



Exclusivo para **USTED!**



2025

Guía de Beneficios





Exclusivo para **USTED!**

Nos complace

a ofrecerle un conjunto extenso de beneficios para ayudarle a proteger su bienestar y su salud financiera. Lea este guía para conocer los beneficios disponibles para usted y sus dependientes elegibles.

Cada año, durante la inscripción abierta, puede hacer cambios en sus planes de beneficios. Las opciones de beneficios que elija este año estarán vigentes del **1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025**. Tómese el tiempo necesario para revisar estas opciones de beneficios y seleccionar los planes que mejor se adapten a sus necesidades. Luego de la inscripción abierta, solo puede cambiar la selección de beneficios si experimenta un acontecimiento que justifique una modificación.

Disponibilidad del *Resumen de beneficios*

Su plan le ofrece una opción de cobertura de salud. Para tomar una decisión informada y poder comparar sus opciones, se encuentra disponible un *Resumen de beneficios y cobertura (SBC)*. Para obtenerlo, puede ingresar en el sitio web www.myuhc.com o comunicarse con el Departamento de Recursos Humanos.

Índice

- Contactos Importantes 3
- Centro de Asistencia para Empleados 3
- Elegibilidad 4
- Cómo Inscribirse 4
- Opciones de Asistencia Médica 5
- Cobertura Médica 6
- Beneficio de Farmacia 7
- Resumen de Beneficios Médicos 8
- Telemedicina 9
- Navegador para Pacientes de Trinity Care (Patient Navigator) 10
- Cobertura Dental 11
- Cobertura de la Vista 12
- Seguro de Vida y por Muerte Accidental y Desmembramiento 13
- Seguro por Discapacidad 14
- Recursos de Sun Life 15
- Programa de Asistencia al Empleado 16
- Su Contribución 17
- Glosario de Términos 18
- Avisos Importantes 19

Si usted (o uno de sus dependientes) tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, la ley federal le ofrece más opciones de cobertura de medicamentos recetados. Consulte la página 19 para obtener más información.



Contactos Importantes

PROGRAMA	COMPAÑÍA DE SEGUROS	TELÉFONO	SITIO WEB/ CORREO ELECTRÓNICO
Cobertura Médica	UnitedHealthcare	866-801-4409	www.myuhc.com
Farmacia	EHIM	800-311-3446	https://ehim.procarerx.com
Telemedicina	Call-A-Doc	844-362-2447	www.247calladoc.com
Navegador para Pacientes	Trinity Care	423-824-2273	free@tcnavigator.com
Cobertura Dental	Sun Life	800-247-6875	www.sunlife.com/us
Cobertura de la Vista	Sun Life	800-247-6875	www.sunlife.com/us
Seguro de Vida y por AD&D Básico y Voluntario	Sun Life	800-247-6875	www.sunlife.com/us
Seguro por Discapacidad a Corto Plazo	Sun Life	800-247-6875	www.sunlife.com/us
Seguro por Discapacidad a Largo Plazo	Sun Life	800-247-6875	www.sunlife.com/us
Programa de Asistencia al Empleado	Guidance Resources	877-595-5281	www.guidanceresources.com
Departamento de Recursos Humanos	Kathleen Durham	409-683-4277	kdurham@moodygardens.org



866-419-3518

Centro de Asistencia para Empleados

Todos tenemos preguntas.

El Centro de Asistencia para Empleados de Higginbotham está disponible para ayudarte.

inscripción

información
sobre los
beneficios

elegibilidad

preguntas sobre
facturación o
reclamaciones

Hable con un representante bilingüe de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora de zona centro). Si deja un mensaje en el buzón de voz después de las 3:00 p. m. (hora de zona centro), le devolverán la llamada el siguiente día hábil. Envíe preguntas o solicitudes por correo electrónico a helpline@higginbotham.net.



Elegibilidad

Usted es elegible para obtener beneficios si es un empleado activo y a tiempo completo que trabaja un promedio de **30 horas o más por semana**. Si es empleado nuevo, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes después de haber completado 60 días de empleo.

También podrá inscribir a dependientes elegibles para la cobertura de beneficios. El costo que deberá pagar por la cobertura se basa en la cantidad de dependientes que inscriba y en los beneficios que elija. Si quiere brindar cobertura a dependientes, deben tener el mismo plan que usted.

Dependientes elegibles

- ▶ Cónyuge legal.
- ▶ Hijos menores de 26 años, independientemente de su condición de estudiante, dependencia o estado civil.
- ▶ Hijos mayores de 26 años que dependan totalmente de usted para su manutención debido a una discapacidad mental o física, y que así figuren en su declaración federal de impuestos.
- ▶ Parejas de hecho

Acontecimientos que justifican una modificación

Cuando elija sus opciones de beneficios, estas permanecerán vigentes durante todo el año del plan hasta la siguiente inscripción abierta. Solo podrá cambiar la cobertura durante el año del plan si ocurre un acontecimiento que justifique una modificación, por ejemplo:

- ▶ Matrimonio, divorcio, separación legal o anulación del matrimonio
- ▶ Nacimiento, adopción o entrega en adopción de un hijo elegible
- ▶ Muerte de su cónyuge o hijo
- ▶ Cambio en la condición de empleo de su cónyuge que afecte la elegibilidad para los beneficios
- ▶ Cambio en la elegibilidad de su hijo para los beneficios
- ▶ Cambios considerables en la cobertura del plan de beneficios para usted, su cónyuge o sus hijos
- ▶ Licencia según la Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos (FMLA), acontecimiento según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA), resolución o sentencia judicial
- ▶ Elegibilidad para Medicare, Medicaid o TRICARE
- ▶ Haber recibido una orden válida de manutención médica infantil (QMCSO)

Si ocurre un acontecimiento que justifique una modificación y quiere cambiar sus elecciones, debe notificar al Departamento de Recursos Humanos y hacer los cambios **dentro de los 30 días posteriores al acontecimiento**. Es posible que le soliciten documentación que justifique el cambio. Comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos para obtener información específica.



Cómo Inscribirse

Visite www.paycom.com.

Paso 1

- ▶ Seleccione **“Employee”** (Empleado).

Paso 2

- ▶ Ingrese su nombre de usuario, contraseña y los últimos cuatro dígitos de su número del Seguro Social. A continuación, seleccione **“Login”** (Iniciar sesión).

Paso 3

- ▶ Seleccione **“2025 Benefit Enrollment”** (Inscripción en los beneficios de 2025) en **“My Benefits”** (Mis beneficios).

Paso 4

- ▶ Seleccione **“Start Enrollment”** (Comenzar la inscripción).

Paso 5

- ▶ Actualice su información personal y agregue a sus dependientes.

Paso 6

- ▶ Elija sus beneficios y haga clic en **“Enroll”** (Inscribirse) o **“Decline”** (Rechazar).

Paso 7

- ▶ Aparecerá la pantalla de revisión de selección de planes de beneficios. Revise sus elecciones de beneficios. Una vez que esté satisfecho con sus elecciones, marque **“Complete Enrollment”** (Completar inscripción) y haga clic en **“OK”** para confirmar.

Paso 8

- ▶ Cuando esté listo para completar la inscripción, haga clic en **“Sign and Submit”** (Firmar y enviar).

Opciones de Asistencia Médica

Familiarizarse con sus opciones de cuidado médico puede ahorrarle tiempo y dinero.

Cuidado sin urgencia				
 <h3>Consultorio del médico</h3> <p>En general, es el mejor lugar para recibir cuidado preventivo de rutina. Hay un vínculo establecido entre el paciente y el médico. El tratamiento se basa en los antecedentes médicos.</p> <p>El horario de atención varía.</p>	<p>Infecciones</p> <p>Dolor de garganta y amigdalitis estreptocócica</p> <p>Vacunas</p> <p>Lesiones leves, esguinces y torceduras</p>	\$	15-20 minutos	
 <h3>Clínica de salud dentro de una tienda</h3> <p>En general, los gastos que tiene que pagar por su propia cuenta son más bajos que en un centro de atención de urgencia. Está disponible cuando no puede visitar a su médico. Se encuentran en tiendas y farmacias.</p> <p>El horario de atención depende del horario de la tienda.</p>	<p>Infecciones comunes</p> <p>Lesiones leves</p> <p>Pruebas de embarazo</p> <p>Vacunas</p>	\$	15 minutos	
 <h3>Atención de urgencia</h3> <p>Cuando necesita cuidado médico inmediato. Por lo general, aceptan pacientes sin cita previa.</p> <p>Por lo general, está abierto durante la noche, los fines de semana y los feriados.</p>	<p>Esguinces y torceduras</p> <p>Fracturas leves</p> <p>Cortes pequeños que pueden necesitar sutura</p> <p>Quemaduras e infecciones leves</p>	\$\$	15-30 minutos	
Cuidado de emergencia				
 <h3>Sala de emergencias del hospital</h3> <p>Cuidado de enfermedades graves, cuando hay peligro de muerte, y para el tratamiento de traumas. Recibirá varias facturas de parte de los médicos y del centro médico.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Dolor de pecho</p> <p>Dificultad para respirar</p> <p>Hemorragia intensa</p> <p>Pérdida repentina de la vista o vista borrosa</p> <p>Fracturas graves</p>	\$\$\$\$	4 horas o más	
 <h3>Sala de emergencias independiente</h3> <p>Los servicios no incluyen cuidado para traumas. Se parecen a los centros de cuidado de urgencia, pero las facturas médicas pueden ser 10 veces más elevadas.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>La mayoría de las lesiones graves, excepto traumas</p> <p>Dolores intensos</p>	\$\$\$\$\$	Varía	

Nota: En los ejemplos de síntomas no se incluyen todos los problemas de salud. Los tiempos de espera son solo aproximados. Esta información no puede considerarse como asesoramiento médico. Si tiene preguntas, llame al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de identificación del seguro médico.



Cobertura Médica

Las opciones de plan médico a través de **UnitedHealthcare** los protegen a usted y a su familia de las importantes dificultades financieras que pueden presentarse en caso de enfermedad o lesión. Su opción es un plan PPO.

Organización de proveedores preferidos (PPO)

Un plan PPO le permite consultar a cualquier proveedor de servicios médicos cuando necesite cuidado. Si consulta a proveedores dentro de la red, pagará menos y obtendrá el máximo nivel de beneficios; además, las visitas al consultorio, el cuidado de urgencia y los medicamentos recetados están cubiertos por un copago. La mayoría de los demás servicios dentro de la red están cubiertos según el nivel de coaseguro.

Encuentre un proveedor de servicios médicos dentro de la red

 Visite www.myuhc.com

 Llame al **866-801-4409**

Beneficios de Farmacia

EHIM ofrece una red nacional de farmacias, por lo que puede recibir sus medicamentos a través de cualquier farmacia minorista local que usted escoja. Si la farmacia que eligió está fuera de la red, comuníquese con el Servicio de Asistencia de Farmacia para inscribirla.

Medicamentos para el cuidado preventivo

Con los servicios de cuidado preventivo bajo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, varias clases terapéuticas de medicamentos deben tener terapias disponibles por un copago de \$0.

Medicamentos sin receta

Si usted actualmente toma una medicina para el reflujo ácido o medicamentos para la alergia, hable con su médico sobre el uso de un tratamiento de venta libre (OTC) en lugar de los medicamentos. Puede recibir ciertos medicamentos de venta libre con un copago de \$0 utilizando el programa de venta libre (sin receta) de **EHIM**. Si su médico cree que una esta alternativa es adecuada para usted:

- ▶ Pídale a su médico que se lo recete (OTC debe estar escrito en el guión).
- ▶ Presente esa receta al farmacéutico.
- ▶ Pídale al farmacéutico que facture la receta a EHIM.
- ▶ ¡Reciba el producto OTC por un copago de \$0!

Portal para miembros de EHIM

El Portal para miembros, impulsado por el Portal para miembros de **ProCare Rx**, le permite a usted lo siguiente:

- ▶ Crear y mantener su propio inicio de sesión seguro
- ▶ Obtener acceso o restringir la visualización del perfil por parte de otros miembros de la familia
- ▶ Revisar su historial de reclamaciones de medicamentos recetados o recetas individuales
- ▶ Buscar un medicamento para identificar el estado del formulario y las alternativas preferidas
- ▶ Ubicar farmacias

Inscríbese hoy

Si usted es un usuario nuevo, inscriba su cuenta en <https://ehim.procarerx.com> o llame al **800-311-3446** para obtener ayuda.

Farmacia Internacional

Los medicamentos disponibles mediante este programa se envían directamente a su puerta desde farmacias preseleccionadas en Canadá, Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda.



Cómo usar el programa para dejar de fumar:

Paso Uno:

- ▶ Hable con su médico para determinar qué tratamiento contra el tabaquismo puede ser mejor para usted:

Paso Dos:

- ▶ Obtenga una receta para el medicamento de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) o para el medicamento de concentración recetado.

Paso Tres:

- ▶ Presente esa receta al farmacéutico.

Paso Cuatro:

- ▶ El farmacéutico facturará la receta a EHIM.

Paso Cinco:

- ▶ Recibirá el medicamento por un copago de \$0.00.



Cobertura Médica

COBERTURA MÉDICA

	TCG \$3,000 PPO		TCG \$750 PPO	
	UNITEDHEALTHCARE CHOICE PLUS DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible por año calendario				
▶ Por persona	\$3,000	\$6,000	\$750	\$1,500
▶ Familiar	\$6,000	\$12,000	\$1,500	\$3,000
Máximo adicional por año calendario (incluye deducible)				
▶ Por persona	\$6,000	\$12,000	\$2,000	\$5,250
▶ Familiar	\$12,000	\$24,000	\$4,000	\$10,500
▶ Coaseguro	80%	60%	80%	60%
	USTED PAGA		USTED PAGA	
Cuidado preventivo	\$0	40% ¹	\$0	40% ¹
Telemedicina – Call A Doc	\$0	N/C	\$0	N/C
Médico primario	Copago de \$35	Copago de \$50	Copago de \$25	Copago de \$35
Especialista	Copago de \$50	Copago de \$100	Copago de \$40	Copago de \$50
Laboratorio diagnóstico	\$0	40% ¹	\$0	40% ¹
Radiografías	20% ^{1,2}	40% ^{1,2}	20% ^{1,2}	40% ^{1,2}
Diagnóstico por imágenes complejas (tomografías computarizadas [CT], tomografías por emisión de positrones [PET], pruebas de resonancia magnética [MRI])	20% ^{1,2}	40% ^{1,2}	20% ^{1,2}	40% ^{1,2}
Atención de urgencia	Copago de \$50	Copago de \$100	Copago de \$40	Copago de \$75
Servicios para pacientes hospitalizados	Copago de \$200 + 20% ^{1,3}	Copago de \$200 + 40% ^{1,3}	Copago de \$200 + 20% ^{1,3}	Copago de \$200 + 40% ^{1,3}
Servicios para pacientes hospitalizados	20% ^{1,2}	40% ^{1,2}	20% ^{1,2}	40% ^{1,2}
Servicios para pacientes ambulatorios	20% ^{1,2}	40% ^{1,2}	20% ^{1,2}	40% ^{1,2}
Farmacia minorista⁴ (up to a 30-day supply)				
▶ Genéricos	Copago de \$10	N/C	Copago de \$10	N/C
▶ De marca preferidos	Copago de \$30	N/C	Copago de \$30	N/C
▶ De marca no preferidos	Copago de \$50	N/C	Copago de \$50	N/C
▶ Medicamentos especializados	20% sin pasar de \$250	N/C	20% sin pasar de \$250	N/C
Farmacia de pedidos por correo⁴ (hasta un suministro para 90 días)				
▶ Genéricos	Copago de \$25	N/C	Copago de \$25	N/C
▶ De marca preferidos	Copago de \$75	N/C	Copago de \$75	N/C
▶ De marca no preferidos	Copago de \$125	N/C	Copago de \$125	N/C
▶ Medicamentos especializados	20% sin pasar de \$625	N/C	20% sin pasar de \$625	N/C

¹Después del deducible

²Comuníquese con Patient Navigator para conocer las opciones gratis, al [423-824-2273](tel:423-824-2273)

³Multa de \$750 si no es de emergencia

⁴TCG \$750 PPO – Por persona: \$1,000; Familia: \$2,000

TCG \$3,000 PPO – Por persona: \$3,000; Familia: \$6,000



\$0
PARA TODA
LA FAMILIA



Telemedicina

Su cobertura médica ofrece servicios de telemedicina a través de **Call-A-Doc**. Conéctese en cualquier momento del día o de la noche con un médico certificado por la Junta Médica a través de su dispositivo móvil o computadora sin costo alguno para usted.

Cuándo utiliza Call-A-Doc

Aunque el servicio de telemedicina no reemplaza el cuidado de su médico primario, es una opción conveniente y asequible cuando necesita cuidado y se encuentra en alguna de las siguientes circunstancias:

- ▶ Tiene un problema sin urgencia y considera que debe ir a una clínica de asistencia médica con horario extendido, a una clínica de cuidado de urgencia o a una sala de emergencias para recibir tratamiento.
- ▶ Está de vacaciones, en un viaje de negocios, o lejos de casa.
- ▶ No puede consultar a su médico primario.

Use los servicios de telemedicina en caso de afecciones leves, tales como:

- ▶ Dolor de garganta
- ▶ Dolor de cabeza
- ▶ Dolor de estómago
- ▶ Resfriado
- ▶ Gripe
- ▶ Alergias
- ▶ Fiebre
- ▶ Infecciones urinarias

No use los servicios de telemedicina en caso de emergencias graves o que ponen en riesgo su vida.

La inscripción es fácil

Inscríbase en **Call-A-Doc** para poder aprovechar este valioso servicio cuando y donde lo necesite.

 Visite www.247calladoc.com

 Llame al **844-362-2447**



Navegador para Pacientes Trinity Care (Patient Navigator)

La atención médica puede ser confusa y no es fácil encontrar la atención adecuada al mejor costo. Es por eso que Moody Gardens ofrece el plan **Trinity Care** como su representante personal de la salud.

El representante de Trinity Care lo ayudará con lo siguiente:

- ▶ Encontrar proveedores para una variedad de servicios sin costo alguno para usted.
- ▶ Explorar las opciones de tratamiento, coordinar la atención, y obtener acceso a los recursos necesarios. Usted no paga nada por un servicio o procedimiento programado a través de Trinity Care.
- ▶ Explicar los beneficios, las reclamaciones, los términos médicos, la facturación y más.
- ▶ Organizar segundas opiniones

Los miembros inscritos en uno de nuestros planes reciben beneficios adicionales a través de nuestro servicio de conserjería, Trinity Care – Patient Navigator. Usted puede recibir una variedad de servicios sin costo adicional. Estos incluyen:

- ▶ Cirugías gratuitas¹ Incluso puede obtener un incentivo de \$ 1,000
- ▶ Imágenes gratuitas² (radiografías, resonancias magnéticas, ultrasonidos y más)
- ▶ Colonoscopias y mamografías gratuitas
- ▶ Fisioterapia gratuita
- ▶ Equipo médico duradero gratuito
- ▶ Terapia de infusión gratis
- ▶ Medicamentos especializados
- ▶ Programa de maternidad – pañales y toallitas húmedas gratis durante un año como incentivo de participación

¹ Llame a Patient Navigator para verificar que la cirugía esté cubierta por el programa y su representante de conserjería lo guiará a través del proceso.

² Para que estos servicios estén cubiertos al 100%, debe comunicarse con Patient Navigator antes de que se preste cualquier servicio, y seguir el proceso apropiado.



La aplicación de Trinity Care

Ya sea que usted esté tratando de entender aspectos de su cobertura, encontrar dónde acudir para atención médica, o administrar sus gastos, la aplicación de Trinity Care representa el lugar dónde encontrar todas sus soluciones.

- ▶ El navegador Trinity Care le desglosa los detalles de su cobertura y le proporciona especialistas rentables y de primer nivel en su área.
- ▶ Los guías le brindan apoyo rápido, gratuito y confidencial por textos, para encontrar atención, comprender los beneficios, y resolver asuntos de facturación.
- ▶ Escanee el código QR de arriba para descargar la aplicación.

Contacte a Patient Navigator

 Correo electrónico: free@tcnavigator.com

 Llame al **423-TCG-CARE (423-824-2273)**



Cobertura Dental

Nuestro plan dental es su aliado para mantener una buena salud dental a través de opciones asequibles para el cuidado preventivo, incluidos los chequeos periódicos y otros trabajos dentales. La cobertura se brinda a través de **Sun Life**.

Plan DPPO

Con el plan DPPO, hay dos niveles de beneficios disponibles: dentro de la red y fuera de la red. Puede consultar a cualquier proveedor dental si necesita recibir cuidado, pero pagará menos y obtendrá el nivel más alto de beneficios con los proveedores de servicios dentales dentro de la red.

COBERTURA DENTAL

	RED PPO DENTAL DE SUN LIFE	
	PLAN BAJO	PLAN ALTO
Beneficio máximo por año calendario	\$1,000	\$2,000
Beneficio máximo de ortodoncia de por vida	\$1,000	\$2,000
	USTED PAGA	
Deducible por año calendario		
▶ Por persona	\$50	\$50
▶ Por familia	\$150	\$150
Cuidado preventivo Exámenes, limpiezas, radiografías, tratamientos con flúor, selladores, mantenedores de espacios	0% sin deducible	0% sin deducible
Restauradores Básico Rellenos, extracciones, periodoncia, endodoncias, endodoncia, cirugía oral	20% después del deducible	20% después del deducible
Restauraciones Principales Coronas, dentaduras postizas, puentes, incrustaciones y recubrimientos	50% después del deducible	50% después del deducible
Ortodoncia		
▶ Adultos e hijos hasta la edad de 26 años	50% después del deducible	50% después del deducible
▶ Beneficio		

El pago de los servicios cubiertos prestados por un dentista fuera de la red se basa en el percentil 90 de las tarifas usuales, habituales y razonables.

Encuentre un proveedor dentro de la red

 Visite www.sunlife.com/us

 Llame al **800-247-6875**

Cobertura de la Vista

Nuestro plan de la vista ofrece cuidado de calidad para ayudar a que pueda preservar la salud y la vista. Los exámenes regulares pueden detectar ciertos problemas médicos, como la diabetes y el colesterol alto, además de problemas de la vista y de los ojos. Puede atenderse con cualquier proveedor de servicios de la vista, pero el plan pagará el nivel más alto de beneficios si consulta a uno dentro de la red. La cobertura se brinda a través de **Sun Life**, utilizando la **red de VSP Choice Network**.

COBERTURA DE LA VISTA		
 Sun Life	RED VSP CHOICE NETWORK PROVEEDOR	PROVEEDOR FUERA DE LA RED
	USTED PAGA	REEMBOLSO
Examen	Copago de \$10	Hasta \$45
Anteojos estándar		
▶ Monofocales	Copago de \$10	Hasta \$25
▶ Bifocales con líneas	Copago de \$10	Hasta \$40
▶ Trifocales	Copago de \$10	Hasta \$55
▶ Lenticulares	Copago de \$10	Hasta \$55
Lentes de seguridad		
▶ Monofocal	Copago de \$10	Hasta \$35
▶ Bifocal de una sola línea	Copago de \$10	Hasta \$45
▶ Trifocal	Copago de \$10	Hasta \$60
▶ Lenticular	Copago de \$10	Hasta \$90
Lentes mejorados		
▶ Progresivo estándar	\$0	N/C
▶ Progresivo premium	Copago de \$95-\$105	N/C
▶ Progresivo personalizado	Copago de \$150-\$175	N/C
Armazones	Asignación de \$200 + un descuento de 20% sobre la asignación	Hasta \$70
Marcos con seguridad	Asignación de \$130 + un descuento de 20% sobre la asignación	Hasta \$70
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)		
▶ Ajuste y examen	\$60 + un descuento de 15% en el examen	N/C
▶ Electivos	Asignación de \$200	Hasta \$105
▶ Necesarios	Copago de \$10	Hasta \$210
Frecuencia		
▶ Examen	Una vez cada 12 meses	
▶ Lentes	Una vez cada 12 meses	
▶ Armazones	Una vez cada 24 meses	
▶ Lentes de contacto	Una vez cada 12 meses	



Beneficios adicionales de la vista

Programa para diabéticos VSP plusm

Los miembros con diabetes reciben una prueba de detección de la retina (imágenes digitales del interior del ojo) la cual está bajo cobertura completa. Estas imágenes de la retina ayudan al médico a establecer una referencia para controlar los cambios en los ojos a lo largo del tiempo.

Si tiene enfermedad ocular diabética, glaucoma, o degeneración macular relacionada con la edad, también puede recibir:

- ▶ Servicios adicionales que rastrean y monitorean la progresión de la enfermedad ocular diabética
- ▶ Exámenes médicos de seguimiento de la vista que su médico de la red **VSP** considere necesarios
- ▶ Un examen ocular adicional con refracción para detectar cambios en la visión debido a medicamentos para la diabetes

Eyeconic

Cuando usted hace una compra con **Eyeconic**, se puede ahorrar hasta \$220 en lentes de contacto, anteojos o gafas de sol.

Elija entre monturas populares como Calvin Klein, Cole Haan y Nike, o ACUVUE, Biofinity y Dailies si prefiere lentes de contacto. Eyeconic también ofrece envío y devoluciones gratuitos, un ajuste de marco gratuito, o una consulta de contacto, una herramienta de prueba virtual y mucho más. Visite www.eyeconic.com para com.

Encuentre un proveedor dentro de la red

 Visite www.sunlife.com/us

 Llame al **800-247-6875**



Seguro de Vida y por Muerte Accidental y Desmembramiento

El seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), que se brinda a través de **Sun Life**, es un componente importante de su seguridad financiera, especialmente si otros dependen de usted para su manutención, o vice versa. Con el seguro de vida, usted o sus beneficiarios pueden usar la cobertura para pagar deudas, como tarjetas de crédito, préstamos y facturas. La cobertura por AD&D ofrece beneficios específicos si un accidente le causa lesiones o la pérdida de partes del cuerpo (p. ej., una mano, un pie o un ojo). Si se produce la muerte a causa de un accidente, usted o sus beneficiarios reciben el 100 % del beneficio por AD&D.

Seguro básico de vida y por AD&D

El seguro de vida básico y por AD&D no le cuesta nada. Usted recibe automáticamente una cobertura de **\$10,000**.

Seguro voluntario de vida y por AD&D

Puede adquirir un seguro de vida y por AD&D **adicional** para usted y sus dependientes elegibles. Si no quiere elegir un seguro voluntario de vida y por AD&D cuando comienza su elegibilidad, o si quiere aumentar el monto del beneficio posteriormente, es posible que deba presentar una prueba de buena salud. Debe elegir la cobertura del seguro voluntario de vida y por AD&D para usted antes de elegir la cobertura para su cónyuge o sus hijos. Si termina su empleo con la compañía, podría conservar el seguro.

SEGURO DE VIDA Y POR AD&D VOLUNTARIO COBERTURA DISPONIBLE	
Empleado	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Opción #1 La misma cantidad de las ganancias anuales, hasta \$300,000 ▶ Opción #2 El doble de las ganancias anuales, hasta \$300,000 ▶ Opción #3 El triple de las ganancias anuales, hasta \$300,000 Emisión garantizada \$200,000
Cónyuge	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Incrementos de \$5,000 hasta \$150,000 sin pasar del 100% de su elección ▶ Emisión garantizada \$50,000
Hijos	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Incrementos de \$2,500 hasta \$10,000 ▶ Desde el nacimiento hasta los 6 meses: \$100 ▶ Desde el nacimiento hasta los 26 años: \$10,000 que no pasen del 50% de la elección del empleado ▶ Emisión garantizada \$10,000

Designación de beneficiarios

Un beneficiario es la persona o entidad que usted elige para que reciba los beneficios por muerte que ofrecen sus pólizas de seguro de vida y por AD&D. Puede nombrar a más de un beneficiario y se pueden cambiar en cualquier momento. Si nombra a más de un beneficiario, debe identificar la parte que recibirá cada uno (p. ej., el 50 % o el 25 %).

TARIFAS MENSUALES DEL SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO POR CADA \$1,000

RANGO DE EDAD	TARIFA
Menor de 30 años	\$0.087
30-34	\$0.105
35-39	\$0.132
40-44	\$0.186
45-49	\$0.285
50-54	\$0.474
55-59	\$0.807
60-64	\$1.167
65-69	\$1.878
Más de 70	\$2.814



Seguro por Discapacidad



El seguro por discapacidad proporciona protección parcial de los ingresos si no puede trabajar debido a un accidente o enfermedad bajo cobertura. Ofrecemos seguros por discapacidad a corto plazo (STD) y a largo plazo (LTD), que puede adquirir a través de **Sun Life**.

Seguro por discapacidad a corto plazo

El seguro por discapacidad a corto plazo (STD) cubre un porcentaje de su salario semanal si usted está temporalmente incapacitado y no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo, o embarazo. Los beneficios por STD no se pagan si la discapacidad es consecuencia de una lesión o una enfermedad relacionadas con el trabajo. Si la enfermedad está relacionada con el trabajo, se considerará para la compensación para trabajadores, no para la STD.

SEGURO POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

Comienzo del beneficio	Día 8
Porcentaje de los ingresos que recibirá	60 %
Beneficio semanal máximo	\$1,000
Período de beneficios máximo	12 semanas
Exclusión por enfermedades preexistentes	12/12*

* Es posible que no se paguen los beneficios por ninguna afección tratada dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigor hasta que haya estado cubierto por este plan durante 12 meses.

TARIFA MENSUAL POR CADA \$10 DE BENEFICIO SEMANAL

RANGO DE EDAD	TARIFA
Menor de 25 años	\$0.437
25-29	\$0.437
30-34	\$0.440
35-39	\$0.440
40-44	\$0.440
45-49	\$0.440
50-54	\$0.458
55-59	\$0.458
60-64	\$0.458
65-69	\$0.458
Más de 70	\$0.490

Seguro por discapacidad a largo plazo (LTD)

El seguro LTD paga un porcentaje de su salario mensual por una discapacidad o lesión cubierta que le impide trabajar durante más de 90 días. Los beneficios comienzan al final de un período de eliminación y continúan mientras usted está incapacitado hasta el período máximo de beneficios.

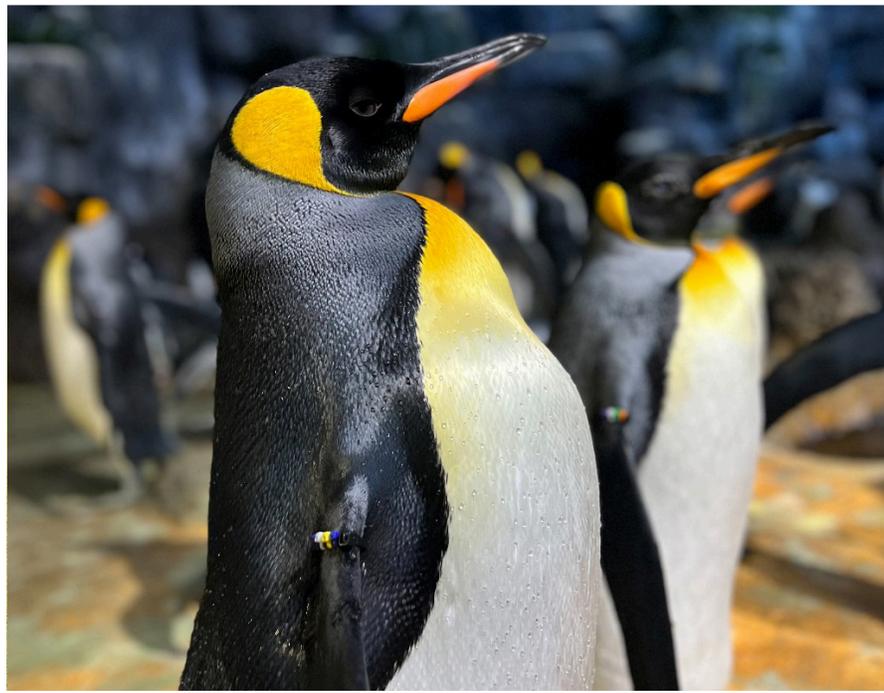
SEGURO DE INVALIDEZ A LARGO PLAZO

Comienzo del beneficio	Día 91
Porcentaje de los ingresos que recibirá	60 %
Maximum Monthly Benefit	\$10,000
Maximum Benefit Period	SSNRA
Pre-existing Condition Exclusion	3/12*

*Es posible que no se paguen beneficios por ninguna afección tratada durante tres meses antes a la fecha vigente hasta que haya estado cubierto por este plan durante 12 meses

TARIFA MENSUAL POR CADA \$100 DE BENEFICIOS SEMANAL

RANGO DE EDAD	TARIFA
Menor de 25 años	\$0.240
25-29	\$0.270
30-34	\$0.430
35-39	\$0.640
40-44	\$0.950
45-49	\$1.100
50-54	\$1.350
55-59	\$1.450
60-64	\$1.950
65-69	\$1.800
Más de 70	\$0.800



Recursos de Sun Life



Audífonos de TruHearing

Con **TruHearing**, los audífonos son asequibles, ya que proporcionan ahorros exclusivos a todos los miembros de **VSP Vision Care**. Puede ahorrar hasta 60% en un par de audífonos con TruHearing, y sus dependientes e incluso familiares lejanos, también son elegibles.

Además de excelentes precios, TruHearing le ofrece lo siguiente:

- ▶ Un año de visitas de seguimiento para adaptaciones, ajustes y limpiezas
- ▶ 60 días de prueba
- ▶ Garantía del fabricante de tres años para reparaciones y reemplazo único por pérdida y daño
- ▶ 80 baterías gratuitas por audífono para modelos no recargables

Aprenda en www.truhearing.com/vsp o llame al **877-396-7194**.

Self Care+

Este programa ofrece a los empleados y sus familias (edad 13+) acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a herramientas digitales como actividades de atención plena, diarios de guía, blogs y meditaciones para ayudarlos a desarrollar resistencia y mejorar su salud mental. Obtenga más información en <https://www.ableto.com>.

Asistencia de emergencia durante viajes y por robo de Identidad: Asistencia emergente durante viajes.

Este servicio brinda asistencia médica, dental y personal de emergencia para empleados y dependientes que viajan a 100+ millas de casa. La protección contra el robo de identidad ofrece herramientas de prevención y resolución para salvaguardar los datos y restaurar su integridad si se utilizan de forma fraudulenta. Obtenga más información en www.assistamerica.com.

Servicios en línea para la preparación de testamentos y servicios de apoyo al reclamante

La preparación de testamentos en línea proporciona orientación paso a paso, para crear un testamento legalmente vinculante. Los **Servicios de Apoyo al Reclamante** conectan a los reclamantes y beneficiarios con asesoramiento profesional, financiero y legal. Visite www.compsych.com para obtener más información.



Programa de Asistencia al Empleado

El Programa de Asistencia al Empleado (EAP) de **GuidanceResources** le ayuda a usted y a los miembros de su familia a lidiar con una variedad de problemas personales y relacionados con el trabajo. Este programa proporciona servicios confidenciales de asesoramiento y apoyo sin costo alguno para que usted pueda ayudar con lo siguiente:

- ▶ **Consejería confidencial** – Hable con un médico altamente capacitado con nivel de maestría y doctorado que lo puede ayudar a abordar el estrés, las relaciones personales y otros problemas personales que usted y su familia puedan enfrentar, que además, lo remita a consejería en persona y otros recursos locales.
- ▶ **Información y Recursos Financieros** – Hable por teléfono con un Contador Público Certificado o un Planificador Financiero Certificado sobre una amplia gama de temas financieros.
- ▶ **Apoyo y recursos legales:** hable con un abogado por teléfono. Si necesita representación, se le remitirá a un abogado autorizado en su área para una consulta gratuita de 30 minutos, con una reducción de 25% en los honorarios legales habituales.
- ▶ **Soluciones para asuntos relacionados con su vida laboral y personal:** los especialistas en estos temas harán la investigación necesaria por usted, proporcionando referencias calificadas y recursos personalizados para el cuidado de niños y ancianos, mudanzas y reubicaciones, compras importantes, planificación universitaria, cuidado de mascotas, reparaciones en el hogar y más
- ▶ **Recursos de orientación en línea:** esta es su única parada para obtener información experta sobre los temas que más le importan.
- ▶ **Preparación gratuita de testamento en línea:** para obtener acceso a su testamento en línea, gratuito y personalizado, vaya a [guidanceresources.com](https://www.guidanceresources.com) y haga clic en **EstateGuidance/Guía** para el Patrimonio. Simplemente complete el cuestionario de testamento, que como verá, es fácil de entender. Luego imprima y revise su testamento.
- ▶ **Ayuda para Padres Primerizos – ParentGuidance** (Guía para padres) les apoya en el proceso de convertirse en padres biológicos o adoptivos, y les ayuda a equilibrar las demandas del trabajo y lo que significa ser padres.

Contacte al programa EAP par recibir ayuda, a cualquier hora del día o la noche.



Visite www.guidanceresources.com



Llame al **877-697-5281**

Su Contribución



Sus contribuciones mensuales

COBERTURA MÉDICA			
	TCG \$3,000 PPO	TCG \$750 PPO	
Empleado solamente	\$0.00	\$120	
Empleado + cónyuge	\$990.00	\$1,190.00	\$
Empleado + hijos	\$710.00	\$910.00	
Empleado + familia	\$1,585.00	\$1,885.00	
COBERTURA DENTAL			
	LOW PLAN	HIGH PLAN	
Empleado solamente	\$25.83	\$33.62	\$
Empleado + cónyuge	\$50.70	\$66.01	
Empleado + hijos	\$62.97	\$81.67	
Empleado + familia	\$87.86	\$114.09	
COBERTURA DE LA VISTA			
Empleado solamente		\$5.35	\$
Empleado + cónyuge		\$9.97	
Empleado + hijos		\$10.60	
Empleado + familia		\$15.90	
OTROS BENEFICIOS			
Seguro básico de vida y por AD&D	Pagado por Moody Gardens		\$0
Seguro voluntario de vida y por AD&D	Consulte las tarifas en la página 11.		\$
Seguro por discapacidad a corto plazo	Consulte las tarifas en la página 12.		\$
Seguro por discapacidad a largo plazo	Consulte las tarifas en la página 12.		\$
El total de su costo mensual para 2025			\$

Glosario de Términos

- ▶ **Beneficiario:** Persona que recibirá el beneficio en caso de fallecimiento del asegurado. Una póliza puede tener más de un beneficiario.
- ▶ **Coaseguro:** Su parte del costo de un servicio de asistencia médica cubierto que se calcula como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %) del monto permitido para dicho servicio, por lo general, después de alcanzar el deducible.
- ▶ **Copago:** Monto fijo que usted paga por los servicios de asistencia médica que recibe.
- ▶ **Deducible:** Monto que usted paga por los servicios de asistencia médica antes de que el seguro de salud comience a pagar su parte. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, el plan no pagará nada hasta que usted alcance el deducible de \$1,000 para los servicios de asistencia médica cubiertos. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios, incluido el cuidado preventivo.
- ▶ **Contribución del empleado:** Monto que usted paga por la cobertura de seguro.
- ▶ **Contribución del empleador:** Monto que Moody Gardens Inc. contribuye al costo de los beneficios.
- ▶ **Explicación de beneficios (EOB):** Resumen que le envía la compañía de seguros en el cual se explican los procedimientos y servicios que recibió, cuánto costaron, qué parte de la reclamación pagó el plan y qué parte le corresponde a usted. Además, incluye información sobre cómo puede apelar las decisiones de la compañía. Estos resúmenes también se publican en el sitio web de la compañía de seguros para que pueda revisarlos.
- ▶ **Cuenta de gastos flexibles (FSA):** Opción que les permite a los participantes separar dinero antes de impuestos para pagar ciertos gastos autorizados durante un período específico (por lo general, 12 meses).
- ▶ **Cuenta de ahorros de salud (HSA):** Una cuenta de ahorros personal que le permite pagar gastos médicos autorizados con dinero antes de impuestos.
- ▶ **Plan de salud con deducible alto (HDHP):** Un plan médico con un deducible más alto a cambio de una prima mensual más baja. Debe alcanzar el deducible anual antes de que el plan pague los beneficios.
- ▶ **Dentro de la red:** Médicos, hospitales y otros proveedores que tienen contrato con su compañía de seguro para brindar servicios de asistencia médica a tarifas reducidas.
- ▶ **Fuera de la red:** Médicos, hospitales y otros proveedores que no tienen contrato con su compañía de seguros. Si se atiende con un proveedor de servicios médicos fuera de la red, es posible que deba pagar los costos que superan el monto permitido por su compañía de seguros.
- ▶ **Gasto máximo de bolsillo:** También conocido como “límite de gastos de bolsillo”. Es lo máximo que deberá pagar durante el período de una póliza (por lo general, 12 meses) antes de que la compañía de seguros o el plan comiencen a pagar el 100 % del monto permitido. Este límite no incluye la prima, los cargos que superen las tarifas razonables y habituales, ni la asistencia médica que el plan no cubre. Consulte con su compañía de seguros de salud para verificar qué pagos se aplican al gasto máximo de bolsillo.
- ▶ **Medicamentos de venta libre:** Medicamentos que, por lo general, se consiguen sin una receta médica.
- ▶ **Medicamentos recetados:** Medicamentos que receta un médico. El costo de estos medicamentos depende del nivel al que pertenecen: genéricos, de marca incluidos en el formulario o de marca no incluidos en el formulario.
 - » **Medicamentos de marca incluidos en el Formulario:** Medicamentos de marca incluidos en la lista de los medicamentos aprobados de su proveedor. Puede consultar la lista de su proveedor en línea.
 - » **Medicamentos genéricos:** Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), cuya composición química es idéntica a la de las versiones de marca correspondientes. El color o el sabor del medicamento genérico pueden ser diferentes, pero el ingrediente activo es el mismo. Por lo general, los medicamentos genéricos son la alternativa más económica de cualquier medicamento.
 - » **Medicamentos de marca no incluidos en el Formulario:** Medicamentos de marca que no están incluidos en la lista de los medicamentos aprobados de su proveedor. Por lo general, estos medicamentos son más nuevos y tienen copagos más altos.
- ▶ **Cuidado preventivo:** Cuidado que recibe para prevenir enfermedades o afecciones. También incluye orientación para prevenir problemas de salud.
- ▶ **Asignación razonable y habitual:** También conocida como “gasto que reúne los requisitos” o “tarifa usual y habitual”. Es el monto que pagará su compañía de seguro por un servicio médico brindado en una región geográfica determinada en función de lo que habitualmente cobran los proveedores en el área por el mismo servicio o por uno similar.
- ▶ **SSNRA:** Edad de jubilación normal del Seguro Social.

Avisos Importantes

Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

En octubre de 1998, el Congreso promulgó la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998. Este aviso explica algunas importantes provisiones de esta Ley. Por favor revise la información detenidamente.

Como se especifica en Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer, una participante del plan o beneficiaria que elija reconstrucción de mama debido a una mastectomía, también tiene derecho a los siguientes beneficios:

- ▶ Todas las etapas de reconstrucción de mama al cual se realizó la mastectomía;
- ▶ Cirugía y reconstrucción de la otra mama para apariencia simétrica; y
- ▶ Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas derivadas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Los planes de salud deberán determinar la forma de cobertura consultando tanto al cirujano como al paciente. La cobertura de reconstrucción de seno y servicios relacionados pudieran estar sujetos a deducibles y a cantidades de coaseguro consistentes con los que son aplicables a otros beneficios bajo el plan.

Derechos Especiales de Inscripción

Este aviso se ha provisto para asegurar que entiendas tu derecho para aplicar para cobertura de seguro de salud grupal. Debes leer este aviso aún si no deseas aplicar para cobertura por el momento.

Pérdida de Otra Cobertura

Si declinas esta cobertura para tí o para las personas a tu cargo porque existe otro seguro de salud o un plan de cobertura de salud grupal, pudieras inscribirte después en este plan tú y las personas a tu cargo, si tú o las personas a tu cargo pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir para tu otra cobertura o la de las personas a tu cargo) Sin embargo, debes inscribirte dentro de los primeros 31 días después de que tu otra cobertura o la de las personas a tu cargo sea terminada (o después de que el empleador que patrocina esa cobertura deje de contribuir para la misma).

Si tú o las personas a tu cargo pierden elegibilidad para un plan de Medicaid o CHIP, o si tú o las personas a tu cargo adquieren elegibilidad para un subsidio de Medicaid o CHIP, pudieras inscribirte tú y las personas a tu cargo en este plan. Debes notificar dentro de los primeros 60 días después de que tú o las personas a tu cargo, ya sea que sean canceladas, o se determine que son elegibles para dicha ayuda.

Matrimonio, Nacimiento o Adopción

Si tienes una nueva persona a tu cargo debido a matrimonio, nacimiento, adopción o solicitud de adopción, puedes inscribirte tú y las personas a tu cargo. Sin embargo, debes inscribirte dentro de los primeros 31 días después del matrimonio, nacimiento, o solicitud de adopción.

Para Más Información o Ayuda

Para solicitar inscripción especial u obtener más información, contactar:

Moody Gardens Inc.
Recursos Humanos/Kathleen Durham
1 Hope Blvd.
Galveston, TX 77554
409-683-4277

Cobertura de Medicinas de Receta y Medicare

Por favor lea este aviso detenidamente y guárdelo donde lo pueda encontrar fácilmente. Este aviso contiene información acerca de la cobertura actual con Moody Gardens Inc. para medicinas con receta y acerca de sus opciones de cobertura para medicinas con receta bajo Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si quiere inscribirse en un plan para medicinas de Medicare. Al final de este aviso hay información de dónde puede conseguir ayuda para decidir sobre su cobertura de medicinas.

Si ni usted ni ninguno de sus dependientes cubiertos son elegibles o tienen Medicare, este aviso no le corresponde a usted o sus dependientes, según sea el caso. Sin embargo, debe conservar una copia de este aviso para el caso de que en el futuro usted o un dependiente califiquen para Medicare. Por favor tome en cuenta que avisos posteriores pueden suplantar este aviso..

1. La cobertura de medicinas con receta en Medicare empezó a estar disponible en el 2006 para los derechohabientes. Usted puede conseguir esta cobertura por medio de Medicare Prescription Drug Plan o Medicare Advantage Plan que ofrece cobertura para medicinas con receta. Todos los planes de Medicare para medicinas con receta proveen al menos un nivel estándar de cobertura fijado por Medicare. Algunos planes pueden ofrecer cobertura adicional cobrando una prima más alta.
2. Moody Gardens Inc. ha determinado que la cobertura para medicinas con receta ofrecida por su plan médico pagará, en promedio para todos los participantes, tanto como la cobertura estándar para medicinas de Medicare y es considerada como Cobertura Acreditada. El plan de HSA es considerada Cobertura Acreditada.

Avisos Importantes

Debido a que su cobertura existente es, en promedio, por lo menos tan buena como la cobertura estándar de Medicare para medicinas con receta, puede conservar esta cobertura sin tener que pagar una prima más alta (una multa) si más tarde decide inscribirse en un plan de medicinas de Medicare, tomando en cuenta que debe inscribirse dentro de los períodos especificados.

Puede inscribirse a un plan de medicinas de Medicare cuando sea elegible para Medicare. Si decide esperar para inscribirse en un plan de medicinas de Medicare, lo puede hacer después, durante el período anual de inscripción de Medicare Part D, que es cada año de octubre 15 a diciembre 7. Pero por regla general, si al ser elegible para inscribirse no lo hace, más tarde pudiera tener que pagar una prima mayor (o multa).

Debe comparar su cobertura actual, incluyendo las medicinas cubiertas y el costo, con la cobertura y el costo de los planes de medicinas de Medicare en su área. Vea la descripción del resumen del Plan para un resumen de la cobertura de medicinas con receta. Si no tiene una copia, puede obtenerla contactando a Moody Gardens Inc. al teléfono o dirección que aparecen al final de esta sección.

Si decide inscribirse en un plan para medicinas con receta de Medicare y cancela su cobertura actual con Moody Gardens Inc., tenga presente que es posible que ni usted ni sus dependientes puedan volver a obtener la cobertura. Para recuperar la cobertura, tendría que volver a inscribirse en el Plan, según la elegibilidad del Plan y reglas de inscripción. Debe revisar el resumen de la descripción del Plan para determinar si, y cuándo, se le permite agregar la cobertura.

Si cancela o pierde su cobertura actual y no tiene cobertura para medicinas con receta durante 63 días o más antes de inscribirse en la cobertura para medicinas con receta de Medicare, su prima actual aumentará al menos 1% mensual por cada mes que esté sin cobertura, hasta que obtenga la cobertura de medicinas con receta de Medicare. Por ejemplo, si transcurren diecinueve meses sin cobertura, su prima será incrementada un mínimo de 19% comparada a lo que hubiera pagado sin la interrupción en cobertura.

Para más información acerca de este aviso o su cobertura actual para medicinas con receta: Contacte a Departamento de Recursos Humanos al **409-683-4277**.

NOTA: En el futuro, usted recibirá este aviso anualmente y en otras ocasiones tales como antes del siguiente período en que se puede inscribir en el plan de medicinas con receta de Medicare o si existe algún cambio en la cobertura. También puede solicitar una copia.

Para más información acerca de las opciones bajo la cobertura de medicinas con receta de Medicare:

Para información más detallada acerca de los planes de Medicare que ofrecen medicinas con receta, la puede encontrar en el manual “Medicare & You”. Cada año recibirá por correo el manual de Medicare. También es posible que sea contactado directamente por Medicare acerca de los planes para medicinas con receta. Para más información acerca de los planes para medicinas con receta de Medicare:

- ▶ Visite www.medicare.gov.
- ▶ Llame a Health Insurance Assistance Program de su estado para recibir ayuda personalizada (vea su copia del manual “Medicare & You” para obtener el número telefónico).
- ▶ Llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-877-486-2048**.

Si usted tiene ingresos y recursos limitados, Medicare tiene ayuda extra disponible para pagar la cobertura de medicinas con receta. La información acerca de la ayuda adicional está disponible en Social Security Administration (SSA) en línea en www.socialsecurity.gov, o los puede llamar al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si usted se inscribe en uno de los planes nuevos aprobados por Medicare que ofrecen cobertura para medicinas con receta, puede pedirle que provea una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditada o si no, es posible que deba pagar una prima más alta (una multa).

1.º de enero de 2025

Moody Gardens Inc.

Recursos Humanos/Kathleen Durham

1 Hope Blvd.

Galveston, TX 77554

409-683-4277

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe las maneras en que se puede utilizar y divulgar la información médica acerca de usted y cómo puede usted tener acceso a esta información. Favor de revisarla detenidamente.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) impone numerosos requisitos al plan de seguro médico del empleador relacionados al uso y divulgación de información relativa a la salud individual. Esta información, a la cual se le conoce como información protegida de salud (PHI, por sus

Avisos Importantes

siglas en inglés), incluye virtualmente toda la información médica que guarda un plan de salud – ya sea si se recibió por escrito, por un medio electrónico o por comunicación oral. Este aviso describe las prácticas de privacidad del Plan de Beneficios del Empleado (denominado en este aviso como el Plan), patrocinado por Moody Gardens Inc., a quien se nombrará en lo sucesivo como el patrocinador del plan.

Por ley, es requisito que el Plan mantenga la privacidad de su información médica y lo provea a usted con este aviso de las obligaciones legales del Plan y las prácticas de privacidad con respecto a su información médica. Es importante hacer notar que estas reglas se aplican al Plan, y no al patrocinador del plan como empleador.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica protegida que es conservada por y para el Plan para inscripción, pagos, reclamaciones y administración del caso. Si piensa que la información médica relativa a su persona está incorrecta o incompleta, puede pedirle al Departamento de Recursos Humanos que corrija la información. Para obtener una copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad que describe las maneras en que se puede utilizar y divulgar la información médica acerca de usted y cómo puede usted tener acceso a la información, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos.

Quejas

Si cree que han infringido sus derechos a la confidencialidad, puede presentar una queja al Plan y a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos. No será penalizado por presentar una queja. Para presentar una queja, favor de comunicarse con el Oficial de Privacidad.

Moody Gardens Inc.
Recursos Humanos/Kathleen Durham
1 Hope Blvd.
Galveston, TX 77554
409-683-4277

Conclusión

El uso y la divulgación de la PHI por parte del Plan quedan regulados por una ley federal conocida como HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act, Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos). Puede encontrar estas reglas en los incisos 160 y 164 del título 45 del Código de Regulaciones Federales. El Plan pretende cumplir con estas regulaciones. Este aviso pretende resumir estas regulaciones. En caso de discrepancia entre la información incluida en este aviso y las regulaciones, las regulaciones prevalecerán por sobre el aviso.

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

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

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

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

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

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

Texas – Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico>
Teléfono: 1-800-440-0493

Avisos Importantes

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el **31 de julio de 2024**, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

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

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

Cobertura de Continuación de cobra Aviso General

Bajo la Ley Federal Consolidada Omnibus Presupuesto de Reconciliación de 1985 (COBRA), si usted está cubierto bajo el Moody Gardens Inc. plan de salud del grupo usted y sus dependientes elegibles pueden tener derecho a continuar su cobertura de beneficios para la salud del grupo bajo el Moody Gardens Inc. plan después de que usted haya dejado el empleo con la compañía. Si desea elegir la cobertura de la COBRA, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos para las fechas límites aplicables para elegir la cobertura y pagar el premio inicial.

Información de Contacto del Plan

Moody Gardens Inc.
Recursos Humanos/Kathleen Durham
1 Hope Blvd.
Galveston, TX 77554
409-683-4277

Sus Derechos y Protección en contra de Facturas Médicas Inesperadas

Cuando usted obtiene atención médica de un proveedor, hospital, o centro quirúrgico ambulatorio, que no pertenecen a la red, usted está protegido en contra de una factura inesperada o de un saldo restante en la factura médica.

¿Cómo se define “factura de saldo”? (“algunas veces llamada factura sorpresa”)

Cuando usted consulta a un doctor u otro proveedor de la salud, usted podría deber cierta porción de la cantidad de su desembolso anual máximo, como lo pudiera ser su copago

o coseguro y/o el deducible. Usted podría incurrir en otros costos o tendría que pagar la factura completa si consulta algún proveedor o visita un centro de salud que no es parte de la red de su plan médico.

Se considera “Fuera de la Red” tanto a los proveedores como a las instalaciones médicas que no han firmado un contrato con su plan de salud. A los proveedores que no forman parte de la red se les podría permitir enviarle factura por la diferencia en costo entre lo que su plan de salud acordó pagar y la cantidad completa cobrada por dicho servicio fuera de la red. A esto se le conoce como “saldo de factura”. Generalmente esta cantidad es mayor de lo que usted pagaría por el mismo servicio dentro de la red y podría no aplicar a favor de su desembolso anual máximo.

“La factura Sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto sucede cuando usted no puede controlar quien lo atiende medicamente, como lo podría ser en caso de una emergencia o cuando agenda una cita en un centro de salud perteneciente a la red de servicios médicos, pero termina siendo atendido por un proveedor que no pertenece a dicha red.

Usted está protegido en contra de saldo de factura en los siguientes casos:

- ▶ Servicios de Emergencia – Si usted tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro de salud no perteneciente a la red, lo máximo que dicho proveedor o centro de salud le pueden cobrar serían los mismos costos asociados con su plan de salud perteneciente a la red (tales como el copago o coseguro). A usted no le pueden cobrar el balance de la factura por estos servicios de emergencia. Esto también incluye la atención médica que usted pudiera recibir después de que ya se encuentre en una condición estable, a menos de que usted a través de un consentimiento por escrito haya renunciado a su derecho de protección en contra de saldo de factura por concepto de servicios recibidos posteriormente a su estabilización.
- ▶ Ciertos servicios recibidos en un hospital o centro quirúrgico perteneciente a la red, algunos proveedores pueden estar fuera de la red, en estos casos lo máximo que estos proveedores podrían facturarle es la cantidad de costos compartidos acordada con su plan de salud dentro de la red. Esto aplica a medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, internistas, o intensivistas. Dichos proveedores, no le pueden cobrar el saldo de factura y tampoco le pueden pedir que renuncie a su derecho de protección en contra del saldo de factura.

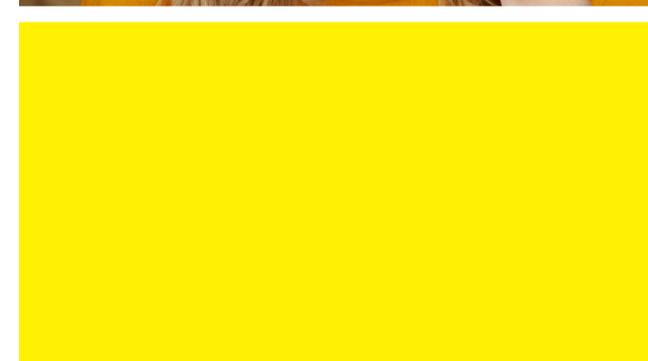
Avisos Importantes

Si usted recibe otros servicios en centros de salud pertenecientes a la red, los proveedores no pertenecientes a la red no pueden cobrarle el saldo de la factura, tampoco se le puede pedir que reciba servicios médicos fuera de la red. Usted puede escoger un proveedor y un centro de salud perteneciente a la red de su plan médico.

Cuando la factura de saldo no es permitida, usted cuenta con la siguiente protección:

- ▶ Usted es solo responsable de pagar su costo compartido (copagos, coseguro y deducibles que usted pagaría si el proveedor o centro médico perteneciera a la red). Su plan de salud les pagara directamente a los proveedores de salud y centros médicos no pertenecientes a la red.
- ▶ Su plan de salud generalmente deberá:
 - ♦ Cubrir servicios de emergencia sin requerir aprobación de servicios con anticipación (autorización previa).
 - ♦ Cubrir servicios de emergencia proporcionados por proveedores no pertenecientes a la red.
 - ♦ Determinar lo que usted debe al proveedor o centro médico (costo compartido) en base a lo que usted le pagaría a un proveedor en un centro médico perteneciente a la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - ♦ Contar cualquier cantidad que usted paga por servicios de emergencia o servicios fuera de la red a favor de su deducible y desembolso anual máximo.

Contacte a su compañía de seguro si cree que se le ha facturado erróneamente. Visite a www.cms.gov/nosurprises para obtener mayor información acerca de sus derechos contemplados bajo la ley federal.





Exclusivo para **USTED!**



En este folleto se destacan las características principales de Moody Gardens Inc. No se incluyen todos los detalles, las reglas ni las limitaciones y exclusiones del plan. Los términos de los planes de beneficios están regidos por documentos legales, entre ellos, los contratos de seguro. En caso de discrepancia entre este folleto y los documentos legales del plan, estos últimos tienen prioridad. Moody Gardens Inc se reserva el derecho de cambiar o suspender sus planes de beneficios para empleados en cualquier momento.

