2027
EMPLEADO GUÍA DE BENEFICIOS

cbx SOLUTIONS™

ÍNDICE

Elegibilidad	3
Seguro médico	4
Deducciones de nómina médica	6
Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA)	7
Cuentas de Gastos Flexibles (FSAs)	8
Telemedicina - MDLIVE	9
Enfermera de Synergy	10
USI Centro de Recursos de Beneficios	10
Seguro dental	11
Seguro de visión	12
Seguro de vida y AD&D	13
Seguro de Discapacidad	14
Seguro por enfermedades graves	15
Seguro de Indemnización Hospitalaria	16
Seguro de accidentes	16
Plan de Ahorro 401(k)	17
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	18
Contactos importantes	20
Avisos legales	21

Un mensaje de su Departamento de Recursos Humanos

Estimado equipo,

En CBX Solutions, sabemos que nuestros beneficios representan mucho más que planes de seguro. Son una parte importante de cómo apoyamos a usted y a su familia, ya sea que vaya al médico, surta una receta, planifique para el futuro o simplemente tenga la tranquilidad de saber que cuenta con cobertura cuando la necesite.

También sabemos que el costo de la atención médica sigue aumentando, y que esos incrementos afectan tanto a nuestros empleados como a la empresa. Al planificar para 2027, trabajamos arduamente para equilibrar estas realidades, al mismo tiempo que continuamos ofreciendo un programa de beneficios integral que brinda cobertura de calidad, recursos significativos y opciones que le permiten elegir lo que mejor funcione para usted y su familia.

Los beneficios a veces pueden parecer complicados, y queremos que sean lo más fáciles de entender y utilizar posible. Esta guía está diseñada para ayudarle a comprender los recursos disponibles para usted, comparar sus opciones y tomar las decisiones correctas para usted y su familia. Le invito a tomarse un tiempo para revisarla cuidadosamente y, lo más importante, a hacer preguntas si necesita ayuda. Nuestro equipo de Recursos Humanos está aquí para apoyarle durante la inscripción y durante todo el año.

Estamos profundamente agradecidos por todo lo que hace cada día por nuestros clientes, nuestros equipos y por cada uno de ustedes. Gracias por ser parte de CBX Solutions y por ayudarnos a seguir construyendo una empresa donde nuestra gente se sienta apoyada, valorada y orgullosa de trabajar.

Atentamente,
Emily Towery
Chief Human Resources Officer

Elegibilidad

Empleados elegibles:

Usted podrá inscribirse en el Programa de beneficios para empleados CBX Solutions si es empleado de tiempo completo y trabaja un mínimo de 30 horas por semana.

Dependientes elegibles:

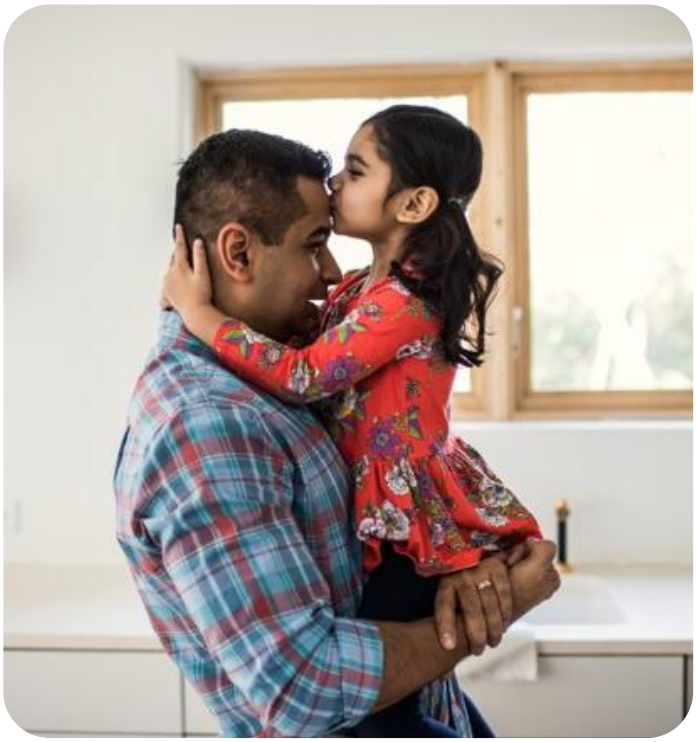
Si usted es elegible para recibir nuestros beneficios, también lo serán sus dependientes. En general, entre los dependientes elegibles se incluyen su cónyuge y sus hijos hasta los 26 años. Si tiene un hijo con alguna discapacidad física o mental, este podrá seguir teniendo cobertura luego de los 26 años si se presenta prueba de discapacidad permanente.

Los hijos pueden incluir a hijos biológicos, adoptados, hijastros y a menores en guarda legal otorgada judicialmente.

Cuándo comienza la cobertura:

La fecha de entrada en vigor de los beneficios enumerados en esta guía es el 1 de enero de 2027. Los empleados recientemente contratados y sus dependientes accederán a los programas de beneficios CBX Solutions el primer día del mes siguiente luego de 30 días de empleo. La cobertura de todos los beneficios finalizará en la fecha en que finalice su empleo. Todas las elecciones tendrán vigencia durante el año del plan completo y solo se podrán cambiar durante la inscripción abierta, a menos que haya un evento de vida calificado.

Términos clave del seguro



Eventos de vida calificados:

Un evento de vida calificado es un cambio en su vida personal que puede afectar su elegibilidad para recibir beneficios o la de sus dependientes. Los siguientes son algunos ejemplos de cambios en el estado familiar:

- Cambio en el estado civil legal (p. ej., matrimonio, divorcio, fallecimiento del cónyuge, separación legal)
- Cambio en la cantidad de dependientes (p. ej., nacimiento, adopción, fallecimiento de un dependiente, no elegibilidad debido a la edad)
- Pérdida/ganancia de otra cobertura (es decir, cambios en el empleo del cónyuge, ya no es dependiente del plan de otra persona)

Si ocurre un cambio de este tipo, deberá hacer los cambios correspondientes en sus beneficios dentro de los 31 días posteriores a la fecha del evento. Para corroborar el cambio de estado, se le podrá exigir que presente documentación. Si no solicita un cambio de estado y proporciona documentación dentro de los 31 días posteriores al evento, es posible que tenga que esperar hasta el período de inscripción abierta siguiente para hacer el cambio. Comuníquese con RR. HH. para realizar los cambios.

Seguro médico

Planes médicos de Cigna		
Beneficio de la Cobertura	**PPO**	**HDHP/HSA**
Deducible anual		
Individual	$0	$3,500
Familia	$0	$7,000
Coseguro	100%	70%
Contribución HSA del empleador con examen preventivo	N/A	$750 para el empleado / $1,500 Empleado + Dependientes HSA
Máximos de Gastos del bolsillo		
Individual	$6,000	$4,500
Familia	$12,000	$9,000
Visita al consultorio médico		
Atención primaria	$25 copago	70% después del deducible
Atención especializada	$50 copago	70% después del deducible
Salud mental y abuso de sustancias	$25 copago	70% después del deducible
Atención preventiva*		
Mamografías	100%	100%
Prueba de Papanicolaou/Examen de próstata	100%	100%
Cuidado de hijos sanos	100%	100%
Inmunización	100%	100%
Servicios de diagnóstico**		
Rayos-X y pruebas de laboratorio	100%	70% después del deducible
Servicios avanzados de imágenes (Escaneos MRI, CAT & PET)	$500	70% después del deducible
Centro de atención de urgencia	$50 copago	70% después del deducible
Cargos de la sala de emergencia	$500 copago	70% después del deducible
Cargos por pacientes hospitalizados	$2,500 copago	70% después del deducible
Cargos quirúrgicos y de instalaciones para pacientes ambulatorios	$1,000 copago	70% después del deducible

*Estos servicios se consideran preventivos si se realizan durante el rango de edad y horario de acuerdo con la PPACA y son facturados por su proveedor como tales.
**Algunos servicios de diagnóstico requieren autorización previa.

Seguro medico (a continuación)

Beneficio de la Cobertura	PPO	HDHP/HSA
Salud mental y abuso de sustancias		
Hospitalización	$2,500 copago	70% después del deducible
Paciente ambulatorio	$25 copago	70% después del deducible
Telemedicina		
MDLive a través de CIGNA	$0 copago	Sin costo
Farmacia minorista (suministro de 30 días)		
Nivel 1	$10 copago	70% después del deducible
Nivel 2	$10 copago	70% después del deducible
Nivel 3	$25 copago	70% después del deducible
Nivel 4	$50 copago	70% después del deducible
Nivel 5	$150 copago	70% después del deducible
Pedido por correo (Suministro para 30 días)		
	3x copago	70% después del deducible

CIGNA ofrece programas para ayudarle a administrar sus beneficios y costos médicos. Puede acceder a todos estos servicios a través del número de teléfono que figura en su tarjeta médica de CIGNA o a través de myCigna.com o la aplicación MyCigna.

myCigna – Crea un perfil en mycigna.com para:

- Acceder a MDLive para atención de urgencia, atención primaria, dermatología y/o atención de la salud conductual
- Descargar una copia de su tarjeta de seguro
- Localizar un proveedor o centro de la red
- Encuentrar el nivel/costo de un medicamento recetado

Enfermeras defensoras – Comuníquese con ellos si tenga preguntas médicas

Manejo de los costos de los medicamentos recetados

HDHP vs PPO

2027 Deducciones de nómina médica de Cigna

Deducciones de nómina de Cigna		
Plan PPO		
	Quincenal	**Semanal**
Solo el empleado	$176.88	$88.44
Empleado + Cónyuge	$438.58	$219.29
Empleado + Hijo(s)	$307.73	$153.87
Empleado + Familia	$571.85	$285.92
Plan HDHP/HSA		
	Quincenal	**Semanal**
Solo el empleado	$67.85	$33.92
Empleado + Cónyuge	$222.92	$111.46
Empleado + Hijo(s)	$164.77	$82.38
Empleado + Familia	$230.19	$115.10

Ahorra en sus impuestos con primas antes de impuestos. Sus primas médicas, dentales y de la vista están deducidos de su cheque de pago **antes de que calculan los impuestos**, que puede bajar sus ingresos fiscales y ayudarle ahorrar dinero en sus impuestos. El tratamiento antes de impuestos está sujeto a las reglas aplicables del IRS.



Cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Cuando está inscrito en un Plan de Salud Calificado con Deducible Alto (QHDHP) que es la HSA del consumidor y cumple con los requisitos de elegibilidad, el IRS le permite abrir y contribuir a una cuenta HSA.

¿Qué es una cuenta de ahorros para la salud (HSA)?

Una HSA es una cuenta bancaria protegida de impuestos que usted posee para pagar los gastos de atención médica elegibles para usted y/o sus dependientes elegibles para los gastos de atención médica actuales o futuros. La Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA, por sus siglas en inglés) es suya, incluso si cambia de trabajo o de plan médico. No hay una regla de "úsalo o piérdelo"; Su saldo se transfiere de un año a otro. HSA Bank es el administrador de la HSA.

Además, obtiene ventajas fiscales adicionales con una HSA porque:

- El dinero que deposita en una HSA está exento de impuestos federales sobre la renta
- Los intereses en su cuenta crecen libres de impuestos; y
- No paga impuestos sobre la renta sobre los retiros utilizados para pagar gastos de salud elegibles. (Si retira fondos para gastos no elegibles, se aplican impuestos y multas).
- También tiene una opción de opciones de inversión que generan tasas de interés competitivas para que sus fondos no utilizados crezcan con el tiempo.

¿Es elegible para abrir una cuenta de ahorros para la salud (HSA)?

Aunque todos pueden inscribirse en el Plan de Salud Calificado con Deducible Alto, no todos son elegibles para abrir y contribuir a una HSA. Si no cumple con estos requisitos, no puede abrir una HSA.

- Debe estar inscrito en un Plan de Salud Calificado con Deducible Alto (QHDHP)
- No debe estar cubierto por otro plan de salud que no sea QHDHP, como el plan PPO de un cónyuge.
- No está inscrito en Medicare ni recibe Seguro Social.
- Usted no está en el programa de beneficios militares TRICARE o TRICARE, ni en los beneficios de VA.

Contribuciones a la HSA para 2027

El IRS ha establecido las siguientes contribuciones máximas a la HSA para el año fiscal 2027 (Los máximos incluyen cualquier contribución del empleador):

- **Individual - $4,500**
- **Familia - $9,000**
- Si tiene 55 años o más, puede contribuir con una contribución adicional de $1,000 para ponerse al día.

Contribuciones del empleador a la HSA

CBX Solutions depositará las contribuciones de la HSA a los empleados inscritos en el plan médico de la HSA después de completar su examen físico anual. Aquí está el proceso:

1. CIGNA proporciona a CBX la confirmación de que el examen médico ha sido procesado.
2. CBX deposita la contribuciónHSA en su cuenta HSA Bank
3. La confirmación del depósito se puede encontrar en tu HSA Bank vinculada a su perfil de myCigna
    - Los empleados con cobertura HSA exclusiva para empleados recibirán una contribución HSA de **$750**.
    - Los empleados que cubren a los dependientes en el plan HSA recibirán una contribución HSA de **$1.500**.

¿Qué es una HSA?

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

¿Qué es una FSA?

Las FSA son cuentas a las que usted aporta dólares antes de impuestos para el reembolso de gastos médicos (HCFSA) o gastos de atención de dependientes (DCFSA).

Dado que usted contribuye antes de impuestos, esto reduce sus ingresos gravables. Obtiene ahorros impositivos inmediatos.

FSA para el cuidado de la salud (HCFSA)

- La FSA de atención médica permite el reembolso de gastos médicos, dentales o de la vista calificados*.
- Recibirá una tarjeta de débito para usar en los puntos de servicio (consultorios médicos, dentistas, proveedores de la vista, farmacia, etc..)
- La contribución anual máxima establecida por el IRS para 2027 es $3,500.
- HCFSA es una cuenta de "úsela o piérdala", pero puede transferir hasta $700 al próximo año del plan.
- No es necesario estar inscrito en un plan médico para participar; pero los participantes en planes médicos HSA no son elegibles para participar en la HCFSA.
- Su HCFSA se vinculará a su perfil en mycigna.com.

FSA para el cuidado de dependientes (DCFSA)

- La FSA para el cuidado de dependientes permite el reembolso de los gastos de cuidado de hijos* para hijos menores de 13 años para padres que trabajan (no gastos médicos).
- Puede contribuir hasta $7,500 (casado que presenta una declaración de impuestos conjunta) para el cuidado de dependientes.
- No se le puede reembolsar hasta que los fondos se deduzcan de su cheque de pago y se depositen en su DCFSA.
- DCFSA es una cuenta de "úselo o piérdalo" que no se transfiere al próximo año del plan.
- Dado que esto no es para gastos médicos, no tiene que estar inscrito en ninguno de los planes médicos de la compañía.

	Cuenta de Gastos Médicos Flexibles (FSA)	Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes (DCFSA)
¿Quién puede inscribirse?	Empleados inscritos en una PPO o sin elección de plan médico con C & B	Empleados con PPO o HDHP/HSA o sin elección de plan médico con C & B
¿Cuánto se puede diferir?**	$3,500	$7,500 Familia total/ Aplazamiento del hogar
¿El dinero está disponible de inmediato?	Sí, puede reclamar el monto total del aplazamiento a partir de la fecha de vigencia.	No, solo los fondos depositados en su cuenta están disponibles para reembolso.
¿Hay tarjeta de débito?**	Sí	No
¿Hay un rollover?	Sí, Hasta $700** pueden transferirse a 2027	No
¿Hay una fecha límite para presentar reclamos?	Sí, 90 días después de la terminación o después del final del año del plan	Sí, 90 días después de la terminación o después del final del año del plan

¿Qué es una FSA?

*Para obtener más detalles sobre los gastos elegibles, consulte IRS.gov.
** La transferencia de $700 es del año del plan 2027 al 2028.

Telemedicina – MDLive

Atención médica que está a su disposición cuando y donde la necesite a bajo costo o sin costo

Cigna se ha asociado con MDLive para ofrecer un conjunto completo de opciones de atención virtual convenientes, disponibles por teléfono o video en cualquier momento que lo necesite. Los médicos, dermatólogos, psiquiatras y terapeutas con licencia certificados por la junta de MDLIVE tienen un promedio de más de 10 años de experiencia y brindan atención personalizada para cientos de necesidades médicas y de salud conductual. Si se inscribe en el plan médico, el costo de cualquier visita a MDLIVE es GRATIS (Sin copago, sin deducible, sin coseguro). Si tiene una visita virtual con su propio médico, se aplicarán los costos regulares de la visita al consultorio médico.

Atención primaria

Atención preventiva, atención de rutina y derivaciones a especialistas

- Chequeos de atención preventiva/controles de bienestar disponibles sin costo adicional para identificar afecciones de manera temprana
- Las visitas de atención de rutina le permiten establecer una relación con el mismo proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a manejar las afecciones
- Recetas disponibles a través de entrega a domicilio o en farmacias locales, si corresponde
- Recibir pedidos de biometría, análisis de sangre y pruebas de detección en instalaciones locales.

Atención de urgencia

Atención a pedido para afecciones médicas menores

- A pedido las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, incluidos los días festivos
- Atención para cientos de afecciones médicas menores
- Una alternativa conveniente y asequible a los centros de atención de urgencia y a la sala de emergencias
- Recetas disponibles, si corresponde

Telesalud

Visite www.myCigna.com para programar una cita para atención virtual.

Cuidado conductual

Terapia de conversación y psiquiatría desde la privacidad del hogar

- Acceso a psiquiatras y terapeutas
- Programe una cita que funcione para usted
- Opción de seleccionar el mismo proveedor para cada sesión
- Cuidado de problemas como la ansiedad, el estrés, los cambios en la vida, el duelo y la depresión

Dermatología

Atención rápida y personalizada para afecciones de la piel, el cabello y las uñas, sin necesidad de cita previa

- Dermatólogos certificados por la junta revisan imágenes y síntomas; hay recetas disponibles, si corresponde
- Atención de afecciones comunes de la piel, el cabello y las uñas, como acné, eccema, psoriasis, rosácea, manchas sospechosas y más
- Diagnóstico y plan de tratamiento personalizado, generalmente dentro de las 24 horas

3 sencillos pasos para conectarse a la atención

- Inicie sesión en myCigna.com y haga clic en “Talk to a doctor” o llame a MDLive al888.726.3171 (No hay llamadas telefónicas para la dermatología virtual)
- Seleccione el tipo de atención que necesita
- Siga las indicaciones para una atención de urgencia a pedido; Programar una cita para la atención primaria; Visita virtual de dermatología (no se necesita cita previa) o hable con un consejero/terapeuta

Enfermera de Synergy

Los empleados y sus dependientes tienen acceso a un defensor de enfermería dedicado a través de Synergy Healthcare.

La Enfermera es independiente de cualquier compañía de seguros o proveedor médico y puede ofrecer recomendaciones y ayuda según su situación individual. El objetivo de la Enfermera Defensora es mejorar su experiencia total de atención médica.

La enfermera puede:

- Ayudarle a navegar por el sistema de atención médica
- Ayudar con las aprobaciones o problemas de seguros
- Encontrar un proveedor de atención primaria o especialista
- Ayudar con las facturas de los proveedores
- Localizar recursos comunitarios para problemas médicos
- Ayudar con preguntas o problemas relacionados con medicamentos recetados
- Responder preguntas médicas
- Brindar apoyo mientras accede a la atención



Susan Guerra, RN, BSN
Nurse Advocate
704-275-0176
SusanG@synergyhealthcare.com

Reserva una cita:
https://calendly.com/susang-synergyhealthcare

USI Centro de Recursos de Beneficios (BRC)

El seguro es complicado. Lo entendemos.

El Centro de Recursos de Beneficios (BRC, por sus siglas en inglés) está diseñado para brindarle un enfoque receptivo, consistente y personalizado para sus consultas sobre beneficios. Los Especialistas en Beneficios están disponibles para investigar y resolver reclamaciones escaladas, problemas de elegibilidad no resueltos, y cualquier otro problema relacionado con los beneficios con el que pueda necesitar ayuda. Los Especialistas en Beneficios son profesionales experimentados, y su responsabilidad principal es ayudarle.

Los Especialistas en Beneficios pueden ayudarle con:

- Decidir cuál plan es el mejor para usted
- Conceptos básicos de Medicare en relación con el plan de su empleador
- Preguntas sobre los planes de beneficios y pólizas relacionadas con Médico, Dental y Visión
- Coordinación de beneficios
- Problemas de elegibilidad y reclamaciones con las aseguradoras
- Búsqueda de proveedores dentro de la red para Médico, Dental y Visión
- Información sobre apelaciones de reclamaciones y el proceso correspondiente
- Los especialistas del Centro de Recursos de Beneficios están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del Este y Central, por teléfono o correo electrónico.
- **855-874-0835 | BRCSouth@usi.com**

Seguro Dental

Plan Dental de Ameritas	
Beneficio / Característica	**Dental PPO** **Dentro de la red/Fuera de la red**
Deducible anual	
Individual	$50
Familiar	$100
Eximido por prevención	Sí
Máximo anual	
Por persona / Familia	$1,500
Preventivo	100%
Básico	90%
Mayor	50%
Ortodoncia	
Porcentaje de beneficio	50%
Adulto	Cubierto
Hijo(s) dependiente(s)	Cubierto
Máximo de por vida	$1,500

Contribuciones de los empleados del plan dental		
	Quincenal	**Semanal**
Solo el empleado	$4.93	$2.47
Empleado + Cónyuge	$20.44	$10.22
Empleado + Hijo(s)	$21.97	$10.99
Empleado + Familia	$34.20	$17.10

Seguro dental

Los planes dentales de Ameritas ofrecen la opción de obtener atención dentro o fuera de la red. Puede ver proveedores de la red y disfrutar de descuentos o ver proveedores fuera de la red y recibir el mismo nivel de cobertura; aunque es posible que reciba una factura de saldo de proveedores fuera de la red por los cargos por encima de lo que paga Ameritas (Razonable y habitual). Asegúrese de aprovechar los servicios preventivos cubiertos al 100% para mantener sus dientes y encías saludables. Si ingresa tarde, el período de espera de 12 meses no se aplica a estos servicios preventivos.

Puede buscar proveedores de red por código postal en www.ameritas.com. Su red de proveedores es Ameritas Classic y Plus Network. También puede configurar un perfil para obtener información adicional sobre los beneficios y ver las reclamaciones a medida que se procesan. Comuníquese con Ameritas al 800-487-5553 si tiene preguntas.

Puede consultar nuestro número de póliza: 010-351194 al programar citas dentales y su proveedor puede buscarlo en el sistema de Ameritas.

Seguro de visión

Plan de visión de Ameritas	
Beneficio / Característica	**Cubierto cada 12 meses**
Examen de la vista de rutina (Anual)	$10 copago
Vision Materials	
Copago de materiales	$10 copago
Lentes	$10 copago
Contactos (cubierto en lugar de marcos)	Contactos electivos cubiertos hasta $180
Marcos	Cubierto hasta $180

Contribuciones de los empleados del plan de la vista		
	Quincenal	**Semanal**
Solo el empleado	$3.54	$1.77
Empleado + Cónyuge	$6.99	$3.50
Empleado + Hijo(s)	$6.74	$3.37
Empleado + Familia	$10.15	$5.08

Seguro de visión



Beneficios de la vista

Usted puede inscribirse en la cobertura de la vista para usted y sus dependientes. Ameritas utiliza la red VSP de proveedores de visión. Puede buscar un proveedor de red en www.vsp.com o www.ameritas.com. También puede obtener más información sobre sus beneficios visitando el sitio web en www.ameritas.com.

Comuníquese con **Ameritas en 800-487-5553** o **VSP en 800-877-7195** con preguntas.

Seguro de vida y muerte accidental & desmembramiento (AD&D)

Seguro básico de vida y AD&D

Cook and Boardman ofrece beneficios de Vida Básica y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) a los empleados elegibles sin costo alguno. El beneficio del seguro de vida se pagará a su beneficiario designado en caso de fallecimiento mientras esté cubierto por el plan. El beneficio de AD&D se pagará en caso de pérdida de la vida o una extremidad por accidente mientras esté cubierto por el plan.

Beneficio pagado por el empleador	Monto de cobertura
Beneficio máximo (Emisión garantizada)	$50,000
Los beneficios anteriores comenzarán a disminuir a partir de los 75 años. Disminuye un 50% a los 75 años y termina con la jubilación.	

Seguro de vida complementario y AD&D

Además de la cobertura básica de vida / AD&D pagada por el empleador, tiene la opción de comprar un seguro de vida voluntario adicional y AD&D a través de **The Hartford** para satisfacer sus necesidades personales. Las primas se basan en su edad y la cantidad de cobertura que seleccione y se pueden encontrar en Dayforce durante su inscripción.

Si elige durante su **inscripción como nuevo empleado**, puede elegir hasta el monto de la *emisión garantizada* sin responder preguntas médicas ni proporcionar evidencia de asegurabilidad (EOI).

Durante la inscripción abierta: Si ya está inscrito en el plan, puede aumentar su cobertura en una unidad: $10,000 para Vida del Empleado y $5,0000 para Vida del Cónyuge, hasta el monto de la Emisión Garantizada sin EOI. Cualquier cobertura elegida por encima de la Emisión Garantizada requerirá Evidencia de Asegurabilidad.

Si es un **afiliado tardío** (anteriormente elegible pero no inscrito actualmente), se le pedirá que complete la EOI independientemente del monto de cobertura seleccionado.

	Cantidades	Emisión de garantía	Plan máximo
Empleados	Incrementos de $10,000	$350,000	$500,000
Cónyuge	Incrementos de $5,000	$50,000	100% del monto del empleado hasta $250,000
Hijo(s)	$10,000	$10,000	$10,000
El monto de los seguros de vida y AD&D se reducirá en un 50% a los 75 años y terminará con la jubilación.			

Vida y AD&D

¡Recordatorio importante!

Asegúrese de asignar un beneficiario o fideicomiso en vida para asegurarse de que sus activos se distribuyan de acuerdo con sus deseos.



Seguro de Discapacidad

Discapacidad a corto plazo (STD)

Cook and Boardman ofrece un plan de discapacidad a corto plazo a través de The Hartford sin costo alguno. Este beneficio cubre el 60% de su salario base semanal hasta $ 1,000 / semana. El beneficio comienza el día 15 de una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo y dura hasta 11 semanas.

Discapacidad a corto plazo	
	Plan STD
Comienzan los beneficios	60%
Beneficio semanal máximo	$1,000
Duración máxima del beneficio	11 Semanas
Período de espera Accidente / Enfermedad	15 Días / 15 Días
Contribución	100% Pagado por el empleador

Discapacidad a corto plazo

Discapacidad a largo plazo (LTD)

Cook and Boardman brinda protección de ingresos a largo plazo a través de The Hartford en caso de que usted no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo. Este beneficio cubre el 60% de su salario base mensual hasta $5,000. Los pagos de beneficios comienzan después de 90 días de incapacidad. Este beneficio se proporciona sin costo alguno para los empleados.

Discapacidad a largo plazo	
	Plan LTD
Porcentaje de beneficios	60%
Beneficio Mensual Máximo	$5,000
Período de eliminación	90 Días
Duración máxima de la prestación	Edad normal de jubilación del Seguro Social / Reducción de la duración de los beneficios
Límite de ocupación propia	24 Meses
Cero Día Residual / Incentivo de Trabajo	Incluido
Limitación Mental / Nerviosa / Alcohólica / Droga	24 Meses
Limitación de enfermedad autoinformada	Ninguno
Limitación de condiciones preexistentes	Todo lo tratado 3 meses antes de la fecha de entrada en vigor se excluye durante 12 meses
Contribución	100% pagado por el empleador

Discapacidad a largo plazo

Beneficios Voluntarios

Su empleador le ofrece Beneficios Voluntarios a una tarifa grupal para ayudarle a proteger sus ahorros en caso de un diagnóstico inesperado. Usted es responsable de pagar el costo. Las primas se encuentran en Dayforce al momento de realizar sus elecciones. No es necesario estar inscrito en el plan médico de la empresa para participar.

Beneficio de Bienestar

Un Beneficio de Bienestar de $100 está disponible cada año por completar un examen de detección cubierto (como un examen anual o una visita dental o de visión). El beneficio aplica para cada miembro de la familia cubierto, por póliza, por año..

Enfermedad crítica

Protege sus ahorros en caso de una enfermedad grave

El seguro de enfermedad grave proporciona un beneficio en efectivo cuando a usted o a una persona de su plan se le diagnostica una afección cubierta, como un ataque cardíaco o un derrame cerebral. El beneficio se paga directamente a usted, para que lo use como desee.

Beneficios por enfermedades críticas	
Para usted	You can choose from $5,000 to $20,000 of coverage in increments of $5,000 with no medical questions asked.
Para su cónyuge	Si elige la cobertura para usted, también puede elegir el mismo monto de cobertura para su cónyuge a un costo adicional, sin necesidad de preguntas médicas.
Para su(s) hijo(s)	Puede cubrir a sus hijos dependientes sin costo adicional incluyéndolos al elegir la cobertura. Los hijos dependientes son elegibles desde el nacimiento hasta los 26 años.



¿Qué significó el seguro de enfermedad crítica para Denise?

Denise tuvo un ataque al corazón a mediados de los 40.
Sus gastos médicos se acumularon en el peor momento posible.

- Denise presentó una demanda ante Cigna. Revisamos su información médica, incluidos los detalles de su médico, y aprobamos su reclamo.
- Denise recibió su beneficio en efectivo que la ayudó a pagar su deducible médico y copagos, y los gastos de viaje para las citas médicas
- El seguro le permitió a Denise concentrarse en su recuperación y menos en su cuenta bancaria.

Seguro de Enfermedades Críticas

Beneficios Voluntarios (a continuación)

Seguro de Hospitalización

El Seguro de Indemnización Hospitalaria le proporciona pagos en efectivo para ayudar a proteger sus finanzas de los costos en los que pueda incurrir debido a una estadía hospitalaria causada por un accidente o enfermedad cubiertos. Sus beneficios en efectivo pueden usarse como usted lo considere conveniente: para ayudar a pagar gastos médicos de bolsillo (copagos o deducibles), o para gastos cotidianos como el cuidado infantil o los comestibles. No es necesario estar inscrito en el plan médico de la empresa para participar.



¿Qué beneficios están disponibles con el Seguro de Indemnización Hospitalaria?

Conoce a John. John sufrió un grave accidente. Tuvo que permanecer en la unidad de cuidados intensivos del hospital durante 3 días y luego pasó 9 días en una habitación normal. El plan de John tiene nuestro beneficio de Hospitalización Extendida, por lo que recibirá un beneficio adicional por cada día que estuvo en el hospital.

Beneficios Potenciales del Seguro de Indemnización Hospitalaria			
Beneficio cubierto	**Per Day Benefit**	**Días elegibles**	**Limitaciones**
Ingreso hospitalario	$1,500	Día 1	1 beneficio cada 90 días
Confinamiento hospitalario	$150	Días 2 – 30	1 beneficio cada 90 días
Ingreso en UCI	$1,650	Día 1	1 beneficio cada 90 días
Confinamiento en UCI	$150	Días 2 – 30	1 beneficio cada 90 días
Beneficio total pagado por John			**$3,150**

Seguro de Accidentes

El seguro de accidentes ayuda a proteger sus finanzas después de un percance. Le paga efectivo por accidentes y tratamientos cubiertos. Puede usar el dinero para ayudar a pagar gastos médicos de bolsillo o gastos cotidianos. No es necesario estar inscrito en el plan médico de la empresa para participar.

Características

- Puede elegir cobertura para usted y sus dependientes calificados
- Proporciona cobertura las 24 horas
- Los beneficios se pagan directamente a usted
- No hay preguntas de salud ni limitaciones por condiciones preexistentes

Seguro de accidentes

Hospitalización

¿Qué significaba el seguro de accidentes para los Smith?

El pasado junio, su hija Julie se desgarró el ligamento cruzado anterior (ACL) y requirió cirugía. Su hijo Robert se cayó y se fracturó el brazo jugando baloncesto.

Los Smith presentaron reclamaciones por la visita a la Sala de Emergencias de cada hijo, radiografías, citas médicas y la cirugía de Julie.

Cigna revisó la información médica, incluyendo los detalles proporcionados por sus médicos, y aprobó las reclamaciones.

Los beneficios en efectivo ayudaron a la familia Smith a cubrir su deducible médico.

Plan de Ahorro 401(k)

CBX Solutions se compromete a ayudarlo a prosperar a lo largo de su carrera y en la jubilación. La compañía ofrece un Plan de Ahorros 401(k), administrado por Fidelity, que ofrece opciones de contribución e inversión diseñadas para ayudarlo a planificar con anticipación y ahorrar para el futuro.

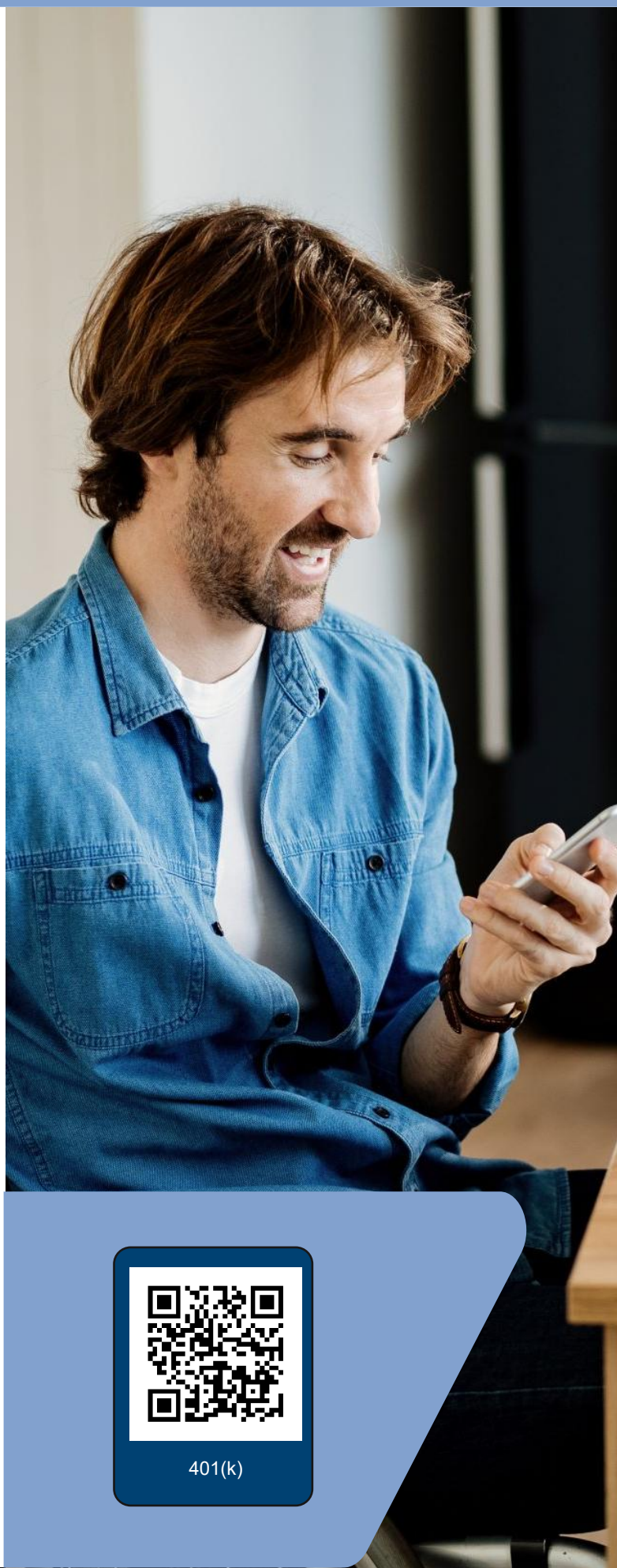
Los empleados recién contratados pueden comenzar a participar en el 401(k) el primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo. Los empleados tienen el 100% de derechos adquiridos de inmediato y pueden elegir entre una amplia gama de opciones de inversión.

Saca el máximo partido a tus ahorros aprovechando la contrapartida de la empresa. CBX Solutions iguala dólar por dólar en el primer 2%, luego $0.50 centavos por dólar del 3 al 5%. Si ingresa el 5%, recibirá el 3.5% completo de la contribución del empleador, para un ahorro total del 8.5%. Este es realmente dinero GRATIS, no pierdas la oportunidad de recibirlo, todo mientras ahorras para el futuro!

Para empezar se necesitan tres sencillos pasos:

- Decide cuánto contribuir. Ahorre lo que pueda ahora y aumente con el tiempo. Pequeñas cantidades realmente pueden acumularse con el tiempo. Lo importante es ahorrar lo que puedas permitirte y empezar lo antes posible.
- Elige cómo quiere invertir sus ahorros. Selecciona dónde quiere invertir sus aportaciones. Puede seleccionar entre una variedad de opciones disponibles. Todos los detalles están disponibles en línea.
- Inscríbese en línea con Fidelity. **Vaya a www.401k.com** para completar su inscripción, o llame e inscríbase por teléfono al 866-697-1036. Si es la primera vez que se inscribe, haga clic en el enlace de la esquina superior derecha "Registrarse como nuevo usuario."

Los empleados también pueden ponerse en contacto con HR@cbxsolutions.com para cualquier pregunta.



Programa de Asistencia al Empleado (EAP) y Soluciones para la Vida Laboral y Personal

CBX Solutions ofrece un Programa de Asistencia al Empleado (EAP). Este es un beneficio patrocinado por la empresa que ofrece el apoyo y los recursos que necesita para abordar los desafíos y preocupaciones personales o relacionados con el trabajo. Usted y los miembros de su familia pueden recibir hasta 8 sesiones de asesoramiento gratuitas en persona cada año. Es confidencial y gratuito para usted y los miembros de su familia. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año en el 800.633.3353.

Acceda a sus servicios de EAP y de conciliación de la vida laboral

Hay dos formas de acceder a su EAP y a los servicios de vida laboral: Llama 800.633.3353 o

Visita www.mygroup.com

Para iniciar sesión por primera vez, haga clic en "Sign Up" en la página de inicio de sesión. Use el código de organización "**cbxeap**" y cree una cuenta con una dirección de correo electrónico y una contraseña de su elección.

Evaluación y Consejería

Las razones para usar el EAP incluyen dificultades matrimoniales, crianza de los hijos, estrés, depresión, preocupaciones relacionadas con el trabajo, uso/abuso de alcohol y drogas, duelo y pérdida, o preventivas. Cuando los empleados y familiares llaman al EAP, se les ofrecen sesiones de asesoramiento presenciales, telefónicas o virtuales en las que un médico con licencia y experiencia en su área puede realizar una evaluación exhaustiva. La EAP es una terapia a corto plazo centrada en la solución, por lo que no todos los problemas se resolverán dentro del modelo de EAP y es posible que deban derivarse a otros recursos.

Servicios en línea

- 7 divisiones de contenido: Crianza de los hijos, Envejecimiento, Equilibrio, Próspero, Vida, Trabajo e Internacional
- Seminarios mensuales en línea y cursos de aprendizaje en línea con certificados de finalización
- Bases de datos de búsqueda y enlaces de recursos para proveedores de cuidado infantil, cuidado de ancianos y servicios relacionados, recursos de adopción, abogados, planificadores financieros certificados, cuidado de mascotas, escuelas secundarias y universidades públicas y privadas, y oportunidades de voluntariado
- Más de 100 archivos de audio en streaming y 100 archivos de vídeo que cubren una amplia gama de temas de salud
- Centro de Ahorro: programa de compras con descuento que ofrece hasta un 25% de descuento en artículos de marca
- Centro de Reubicación: un programa interactivo que permite a los usuarios obtener una vista previa de las comunidades en los EE. UU.

Servicios Legales

- Asesoramiento legal telefónico gratuito
- Cita gratuita de 30 minutos para consulta legal con un abogado local
- En la mayoría de los casos, 25% de descuento en servicios legales continuos
- Formularios legales disponibles para descargar (como testamentos, solicitud de certificado de defunción, etc.)
- Enciclopedia jurídica en línea
- No cubre disputas o acciones relacionadas con el empleador, el EAP o asuntos comerciales

Servicios financieros

- Citas gratuitas de asesoramiento financiero
- Los temas abordados incluyen bancarrota, presupuesto, compra de una casa, ahorros para la universidad, planificación de la jubilación
- Materiales educativos y hojas de trabajo financieras proporcionadas antes de las citas
- 40 calculadoras financieras disponibles en línea
- Recuperación de robo de identidad a través del monitoreo de crédito
- Reporte de crédito con descuento

EAP

FSA de Transporte (Commuter FSA)

Disponible solo en ubicaciones seleccionadas de los EE. UU. La inscripción se abre en diciembre para los empleados elegibles. Se compartirá información adicional por correo electrónico.

¿Por qué debería elegir el FSA de transporte?

Los beneficios para viajeros le permiten apartar dinero de su cheque de pago cada mes, antes de que se descuenten los impuestos, para gastos de transporte público calificados.

Ahorros rápidos: Puede ahorrar hasta 30% (basado en un tramo impositivo del 30%) o más en sus costos de viaje hacia y desde el trabajo.

Recupera horas en su día: El viaje promedio de ida al trabajo es de casi 30 minutos. Al usar el transporte público, puede usar ese tiempo para leer noticias, enviar mensajes de texto a amigos o comenzar el día.

Mejora su salud: Los estudios han demostrado que las personas que se desplazan hacia y desde el trabajo en un método que no sea un vehículo privado tienen un IMC más bajo. Y el camino al trabajo puede ser estresante.

Impacto ambiental: Hacer su parte para reducir la congestión del tráfico y la contaminación del aire.

¿Qué cubre?

Los fondos de los viajeros se pueden usar en una variedad de gastos de transporte que le permiten viajar hacia y desde el trabajo. Modos de transporte elegibles, incluidos, entre otros:

- Tren
- Autobús
- Metro
- Ferry
- Furgoneta compartida (Debe tener capacidad para al menos 6 adultos)

Consulta la lista interactiva de gastos elegibles de WEX en www.wexinc.com/insights/benefits-toolkit/eligible-expenses/



Regulaciones del IRS

Disponibilidad de fondos – Sus fondos están disponibles a medida que contribuye al plan, generalmente dentro de los 2-3 días posteriores a su contribución de nómina.

Cambios en las contribuciones – Puede ajustar la cantidad que aporta al plan cada mes en cualquier momento. No se necesita ningún evento calificado.

Rollovers y usar o perder– El plan de viajeros es flexible y sus fondos continuarán transfiriéndose mes a mes hasta que se utilicen los fondos. No obstante, sus fondos ya no estarán disponibles si deja de trabajar con Cook & Boardman.

¿No sabe cuánto aportar?

Utilice el My Commute Planner Tool para ayudarlo a calcular sus gastos estimados

2027 Límites mensuales de contribución	
Aparcamiento	$340
Transporte	$340

Contactos Importantes

ASEGURADORA / BENEFICIO	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB / EMAIL	NÚMERO DE GRUPO
Cigna / HSA Bank			
Médico	877-556-5379	www.mycigna.com	#3345254
Accidente	866-459-4272	www.mycigna.com	AI112429
Enfermedad crítica	866-459-4272	www.mycigna.com	CI112346
Indemnización Hospitalaria	866-459-4272	www.mycigna.com	HC111961
Cuenta de ahorros para la salud (HSA)	877-556-5379	www.mycigna.com	HSA Bank
Cuenta de Gastos Flexible (FSA)	877-556-5379	www.mycigna.com	Cigna
Ameritas			
Dental	800-487-5553	www.ameritas.com	100424
Visión	VSP: 800-877-7195	www.ameritas.com	100424
The Hartford			
Vida y Discapacidad	877-896-9320	www.thehartford.com	715529
WEX			
Tránsito	866-451-3399	www.wexinc.com	WEX
Fidelity			
401k	800-835-5097	www.401k.com	77027
My Group			
Programa de asistencia al empleado (EAP)	800.633.3353	www.mygroup.com Click Current Participants, then click Access Online Services	**cbxeap** (needed at first login)
Enfermera de Synergy			
Susan Guerra lunes a jueves – 9:00 a – 6:00 p viernes – 9:00 a – 12:30 p	704-275-0176	susang@synergyhealthcare.com	N/A

Avisos legales importantes que afectan la cobertura de su plan de salud

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER DE 1998 (WHCRA)

Si se sometió o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios que le otorga la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA). La cobertura de las personas que reciban beneficios de mastectomía se brindará como lo determinen el médico tratante y la paciente en los siguientes aspectos:

- Todas las etapas de la reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido un linfedema.

Estos beneficios están sujetos a los mismos deducibles y coseguros que se aplican a otros beneficios de medicina y cirugía de este plan.

INFORMACIÓN DE LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO

De conformidad con las leyes federales y por regla general, los planes colectivos y las aseguradoras de salud no pueden restringir los beneficios del tiempo de hospitalización de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. No obstante, la ley federal no le prohíbe al proveedor que atiende el parto darles el alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o las 96 horas, si es el caso), después de consultar a la madre. En cualquier caso, en virtud de la ley federal, los planes y las aseguradoras no le pueden exigir al proveedor obtener su aprobación para prescribir una hospitalización no mayor a 48 horas (o 96 horas).

AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si rehúsa inscribirse o inscribir a sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que cuentan con la cobertura de otro seguro o plan colectivo de salud, es posible que puedan inscribirse en este plan cuando ya no reúnan las condiciones de la otra cobertura (o si la otra empresa deja de realizar aportes para la cobertura). Sin embargo, debe inscribirse en el plazo 30 días después de que la otra cobertura termine (o después de que la otra empresa deje de realizar los aportes).

Asimismo, si tiene un nuevo dependiente porque contrajo matrimonio o tuvo, adoptó o recibió en colocación un hijo, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse. Sin embargo, debe inscribirse en el plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación.

Además, si rehúsa inscribirse o inscribir a sus dependientes con derecho a cobertura (incluido su cónyuge) durante la vigencia de la cobertura de Medicaid o de un programa CHIP del estado, es posible que puedan inscribirse en este plan si:

- pierden la cobertura de Medicaid o del programa estatal CHIP; o
- cumplen las condiciones para recibir un subsidio del estado como ayuda para pagar las primas.

En cualquier caso, debe inscribirse en el plazo de 60 días a partir del momento en que pierda la cobertura o de la fecha en que cumplió los requisitos para recibir la ayuda con las primas.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con una de las personas de la lista al final de este resumen.

DIVULGACIÓN DEL MODELO DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

El Plan de Salud de The CBX Solutions, LLC generalmente permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia.

En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa del Plan de Salud Grupal de The CBX Solutions, LLC ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se requiera que el profesional de la salud cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento preaprobado o los procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con Cigna

DIVULGACIÓN DEL PLAN DE BIENESTAR

Su plan de salud se compromete a ayudarlo a lograr su mejor salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si cree que no puede cumplir con un estándar para una recompensa bajo este programa de bienestar, es posible que califique para una oportunidad de ganar la misma recompensa por diferentes medios. Póngase en contacto con nosotros en hr@cbxsolutions.com y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted a la luz de su estado de salud.

STATEMENT OF ERISA RIGHTS

Como participante del plan, puede acceder a ciertos derechos y protecciones conforme a la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación para Empleados de 1974 (ERISA). Todos los participantes tendrán derecho a:

Recibir información sobre su plan y beneficios

- En la oficina de la administradora del plan o en otros lugares específicos, podrá examinar, sin costo alguno, el plan y sus documentos, tales como el contrato del seguro, y la copia de todos los documentos que el plan le haya presentado al Departamento de Trabajo de EE. UU., si los hay, como informes anuales y descripciones de los planes.
- Obtenga copia de los documentos y otra información del plan mediante una solicitud por escrito dirigida a la administradora del plan. La administradora del plan puede cobrar un precio justo por las copias.
- Reciba un resumen del informe financiero anual del plan, si es necesario presentarlo conforme a la ley ERISA. Por ley, la administradora del plan debe entregarle a cada participante una copia de este informe anual resumido, si existe.

Extensión de la cobertura del plan colectivo de salud

Si es el caso, usted puede prolongar la cobertura del plan de salud para usted, su cónyuge o sus dependientes, si pierden la cobertura del plan debido a un evento calificador. Puede que usted y sus dependientes tengan que pagar dicha cobertura. Consulte las normas sobre los derechos a la continuidad de cobertura de la ley COBRA en la descripción resumida y los documentos que rigen el plan.

Acciones prudentes de las fiduciarias del plan

Además de generar derechos para los participantes, la ley ERISA les impone ciertas obligaciones a las personas a cargo de la operación del plan. Estas personas, que se llaman “fiduciarias” del plan, tienen el deber de operar el plan con prudencia y en favor de sus intereses y de otros participantes del plan. Nadie, ni la empresa ni ninguna otra persona, puede despedirlo ni discriminarlo para impedir que reciba los beneficios de bienestar o ejerza los derechos que le otorga la ley ERISA.

Ejerza sus derechos

Si le niegan una parte o toda su reclamación de un beneficio de bienestar, le deben informar el motivo de la negación por escrito. Usted tiene derecho a que el plan revise y reconsidere la reclamación.

De acuerdo con la ley ERISA, estos son los pasos que puede seguir para hacer valer estos derechos. Por ejemplo, si le solicita materiales a la administradora del plan y no los recibe en el plazo de 30 días, puede interponer una demanda ante un tribunal federal. En tal caso, el tribunal le puede exigir a la administradora del plan que presente los materiales y le pague hasta $110 diarios hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no fueran enviados debido a causas que se salen del control de la administradora del plan. Si le negaron o ignoraron una reclamación de beneficios, sea de forma parcial o total, y ya agotó los procedimientos de reclamación del plan, puede interponer una demanda en un tribunal estatal o federal. En caso de que las fiduciarias estén malversando el dinero del plan o lo discriminen por hacer valer sus derechos, puede solicitar la ayuda del Departamento del Trabajo de EE. UU. o interponer una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas procesales y los honorarios legales. Si el tribunal falla a su favor, puede ordenarle a la persona demandada que pague tales costas y honorarios. Si falla en su contra (por ejemplo, considera que su reclamación es insustancial) el tribunal puede ordenarle pagar tales costas y honorarios.

Ayuda con preguntas

Si tiene preguntas sobre el plan, esta declaración o los derechos que le confiere la ley ERISA, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. que aparece en el directorio telefónico o con la División de Ayuda Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU., 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Las preguntas relacionadas con esta información pueden dirigirse a: Emily Towery

1 West 4th Street, Suite 1300, Winston-Salem, NC 27101

336-768-8872, HR@cbxsolutions.com

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. ***Por favor, revíselo detenidamente.***

La información de contacto para preguntas o quejas está disponible al final del aviso.

Sus derechos

Usted tiene derecho a::

- Obtenga una copia de sus registros de salud y reclamaciones
- Corrija sus registros de salud y reclamaciones
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido tu información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elige a alguien para que actúe en tu nombre
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información a medida que:

- Responda las preguntas de cobertura de su familia y amigos
- Proporcionar socorro en caso de desastre
- Comercialice nuestros servicios y venda su información

Our Uses and Disclosures

Es posible que usemos y compartamos su información a medida que:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Pague por sus servicios de salud
- Administre su plan de salud
- Ayuda con problemas de salud pública y seguridad
- Investiga
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia de los registros de salud y reclamaciones

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

Pedirnos que corrijamos los registros de salud y reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntanos cómo hacerlo.
- Es posible que digamos "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito, generalmente dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud hasta seis años antes de la fecha en que la solicitó, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una cuenta al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

Elige a alguien para que actúe en tu nombre

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si cree que se violan sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

En el caso de cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre

  Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.
- En estos casos, nunca compartimos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito:

  Propósitos de marketing

  Venta de su información

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud?

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Pague por sus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud a medida que pagamos por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.

Administre su plan

Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su empresa nos contrata para proporcionar un plan de salud, y nosotros le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar la información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud??

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud pública y seguridad

Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones, tales como::

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con las retiradas de productos
- Notificación de reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Investiga
Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud.
Cumplir con la ley
Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.
Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Podemos compartir su información de salud con organizaciones de procuración de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un médico forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona fallece.

Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
Podemos usar o compartir su información de salud:
- Para reclamos de compensación para trabajadores
- Con fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con los organismos de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales
Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades
- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísanos por escrito si cambias de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html.
Cambios a los Términos de este Aviso
Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web (si corresponde), y le enviaremos una copia por correo.
Otras instrucciones para la notificación
- Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2027

Aviso importante de The CBX Solutions Group, LLC sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Por favor, lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con CBX Solutions Group, LLC y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. CBX Solutions, LLC ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por CBX Solutions, LLC Health Plan para el año del plan 2027, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura actual de medicamentos recetados acreditable, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que se apliquen las siguientes opciones:

- Usted puede permanecer en CBX Solutions, LLC Health Plan y no inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en este momento. Es posible que pueda inscribirse en el programa de medicamentos recetados de Medicare en una fecha posterior sin penalización:
    - Durante el período de inscripción anual de medicamentos recetados de Medicare, o
    - Si pierde la cobertura acreditable de CBX Solutions, LLC Health Plan.
- Puede permanecer en CBX Solutions, LLC Health Plan y también inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. El plan de salud CBX Solutions, LLC será el pagador principal de los medicamentos recetados y la Parte D de Medicare se convertirá en el pagador secundario.
- Usted puede rechazar la cobertura de CBX Solutions, LLC Health Plan e inscribirse en Medicare como su único pagador de todos los gastos médicos y de medicamentos recetados. Si no se inscribe en el plan de salud de CBX Solutions, LLC, no podrá recibir cobertura a través del plan a menos que y hasta que sea elegible para volver a inscribirse en el plan en el próximo período de inscripción abierta o debido a un cambio de estado en el plan de cafetería o evento especial de inscripción.

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con CBX Solutions Group, LLC y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar en al menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el siguiente mes de octubre para unirte.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados...

Póngase en contacto con la persona que se indica a continuación para obtener más información.

NOTA: Recibirás este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de CBX Solutions Group, LLC cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare…

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados se encuentra en el manual "Medicare y usted". Todos los años, Medicare le enviará una copia del manual por correo. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

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

- Visitar www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted" para obtener su número de teléfono) 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 ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

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

Fecha:	1 de enero, 2027
Nombre o Entidad/Remitente:	CBX Solutions Group, LLC
Contacto – Cargo/Oficina:	Emily Towery, Chief Human Resources Officer
Dirección:	1 West 4th Street, Suite 1300, Winston-Salem, NC 27101
Número de teléfono:	336-768-8872

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

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

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

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

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

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

ALABAMA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447
ALASKA – Medicaid
The AK Health Insurance Premium Payment Program Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
CALIFORNIA – Medicaid
Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Website: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) & Child Health Plan Plus (CHP+)
Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Customer Service: 1-855-692-6442

GEORGIA – Medicaid
GA HIPP Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2
INDIANA – Medicaid
Programa de Pago de Primas de Seguro de SaludTodos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Or http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: 1-800-403-0864; Teléfono de Servicios para Miembros: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)
Sitio web de Medicaid: Iowa Medicaid | Health & Human Services; Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Hawki Sitio web: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa | Health & Human Services; Hawki Teléfono: 1-800-257-8563 HIPP Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) | Health & Human Services (iowa.gov) HIPP Teléfono: 1-888-346-9562
KANSAS – Medicaid
Website: https://www.kancare.ks.gov/; Phone: 1-800-792-4884; HIPP Phone: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid
Sitio web del Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro Médico de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328; Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Sitio web: https://kynect.ky.gov; Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms
LOUISIANA – Medicaid
Sitio web: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp; Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid
Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003; TTY: Maine relay 711 Página web de primas de seguros de salud privados:https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740; TTY: Maine relay 711
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa ; Teléfono: 1-800-862-4840; TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid
Sitio web: http://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsphttps://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3739
MISSOURI – Medicaid
Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm; Phone: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP; Teléfono: 1-800-694-3084 Email: HHSHIPPProgram@mt.gov
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://dhcfp.nv.gov; Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218; Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Email: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NEW JERSEY – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/; Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de Medicaid: 609-631-2392; Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)

NEW YORK – Medicaid
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/; Teléfono: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/; Teléfono: 919-855-4100
NORTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare; Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org; Teléfono: 1-888-365-3742
OREGON – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx; Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)
RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/; Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Direct RIte Share Line)
SOUTH CAROLINA – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov; Teléfono: 1-888-549-0820
SOUTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: http://dss.sd.gov; Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program | Texas Health and Human Services Teléfono: 1-800-440-0493
UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web de la Asociación de Primas para el Seguro de Salud (UPP) de Utah: https://medicaid.utah.gov/upp/ Email: upp@utah.gov; Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/
VERMONT – Medicaid
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program | Department of Vermont Health Access Teléfono: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ ; Teléfono: 1-800-562-3022
WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ or http://mywvhipp.com/; Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 CHIP Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de 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. 6156

Cobertura del Mercado de Seguros Médicos
Opciones y su cobertura de salud

Form Approved

OMBNo.1210-0149

PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos (“Mercado”). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un “punto único de compra” para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 % de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de “valor mínimo” establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.[1][2]

Nota: si compra un plan de salud a través del Mercado, en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que, si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.

[1] Indexado anualmente; consulte https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf para 2023.

[2] Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la “norma de valor mínimo” si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. **A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la “norma de valor mínimo”, el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.**

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificativos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificativo para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **ofrece un período temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitando directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/ para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte el Resumen de la descripción del plan de salud o comuníquese con

Nombre:	The CBX Solutions Group, LLC
Contacto--Cargo/Oficina:	Emily Towery, Chief Human Resources Officer
Dirección:	1 West 4th Street, Suite 1300, Winston-Salem, NC 27101
Número de Teléfono:	336-768-8872

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para corresponder a la aplicación de Marketplace.

3. Nombre del empleador The CBX Solutions Group, LLC	4. Número de Identificación del Empleador(EIN) 27-2424824	
5. Dirección del empleador One West 4th Street, Suite 1300	6. Número de teléfono del empleador (336) 768-8872	
7. Ciudad Winston Salem	8. Estado NC	9. Código postal 27101
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo?? Emily Towery		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico etowery@cbxsolutions.com	

Aquí hay información básica sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:

  ☐ Todos los empleados. Los empleados elegibles son::

  ☒ Algunos empleados. Los empleados elegibles son::

  Empleados regulares que trabajen al menos 30 horas a la semana.

- Con respecto a los dependientes:

  ☒ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

  Cónyuges, hijos biológicos, hijos adoptivos, hijastros e hijos para los cuales el empleado tiene responsabilidades de tutela legal.

  ☐ No ofrecemos cobertura

☒ Si se selecciona, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo*, y el costo de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, según los salarios de los empleados

** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a otra (tal vez sea un empleado por hora o trabaje a comisión), si es un nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.

Si decide comprar cobertura en el Mercado, HealthCare.gov lo guiará a través del proceso. Esta es la información del empleador que ingresará cuando visite HealthCare.gov para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

Notas

Notas

Este folleto resume los planes de beneficios que están disponibles para los empleados elegibles de The Cook and Boardman Group LLC y sus dependientes. Los documentos oficiales del plan, las pólizas y los certificados de seguro contienen los detalles, las condiciones, los niveles máximos de beneficios y las restricciones de los beneficios. Estos documentos rigen su programa de beneficios. En caso de conflicto, prevalecen los documentos oficiales. Estos documentos están disponibles previa solicitud a través del Departamento de Recursos Humanos. La información proporcionada en este folleto no es una garantía de beneficios.