

Viva bien. Esté bien.

Forge 
INDUSTRIAL STAFFING

Guía de Beneficios 2024

Qué hay dentro

Bienvenido a Sus Beneficios de Forge	3
Elegibilidad	3
Cuándo Inscribirse	3
Cómo Inscribirse	4
Cómo Hacer Cambios	4
Términos y Definiciones de Beneficios Útiles	5
Cobertura Médica con la que Puede Contar	6
Planes de Salud de Beneficios Limitados	7
Cobertura Dental	7
Cobertura de Visión	8
Seguro Básico de Vida y AD&D	9
Seguro Voluntario de Vida y AD&D	9
Seguro Voluntario contra Enfermedades Graves	9
Discapacidad a Corto Plazo	9
Su Costo de Cobertura	10
Avisos Importantes	12
¿Preguntas? Sus Contactos para Beneficios	31



Forge
INDUSTRIAL STAFFING

The logo for Forge Industrial Staffing features the word "Forge" in a large, white, serif font. To the right of "Forge" is a stylized graphic of a hammer head. Below "Forge" are the words "INDUSTRIAL" and "STAFFING" in a smaller, white, sans-serif font, separated by a vertical line.

Esta guía proporciona una descripción general del programa de beneficios. No pretende ser una descripción completa de los beneficios o descripciones resumidas de planes oficiales para estos programas. Si hay un conflicto entre esta guía y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos del plan. Forge se reserva el derecho de modificar o poner fin a cualquiera de los beneficios descritos en cualquier momento y por cualquier motivo. Las descripciones de estos beneficios no son garantía de empleo o beneficios actuales o futuros. Para obtener información sobre los planes específicos disponibles para usted, comuníquese con Recursos Humanos.



Bienvenido a Sus Beneficios de Forge

¡Bienvenido a sus beneficios 2024! Use esta guía de beneficios como recurso para comparar planes y obtener más información sobre las coberturas disponibles para usted.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios, SISCO está disponible para ayudarle. Llame al (844) 631-6104 o encuentre más información en línea en <https://www2.benefitelect.com/be/forge/Home.aspx>.

Elegibilidad

Usted es elegible para recibir beneficios el primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo si tiene programado trabajar 30 horas o más por semana.

Los beneficios son de semana en semana (con un intervalo de una semana). La cobertura comienza el primer día de la semana siguiente al período de espera. A partir de entonces, la cobertura es semanal. Si un empleado no trabaja durante la semana o no hay nómina suficiente para tomar la deducción, no habrá cobertura la semana siguiente (debido al intervalo de una semana).

Puede inscribir a sus dependientes elegibles en los mismos planes que elija para usted. Los dependientes elegibles incluyen su cónyuge legal o pareja doméstica registrada y sus hijos hasta los 26 años.

Cómo Inscribirse

Se hará un seguimiento de sus horas para determinar la elegibilidad al comenzar su primera asignación. Una vez que cumpla con las horas requeridas por ACA, recibirá una notificación de tarjeta postal que explica que califica para el seguro de salud de Forge. Tendrá dos semanas para aceptar o rechazar la cobertura. **Si no toma ninguna acción, será inscrito automáticamente en el Plan predeterminado.** Puede actualizar a un plan diferente o renunciar a la cobertura; sin embargo, esto debe hacerse durante el período de dos semanas.

Cómo Inscribirse

La inscripción en línea para usted y sus dependientes está disponible en <https://www2.benefitelect.com/be/forge/Home.aspx>.

Usuarios recurrentes:

1. Ingrese su nombre de usuario y contraseña.
2. Siga las indicaciones para inscribirse.

Nuevos usuarios:

1. Haga clic en “Register” (Registrarse) y complete el proceso de inscripción.
2. Haga clic en “Open Enrollment Site” (Sitio de Inscripción Abierta).
3. Actualice su información personal en la página “About You” (Acerca de usted). Haga clic en “Continue” (Continuar).
4. Actualice la información de los dependientes en la página “About your Dependents” (Acerca de sus dependientes). Haga clic en “Continue” (Continuar).
5. En la página de Inscripción (“Enrollment”), inscribese o renuncie a la cobertura para usted y sus dependientes. ¡Asegúrese de actualizar la información de sus beneficiarios!

Revise su información en el Resumen de inscripción. También se generará una declaración de confirmación.

Para inscribirse por teléfono, llame al Centro de Llamadas de SISCO al (855) 447-4726 ext. 4483.

Cómo Hacer Cambios

Las elecciones que haga cuando sea elegible por primera vez estarán vigentes durante el resto del año del plan que finaliza el 31 de diciembre. Una vez que se inscriba, debe esperar hasta el próximo período de Inscripción Abierta para cambiar sus beneficios o agregar o quitar cobertura para dependientes, a menos que tenga un cambio calificado en la situación familiar, según lo definido por el IRS. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Matrimonio, divorcio, separación legal, anulación o muerte del cónyuge
- Nacimiento, adopción o colocación para adopción
- Cambio en su residencia o lugar de trabajo (si cambian sus opciones de beneficios)
- Pérdida de otra cobertura de salud
- Cambio en el estado de elegibilidad de su dependiente debido a la edad, el estado del estudiante o cualquier circunstancia similar



Términos y Definiciones de Beneficios Útiles

Para comprender mejor su cobertura, es útil estar familiarizado con el vocabulario de beneficios. Tómese un momento para revisar estos términos, a los que se puede hacer referencia en esta guía.

Facturación del saldo – Cuando un proveedor de atención médica factura a un paciente la diferencia entre lo que el seguro de salud del paciente reembolsa y los cargos del proveedor.

Copago – Un monto fijo en dólares que usted le paga al proveedor al momento del servicio; por ejemplo, un copago de \$20 por una visita al consultorio o un copago de \$12 por una receta genérica.

Coaseguro – El porcentaje pagado por un servicio cubierto, compartido por usted y el plan. El coaseguro puede variar según el plan y la red de proveedores. Revise los planes cuidadosamente para comprender su responsabilidad. Usted es responsable del coaseguro hasta que alcance el gasto máximo de bolsillo de su plan.

Deducible – El monto que paga cada año calendario antes de que el plan comience a pagar los beneficios. No todos los servicios cubiertos están sujetos al deducible. Por ejemplo, el deducible no se aplica a los servicios de atención preventiva.

Atención en la sala de emergencias – Atención recibida en la sala de emergencias de un hospital por afecciones potencialmente mortales.

Atención dentro de la red – Atención brindada por médicos contratados dentro de la red de proveedores del plan. Esto permite a los participantes recibir atención a un precio reducido en comparación con la atención recibida por proveedores fuera de la red.

Atención fuera de la red – Atención brindada por un médico o en un centro fuera de la red del plan. Sus gastos de bolsillo pueden aumentar y los servicios pueden estar sujetos a la facturación del saldo.

Gasto máximo de bolsillo – El monto máximo que usted paga por año antes de que el plan comience a pagar los gastos cubiertos al 100%. Este límite lo protege de gastos catastróficos inesperados.

Prima – El costo total de sus planes. Usted comparte este costo con la compañía y paga su parte mediante deducciones regulares de nómina.

Atención preventiva – Atención médica de rutina, incluidos exámenes físicos anuales y exámenes de detección, para prevenir enfermedades y otras complicaciones de salud. La atención preventiva dentro de la red está cubierta al 100%.

Atención urgente – Visite el centro atención urgente por enfermedades o lesiones repentinas que no son potencialmente mortales. Los centros de atención urgente son útiles cuando se necesita atención rápida para evitar desarrollar dolor o problemas más graves.

Siglas de Beneficios

AD&D = Muerte Accidental y Desmembramiento

FSA = Cuenta de Gastos Flexibles

CDHP = Plan de Salud Orientado al Consumidor

HDHP = Plan de Salud con Deducible Alto

HMO = Organización de Mantenimiento de la Salud

HRA = Cuenta de Reembolso de Gastos de Salud

HSA = Cuenta de Ahorros para la Salud

LTD = Discapacidad a Largo Plazo

OOPM = Gasto Máximo de Bolsillo

PPO = Organización de Proveedores Preferidos

STD = Discapacidad a Corto Plazo

Cobertura Médica con la que Puede Contar

Cuide mucho su salud a través de visitas anuales de atención preventiva con su médico. Revise las opciones de planes médicos a continuación para elegir el mejor plan para usted en función de sus necesidades y gastos médicos en el próximo año del plan.

Los empleados elegibles que no realicen una elección serán inscritos automáticamente en el Plan Base Bajo.

Características del Plan	Plan Base Bajo	Plan Advantage		Plan Value
	Sólo dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red
Red	PHCS Healthy Directions	Multiplan		Multiplan
Máximo del plan de por vida	Ilimitado	Ilimitado		Ilimitado
Deducible anual Individual / familiar	\$0/\$0	\$0/\$0	\$500/\$1,000	\$0/\$0
Gasto máximo de bolsillo anual Individual / familiar	\$0/\$0	\$3,000/\$12,700 (incluye el deducible)	Ilimitado	\$7,150/\$14,300 (incluye el deducible)
	Usted paga:	Usted paga:	Usted paga:	Usted paga:
Visita de atención preventiva	Cobertura total	Cobertura total	40% después del deducible	Cobertura total
Visita de atención primaria	Copago de \$20 4 visitas por año	Copago de \$15	40% después del deducible	Copago de \$15
Visita al especialista	Copago de \$30 2 visitas por año	Copago de \$25	40% después del deducible	Copago de \$25
Laboratorio y radiografías de diagnóstico	Sin cobertura	Copago de \$50*	40% después del deducible*	Copago de \$50*
Imágenes (TC, TEP, IRM)	Sin cobertura	Copago de \$400*	40% después del deducible*	Sin cobertura
Atención urgente	Sin cobertura	Copago de \$50	40% después del deducible	Copago de \$50
Sala de emergencias	Sin cobertura	Copago de \$500 hasta un máximo de \$1,500*		Copago de \$500*
Servicios de paciente ambulatorio	Sin cobertura	Sin cobertura		Sin cobertura
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	Sin cobertura	Sin cobertura**		Copago de \$1,000, luego 80%**
Cirugía para pacientes hospitalizados	Sin cobertura	Sin cobertura**		Copago de \$1,000, luego 80%**
Servicios de trasplante	Sin cobertura	Sin cobertura**		Copago de \$1,000, luego 80%**
Beneficio de medicamentos recetados al por menor (suministro para 30 días) Sólo recetas de nivel 1	Copago de \$12 15 surtidos por año	Copago de \$15 20 surtidos por año		Copago de \$40
Beneficio de pedido por correo de medicamentos recetados	Sin cobertura	Sin cobertura		Sin cobertura

* Todos los servicios prestados en la sala de emergencias están limitados a un máximo de \$1,500

** 150% del monto permitido por Medicare



Planes de Salud de Beneficios Limitados

Para complementar su plan médico, tiene la opción de inscribirse en el plan de salud de beneficios limitados. El Plan de Beneficios Limitados está incluido en el Plan Base Bajo.

Planes de Salud de Beneficios Limitados		
Beneficio	Beneficio pagadero por día	Nº máximo de días pagaderos por año de beneficios
Beneficio de indemnización diaria en el hospital	\$250	10 días
Beneficio de indemnización de admisión hospitalaria inicial	\$500	1 día
Beneficio de laboratorio y radiografías de diagnóstico ambulatorio	\$50	1 día
Beneficio de indemnización de la sala de emergencias	\$100	1 día
Beneficio de indemnización del servicio de ambulancia	\$100	1 día

Cobertura Dental

Un buen cuidado dental mejora su salud general. Nuestros planes dentales le ayudan a mantener una sonrisa saludable a través de la atención dental preventiva regular y ofrecen cobertura para solucionar problemas tan pronto como ocurran. Para encontrar un proveedor dentro de la red cerca de usted, visite <http://www.dentemax.com/>.

Plan Dental	
Servicios	Esenciales modificados
Deducible por persona	\$50 por año de contrato
Tipo I - Servicios preventivos Exámenes orales, limpiezas (2 por 12 meses), radiografías de mordida	80%
Tipo II - Servicios básicos Mantenedores de espacio, rellenos, tratamiento del dolor, selladores, radiografías de boca completa	80%
Tipo III - Servicios mayores* Anestesia, endodoncia, extracciones simples y quirúrgicas	50%
Máximos	\$750 por año de contrato
Beneficio de adquisición**	Preferido

*Hay un período de espera de 12 meses para los principales servicios.

**Adquisición preferida – Se eximirán los períodos de espera para los empleados existentes, incluidos aquellos que no estaban en el plan anterior. El plan dental grupal anterior debe haber estado en vigencia continuamente durante al menos 12 meses antes de la fecha de vigencia de este plan. Todos los períodos de espera se aplicarán a futuros empleados nuevos.

Cobertura de Visión

Mantenga su visión clara y sus ojos en buen estado de salud con exámenes de la vista regulares. El plan de visión ofrece una extensa red de optometristas y especialistas en atención de la vista. No olvide que ahorrará dinero al visitar proveedores de la red. Para encontrar un proveedor dentro de la red cerca de usted, visite <https://eyemed.com/en-us>.

Plan de Visión		
Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen (cada 12 meses)		
Examen con dilatación como sea necesario	Copago de \$10	Asignación de \$35
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto (Ajuste de lentes de contacto y dos visitas de seguimiento disponibles una vez que se haya completado un examen de la vista completo)		
Estándar	Copago de \$0	Asignación de \$40
Prima	Copago de \$0, 10% de descuento minorista, luego se aplica una asignación de \$55	Asignación de \$40
Lentes de plástico estándar (cada 12 meses)		
Monofocales	Copago de \$10	Copago de \$25
Bifocales	Copago de \$10	Copago de \$40
Trifocales	Copago de \$10	Copago de \$55
Opciones de lentes		
Recubrimiento UV	Copago de \$15	n/a
Tinte (Sólido y degradado)	Copago de \$15	n/a
Recubrimiento estándar resistente a los arañazos	Copago de \$15	n/a
Polycarbonato estándar	Copago de \$40	n/a
Recubrimiento antirreflectante estándar	Copago de \$40	n/a
Progresivos estándar (Complemento a bifocales)	Copago de \$65	n/a
Otros complementos y servicios	29% de descuento minorista	n/a
Lentes de contacto – Sólo materiales (cada 12 meses)		
Convencionales	Copago de \$0, asignación de \$80, 15% de descuento sobre el saldo por encima de la asignación	Asignación de \$64
Desechables	Copago de \$0, asignación de \$80, 15% de descuento sobre el saldo por encima de la asignación	Asignación de \$64
Medicamento necesarios	Cobertura total	Asignación de \$200
Monturas (cada 24 meses)		
Cualquier montura disponible en la ubicación del proveedor. El beneficio no está disponible sobre aquellas monturas por las cuales el fabricante prohíbe un descuento.	Asignación de \$100, 20% de descuento sobre el saldo por encima de la asignación	Asignación de \$45

Seguro Básico de Vida

Como empleado elegible, usted recibe un Seguro Básico de Vida por un monto de \$10,000. El Seguro Básico de Vida es proporcionado por la empresa sin costo para usted.

Seguro Voluntario de Vida y AD&D

Además del Seguro Básico de Vida y AD&D, usted puede comprar cobertura voluntaria de Vida y AD&D a una tarifa con descuento. La tabla a continuación describe la cantidad de cobertura que puede comprar para usted, su cónyuge y sus hijos.

Características del Beneficio	Opciones de Seguro Voluntario de Vida y AD&D		
	Empleado	Cónyuge	Hijo(s) Dependiente(s)
Monto de cobertura voluntaria	\$20,000	\$5,000	\$2,500
Período de emisión garantizado	Dentro de los 30 días de elegibilidad para beneficios o de un evento de vida calificado		

Seguro Voluntario contra Enfermedades Graves

El Seguro contra Enfermedades Graves lo protege de los gastos de un problema de salud grave, como un derrame cerebral, un ataque cardíaco o un cáncer. Para inscribirse en la cobertura, usted selecciona un beneficio de suma global que se le paga directamente al primer diagnóstico de una afección cubierta. La forma en que elija utilizar el beneficio en efectivo depende de usted.

Beneficio por primera aparición: Proporciona un pago global cuando por primera vez en su vida y mientras está cubierto por esta póliza, el Asegurado se ha sometido al procedimiento específico o ha sido diagnosticado con la afección específica incluida en las enfermedades cubiertas.

Beneficio de recurrencia: Paga cuando vuelve a ocurrir una enfermedad grave cubierta por la cual ya se pagó un beneficio. Los dos casos deben estar separados por 12 meses como mínimo o, para el cáncer, al menos 12 meses sin tratamiento. Se pueden pagar hasta dos recurrencias de cualquier enfermedad grave.

Beneficio de ocurrencia adicional: Paga un beneficio adicional luego del diagnóstico de una afección cubierta por la cual los beneficios no se han pagado previamente. En el caso de dos enfermedades graves diferentes, la última ocurrencia debe estar separada por seis meses como mínimo (al menos seis meses sin tratamiento para el cáncer) de cualquier ocurrencia previa. El monto máximo de beneficio pagadero bajo esta póliza es de tres veces el monto nominal de la póliza.

Fórmula de reducción: Si una persona cubierta tiene 60 años en la fecha de vigencia de la Póliza, o cuando la Persona Cubierta cumpla 60 años, el monto del beneficio se reducirá en un 25%. Si una Persona Cubierta tiene 65 años o más en la Fecha de Vigencia de la Póliza, o cuando la Persona Cubierta cumpla 65 años, el monto del beneficio se reducirá en un 25% adicional (colectivamente, una "reducción de beneficios debido a la edad").

Discapacidad a Corto Plazo (STD)

La cobertura por Discapacidad a Corto Plazo le proporciona una parte del reemplazo de ingresos si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión no ocupacional.

Los beneficios de STD pueden compensarse con los beneficios que recibe de los planes de discapacidad obligatorios del estado en California, Nueva Jersey, Nueva York, Rhode Island o el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Discapacidad a Corto Plazo (STD)			
Porcentaje de ingresos	Máximo semanal	Período de eliminación	Duración máxima
60%	\$150	8 días	26 semanas

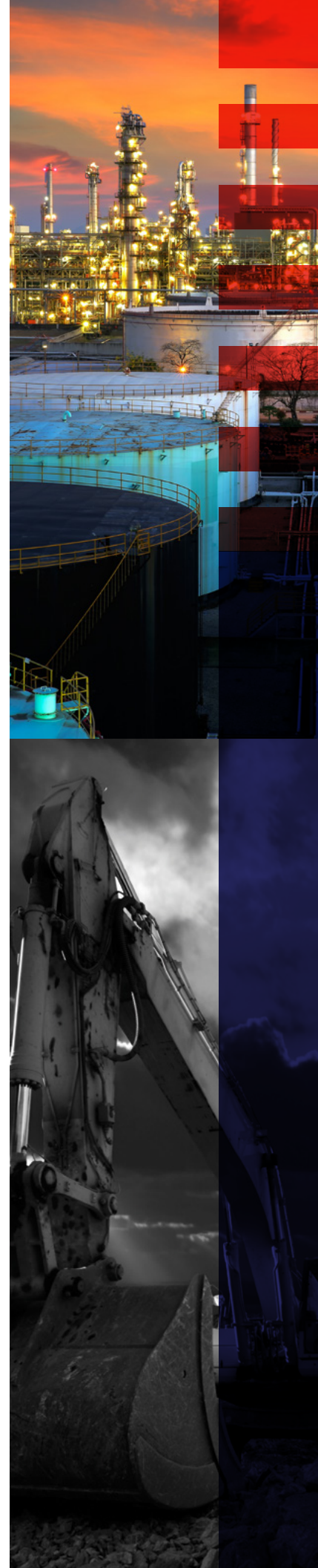
Su Costo de Cobertura

Deducciones de nómina del plan médico			
Nivel de beneficio	Base Low Plan Tu pagas:	Advantage Plan Tu pagas:	Value Plan Tu pagas:
Solo empleado Mensual/semanal	\$105.33 / \$24.31	\$104.67 / \$24.15	\$110.49 / \$25.50
Empleado y cónyuge Mensual/semanal	\$154.75 / \$35.71	\$238.32 / \$55.00	No disponible
Empleado e hijo(s) Mensual/semanal	\$128.42 / \$29.64	\$268.67 / \$62.00	\$1,729.07 / \$399.02
Familia Mensual/semanal	\$176.55 / \$40.74	\$407.54 / \$94.05	No disponible

Deducciones de nómina del plan dental	
Nivel de beneficio	Tu pagas:
Solo empleado Mensual/semanal	\$23.52 / \$5.43
Empleado y cónyuge Mensual/semanal	\$43.32 / \$10.00
Empleado e hijo(s) Mensual/semanal	\$43.19 / \$9.97
Familia Mensual/semanal	\$62.93 / \$14.52

Deducciones de nómina del plan de visión	
Nivel de beneficio	Tu pagas:
Solo empleado Mensual/semanal	\$9.37 / \$2.16
Empleado y cónyuge Mensual/semanal	\$17.69 / \$4.08
Empleado e hijo(s) Mensual/semanal	\$20.93 / \$4.83
Familia Mensual/semanal	\$27.85 / \$6.43

Deducciones de nómina del plan de discapacidad a corto plazo	
Nivel de beneficio	Tu pagas:
Solo empleado Mensual/semanal	\$27.00 / \$6.23



Continuación de su Costo de Cobertura

Deducciones de nómina por enfermedades graves		
Años	Solo empleado Tu pagas (mensual/semanal):	Empleada y dependiente You pay (monthly/weekly):
18-24	\$1.80/\$0.42	\$3.15/\$0.73
25-29	\$2.20/\$0.51	\$3.85/\$0.89
30-34	\$3.30/\$0.76	\$5.78/\$1.33
35-39	\$5.50/\$1.27	\$9.63/\$2.22
40-44	\$8.80/\$2.03	\$15.40/\$3.55
45-49	\$13.20/\$3.05	\$23.10/\$5.33
50-54	\$19.80/\$4.57	\$34.65/\$8.00
55+	\$26.40/\$6.09	\$46.20/\$10.66

Deducciones de nómina de vida voluntaria y AD&D *		
Años	\$20,000 Cobertura de empleados Tu pagas (mensual/semanal):	\$5,000 Cobertura de cónyuge Tu pagas (mensual/semanal):
Menos de 30	\$2.00/\$0.46	\$0.50/\$0.12
30-34	\$2.20/\$0.51	\$0.55/\$0.13
35-39	\$2.60/\$0.60	\$0.65/\$0.15
40-44	\$3.40/\$0.78	\$0.85/\$0.20
45-49	\$5.20/\$1.20	\$1.30/\$0.30
50-54	\$9.00/\$2.08	\$2.25/\$0.52
55-59	\$13.20/\$3.05	\$3.30/\$0.76
60-64	\$25.00/\$5.77	\$6.25/\$1.44
65-69	\$38.80/\$8.95	\$9.70/\$2.24
70+	\$71.20/\$16.43	\$17.80/\$4.11
\$2,500 Cobertura de niño(s) Tu pagas (mensual/semanal): \$6.25/\$1.44		

*La cobertura de AD&D es igual al monto de vida voluntario.

Important Notices



Paquete de Avisos de Beneficios

Medicare Parte D Aviso de Cobertura Acreditable

Aviso Importante de Forge Industrial Staffing sobre su Cobertura de Medicamentos con Receta Médica y Medicare

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

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

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

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

Usted se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare al obtener la elegibilidad inicial para Medicare cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos con receta, mientras no sea por su culpa, también calificará para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para participar en el plan de medicamentos de Medicare.

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

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

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

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

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

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



Paquete de Avisos de Beneficios

Medicare Part D Creditable Coverage Notice Continued

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre de la entidad/remiteinte: Forge Industrial Staffing
Contacto--Cargo/Oficina: Americo Teran, HR Manager
Dirección: 5011 28th St Suite B, Grand Rapids, MI 49512
Número de teléfono: 616-285-6860



Paquete de Avisos de Beneficios

Aviso sobre inscripción especial HIPAA

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

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

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

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

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

Forge Industrial Staffing ("Forge") patrocina ciertos planes de salud de grupo (colectivamente, el "Plan" o "Nosotros") para proporcionar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Proporcionamos esta cobertura mediante varias relaciones con terceros que establecen redes de proveedores, coordinan su atención y procesan las reclamaciones de reembolso por los servicios que usted recibe. Este Aviso de prácticas de privacidad (el "Aviso") describe las obligaciones legales de Forge, el Plan y sus derechos legales con respecto a su información de salud protegida en poder del Plan bajo HIPAA. Entre otras cosas, este Aviso describe cómo su información de salud protegida puede ser utilizada o divulgada para realizar tratamientos, pagos, gestiones de cuidado de salud o para cualquier otro propósito que esté permitido o sea requerido por la ley.

Estamos obligados a proporcionarle este Aviso en cumplimiento con la ley HIPAA. La Regla de privacidad de HIPAA protege solamente cierta información médica designada como "información de salud protegida". Generalmente, la información de salud protegida es información de salud individualmente identificable, incluyendo información demográfica, recopilada de usted o creada o recibida por un proveedor de atención médica, un centro de información de atención médica, un plan de salud o de su empleador en nombre de un plan de salud de grupo, que se relaciona con:

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

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

Información de contactos

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

Forge Industrial Staffing
Attention: HIPPA Privacy Officer
5011 28th St Suite B
Grand Rapids, MI 49512

Fecha de vigencia

Este aviso y sus revisiones entrará en vigor a partir del November 8, 2023.



Paquete de Avisos de Beneficios

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

Nuestras responsabilidades

La ley estipula que debemos:

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

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

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida

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

Para el tratamiento

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

Para el pago

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

Para gestiones de cuidados de salud

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

A asociados empresariales

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

Según lo estipule la ley

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

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

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



Paquete de Avisos de Beneficios

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

A los patrocinadores del Plan

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

Special Situations

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

Donación de órganos y tejidos

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

Militares y veteranos

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

Seguro de compensación a los trabajadores

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

Riesgos de salud pública

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

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- reportar nacimientos y fallecimientos;
- reportar abuso o abandono infantil;
- reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a personas sobre la retirada del mercado de productos que puedan estar consumiendo;
- para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- notificar a la autoridad gubernamental pertinente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo, o cuando así lo requiera o lo autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud

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

Demandas judiciales y disputas

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

Cumplimiento de la ley

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

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



Paquete de Avisos de Beneficios

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores funerarios

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

Actividades de seguridad nacional y servicios de inteligencia

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

Internos o reclusos

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

Investigación

Podemos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando:

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

Divulgaciones necesarias

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

Auditorías gubernamentales

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

Divulgaciones a usted

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

Notificación de una infracción

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

Otras divulgaciones

Representantes personales

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

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

Cónyuges y otros familiares

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



Paquete de Avisos de Beneficios

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

Autorizaciones

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

Sus derechos

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

Derecho de inspeccionar y copiar

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

Derecho de enmienda

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

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

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

Derecho de ver el registro de las divulgaciones

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

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

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

Derecho a solicitar restricciones

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

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



Paquete de Avisos de Beneficios

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales

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

Derecho a recibir copia impresa de este aviso

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

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

Quejas

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

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



Paquete de Avisos de Beneficios

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

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

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

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

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

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

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



Paquete de Avisos de Beneficios

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

GEORGIA – Medicaid	MAINE – Medicaid
<p>Sitio web de A HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</p> <p>Teléfono: 678-564-1162, presione 1</p> <p>Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</p> <p>Teléfono: 678-564-1162, presione 2</p>	<p>Sitio web de inscripciones: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</p> <p>Teléfono: 1-800-442-6003</p> <p>TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711</p> <p>Página web de la prima del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</p> <p>Teléfono: 1-800-977-6740</p> <p>TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711</p>
INDIANA – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
<p>Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos 19-64</p> <p>Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/</p> <p>Teléfono: 1-877-438-4479</p> <p>Todos los demás de Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa</p> <p>Teléfono: 1-800-862-4840</p>
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	MINNESOTA – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members</p> <p>Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366</p> <p>Sitio web de Hawki:</p> <p>Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563</p> <p>Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp</p>	<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</p> <p>Teléfono: 1-800-657-3739</p>
KANSAS – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/</p> <p>Teléfono: 1-800-792-4884</p>	<p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</p>
KENTUCKY – Medicaid	MONTANA – Medicaid
<p>Sitio web del Programa Integrado de Pago de las Primas del Seguro médico de Kentucky (Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program, KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</p> <p>Teléfono: 1-855-459-6328</p> <p>Correo electrónico: KIHIPPP.PROGRAM@ky.gov</p> <p>Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</p> <p>Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Kentucky Medicaid: https://chfs.ky.gov</p>	<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</p> <p>Teléfono: 1-800-694-3084</p>



Paquete de Avisos de Beneficios

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

LOUISIANA – Medicaid Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)	NEBRASKA – Medicaid Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid Sitio web de Medicaid: http://dhcfnv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	SOUTH CAROLINA – Medicaid Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
NEW HAMPSHIRE – Medicaid Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Número sin costo para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218	SOUTH DAKOTA – Medicaid Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
NEW JERSEY – Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.nifamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	TEXAS – Medicaid Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
NEW YORK – Medicaid Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	UTAH – Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
NORTH CAROLINA – Medicaid Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	VERMONT – Medicaid Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
NORTH DAKOTA – Medicaid Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalsev/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825	VIRGINIA – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	WASHINGTON – Medicaid Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
OREGON – Medicaid Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Línea telefónica sin costo de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699- 8447)



Paquete de Avisos de Beneficios

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

PENNSYLVANIA – Medicaid	WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badqercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa RIte Share)	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

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

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

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



Paquete de Avisos de Beneficios

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

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

Estos beneficios se suministrarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos suministrados en virtud de este plan. Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con su administrador del plan en 616-285-6860

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

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

Modelo de Aviso general de derechos de continuación de cobertura COBRA

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

Introducción

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

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

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

¿Qué es la continuación de cobertura COBRA?

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

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

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



Paquete de Avisos de Beneficios

Modelo de Aviso general de derechos de continuación de cobertura COBRA

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

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

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

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

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura COBRA?

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

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

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

¿Cómo se proporciona la continuación de cobertura COBRA?

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

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

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

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

Si usted o alguien en su familia, cubiertos en virtud del Plan, recibe una determinación de incapacidad por parte del Seguro Social y usted lo notifica al Administrador del Plan en forma oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta por un máximo de 29 meses. La incapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de cobertura Cobra y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA



Paquete de Avisos de Beneficios

Modelo de Aviso general de derechos de continuación de cobertura COBRA

Segundo evento calificado para la prórroga del período de 18 meses de continuación de cobertura

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

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

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

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

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

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

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

Si está inscrito en la continuación de cobertura de COBRA y en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la continuación de cobertura de COBRA pagará segundo. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si usted no está inscrito en Medicare.

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

Si tiene preguntas

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

Mantenga informado a su Plan sobre los cambios de dirección

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

Información de contactos del Plan

HR Manager Americo Teran
616-285-6860



Paquete de Avisos de Beneficios

Medicare Parte D Aviso de cobertura no acreditable

Aviso Importante de Forge Industrial Staffing sobre su Cobertura de Medicamentos con Receta Médica y Medicare

Sírvase leer este aviso cuidadosamente y conservarlo a la mano. Este Aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Forge Industrial Staffing y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Al final de este aviso se incluye información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos con receta.

Existen tres aspectos importantes que usted debe conocer acerca de su cobertura y de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. En 2006, la cobertura de medicamentos recetados de Medicare se volvió disponible para todos los inscritos en Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un Plan Advantage de Medicare (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura sujeta a primas mensuales más altas.
2. Forge Industrial Staffing ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que le ofrece Employer Advantage Plan - Forge NO se espera que, en promedio, pague a todos los participantes del plan una cantidad equivalente a lo que paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Por lo tanto, su cobertura se considera como Cobertura no acreditable. Esto es importante porque, muy probablemente, usted recibirá más ayuda con sus costos de medicamentos si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, que si solo tiene cobertura de medicamentos con receta de Employer Advantage Plan - Forge. Esto también es importante porque puede significar que usted puede pagar una prima más alta (una penalización) si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez.
3. Puede conservar su cobertura actual de Employer Advantage Plan - Forge. Sin embargo, debido a que su cobertura no es acreditable, usted tiene que tomar decisiones sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare que pueden afectar cuánto paga usted por esa cobertura, dependiendo de si se inscribe en un plan de medicamentos y cuándo. Al tomar su decisión, le recomendamos comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos tienen cobertura, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su localidad. Lea este aviso cuidadosamente, le explica sus opciones.

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

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

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de Forge Industrial Staffing como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura de Forge Industrial Staffing será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta y Medicare el pagador secundario. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare puede reducirse significativamente. Por lo general, Medicare será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta si usted participa en la cobertura de Forge Industrial Staffing como expleado.

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



Paquete de Avisos de Beneficios

Medicare Parte D Aviso de cobertura no acreditable

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

Debido a que la cobertura de Employer Advantage Plan - Forge no es acreditable, usted puede pagar una penalización por inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare dependiendo de cuánto tiempo pase sin cobertura acreditable de medicamentos con receta. A partir del último día del último mes en que fue elegible por primera vez para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare pero no lo hizo, si pasa 63 días continuos o más sin cobertura de medicamentos con receta que sea acreditable, su prima mensual puede aumentar un mínimo de un 1% sobre la prima mensual base del beneficiario de Medicare por cada mes en el que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima será consecuentemente al menos 19% mayor que la prima base que pagan los beneficiarios de Medicare. Quizá tenga que pagar esta prima más alta (penalización) siempre que usted tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, quizá tenga que esperar hasta en octubre próximo para inscribirse.

Para obtener más información acerca de este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos con receta...

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

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

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

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

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

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

Fecha: November 8, 2023

Nombre de la entidad/remiteente: Forge Industrial Staffing

Contacto--Cargo/Oficina: HR Manager Americo Teran

Dirección 5011 28th St Suite B, Grand Rapids, MI 49512

Número de teléfono: 616-285-6860



Paquete de Avisos de Beneficios

Aviso HIPAA de disponibilidad del Aviso de prácticas de privacidad

El Forge Group Health Plan (el Plan) mantiene un Aviso de prácticas de privacidad que brindan información a personas cuya información de salud protegida (PHI) será utilizada o mantenida por el Plan. Si desea una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan, comuníquese con Americo Teran at 61-285-6860

Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, usted está protegido contra la facturación médica sorpresa (también llamada facturación de saldos).

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

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

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

La "facturación médica sorpresa" es una factura inesperada. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en una instalación dentro de la red pero inesperadamente recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red.

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

Servicios de emergencia

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

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

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

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

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



Paquete de Avisos de Beneficios

Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa

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

- Usted es el único responsable de pagar sus costos compartidos (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o la instalación perteneciera a la red). Su plan médico pagará directamente a los proveedores y a las instalaciones fuera de la red.

Por lo general, su plan debe:

- Cubrir los servicios de emergencia sin requerirle obtener la aprobación anticipada de los servicios (autorización previa).
- Cubrir los servicios de emergencia proporcionados por proveedores fuera de la red.
- Basar lo que usted debe al proveedor o a la instalación (costos compartidos) en lo que pagaría a un proveedor o en una instalación dentro de la red, y mostrarle esta cantidad en su explicación de los beneficios.
- Considerar cualquier cantidad que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y su límite de gastos del bolsillo.

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

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

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

¿Preguntas? Sus Contactos para Beneficios

Beneficio	Contacto	Teléfono	Sitio web
Información general sobre beneficios	Centro de Llamadas de SISCO	(844) 631-6104	N/A
Inscripción en línea	BenefitElect	(844) 631-6104	https://www2.benefitlect.com/be/forge/Home.aspx
Médico	Centro de Llamadas de SISCO	(844) 631-6104	https://www2.benefitlect.com/be/forge/Home.aspx
Indemnización médica	Centro de Llamadas de SISCO	(844) 631-6104	https://www2.benefitlect.com/be/forge/Home.aspx
Medicamentos recetados	CastiaRx Pharmacy Solutions	(866) 516-2121	www.CastriaRx.com
Voluntario dental	Centro de Llamadas de SISCO	(844) 631-6104	http://www.dentemax.com/
Voluntario de visión	Centro de Llamadas de SISCO	(844) 631-6104	https://eyemed.com/en-us
Seguro básico de vida y AD&D	Centro de Llamadas de SISCO	(844) 631-6104	www.companionlife.com
Seguro voluntario de vida y AD&D, discapacidad a corto plazo y enfermedades graves	Centro de Llamadas de SISCO	(844) 631-6104	www.companionlife.com
Accidentes	IHC	-	www.ihcgroup.com
COBRA	Centro de Llamadas de SISCO	(844) 631-6104	

Esta comunicación destaca sus planes de beneficios. Sus derechos y beneficios reales se rigen por los documentos oficiales del plan. Si existe alguna discrepancia entre esta comunicación y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos del plan. Su empleador se reserva el derecho de cambiar cualquier plan de beneficios sin previo aviso. Los beneficios no son una garantía de empleo.

©2023 Communication Partners, Inc. www.commpart.com