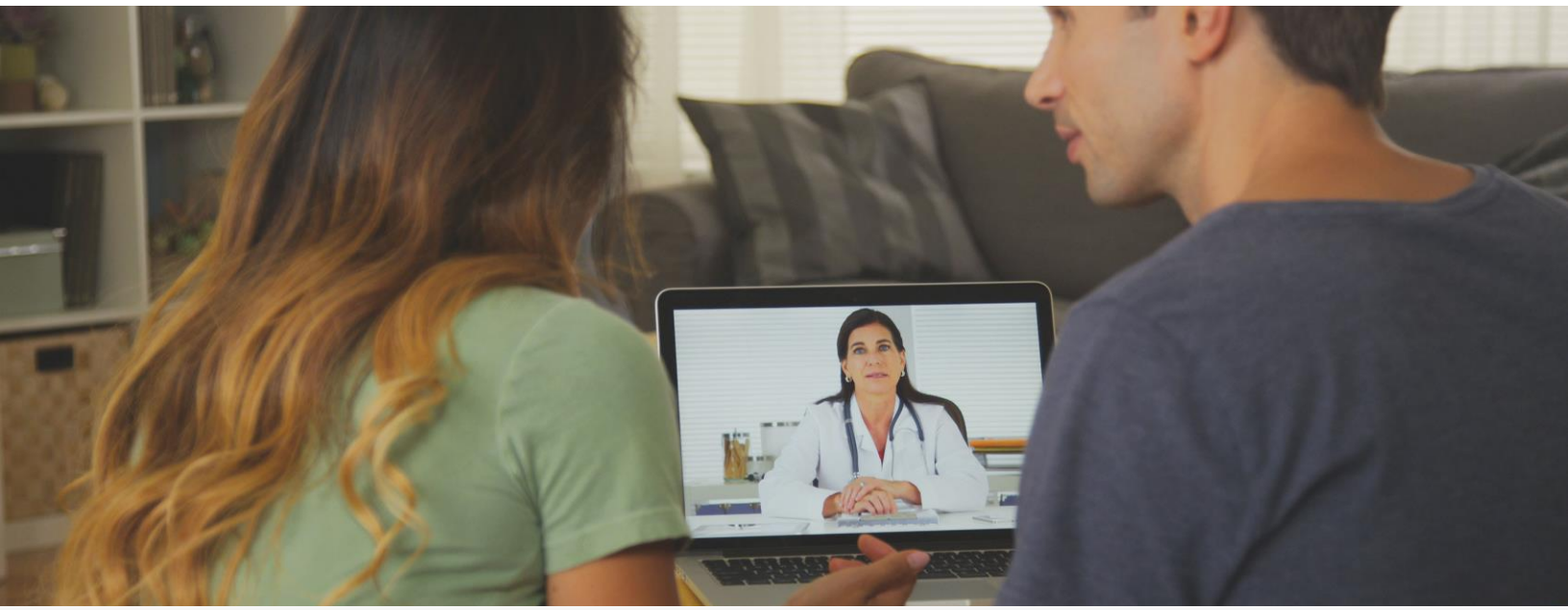
También puede agregar a un familiar que está cuidando a su cuenta de Teladoc y tener visitas dobles o triples con un médico. Usted será responsable del costo total de la visita del cuidador, que normalmente es de $47 o menos por visita

Hable con un médico en cualquier momento / desde cualquier lugar GRATIS

Favor de visitar **Teladoc.com** o llamar al 1.855.Teladoc (835.2362)

También puede descargar la aplicación móvil: **Teladoc.com/mobile**

El tiempo promedio de devolución de llamada de un médico de Teladoc es de 8 minutos.



Seguro Dental

Liberty Health ofrece dos planes dentales a través de Delta Dental. El siguiente cuadro es un breve resumen de los planes. Consulte las descripciones resumidas del plan para obtener detalles completos del plan.

Los beneficios dentales se ejecutan desde el 1o de abril hasta el 30 de marzo de cada año. Es probable que ahorre más dinero visitando a los dentistas dentro de la red de Delta Dental. Puede buscar dentistas participantes visitando **www.deltadentalnc.com** o, llamando al Centro de Servicio al Cliente de Delta Dental al 1.800.662.8856. El servicio al cliente está disponible de lunes a viernes de 8:30 AM a 8:00 PM EST.

Servicios dentales	Centro	Comprar
Deducible	$50 Individual / $150 Familia	$50 Individual / $150 Familia
Servicios Preventivos (No son aplicables hacia el beneficio máximo anual)	El plan paga 100% — El deducible no es aplicable	El plan paga 100% — El deducible no es aplicable
Servicios Básicos	Deducible luego 80%	Deducible luego 80%
Servicios Mayores*	Descubierto	Deducible luego 50%
Ortodoncia (para niños)	Descubierto	Deducible luego 50%
Beneficio máximo anual	$1,000 por persona	$2,000 por persona
Beneficio máximo por vida para ortodoncia	N/A	$2,000 por niño

*Los implantes están cubiertos bajo los Servicios Mayores.

Cobertura	Costo quincenal	Costo quincenal
Empleado	$13.76	$18.46
Empleado y Familia	$27.64	$40.15

Seguro de Visión

Liberty Health está complacido en brindar cobertura de visión a los empleados y sus dependientes elegibles. Los beneficios son proporcionados a través de Superior Vision Care que es parte de MetLife.

Para maximizar los beneficios, debe visitar proveedores participantes en la red de Superior Vision. Sin embargo, puede visitar a un médico fuera de la red pero deberías anticipar pagar más por los servicios. Para localizar los proveedores dentro de la red, favor de visitar **www.superiorvision.com** o, llamar al 1-800-507-3800.

Beneficios	Dentro de la red Usted paga	Fuera de la red Reembolsos
Examen integral de la vista	$10 Copago	Oftalmólogo - Hasta $ 44 Optometrista - Hasta $ 39
Materiales de visión	$10 Copago	Incluido en la asignación
Adaptación para lentes de contacto	Copago de $10 (ajuste estándar) Asignación de $50 (ajuste especializado)	No hay cobertura
Opción para examen de la vista Examen Integral por un Oftalmólogo Examen Integral por un Optómetra	Totalmente cubierto	 Hasta $44 Hasta $39
Marcos para anteojos Cualquier marco designado en el consultorio	Asignación de $175	Hasta $60
Lentes plásticos estándar Singular Bifocal Trifocal Lenticular	Totalmente cubierto (para la mayoría de los lentes estándar)	 Hasta $26 Hasta $34 Hasta $50 Hasta $76
Lentes de contacto (La asignación para las lentes de contacto solo incluye los materiales) Convencional Desechable Médicamente necesario	 Asignación de $175 Asignación de $175 Totalmente cubierto	 Hasta $100 Hasta $100 Hasta $210
Frecuencia de beneficios Examen de la vista Lentes o Lentes de contacto Marcos para anteojos	 1 por año del plan 1 por año del plan 1 por año del plan	

Después de matricularse en el plan de visión de Superior Vision recibirá una tarjeta de identificación. Favor de presentar su tarjeta de identificación al proveedor. Usted continuará utilizando la tarjeta en cuante tenga la cobertura de este plan. Ustede puede imprimir una tarjeta de identificación desde el sitio web **www.superiorvision.com**. El año del plan de visión es del 1 de abril al 31 de marzo.

Cobertura	Costo quincenal
Empleado	$3.72
Empleado + 1	$7.14
Empleado + Familia	$10.50

Cuentas de Gastos Flexibles

Liberty Health ofrece las Cuentas de Gastos Flexibles que son "cuentas de ahorros" que le permite aportar dinero libre de impuestos para pagar los gastos de salud y/o para cuidado de un dependiente. Lo máximo que puede contribuir a la cuenta de gastos de salud es $3,300 por año con un mínimo de $520. Lo máximo que puede contribuir a la cuenta de cuidado para dependiente es $5,000 al año con un mínimo de $520.

RECORDATORIO: ¡Solo es elegible para inscribirse en las Cuentas de Gastos Flexibles durante el período de inscripción anual y, tiene que inscribirse nuevamente a cada año continuar participando en las Cuentas de Gastos Flexibles!

Estas cuentas lo ayudan a ahorrar dinero al brindar una manera de pagar gastos de salud y cuidado de dependiente sobre base libre de impuestos. Hay dos (2) tipos de Cuentas de Gastos Flexibles:

Cuenta de Gastos Flexibles de Salud (*FSA*)

Permite que los empleados aporten dólares antes de impuestos a través de una deducción de nómina para pagar los gastos de salud que no están cubiertos por ningún plan en el que son inscritos. Estos dólares antes de impuestos se reservan en una cuenta personal de gastos flexibles hasta que se necesiten. Puede contribuir hasta $3,300 durante el año del plan de beneficios, del 1 de abril al 31 de marzo.

Cuenta de Gastos Flexibles de Cuidado de Dependiente (*DCFSA*)

Permite que los empleados aporten dólares antes de impuestos a través de una deducción de nómina para pagar los gastos de cuidado de niños o adultos dependientes. La DCFSA se puede usar para pagar el cuidado de los hijos menores de 13 años o cualquier dependiente discapacitado que viva con usted y que usted reclame como un dependiente en sus impuestos. Sus ahorros totales dependerán de los ingresos de su familia, estado fiscal y gastos totales. Si tiene gastos de cuidado de dependientes, puede optar por reclamar un crédito fiscal cuando presente su declaración de impuestos federales en lugar de contribuir a una cuenta FSA para el cuidado de dependientes. La cantidad máxima anual que puede contribuir es de $5,000 (o $2,500 si está casado y presenta una declaración por separado) por año calendario. Todos los participantes de DC deben completar el formulario 2441 del IRS al preparar sus declaraciones de impuestos.

Si actualmente está inscrito en la FSA y/o la DFSA, su elección no se transferirá al próximo año del plan. Si desea mantener su plan FSA, debe inscribirse para el nuevo año del plan durante el período de inscripción anual. Si tiene una tarjeta de débito de la FSA, no la tire. Utilizará la misma tarjeta de débito cada año. Se aplicarán cargos si solicita una nueva tarjeta de débito. Las tarjetas de débito son emitidas por Flores & Associates.

Fondos restantes de hasta $660 en la FSA de Salud se transferirán automáticamente al final del año del plan de beneficios al nuevo año del plan si permanece empleado activamente. No tiene que volver a inscribirse en el nuevo año del plan para recibir la transferencia. Tenga en cuenta que la transferencia no se aplica a la FSA de Cuidado de Dependientes.

Cuentas de Gastos Flexibles

Cómo funcionan la FSA y la DFSA

Durante el período de la inscripción abierta, usted decide cuánto dinero desea contribuir a la FSA y/o DCFSA para el próximo año del plan. Esta cantidad se deducirá de su cheque de pago antes de impuestos en incrementos iguales.

Los gastos deben ser incurridos durante el año del plan (1 de abril al 31 de marzo) y no pueden ser elegibles para un reembolso sea desde una póliza de seguro o cualquier otra fuente.

Usted tendrá 90 días posteriores al final del año del plan para someter reclamaciones para reembolso para gastos incurridos durante el año del plan.

Visite **www.flores247.com** para encontrar los formularios adecuados, tales como Cuidado de Dependientes Sin Espera, el Reembolso de Salud de la FSA o Depósito Directo.

Gastos elegibles y no elegibles

Para obtener una lista completa de los gastos elegibles y no elegibles, visitar **www.irs.gov** y consultar la Publicación 502.

Seguro Básico de Vida, MA&D y Seguro Voluntario de Vida

Liberty Health proporciona GRATIS a los empleados de tiempo completo, seguro de vida a término y muerte accidental y desmembramiento a través de Lincoln Financial, previamente conocido como Liberty Mutual. La cantidad de cobertura es 1 vez el sueldo anual a un máximo de $50,000. Si el fallecimiento es resultante de un accidente, el beneficiario recibe un monto adicional equivalente a la cobertura del seguro básico de vida. Si sufre un desmembramiento (tal como pérdida de visión en un ojo, pérdida de una mano, pie, miembro, audición u habla, etc) se le pagará un porcentaje del beneficio del seguro básico de vida.

Designar un beneficiario

Favor de iniciar una sesión en el portal de auto servicio para los empleados para completar o actualizar la información de sus beneficiarios. Si no ha designado un beneficiario en el sistema, su patrimonio será el beneficiario por defecto. Se le sugiere verificar la exactitud de la información de sus beneficiarios durante el período anual de inscripción.

Seguro Voluntario de Vida

Para complementar la cobertura del seguro básico de vida, usted puede comprar seguro de vida a término adicional para sí mismo y sus dependientes elegibles. El empleado paga la prima del seguro voluntario de vida con dinero después de impuestos.

Si deja de trabajar en Liberty Health, tiene la opción para convertir o portar seguro básico y/o suplementario de vida a una póliza individual. Comuníquese con Recursos Humanos para obtener información adicional.

Ejemplo **Basado en un empleado de 42 años de edad**		**Cálculo**
Edad del empleado	42	
Cantidad de cobertura elegida	$100,000	
Tasa mensual por cada $1,000	$0.12	
Prima mensual	$12.00	($100,000/$1,000) x $.12
Prima por cheque de pago	$5.54	($12.00 x 12 meses) / 26 períodos de pago

Favor de notar: como un empleado nuevo, se le permite elegir seguro voluntario de vida hasta un máximo de $300,000 sin responder preguntas de salud. Durante el período de inscripción anual, se le permitirá aumentar la cobertura del seguro voluntario de vida por no más de $20,000 sin tener que someter evidencia de asegurabilidad hasta el máximo garantizado.

Seguro Básico de Vida, MA&D y Seguro Voluntario de Vida

Cobertura	Beneficio	Requisito de Evidencia de Asegurabilidad (EOI)
Seguro Básico de Vida y MA&D (Liberty Health paga el costo completo de este beneficio)	Cobertura es 1 vez el sueldo anual hasta un máximo de $50,000	No se requiere
Seguro Voluntario de Vida para el Empleado	Cobertura disponible en los incrementos de $20,000, sin exceder 5 veces el sueldo anual o $500,000	Cantidad garantizada $300,000
Seguro Voluntario de Vida para Cónyuge	Cobertura para el cónyuge disponible en los incrementos de $10,000 hasta un máximo de $60,000, sin exceder 50% de la elección del Empleado	Cantidad garantizada $60,000
Seguro Voluntario de Vida para Hijo(s)	Cobertura de $10,000 está disponible para sus niños	Cantidad garantizada $10,000

Edad en el 1° abril	Tasa quincenal por $1,000	$20,000	$40,000	$60,000	$80,000	$100,000	$120,000	$140,000	$160,000	$180,000	$200,000	$220,000	$240,000	$260,000	$280,000	$300,000
<25	$0.023	$0.46	$0.92	$1.38	$1.85	$2.31	$2.77	$3.23	$3.69	$4.15	$4.62	$5.08	$5.54	$6.00	$6.46	$6.92
25-29	$0.028	$0.55	$1.11	$1.66	$2.22	$2.77	$3.32	$3.88	$4.43	$4.98	$5.54	$6.09	$6.65	$7.20	$7.75	$8.31
30-34	$0.037	$0.74	$1.48	$2.22	$2.95	$3.69	$4.43	$5.17	$5.91	$6.65	$7.38	$8.12	$8.86	$9.60	$10.34	$11.08
35-39	$0.042	$0.83	$1.66	$2.49	$3.32	$4.15	$4.98	$5.82	$6.65	$7.48	$8.31	$9.14	$9.97	$10.80	$11.63	$12.46
40-44	$0.055	$1.11	$2.22	$3.32	$4.43	$5.54	$6.65	$7.75	$8.86	$9.97	$11.08	$12.18	$13.29	$14.40	$15.51	$16.62
45-49	$0.092	$1.85	$3.69	$5.54	$7.38	$9.23	$11.08	$12.92	$14.77	$16.62	$18.46	$20.31	$22.15	$24.00	$25.85	$27.69
50-54	$0.138	$2.77	$5.54	$8.31	$11.08	$13.85	$16.62	$19.38	$22.15	$24.92	$27.69	$30.46	$33.23	$36.00	$38.77	$41.54
55-59	$0.217	$4.34	$8.68	$13.02	$17.35	$21.69	$26.03	$30.37	$34.71	$39.05	$43.38	$47.72	$52.06	$56.40	$60.74	$65.08
60-64	$0.365	$7.29	$14.58	$21.88	$29.17	$36.46	$43.75	$51.05	$58.34	$65.63	$72.92	$80.22	$87.51	$94.80	$102.09	$109.38
65-69	$0.660	$13.20	$26.40	$39.60	$52.80	$66.00	$79.20	$92.40	$105.60	$118.80	$132.00	$145.20	$158.40	$171.60	$184.80	$198.00
70-74	$0.951	$19.02	$38.03	$57.05	$76.06	$95.08	$114.09	$133.11	$152.12	$171.14	$190.15	$209.17	$228.18	$247.20	$266.22	$285.23
75+	$2.008	$40.15	$80.31	$120.46	$160.62	$200.77	$240.92	$281.08	$321.23	$361.38	$401.54	$441.69	$481.85	$522.00	$562.15	$602.31

Consulte Recursos Humanos para las tarifas quincenales para montos superiores a $300,000. Para los empleados, la cobertura del Seguro de Vida Básico y Voluntario y por Muerte Accidental y Desmembramiento se reducirá a partir de la edad de 65 años de la siguiente manera:

Entre 65 - 19 años: a 65% | **70 años o más: a 50%**

Las reducciones ocurrirán el 1 de abril siguiente a la fecha en que el asegurado alcance la edad correspondiente. La fórmula de reducción se aplica a los cónyuges cubiertos y se basa en la edad del cónyuge dependiente.

La cobertura para el Cónyuge termina a los 70 años de edad.

Seguro de Incapacidad

El seguro de incapacidad es un beneficio importante que protege una porción de los ingresos del empleado en caso que quede incapacitado y no pueda trabajar debido a una lesión o enfermedad no ocupacional.

Liberty Health brinda a los empleados una oportunidad para inscribirse en el seguro de incapacidad a corto plazo. La compañía paga el costo completo del seguro de incapacidad a largo plazo.

La prima para el seguro de incapacidad a corto plazo se basan en edad y cantidad de beneficio. Favor consulte el sistema de inscripción en línea para ver las tasas quincenales. Usted puede elegir el seguro de incapacidad a corto plazo sin tener que completar la Evidencia de Asegurabilidad (EOI).

Una condición preexistente es una lesión o enfermedad por la cual recibió tratamiento médico, consulta, medidas diagnósticas, medicamentos recetados, medicinas o por el cual siguió recomendaciones de tratamiento antes de la fecha de vigencia de la cobertura. Si recibió tratamiento para una condición preexistente durante los 3 meses previos a la fecha de vigencia, no se proporcionarán beneficios de STD ni LTD para esa condición durante los 12 primeros meses de cobertura. Esta provisión también es aplicable si no acudió a un médico cuando ordinariamente una persona prudente lo hubiera hecho.

Seguro de Incapacidad

Incapacidad a Corto Plazo

Liberty Health ofrece el seguro voluntario de incapacidad a corto plazo a través de Lincoln Financial. Si queda incapacitado parcialmente o totalmente debido a una enfermedad, lesión corporal accidental o embarazo, los pagos por incapacidad a corto plazo comenzarán el día después de que haya satisfecho un período de 7 días de incapacidad continua. El beneficio semanal se calcula como el 60% de su sueldo base semanal hasta un máximo de $3,000. Una vez aprobados, los pagos de beneficios continuarán hasta por 26 semanas de incapacidad continua.

Incapacidad a Corto Plazo	
Tasa mensual por cada $10 de beneficio	
Edad	Tasa mensual
< 40	$0.853
40 - 49	$0.879
50 +	$1.166

Incapacidad a Corto Plazo: Cálculo

Supongamos un sueldo base anual de $20,000 para un empleado de 29 años

1. $20,000 x 60% del sueldo = $12,000
2. $12,000 / 52 semanas = $230.76
3. $230.76 / 10 (tasa calculada sobre base de $10 de beneficio) = $23.08
4. $23.08 x $0.853 (conforme la tabla, la tasa para 29 años de edad es $0.853) = $19.69 mensual
5. $19.69 x 12 (meses) / 26 (períodos de pago) = $9.09 deducción por cheque de pago (26 deducciones de nómina)

Incapacidad a Largo Plazo

Incapaciadad a Largo Plazo protege una porción de sus ingresos si una enfermedad o lesión grave le ocasiona una licencia médica por más de 6 meses. Durante ese tiempo, recibirá el 40% de sus ingresos mensuales hasta $5,000. Este beneficio se ofrece a través de Lincoln Financial.

Incapacidad a Largo Plazo	
Tarifas mensuales por $100 de beneficio cubierto	
Edad	Tasa mensual
< 40	$0.63
40 - 49	$1.623
50 +	$3.762

Beneficios suplementarios de Lincoln

Liberty se complace en ofrecer a los empleados la oportunidad de adquirir un seguro contra accidentes y enfermedades graves a través de Lincoln Financial. Ambos beneficios harán pagos en efectivo directamente al aseguradod por accidentes o enfermedades cubiertos . La cobertura está disponible para los empleados y sus dependientes elegibles

Enfermedades Graves	• Paga un monto global de beneficio en el momento de recibir diagnóstico de una condición cubierta tal como ataque cardíaco, derrame o cáncer. • La cobertura está disponible para usted, su cónyuge y sus hijos. • Beneficio de bienestar de $50 por persona por año • La póliza es portátil si se jubila o va del trabajo
Accidentes	• Paga un beneficio para lesiones o tratamientos recibidos después de un accidente • El monto de beneficio está detallado en la lista de beneficios • La cobertura está disponible para el usted, su cónyuge y sus hijos. • La póliza es portátil si se jubila o va del trabajo

Beneficios suplementarios de Chubb

Liberty se complace en ofrecer a los empleados la oportunidad de adquirir un seguro de indemnización hospitalaria y contra el cáncer a través de Chubb. Ambos beneficios realizarán pagos en efectivo directamente al miembro cubierto. La cobertura está disponible para los empleados y sus dependientes elegibles.

Hospital Indemnidad	• Le proporciona beneficios en efectivo directamente por hospitalización, independientemente de otra cobertura que tenga. • La cobertura está disponible para usted, su cónyuge y/o sus hijos. • La póliza es totalmente transferible si usted se retira o se jubila • Sin limitación por condiciones preexistentes (excepto los gastos de embarazo y parto cuando la concepción ocurrió antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura) • Beneficio de bienestar de $50
Seguro Cancer Advocate Plus	• Ofrece prevención del cáncer, gestión del tratamiento y apoyo a la recuperación únicos, además de beneficios en efectivo. • La detección genética del cáncer de HealthOme ayuda a determinar el riesgo hereditario de cáncer y las pruebas farmacogenómicas le permiten comprender su respuesta a los medicamentos basándose en su propio ADN. • Incluye una enfermera defensora de oncología dedicada para coordinar la inscripción en ensayos clínicos, la revisión médica de expertos y más. • Le paga beneficios en efectivo directamente a usted independientemente de otra cobertura que tenga • Paga $5,000 al momento del diagnóstico de cáncer y un pago adicional en efectivo de $2,500 después de 6 meses y luego nuevamente después de 12 meses, para un total de pago en efectivo de $10,000.

Servicios Legales Prepagos y Protección de Identidad de LegalShield

Plan Legal Personal

Cubre el asegurado, su cónyuge, pareja significante y dependientes de hasta 26 años de edad.

- Preparación estándar de un testamento, testamento vital y poder notarial médico
- Ilimitados consejo legal, cartas de consultación y llamadas telefónicas
- Revisión de documentos legales
- Multas de tránsito
- Separación no disputada, divorcio y representación de adopción
- Cambio de nombre no disputado
- Defensa en juicio
- Auditoría del IRS
- Asistencia de emergencia 24/7

Plan de Protección Contra Robo de Identidad

Cubre el asegurado, su cónyuge, pareja significante y dependientes de hasta 26 años de edad.

- Informes de crédito
- Servicio de monitoreo continuo
- Puntaje personal de crédito
- *Identity Consultation*
- SafeGuard para menores
- Servicio de recuperación de la identidad

Tarifas quincenales legales prepagas	
LegalShield	$7.35
Robo de Identidad	$6.90
AMBOS; LegalShield y Robo de Identidad	$11.95

Si desea matricularse en el plan de servicios legales o de robo de identidad, comuníquese con LegalShield al 1.800.654.7757. Las primas de este plan se facturarán directamente con LegalShield.

Allstate IDENTITY PROTECTION

Protección de Identidad Allstate

El robo de identidad le puede pasar a cualquiera. Es por eso que Liberty ha agregado la protección de identidad de Allstate como un nuevo beneficio para 2022. Obtenga monitoreo integral de identidad y resolución de fraude, además de ciberseguridad móvil para ayudarlo a protegerse a usted y a su familia contra las amenazas digitales actuales.

Con *Identity Protection Pro+ Cyber* de Allstate, obtiene funciones diseñadas para ayudarlo a defenderse de los riesgos actuales. La cobertura incluye las funciones de protección de identidad más completas del mercado, además de navegar con confianza con potentes funciones de seguridad cibernética impulsadas por la aplicación móvil *Lookout*.

También puede obtener cobertura para toda su familia, incluso cobertura para personas mayores como sus padres, suegros y abuelos mayores de 65 años, protección familiar para dispositivos móviles para hasta 10 dispositivos y hasta $2 millones en robo de identidad ampliado, seguridad cibernética y reembolso de gastos de ransomware.

Allstate *ID Protection Pro+ Cyber* - Costo quincenal	
Empleado	$5.05
Empleado + Familia	$8.75

Seguro de Mascotas

Nationwide

El seguro de mascotas *Pet Protection* de Nationwide brinda opciones para todo presupuesto y más opciones y flexibilidad para cubrir a sus mascotas. La cobertura también es disponible para mascotas exóticos.

- Obtenga reembolsos en efectivo en facturas veterinarias elegibles: elija el nivel de reembolso de un 50% o 70%
- Disponible exclusivamente para empleados de Liberty Health
- Use cualquier veterinario, en cualquier lugar, sin red, sin aprobaciones previas
- Todos los planes tienen un deducible anual de $250 y un beneficio anual máximo de $7,500
- Descuento para mascotas múltiples

Cómo usar el seguro de mascotas:

1. Visite cualquier veterinario, en cualquier lugar.
2. Someter una reclamación
3. Reciba reembolsos para gastos elegibles.

La inscripción para el seguro de mascotas puede ocurrir en cualquier momento durante el año. Las pólizas se renuevan 12 meses después de la fecha de vigencia inicial. El empleado paga el costo completo de este beneficio a través de deducción de nómina.

Obtenga una cotización sin obligación rápidamente en **benefits.petinsurance.com/libertyhcare**. Para inscribir a su ave, conejo, reptil u otra mascota exótica, llame al 877-738-7874.

Tiempo libre pagado

Los empleados de tiempo completo acumulan horas de PTO que pueden ser utilizadas para vacaciones, enfermedad, días festivos, duelo y otras necesidades personales.

La tasa de acumulación de PTO del empleado depende de su posición, responsabilidad y longitud de servicio con la compañía. FAvor de consultar el Manual del Empleado o hable con su supervisor para obtener información específica sobre la acumulación.

Plan de Jubilación 401(k) con Impuestos Diferidos

Liberty ofrece un plan de jubilación 401 (k) administrado por Fidelity Investments. Los empleados de al menos 20 años de edad, son elegibles para participar en el Plan 401 (k) de la compañía inmediatamente después de ser contratados. Los empleados elegibles serán inscritos automáticamente con un aplazamiento de 2% a menos que se comuniquen con Fidelity Investments para cambiar o detener el aplazamiento. Los empleados tendrán 30 días para optar por no participar o cambiar el monto de aplazamiento antes de que entre en vigencia.

La contribución de igualación actual del empleador es de un 35% para el primer 4% del sueldo diferido. Los empleados deben trabajar para cualquier entidad de Liberty durante al menos un año para calificar para la igualación de la empresa. Los empleados que son contratados mediante adquisición, conservarán su fecha original de contratación con la ubicación adquirida para determinar la elegibilidad de igualación de la empresa y para fines de consolidación.

Llame al Centro de Recursos de Beneficios ("BRC"), ¡Estamos Aquí Para Ayudarlo!

Hablamos sobre seguros.
Nuestros especialistas en beneficios pueden ayudarlo con:

- Decisiones respecto a qué plan es el mejor para usted
- Preguntas sobre pólizas y planes de beneficios
- Problemas de elegibilidad y reclamos con las aseguradoras
- Información sobre procesos y apelaciones de reclamos
- Cambios permitidos en las elecciones de estado familiar
- Transición de la atención al cambiar de aseguradora
- Intensificación, apelación y resolución de reclamos
- Conceptos básicos de Medicare con el plan de su empleador
- Coordinación de beneficios
- Búsqueda de proveedores dentro de la red
- Acceso a cuestiones de atención
- Obtención de servicios de manejo de casos
- Reclamos colectivos por discapacidad
- Presentación de reclamos por servicios fuera de la red

USI®

Centro de Recursos de Beneficios

BRCSouth@usi.com | Línea gratuita: 855-874-0835
Lunes a Viernes de 8am a 5pm hora del EST & CST

Contactos

Para obtener ayuda con preguntas sobre los beneficios, problemas con reclamaciones, elegibilidad o preguntas sobre eventos de vida:

Liberty Health *Benefit Resource Center*

Horario: 8:00 a.m. - 5:00 p.m. EST

855-874-0835 BRCSouth@usi.com

Beneficio	Compañía	# Teléfono	Sitio Web
Seguro Médico / Rx	BCBS NC	800-517-8072	bluecrossnc.com
Telemedicina	Teladoc HEALTH	855-835-2362	teladoc.com
Rx Pedido por Correo	McNeill's Pharmacy	910-642-3065	mcneillspharmacy.com /liberty-healthcare-employees
Seguro Dental	DELTA DENTAL	800-662-8856	deltadentalnc.com
Seguro de Visión	SuperiorVision	800-507-3800	superiorvision.com
Seguro de Vida / MA&D Incapacidad Corto/Largo Plazo	Lincoln Financial Group	888-787-2129 800-713-7384	mylincolnportal.com company code: LibertyHC
Cuentas de Gastos Flexibles	Flores	800-532-3327	flores247.com
Asistencia al Empleado (EAP)	Lincoln Financial Group	888-628-4824	guidanceresources.com u: LFGsupport c: LFGsupport1
Accidente /Enfermedades Graves	Lincoln Financial Group	800-713-7384	mylincolnportal.com Código de la compañía: LibertyHC
Indemnización hospitalaria/cáncer	CHUBB	833-542-2013	chubb.com/WorkplaceBenefitsClaims
Plan de Jubilación 401K	Fidelity	800-835-5097	401k.com
Servicios Legales Prepagos y Protección de Identidad de LegalShield	LegalShield IDShield	800-654-7757	legalshield.com Idshield.com
Protección de Identidad	Allstate IDENTITY PROTECTION	800-789-2720	app.allstateidentityprotection.com
Seguro de Mascotas	Nationwide	877-738-7874	benefits.petinsurance.com /libertyhcare

Avisos Legales

Avisos legales que afectan la cobertura de su plan de salud

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CANCER DE LA MUJER, 1998 (*WHCRA*)

Si ha tenido o va tener una mastectomía, puedes tener derecho a ciertos beneficios conforme la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las mujeres que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y el paciente para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en lo que realize la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una aparencia simétrica;
- Prótesis; y
- Trataminto de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Estos beneficios son proporcionados con sujeción a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos disponibles bajo este plan. Para información acerca del deducible y coaseguro aplicable al plan en que está inscrito, refiérase al resumen del plan.

DIVULGACION DEL ACTO FEDERAL DE RECIEN NACIDOS

Los planes de salud grupales y las aseguradoras generalmente no pueden, conforme ley federal, restringir beneficios para la longitud de cualquier estadía hospitalaria en relación con el parto para la madre o recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, generalmente la ley federal no prohíbe que el proveedor médico de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, apruebe la alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas si aplicable). En cualquier caso, los planes y las aseguradoras no pueden, de acuerdo con la ley federal, requerir que un proveedor médico obtenga autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estadía que no excede 48 horas (o 96 horas).

AVISO SOBRE DERECHO DE INSCRIPCION ESPECIAL

Si está declinando inscripción para sí mismo o para sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a otro seguro de salud u otra cobertura grupal de salud, inscribir sus dependientes y a sí mismo en este plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para la otra cobertura de salud (o el empleador deja de contribuir hacia su otra cobertura o hacia la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura (o después de que el empleador deje de contribuir hacia la otra cobertura).

Adicionalmente, si tiene un dependiente nuevo como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Asimismo, si declina inscripción para sí mismo o para sus dependientes elegibles (incluyendo su cónyuge) cuando la cobertura de Medicaid o cobertura a través del programa estatal CHIP está vigente, puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si:

- se pierde la cobertura de Medicaid o del programa CHIP; o,
- usted o sus dependientes obtienen elegibilidad para subsidio de asistencia de prima del estado

En cualquier caso, debe solicitar inscripción dentro de 60 días de la pérdida de cobertura o de la fecha en que obtiene elegibilidad para asistencia de primas. Para solicitar una inscripción especial o para obtener información adicional, favor de contactar la persona indicada al final de este resumen.

DIVULGACION DE MODELO DE PROTECCION DE PACIENTES

APLICABLE A LOS PLANES DE DERECHO ADQUIRIDO

BCBSNC en general, permite la designación de un proveedor de cuidados primarios. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de cuidados primarios que participe en nuestra red y esté disponible para aceptarlo(a) a usted o a sus familiares. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de cuidados primarios, y para una lista de los proveedores de cuidado primarios participantes, comuníquese con el BCBSNC en www.bcbsnc.com. Para los niños, se puede designar al pediatra como el proveedor de cuidados primarios.

Usted no necesita autorización previa de BCBSNC o de cualquier otra persona (incluido un proveedor de cuidados primarios) a fin de obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de salud en nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, el profesional de salud puede ser requerido conformarse con ciertos procedimientos, inclusive obtener autorización previa para ciertos servicios, siguiendo un plan de tratamiento previamente aprobado, o procedimientos de hacer referidos. Para obtener una lista de profesionales de salud participantes especializados en obstetricia o ginecología, comuníquese con BCBSNC en www.bcbsnc.com

DECLARACION DE LOS DERECHOS DE ERISA

Como participante en el plan tienes ciertos derechos y protecciones bajo la Ley de Seguridad de los Ingresos de los Empleados en la Jubilación, 1974 ("ERISA"). ERISA declara que todos los participantes tienen derecho a:

Avisos Legales

Recibir información acerca de su plan y beneficios

- Examinar, sin costo, en la oficina del administrador del Plan y en otras ubicaciones especificadas, los documentos del plan y el plan, incluyendo el contrato de seguro y las copias de todos los documentos presentados ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU., tales como los informes anuales y las descripciones del plan
- Obtener copias de los documentos del plan y otros documentos mediante solicitud por escrito al administrador del plan. El administrador del plan puede cobrar un honorario razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan, si se requiere según ERISA. El administrador del plan tiene la obligación de proporcionar una copia de este informe a cada participante del plan.

Continuar la cobertura del plan grupal de salud

Si es aplicable, puede continuar la cobertura de salud para sí mismo, su cónyuge y dependientes si pierden la cobertura del plan como resultado de un evento calificado. Es posible que usted y sus dependientes tengan que pagar por tal cobertura. Revise el resumen descriptivo del plan y los documentos que rigen el plan acerca de las reglas acerca de los derechos para la continuación de cobertura COBRA.

Acciones prudentes por los fiduciarios del plan

In Además de crear derechos para los participantes, ERISA impone deberes sobre las personas responsables por el funcionamento del plan. Estas personas, conocidas como los "fiduciarios" del plan, tienen la responsabilidad de operar el plan con prudencia y en el interés de los participantes del plan.

Nadie, incluso la compañía u otra persona, puede despedirlo o discriminar en contra de usted en cualquier manera para evitar que obtenga beneficios de asistencia social o ejercer sus derechos bajo ERISA.

Hacer cumplir sus derechos

De acuerdo con ERISA, hay pasos que se deben tomar para hacer cumplir con estos derechos. Por ejemplo, si solicita materiales del administrador del plan y no los recibe dentro de 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede requerir que el administrador del plan proporcione los materiales y le pague hasta $149 diario (hasta $1,496 por solicitud) hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se enviaron por razones fuera del control del administrador del plan. Si tiene una reclamación para beneficio, la cual es denegada o ignorada, en parte o completamente, y ha agotado los procedimientos para reclamaciones disponibles bajo el plan, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Si fuera suceder que los fiduciarios del plan abusaron el dinero del plan, o discriminaron en contra de usted por hacer cumplir sus derechos, puede buscar ayuda del Departamento del Trabajo o presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quien debe pagar los honorarios legales y de la corte.

Si eres exitoso, el tribunal puede ordenar que la persona que usted ha demandado a pagar esos costos y honorarios. Si usted pierde (por ejemplo, el tribunal encuentra su demanda es frívola) puede ordenar que usted pague los costos y honorarios.

Asistencia para sus preguntas

Si tiene preguntas acerca de su plan, esta declaración o sus derechos mediante ERISA, debe contactar la oficina de Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de EE.UU. listado en su directorio telefónico o, la División de Asistencia Técnica y Preguntas, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de EE.UU., 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210.

INFORMACION DE CONTACTO

Si tiene preguntas acerca de esta información, favor de entrar en contacto con:

Kim McNeill
2334 S. 41st Street
Wilmington, North Carolina United States 28403
910-332-1792
kmcneill@libertyhcare.com

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. **POR FAVOR REVISE LA INFORMACION CUIDADOSAMENTE.**

Su información. Sus derechos. Nuetras responsabilidades.

Se recomienda a los recipientes de este aviso, de leer el aviso completo. La información de contacto para preguntas o quejas se encuentra al final del aviso.

Sus derechos

Usted tiene el derecho de:

- Obtener una copia de su récord de salud y reclamos
- Enmiendar su récord de salud y reclamaciones
- Solicitar comunicación confidencial
- Solicitar restricciones en la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Seleccionar alguien para actuar en su nombre
- Someter una queja si cree que se violaron sus derechos de privacidad

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones con respecto a la manera que utilizamos y compartimos información cuando:

- Contestamos preguntas acerca de su cobertura
- Proporcionamos alivio de desastre

Avisos Legales

- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información para::

- Ayudar a gestionar su tratamiento de atención de salud
- Operar nuestra organización
- Pagar sus servicios de salud
- Administrar su plan de salud
- Ayudar con asuntos de seguridad y la salud pública
- Hacer pesquisa
- Cumplir con la ley
- Contestar solicitudes para donación de órganos y tejidos y para trabajar c/ médico forense o director de funeraria
- Contestar solicitudes de compensación al trabajador, aplicación de la ley u solicitaciones gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

Sus derechos

En relación a su información médica, tiene los siguientes derechos. Esa sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia de su récord de salud y reclamos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos u otra información que tenemos acerca de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de récord de salud y reclamos, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable

Solicitar una enmienda a su récord de salud y reclamo

- Puede solicitar que hagamos una enmienda en sus registros de salud y reclamos si piensa que son incorrectos o incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos negar su solicitud, pero indicaremos por qué por escrito típicamente dentro de 60 días

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que entremos en contacto con usted de manera específica (por ejemplo, teléfono laboral o del hogar) o enviar correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "si" si nos informa que estaría en riesgo si no lo hacemos

Solicitar restricción en el uso y divulgación de su información

- Nos puede pedir que no utilicemos ni divulguemos cierta información de salud para propósito de tratamiento, pago ni nuestras operaciones.
- No somos requeridos a cumplir con su solicitud

Obtener una lista de aquellos con quien compartimos información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud por hasta seis años antes de la fecha de la solicitud, con quien la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas acerca de tratamiento, pago y operaciones relacionadas con cuidado de salud y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos pidió hacer). Proporcionaremos una contabilidad gratis por año pero, cobraremos un honorario razonable si hace otra solicitud dentro de 12 meses

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia imprimida de este aviso en cualquier momento, aunque haya acordado recibirlo electrónicamente. Proporcionaremos una copia prontamente.

Seleccionar alguien para actuar en su nombre

- Si le ha otorgado a alguien un poder médico o tienes un guardian legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esa autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción

Presentar una queja si considera sus derechos fueron violados

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos, comuníquese con nosotros utilizando la información al final de este aviso.
- Puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos para Derechos Civiles a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamar al 1-877-696-6775, o visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No se puede tomar medidas de represalia contra usted si presentas una queja

Sus opciones

Para cierta información de salud, puede indicar sus opciones de lo que es compartido. Si tienes una preferencia de cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, favor hablar con nosotros. Diganos lo que quiere que hagamos, y cumpliremos con sus instrucciones.

En estas situaciones, tienes el derecho y opción de:

- Compartir información con su familia, amistades u otros individuos involucrados con el pago de su cuidado
- Compartir información en una situación de alivio por desastre

Si no eres capaz de comunicar su preferencia, por ejemplo si estás inconsciente, podemos proceder en compartir su información si creemos que es para su mejor interés. También podemos compartir información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminenete a la salud o segururidad.

En las siguientes situaciones nunca compartimos información a menos que tengamos permiso por escrito:

- Propósito de comercialización
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo utilizamos y compartimos su información de salud?

Típicamente utilizamos y compartimos su información de salud de la siguiente manera:

Ayudar a dirigir el cuidado de salud que recibe

Podemos utilizar y compartir su información de salud con los profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales

Avisos Legales

Pago de los servicios de salud
Podemos utilizar y divulgar su informaci~n de salud en lo que pagamos sus servicios de salud. *Ejemplo: Compartimos informaci6n acerca de usted con el plan dental para coordinar pago por servicios dentales.*

Administrar su plan
Podemos utilizar y divulgar su informaci~n de salud al patrocinador del plan de salud para administraci~n del plan. *Ejemplo: La compafia nos contrata para proporcionar un plan de salud y proporcionamos ciertas estadfsticas para explicar las primas que cobramos*

Dirigir nuestra organizaci6n
• Podemos utilizar y divulgar su informacin para dirigir nuestra organizacin y contactarlo cuando sea necesario
• No somos permitidos de utilizar informaci~n gen~tica para decidir si le vamos a proporcionar con cobertura ni para determinar el costo de la cobertura. Esto no se aplica a las planes de cuidado a largo plaza. *Ejemplo: Utilizamos informacibn acerca de usted para desarrollar mejores servicios*

zDe qu~ otra forma podemos utilizar su informaci~n?
Tenemos permiso o somos requeridos compartir su informaci~n en otras maneras - tipicamente para contribuir al bienestar p~blico, tal como la salud p~blica y pesquisa. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su informacin para esos prop~sitos. Para mas informacin vea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con salud p~blica y asuntos de seguridad
Podemos compartir su informacin en ciertas situaciones tales coma:

- Prevenci~n de enfermedad
- Ayudar con retirada de productos
- Informar de reaccin adversa a medicamentos
- Denunciar sospecha de abuso, negligencia o violencia dom~stica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de algui~n

Pesquisa
Podemos utilizar o compartir su informacibn para pesquisa de salud.

Cumplir con la ley
Compartiremos su informaci~n si es requerido por ley estatal o federal, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren ver que estamos en cumplimiento con la ley federal de privacidad.

En respuesta a las solicitudes de donaci6n de 6rganos y tejidos y para trabajar con un m~dico forense o director de funerarias
- Podemos compartir informaci~n m~dica acerca de usted con organizaciones de obtenci~n de rganos.
- Podemos compartir informaci~n de salud con un m~dico forense o director de funerarias cuando fallece una persona

Abordar la compensaci6n de trabajadores, la aplicaci6n de la ley y otras solicitudes gubernamentales
Podemos utilizar o compartir su informaci~n de salud para:
• Reclamaci~n de compensacin al trabajador
• Prop~sito de aplicaci~n de la ley o con un oficial de la ley
• Con agencias de supervision de salud para actividades autorizadas par ley
• Funciones gubernamentales especiales tales coma servicio militar, seguridad nacional y protecci~n presidencial

En respuesta a demandas y acci6n legal
Podemos compartir su informacin de salud en respuesta a una orden judicial o administrative o en respuesta a una citaci~n.

Nuestras responsabilidades:
• Samas requeridos par ley de mantener la privacidad y seguridad de su informaci~n de salud protegida.
·Le informaremos rapidamente si sucede una violacin que puede comprometer la privacidad o seguridad de su informacin.
•Debemos cumplir con las deberes y las pr~cticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia.
·No utilizaremos ni compartiremos su informaci~n de manera diferente a la que se describe aqui, a menos que usted nos lo indique par escrito. Si nos da permiso, puede cambiar de opinion en cualquier momento. H~ganos saber por escrito si cambia de opinion

Para informaci~n adicional visitar: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los t~rminos de este aviso
Podemos cambiar las terminos de este aviso, y las cambios se aplicar~n a toda la informacibn que tengamos acerca de usted. El nuevo aviso estara disponible a solicitud, en nuestro sitio web (si es aplicable) y podemos enviar una copia par correo.

Otras instrucciones para el aviso

- 1° abril, 2025
- Kim McNeill, Directora de Recursos Humanos
- 910.332.1792 o kmcneill@libertyhcare.com

Aviso importante de Liberty Healthcare Management, Inc. acerca de medicamentos recetados y Medicare

Favor leer esta notificaci6n cuidadosamente y guardarla donde la pueda encontrar. Este aviso contiene informaci6n acerca de su cobertura actual para medicamentos recetados con New Garden Landscaping & Nursery y sus opciones a trav~s de la cobertura para medicamentos de Medicare. Esta informaci6n le puede ayudar a decider si desea o no participar en un plan de medicamentos de Medicare. Si lo esta considerando, debe comparar su cobertura actual, incluyendo cuales medicamentos est~n cubiertos y el costo, con la cobertura y costo de los planes de Medicare que ofrecen cobertura para medicamentos recetados en su area. Informaci6n acerca de donde puede ir para solicitar ayuda con decisiones relacionadas con su cobertura para medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Avisos Legales

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

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas m~dicas est~ disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas M~dicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas m~dicas proporcionan por lo menos un nivel est~ndar de cobertura establecido por Medicare. Adem~s, algunos planes pueden ofrecer mas cobertura por una prima mensual ms alta.

2. Liberty Healthcare ha determinado que la cobertura para recetas m~dicas ofrecida por el plan grupal en promedio se espera que pague tanto como lo hara la cobertura est~ndar de Medicare para recetas m~dicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima mas alta (una penalidad), si mas tarde decide inscribirse en un plan de Medicare

Cu~ndo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?
Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando es primeramente elegible para Medicare y anualmente entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, sin ser su culpa, tambi~n seria elegible para un periodo de inscripci6n especial (SEP) de 2 meses para inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare

zQu~ sucede con su cobertura si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?
Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual con Liberty Healthcare no ser~ afectada. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual
con Liberty Healthcare, sepa que usted y sus dependientes pueden obtener la cobertura nuevamente (durante el periodo de inscripci6n abierta o en el evento de una oportunidad para inscripci6n especial)

C u~ndo pagar~ una prima ms alta (penalidad) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?
Tambi~n debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Liberty Healthcare y no se inscribe en una cobertura para medicamentos con Medicare dentro de 63 dias despu~s que termine su cobertura, Puede pagar una prima mas alta (penalidad) para inscribirse ms adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted lleva 63 dias o mas sin cobertura acreditable para recetas m~dicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas m~dicas, Su prima mensual aumentara por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre ser~ por lo mens 19% ms alta de lo que la mayoria de la gente paga. Usted tendra que pagar esta prima mas alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Adem s , usted tendr~ que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para informaci6n adicional acerca de este aviso o su plan de medicamentos ...

Entrar en contacto con la persona indicada a continuaci6n.

NOTA: Recibir~ este aviso anualmente. Tambi~n lo recibir~ antes del pr6ximo perfodo que puede matricularse en un plan de Medicare de medicamentos y si esta cobertura a trav~s de Liberty Management Inc. fuera cambiar. Tambi~n puede solicitar una copia de este aviso en cualquier memento.

Para mas informaci6n sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas m~dicas ...
Detallada informaci6n acerca de los planes de Medicare que ofrecen cobertura para medicamentos se encuentra en el manual *"Medicare & You"*. Usted recibir~ una copia del manual por correo anualmente. Tambi~n es posible que Medicare entre en contacto directamente con usted. Para informaci6n adicional acerca de los planes de medicamentos de Medicare:

- Visitar www.medicare.gov para ayuda personalizada
- Llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los numeros telef6nicos)
- Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recurses limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas m~dicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en ingl~s) tiene disponible informaci~n sobre esta ayuda adicional. Para mas informaci6n sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en linea en www.socialsecurity.gov, o llamar al n~mer0 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin [de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima ms alta (una penalidad).

Fecha: April 1, 2025

Nombre / Remitente:	LibertyHealthcare Management, Inc.
Contacto-Puesto/Oficina:	Kim McNeill, Directora de HR
Dirección:	2334 S. 41Street Wilmington, NC 28403
Nmero de teléfono:	910.332.1792

Avisos Legales

Asistencia con las primas en virtud de Medicare y el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)

Si Usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y eres elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de los programas de Medicaid o CHIP. Si Usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, Usted no será elegible para estos programas de asistencia, pero es posible que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro de Salud. Para obtener más información, visitar www.healthcare.gov.

Si Usted o sus dependientes están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en un Estado enumerado a continuación, pónganse en contacto con Medicaid o la oficina CHIP para saber si la asistencia para primas está disponible en el estado.

Si Usted o sus dependientes no están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y piensa podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, o llamar al **1-877-KIDS NOW** o visitar **www.insurekidsnow.gov** para informarse de cómo participar. Si califica, pregúntele al estado si hay un programa que ofrece asistencia de prima para planes grupales patrocinados por empleadores.

Si Usted o sus dependientes son elegibles para asistencia de primas bajo Medicaid o CHIP, así como elegibles bajo el plan del empleador, el empleador debe permitir su inscripción en el plan si no está ya inscrito. Esto es conocido como una oportunidad de "inscripción especial", y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haber sido determinado elegible para asistencia con prima**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, contactar el Departamento de Trabajo **www.askebsa.dol.gov** o llamar al **1-866-444-EBSA** (3272)

Si vive en uno de los siguientes estados, puede sere legible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud del empleador. La siguiente lista de estados fue actualizada el 31 de enero, 2020. Comuníquese con su estado para obtener más información acerca de elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com # Teléfono: 1-855-692-5447
ALASKA – Medicaid
The AK Health Insurance Premium Payment Program Sitio web: http://myakhipp.com/ # Teléfono: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ # Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAU_cont.aspx # Teléfono: 1-800-541-5555
COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)
Health First Colorado Sitio web: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/ State Relay 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/ State Relay 711
FLORIDA – Medicaid
Sitio web: http://flmedicaidtplrecovery.com/hipp/ # Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp # Teléfono: 678-564-1162 ext 2131
INDIANA – Medicaid
Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ # Teléfono: 1-877-438-4479 All other Medicaid Sitio web: http://www.indianamedicaid.com # Teléfomno 1-800-403-0864
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)
Medicaid Sitio web: https://dhs.iowa.gov/ime/members Medicaid # Teléfono: 1-800-338-8366 Hawki Sitio web: http://dhs.iowa.gov/Hawki Hawki # Teléfono: 1-800-257-8563
KANSAS – Medicaid
Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm # Teléfono: 1-800-792-4884
KENTUCKY – Medicaid
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx # Teléfono: 1-855-459-6328 Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Sitio web: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx # Teléfono: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Sitio web: https://chfs.ky.gov
LOUISIANA – Medicaid
Sitio web: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp # Teléfono: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid
Sitio web: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html # Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711
MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP
Sitio web: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ # Teléfono: 1-800-862-4840

Avisos Legales

MINNESOTA – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp [Under ELIGIBILITY tab, see "what if I have other health insurance?"] # Teléfono: 1-800-657-3739
MISSOURI – Medicaid
Web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm # Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid
Web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP # Teléfono: 1-800-694-3084
NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov # Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid
Medicaid Sitio web: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Teléfono: 1-800-992-0900
NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm # Teléfono: 603-271-5218 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext 5218
NEW JERSEY – Medicaid and CHIP
Medicaid Sitio web: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Medicaid Teléfono: 609-631-2392 CHIP Sitio web: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Teléfono: 1-800-701-0710
NEW YORK – Medicaid
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ # Teléfono: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ # Teléfono: 919-855-4100
NORTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/3 Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org # Teléfono: 1-888-365-3742
OREGON – Medicaid
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html # Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx # Teléfono: 1-800-692-7462
RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct RIte Share Line)
SOUTH CAROLINA – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov # Teléfono: 1-888-549-0820
SOUTH DAKOTA - Medicaid
Sitio web: http://dss.sd.gov # Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid
Sitio web: http://gethipptexas.com/ # Teléfono: 1-800-440-0493
UTAH – Medicaid and CHIP
Medicaid Sitio web: https://medicaid.utah.gov/ CHIP Sitio web: http://health.utah.gov/chip # Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT– Medicaid
Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ # Teléfono: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Sitio web: https://www.coverva.org/hipp/ Medicaid Teléfono: 1-800-432-5924 CHIP Teléfono: 1-855-242-8282
WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ # Teléfono: 1-800-562-3022
WEST VIRGINIA – Medicaid
Sitio web: http://mywvhipp.com/ # Teléfono Gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid and CHIP
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf # Teléfono: 1-800-362-3002
WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://wyequalitycare.acs-inc.com/# Teléfono: 307-777-7531

Para ver si otros estados han añadido un programa de asistencia de prima desde el 31 de enero, 2020, o, para obtener información adicional acerca de los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

U.S. Department of Labor Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

Ley de Reducción de Papeleo

Según lo dispuesto en la Ley de Reducción de Papeleo de 1995 (PRA), ninguna persona estará en la obligación de responder a un instrumento de recolección de datos que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede conducir o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por OMB bajo PRA y muestre un número de control OMB actualmente válido y el público no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número de control OMB válido.

Avisos Legales

Ver 44 U.S.C. 3507. Además, a pesar de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a sanción por incumplimiento de una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control OMB actualmente válido. Ver 44 U.S.C. 3512.
La carga de informes públicos para esta recopilación de información se estima en un promedio de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se invita a las partes interesadas a enviar comentarios al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de los Beneficios a los Empleados, Oficina de Políticas e Investigación, Atención: Liquidación de PRA, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga Oficial, 200 Constitution Avenue, NW, Sala N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y refiérase al número de control OMB 1210-0137

Número de control OMB 1210-0137

AVISO SOBRE PROGRAMAS DE BIENESTAR

EL SIGUIENTE AVISO ES EMITIDO POR EEOC

Well at Work Liberty Cares es un programa voluntario de bienestar disponible para todos los empleados. El programa es administrado conforme reglamentos federales que permite los programas de bienestar patrocinados por empleadores que buscan mejorar la salud y prevenir enfermedades para los empleados, incluido Ley de Estadounidenses con Discapacidades 1990, Ley de No Discriminación por Información Genética 2008 y Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médico, tal como aplicable entre otras. Si decide participar en el programa de bienestar se le pedirá completar voluntariamente un examen físico anual y detecciones específicas de prevención basado en su edad/género. No eres requerido completar el examen físico anual ni las detecciones.
Sin embargo, empleados y cónyuges que participan en el programa de bienestar recibirán un incentivo que reduce sus primas por período de pago por $20. Aunque no se requiere completar el examen físico anual y/o las detecciones preventivas, solo los empleados y cónyuges que lo hacen recibirán la reducción de $20 en las primas en cada período de pago.

Protección Contra Divulgación de Información Médica
La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud personal identificable. Aunque el programa de bienestar y Liberty Healthcare pueden usar la información agregada que recopila para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, Well at Work Liberty Cares nunca revelará su información personal ni públicamente ni al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud suya de una acomodación razonable y necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo permita expresamente la ley. Información médica que lo identifica personalmente que se proporciona en relación con el programa de bienestar no será proporcionada a su supervisor ni gerente y nunca puede ser utilizada para tomar decisiones acerca de su empleo Su información de salud no será vendida, intercambiada, transferida ni de otra manera divulgada

excepto al exento permitido por ley para llevar a cabo las específicas actividades relacionadas con el programa de bienestar. Tampoco se le pedirá ni requerirá renunciar la confidencialidad de su información de salud como condición para participar en el programa de bienestar ni para recibir un incentivo. Cualquiera que recibe su información con propósito de proporcionar servicios como parte del programa de bienestar cumplirán con los mismos requisitos de confidencialidad.

Adicionalmente, toda información médica obtenida a través del programa de bienestar será mantenida separada de su récord de personal, la información electrónica será cifrada y ninguna información que proporcione como parte del programa de bienestar, será utilizada para tomar decisiones de empleo. Se tomarán precauciones adecuadas para evitar filtración de datos y en el evento de una violación de datos involucrando información que proporcionó a través del programa de bienestar, le notificaremos inmediatamente.

No puede ser discriminado en el empleo debido a la información médica que proporciona como parte de su participación en el programa de bienestar, ni puede ser sujeto a represalia si decide que no va a participar. Si tiene alguna pregunta o preocupación acerca de este aviso o sobre las protecciones contra discriminación y las represalias, favor de contactar a Kim McNeill en kmcneill@libertyhcare.com

DIVULGACION DEL PROGRAMA DE BIENESTAR

Su plan de salud está comprometido a ayudarlo a lograr su mejor salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si cree que es posible que no pueda cumplir con algún estándar para una recompensa en este programa de bienestar, puede calificar para tener la oportunidad de ganar la misma recompensa por diferentes medios. Póngase en contacto con Kim McNeill en kmcneill@libertyhcare.com, y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa adecuada para usted en función de su estado de salud..

INFORMACION DE CONTACTO

Preguntas acerca de esta información pueden ser dirigidas a:
Kim McNeill
2334 S. 41st Street
Wilmington, North Carolina United States 28403
910-332-1792
kmcneill@libertyhcare.com

2334 S. 41st Street
Wilmington, NC 28403