



WHITMAN COLLEGE

# BENEFICIOS PARA EMPLEADOS 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Lea el aviso de Divulgación de cobertura acreditable individual para obtener más información. Si tiene preguntas sobre sus opciones, comuníquese con Recursos Humanos o con nuestro asesor de beneficios, Parker, Smith & Feek.

# Tabla de contenido

Bienvenido a Whitman College.....	1	Seguro de vida y AD&D .....	22
Requisitos de elegibilidad.....	2	Bienestar de los empleados.....	24
¿Adónde me dirijo si tengo preguntas? .....	3	Programa de Asistencia al Empleado .....	24
Defensa de los beneficios: Aquí para ayudar.....	3	Asistencia en viaje .....	26
¿Cuánto tengo que pagar?.....	4	Información legal importante .....	27
Información del contacto.....	6	La reforma de salud.....	27
Cobertura médica.....	7	Recordatorios Anuales .....	27
Cobertura de farmacia.....	9	Aviso importante de Whitman College sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare .....	29
Virtuales y Atención Telefónica.....	11	Asistencia de Prima bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños.....	32
Cobertura Dental .....	15		
Cobertura de la vista .....	16		
Arreglos de gastos flexibles.....	17		
Seguro de Vida y Discapacidad.....	20		
Ingreso por discapacidad.....	20		

La información de este Resumen de beneficios se presenta con fines ilustrativos y se basa en la información proporcionada por el empleador. El texto contenido en este Resumen se tomó de varias descripciones resumidas del plan e información de beneficios. Si bien se hizo todo lo posible para informar con precisión sus beneficios, siempre es posible que haya discrepancias o errores. En caso de discrepancia entre el Resumen de beneficios y los documentos reales del plan, prevalecerán los documentos reales del plan. Para obtener asesoramiento fiscal o legal específico, consulte con su propio asesor fiscal o legal para obtener ayuda. Toda la información es confidencial, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. Si tiene alguna pregunta sobre este resumen, comuníquese con Recursos Humanos.

# BIENVENIDO A WHITMAN COLLEGE



¡Bienvenidos a Whitman College! Nos complace ofrecer al personal y al facultad elegibles un paquete de beneficios competitivo. Nuestro plan de atención médica se renueva el 1 de enero de cada año. Esto significa que al considerar tus elecciones, ten en cuenta que lo que selecciones estará vigente hasta el próximo 1 de enero. También somos un plan autoasegurado, lo que significa que el costo de los reclamos no catastróficos (aquellos menores de \$175,000 durante un año calendario) corren a cargo del Colegio.

En consulta con los Comités de Beneficios de la Facultad y el Personal, hemos tomado las siguientes decisiones relacionadas con nuestras ofertas de beneficios vigentes January 1, 2024:

- Primera Blue Cross continuará administrando nuestros beneficios médicos y dentales
- Vision Service Plan (VSP) seguirá siendo nuestro proveedor de exámenes de la vista de rutina y beneficios de materiales (lentes y monturas)
- Los beneficios de vida y discapacidad continuarán con Reliance Standard
- Nuestro Programa de Asistencia al Empleado continuará con Canopy
- Seguirá pudiendo reservar dólares antes de impuestos en una Cuenta de Gastos Flexible (FSA) para gastos de atención médica o de atención de dependientes, administrada por Navia Benefit Solutions.

Lo que usted paga por sus beneficios médicos, visión y de recetas se basa en su salario, como se ilustra en las páginas 5 y 6.

Whitman College paga las primas completas solo para empleados por la cobertura dental y usted seguirá siendo responsable del costo total para cubrir a los miembros elegibles de su familia.

Esta guía de beneficios proporciona la información que usted y su familia necesitan para tomar decisiones sobre sus beneficios. Tómese unos minutos para revisar esta importante información para que pueda tomar las mejores decisiones de cobertura para usted y su familia.

# Requisitos de elegibilidad

## Empleados de tiempo completo

Empleado a tiempo completo	Dependientes	Periodo de espera
Empleados que trabajan 1,560 horas por año (equivalencia de tiempo completo (FTE) de 0.75 o más)	Su cónyuge legal o pareja de hecho* Los hijos dependientes pueden estar cubiertos hasta los 26 años	1 del mes coincidente o siguiente siguiente fecha de contratación o cambio de estatus

Los empleados de tiempo completo son elegibles para los siguientes beneficios:

- Planes médicos/de prescripción/de la vista
- Plan de ahorro para la jubilación
- Plan de gastos flexibles para el cuidado de la salud y el cuidado de dependientes
- Programa de Asistencia al Empleado
- Plan Dental
- Seguro de vida grupal
- Seguro grupal AD&D
- Seguro de vida y AD&D opcional
- Seguro de vida grupal opcional para dependientes
- Seguro de discapacidad a largo plazo

## Empleados a tiempo parcial

Empleado a tiempo parcial	Dependientes	Periodo de espera
Empleados que trabajan menos de 1,560 horas por año pero al menos 910 o más horas por año (.44 - .74 FTE)	Su cónyuge legal o pareja de hecho* Los hijos dependientes pueden estar cubiertos hasta los 26 años	1 del mes coincidente o siguiente siguiente fecha de contratación o cambio de estatus

Los empleados a tiempo parcial tienen derecho a los siguientes beneficios:

- Planes médicos/de prescripción/de la vista
- Plan de ahorro para la jubilación
- Plan de gastos flexibles para el cuidado de la salud y el cuidado de dependientes
- Programa de Asistencia al Empleado

*\* La pareja de hecho debe cumplir todos los requisitos incluidos en la "Affidavit of Qualifying Domestic Partnership". La pareja calificada tiene los mismos derechos y prestaciones que el cónyuge. La cobertura también incluye a los hijos calificados de la pareja. Pueden aplicarse algunas diferencias de estatus fiscal.*

## Cambios de inscripción

Para los nuevos empleados, esta es su oportunidad de inscribirse en el Whitman College Plan de Beneficios para Empleados. Debe inscribirse usted y sus dependientes dentro de los 30 días posteriores a la elegibilidad para los beneficios. Puede inscribir a los dependientes elegibles al mismo tiempo que se inscribe.

Una vez que esté inscrito en los beneficios, por lo general no podrá realizar cambios hasta la próxima Inscripción Abierta anual. La inscripción abierta es su única oportunidad cada año para revisar su cobertura y hacer cambios en sus beneficios. También es su oportunidad de inscribirse si rechazó la cobertura cuando se convirtió en elegible por primera vez. Los cambios de inscripción abierta entran en vigencia el 1 de enero de cada año.

Excepto durante la Inscripción abierta, puede realizar cambios en sus beneficios durante el año solo si experimenta un cambio de estado calificado. Consulte la sección Inscripción especial más adelante en este documento (página 27).

## ¿Adónde me dirijo si tengo preguntas?

- Ver página 6 para números de atención al cliente y sitios web de los compañías de seguros.
- Si necesita ayuda para completar los formularios de inscripción abierta, comuníquese con Recursos Humanos al (509) 527-5173 o por correo electrónico a [HR@whitman.edu](mailto:HR@whitman.edu).

## Defensa de los beneficios: Aquí para ayudar

### Parker, Smith & Feek, Inc.

Whitman College también se ha asociado con Parker, Smith & Feek para brindarle a usted y a su familia asistencia individualizada con problemas de seguros que no pueden resolver directamente con las compañías de seguros. Esto incluye problemas de reclamos, preguntas de elegibilidad, problemas de red y preguntas generales de atención médica o seguros.



Su gerente de cuentas	Correo electrónico	Teléfono
Laura Fielding	<a href="mailto:lafielding@psfinc.com">lafielding@psfinc.com</a>	(800) 457-0220 x3685

# ¿Cuánto tengo que pagar?

## Cobertura solo para empleados

El monto que paga por su cobertura exclusiva para empleados depende de sus ingresos anuales y es el siguiente:

### Categoría 1

- Los empleados de tiempo completo y de tiempo parcial que trabajen 130 horas o más por mes y cuyos salarios anuales sean iguales o inferiores a las pautas federales de pobreza de servicios humanos y de salud (actualmente \$30,000 para una familia de cuatro miembros) estarán exentos de hacer una contribución de prima mensual para Cobertura sólo para empleados. Whitman College pagará el 100% de la parte de la prima mensual del empleado.

### Categoría 2

- Los empleados a tiempo completo y a tiempo parcial que trabajen 130 o más horas regulares al mes y cuyo salario anual sea superior a \$30,000 pagarán una contribución a la prima mensual equivalente al 0.65% de su salario. Si recibe un aumento de salario durante el año, su prima mensual única de empleado se volverá a calcular en función del nuevo salario.

Ejemplo: si actualmente gana \$35,000 o \$60,000 por año, entonces usaría el siguiente cálculo para determinar el costo de la prima mensual solo para empleados:

Salario del empleado \$60,000 x .0065 = \$390/12 meses = \$32.50 por mes

Salario del empleado \$35,000 x .0065 = \$227.50/12 meses = \$18.96 por mes

### Categoría 3

- Las primas mensuales para los empleados a tiempo parcial que trabajen menos de 130 horas al mes pero al menos 910 horas al año seguirán siendo prorrateadas, con base en el porcentaje equivalente a tiempo completo. Por ejemplo, un empleado a tiempo parcial que trabaja 24 horas a la semana pagará el 40% de la prima mensual.

## Cobertura Familiar

En función de su salario, pagará entre el 45% y el 55% del costo de la prima para cubrir a los miembros elegibles de su familia para cobertura médica, oftalmológica y de medicamentos recetados. Continuará pagando el 100% del costo de la prima para cubrir a los miembros elegibles de su familia para la cobertura dental. Consulte el siguiente cuadro que describe las contribuciones en las que usted y Whitman incurrirán para cubrir a los miembros de su familia, para cobertura médica/de la vista y dental.

Por mes, efectivo 1 de enero de 2024	Medica y Visión	Medica y Visión	Medica y Visión
	Tu contribución	Whitman College paga	Prima Total
<b>Empleado</b>			
	Categoría 1, 2 o 3	Varía	\$837
<b>Cónyuge/pareja de hecho*</b>			
<\$35,000	\$319	\$390	\$709
\$35,000-\$55,000	\$337	\$372	\$709
\$55,001-\$70,000	\$355	\$354	\$709
\$70,001-\$90,000	\$372	\$337	\$709
>\$90,000	\$390	\$319	\$709
<b>Niño o Niños</b>			
<\$35,000	\$288	\$353	\$641
\$35,000-\$55,000	\$304	\$337	\$641
\$55,001-\$70,000	\$321	\$320	\$641
\$70,001-\$90,000	\$337	\$304	\$641
>\$90,000	\$353	\$288	\$641
<b>Cónyuge/pareja de hecho* e hijos</b>			
<\$35,000	\$607	\$742	\$1,349
\$35,000-\$55,000	\$641	\$708	\$1,349
\$55,001-\$70,000	\$675	\$674	\$1,349
\$70,001-\$90,000	\$708	\$641	\$1,349
>\$90,000	\$742	\$607	\$1,349

Por mes, efectivo 1 de enero de 2024	Dental	Dental	Dental
	Tu Contribución	Whitman College paga	Prima Total
<b>Empleado</b>	\$0	\$44	\$44
<b>Cónyuge/pareja de hecho*</b>	\$44	\$0	\$44
<b>Niño o Niños</b>	\$32	\$0	\$32
<b>Cónyuge/pareja de hecho* e hijos</b>	\$76	\$0	\$76

\* Incluye cobertura de beneficios para parejas de hecho y sus hijos. Debido a las regulaciones del IRS, las contribuciones de las parejas de hecho se realizan después de impuestos. Además, cualquier prima pagada por Whitman College en nombre de una pareja de hecho se considerará ingreso imponible para el empleado.

Tenga en cuenta que cuando sus contribuciones se descuenten de su cheque de pago antes de impuestos, según lo permite la Sección 125 del Código de Rentas Internas. Las reglas del IRS establecen que una vez que haga su elección de inscripción para el año, no se le permitirá cambiar esa elección hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que tenga un cambio en el estado familiar, como matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo, o cambio de situación laboral. Esto significa que no puede cancelar la cobertura de un dependiente durante el año a menos que haya un cambio calificado en el estado familiar.

# Información del contacto

Consulte esta lista cuando necesite ponerse en contacto con un proveedor de beneficios.

Para obtener información general, comuníquese con Recursos Humanos.

<b>Inscripción y elegibilidad</b>	Recursos humanos	509-527-5173	<a href="mailto:HR@whitman.edu">HR@whitman.edu</a>
<b>Médico, visión y medicamentos recetados</b>	Premera Blue Cross Línea de enfermería	800-722-1471 800-841-8343	<a href="http://www.premera.com">www.premera.com</a>
<b>Recetas pedido por correo</b>	Express Scripts	800-391-9701	
<b>Atención virtual</b>	98point6 DoctorOnDemand		<a href="http://www.98point6.com/premera">www.98point6.com/premera</a> <a href="http://www.doctordemand.com/premera">www.doctordemand.com/premera</a>
<b>Salud conductual</b>	TalkSpace		<a href="http://www.talkspace.com/premera">www.talkspace.com/premera</a>
<b>Dental</b>	Premera Blue Cross	800-722-1471	<a href="http://www.premera.com">www.premera.com</a>
<b>Visión</b>	Vision Service Plan	800-877-7195	<a href="http://www.vsp.com">www.vsp.com</a>
<b>Acuerdo de gastos flexibles (FSA)</b>	Navia Benefits	800-669-3539	<a href="http://www.naviabenefits.com">www.naviabenefits.com</a> <a href="mailto:flexplan@naviabenefits.com">flexplan@naviabenefits.com</a>
<b>Programa de asistencia al empleado (EAP)</b>	Canopy	800-433-2320	<a href="http://www.canopywell.com">www.canopywell.com</a>
<b>Asistencia en viaje</b>	On Call internacional	A NOSOTROS: 800-456-3893 Fuera de EE. UU.: 603-328-1966	<a href="http://www.reliancestandard.com">www.reliancestandard.com</a>
<b>Seguro de Vida/AD&amp;D y Discapacidad a Largo Plazo</b>	Reliance Standard		<a href="http://www.reliancestandard.com">www.reliancestandard.com</a>
<b>Promoción de beneficios</b>	Laura Fielding Parker, Smith & Feek	(800) 457-0220 x3685 lafielling@psfinc.com	<a href="http://www.psfinc.com">www.psfinc.com</a>



# COBERTURA MÉDICA



## Primera Blue Cross

### Resumen de beneficios

El plan lo alienta a usar proveedores dentro de la red al cobrarle copagos y montos de coseguro más bajos. Los proveedores dentro de la red aceptan facturar a Primera directamente y aceptar una tarifa negociada como pago total. Los proveedores fuera de la red no lo han hecho y es posible que deba pagar montos superiores al cargo permitido de Primera (también llamado facturación de saldo). Para encontrar una lista de proveedores dentro de la red, vaya a [www.primera.com](http://www.primera.com) y busque proveedores en la Red **Heritage Plus**. El deducible y el desembolso máximo se basan en el año calendario y se restablecen cada 1 de enero.

NO OLVIDES TU EXAMEN ANUAL.

LA ATENCIÓN PREVENTIVA ESTÁ CUBIERTA AL 100%.

-		Dentro de la red: Heritage Plus
<b>Deducible anual</b>		
<i>Individual</i>		\$500
<i>Máximo por familia</i>		\$1,000
<b>Máximo de desembolso</b>		
<i>Individual</i>		\$2,500
<i>Máximo por familia</i>		\$5,000
<b>Cuidado preventivo</b>		
<i>Examen de rutina</i>		Pagado al 100%, sin deducible
<i>Servicios de laboratorio</i>		Pagado al 100%, sin deducible
<b>Servicios Médicos</b>		
<i>Visitas a la oficina</i>		Pagado al 100% después de un copago de \$25, sin deducible
<i>Paciente interno</i>		Pagado al 80% después del deducible
<b>Servicios de laboratorio y rayos X para pacientes ambulatorios</b>		Pagado al 80%, sin deducible
<b>Servicios de emergencia</b>		Pagado al 80% después del deducible
<b>Servicios Hospitalarios</b>		
<i>Paciente hospitalizado y ambulatorio</i>		Pagado al 80% después del deducible
<b>Rehabilitación ambulatoria</b>		
<i>45 visitas por año calendario</i>		Pagado al 100% después de un copago de \$25, sin deducible
<b>Consulta de salud mental ambulatorio</b>		Pagado al 100% después de un copago de \$25, sin deducible
<b>Manipulaciones espinales</b>		
<i>12 visitas por año calendario</i>		Pagado al 100% después de un copago de \$25, sin deducible
<b>Acupuntura</b>		
<i>12 visitas por año calendario</i>		Pagado al 100% después de un copago de \$25, sin deducible
<b>Examen de la vista</b>		Pagado al 100%, sin deducible
<b>Fuera de la red</b>		
<b>Deducible fuera de la red</b>		\$500
<i>Máximo por familia</i>		\$1,000
<b>Máximo de bolsillo fuera de la red</b>		
<i>Individual</i>		\$4,500
<i>Máximo por familia</i>		\$9,000
<b>Coseguro fuera de la red</b>		Pagado al 60% después del deducible

# COBERTURA DE FARMACIA



## Primera Blue Cross

### Resumen de beneficios

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos que se han clasificado en tipos de medicamentos según el costo, la eficacia y la disponibilidad de opciones dentro de los grupos terapéuticos. Nuestro beneficio de farmacia utiliza el Formulario de Essentials, que se basa en el uso de medicamentos preferidos que son efectivos y de menor costo, y requieren una receta para comprarlos. Si elige comprar medicamentos preferidos, su copago será más bajo. Si toma un medicamento con regularidad, le recomendamos que lo compre a través de nuestro programa de pedidos por correo. Experimenta la comodidad de la entrega a domicilio y a un menor costo para usted. ¡El pedido por correo le permite comprar un suministro de medicamentos para hasta 90 días por solo dos copagos minoristas!

Este plan requiere el uso de medicamentos genéricos apropiados. Cuando esté disponible, se dispensará un medicamento genérico en lugar de un medicamento de marca. Si no se fabrica un equivalente genérico, se aplicará el copago o coseguro de marca correspondiente. Usted o la persona que receta puede solicitar un medicamento de marca en lugar de un genérico, pero si hay un equivalente genérico disponible, deberá pagar la diferencia de precio entre el medicamento de marca y el equivalente genérico, además de pagar el costo correspondiente. copago o coseguro de medicamentos de marca. Si existe una razón médica por la que no puede tomar el genérico, puede apelar el requisito del genérico ante Primera para que se le exonere de la sanción.

	Venta minorista (suministro para 30 días)	Pedido por correo (suministro para 90 días)
<b>Genéricos preferidos</b>	Copago de \$10 por receta	Copago de \$20 por receta
<b>Marca preferida</b>	Copago de \$20 por receta	Copago de \$40 por receta
<b>Medicamentos de especialidad preferidos</b> <i>A través de la farmacia especializada de pedido por correo de Accredio únicamente</i>	No disponible	Copago de \$40 por receta, suministro limitado a 30 días
<b>Genérico/de marca no preferido</b>	Copago de \$80 por receta	Copago de \$160 por receta
<b>Especialidad no preferida</b>	No disponible	Copago de \$80 por receta, suministro limitado a 30 días
<b>Aviso sobre la Parte D de Medicare</b>	Nuestros planes médicos ofrecen lo que se denomina "cobertura acreditable", lo que significa que una persona elegible para Medicare no tendrá que comprar un suplemento de la Parte D de Medicare para medicamentos recetados y no estará sujeta al cargo mensual por inscripción tardía del 1% evaluado por Medicare para comprar la Parte D en una fecha posterior. Si tiene preguntas sobre sus opciones, comuníquese con Recursos Humanos.	

Las recetas minoristas de una farmacia fuera de la red están cubiertas al 60% después del copago aplicable. No hay cobertura para medicamentos especializados o pedidos por correo de una farmacia que no pertenezca a la red.

Al surtir una receta en la farmacia, el sistema Premera buscará automáticamente ofertas de tarjetas de descuento que estén disponibles. Si el precio de la tarjeta de descuento es menor que su copago regular, se aplicará el precio de la tarjeta de descuento.

## ¿Está cubierto mi medicamento? ¿Son preferidos?

Para averiguar qué medicamentos forman parte del Formulario Essentials:

1. Visitar [www.premera.com](http://www.premera.com)
2. Desplácese hasta la parte inferior y, en Farmacia, seleccione "Medicamentos cubiertos".
3. Seleccione el formulario E1/E4 para obtener una lista completa de clasificaciones de medicamentos

Una vez que esté inscrito en Premera, puede buscar en el formulario desde su portal para miembros:

1. Inicie sesión en su portal de miembros en [www.premera.com](http://www.premera.com)
2. En "Recetas" en la parte superior de la página, seleccione "Administrar recetas"
3. Seleccione "Buscar precios de medicamentos" para acceder a la herramienta interactiva de costos y cobertura de Express Scripts

# VIRTUALES Y ATENCIÓN TELEFÓNICA



## 98point6 o Doctor on Demand

La atención virtual brinda acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a un médico de familia o pediatra autorizado y certificado por la junta a través de mensajes de texto o video, y puede usarse para muchos de sus problemas médicos. Reemplaza las visitas costosas y los largos tiempos de espera en la sala de emergencias o en la clínica de atención de urgencia para diagnosticar y tratar los problemas médicos agudos que no son de emergencia que puedan surgir, como:

- Resfriado y gripe
- Dolor de garganta
- Erupciones cutáneas
- Alergias
- Dolor de cabeza
- Bronquitis
- Infección del tracto urinario
- Fiebre
- Asma
- ¡Y mucho más!

Los médicos también pueden escribir recetas a corto plazo y enviarán el guión electrónicamente a la farmacia de su elección. Después de la visita, a petición suya, el médico enviará notas electrónicas de la historia clínica a su médico de atención primaria. La atención virtual no sustituye a un médico de atención primaria.

## ¿Como funciona?

Descarga la aplicación y configura tu cuenta. Asegúrese de tener lista su tarjeta de identificación de Premera. El tiempo de espera promedio es 3–7 minutos. Puede tener su visita a través de un teléfono inteligente, una tableta o una computadora.

Servicios	98point6	Doctor on Demand
Acceso 24/7	<a href="http://www.98point6.com/premera">www.98point6.com/premera</a>	<a href="http://www.doctorondemand.com/premera">www.doctorondemand.com/premera</a>
Entrega de atención	Mensaje de texto	Teléfono Chat de vídeo
Tipo de proveedor	Atención primaria Atención de urgencia Dermatología	Atención primaria Atención de urgencia Dermatología Salud mental
Otro	Recetar medicamentos Ordenar exámenes médicos	Recetar medicamentos Ordenar exámenes médicos

## Atención de la salud conductual de Talkspace



Puede recibir asesoramiento sobre salud conductual a través de TalkSpace. Una vez que haya establecido una relación con su proveedor, tendrá acceso a mensajes de texto ilimitados. Vaya al sitio de TalkSpace en <https://redemption.talkspace.com/redemption/premera> o la aplicación móvil y seleccione el proveedor que mejor se adapte a sus criterios de atención antes de programar su cita.

## Brightline



Brightline es un beneficio de salud conductual disponible para usted y sus hijos cubiertos por el plan médico. Ya sea que usted y sus hijos estén enfrentando la presión escolar, los IEP, la ansiedad, las redes sociales y los ciberacosadores, el comportamiento duro, la autoestima u otras cosas difíciles, el equipo experto de terapeutas, entrenadores y otros de Brightline está aquí para ayudarlo. ¡Empiece a utilizar Brightline hoy! <https://www.hellobrightline.com/premera?referrer=access>

*\*Tenga en cuenta: los servicios de Brightline son beneficios cubiertos por los planes de salud de Premera, para niños cubiertos como dependientes en estos planes. Brightline verificará su elegibilidad cuando se registre. Se pueden aplicar copagos*

## Aplicación Premera MyCare



A través de la aplicación Premera MyCare, tiene acceso a todos sus proveedores de atención virtual en un solo lugar. No es necesario que recuerdes todas las soluciones, ya que esta aplicación las pone a tu disposición en una sola aplicación sencilla. Utilice este código QR para descargar la aplicación y obtener acceso a todos los proveedores de atención virtual de Premera que se describen en las páginas 11 - 14.

## Terapia física



Omada lo conecta con un fisioterapeuta experto a través de su teléfono o dispositivo inteligente. Recibirá una visita por video en vivo, una evaluación y un plan de tratamiento personalizado para que pueda volver a sentirse mejor rápidamente. Incluso pueden enviarle equipos de ejercicio portátiles a su hogar. Visite <https://msk.omadahealth.com/go/premera> para comenzar.

## Apoyo para condiciones crónicas con Livongo



Premera ofrece un programa integral de apoyo a enfermedades crónicas a través de Livongo para ayudar a cualquier persona con el control de la diabetes, la prevención de la diabetes y el control de la hipertensión. Livongo también ofrece un programa de control de peso para quienes califican. Si califica, obtendrá:

- Apoyo de salud personal de entrenadores expertos.
- Apoyo a la gestión y la estrategia
- Tecnología conectada que ofrece resultados en tiempo real y monitoreo remoto
- Soporte de contenido de educación continua

La participación es completamente voluntaria y puede optar por no participar en cualquier momento. Livongo se comunicará con cualquier persona que cumpla con los criterios para participar en el programa o puede llamar al 1-800-945-4355.

## Centros de Excelencia (COE)

El COE ofrece precios favorables y servicios de calidad de proveedores designados para cirugías aprobadas. Este beneficio está disponible para reemplazos de rodilla y cadera, CART y terapia génica, cirugía de columna, atención cardíaca, cirugía bariátrica, maternidad, oncología, trasplantes y tratamiento y recuperación por uso de sustancias. Cuando aprovecha el programa de Centros de Excelencia, también obtiene costos de bolsillo más bajos ya que no se le aplicará el deducible ni el coseguro, lo que significa que su cirugía estará cubierta en su totalidad. Los proveedores son seleccionados por su atención de calidad y precios favorables.

Para acceder a este programa y obtener el precio preferencial, llame al servicio de atención al cliente de Primera al 1-800-722-1471 y lo conectarán con el administrador del programa. La participación en este programa es voluntaria.

## Transporte Médico

¿Vive a más de 50 millas de distancia del Centro de excelencia designado? Si es así, Primera hará planes de viaje prepagos para usted (hasta el máximo del IRS). Debe ponerse en contacto con el servicio de atención al cliente de Primera para obtener una autorización previa.



# COBERTURA DENTAL



## Primera Blue Cross

### Resumen de beneficios

Nuestro plan utiliza proveedores preferidos a través de la red Primera Dental Choice. Estos proveedores aceptan facturar Primera Blue Cross directamente y aceptar una tarifa negociada como pago total. Los cargos de los proveedores fuera de la red se pagan según una tasa de reembolso que se basa en las tarifas locales habituales, según lo determine Primera. Es posible que usted sea responsable de cualquier monto adicional (también llamado facturación del saldo) si utiliza un proveedor fuera de la red. El deducible y el máximo anual se basan en el año calendario y se reinician cada 1 de enero.

	Red Primera Dental Choice	Todos los demás dentistas
<b>Elegibilidad para la cobertura</b>	Empleados a tiempo completo que trabajan 1,560 horas al año	
<b>Deducible anual</b>	(Exonerado para Atención Preventiva)	
<i>Individual</i>		\$50
<i>Máximo por familia</i>		\$100
<b>Cuidado preventivo</b> (exámenes, radiografías, etc.)	Pagado al 100%	
<b>Servicios básicos</b> (empastes, extracciones, etc.)	Pagado al 80%	
<b>Servicios mayores</b> (coronas, puentes, dentaduras postizas, etc.)	Pagado al 50%	
<b>Máximo anual</b>	\$1,500 por persona cubierta (Cuidado preventivo no aplica)	
<b>Ortodoncia</b>	Pagado al 50% hasta un máximo de por vida de \$2,000 Adultos y niños	

# COBERTURA DE LA VISTA



## Vision Service Plan

### Resumen de beneficios

Nuestros beneficios de la vista a través de Vision Service Plan (VSP) brindan cobertura para el cuidado integral de la vista de rutina. Si elige usar un proveedor de VSP, sus gastos de bolsillo serán mucho más bajos. Para acceder a nuestro plan VSP, simplemente visite [www.vsp.com](http://www.vsp.com), seleccione un proveedor VSP y programe una cita. El proveedor se encargará del resto.

Si elige usar un proveedor que no sea de VSP, deberá presentar un reclamo a VSP y se le reembolsará hasta los montos programados para los proveedores fuera de la red.

	VSP Signature	Todos los demás proveedores
<b>Examen de la vista</b> <i>Cada 12 meses</i>	Pagado al 100%	Reembolsado hasta \$50
<b>Lentes de anteojos</b> <i>Cada 12 meses</i>	Pagado al 100%	Reembolso de hasta \$50-\$125
<b>Marcos</b> <i>Cada 12 meses</i>	Subsidio de \$200; Asignación de \$220 para marcos destacados y luego 20% de descuento en montos que excedan la asignación. Asignación de \$70 en Costco	Reembolsado hasta \$70
<b>Lentes de contacto</b> <i>Cada 12 meses</i> <i>En lugar de lentes</i>	Asignación de \$200 Lentes de contacto cubiertos al 100% después de un copago de \$60	Reembolso de hasta \$105, incluido el examen

# ARREGLOS DE GASTOS FLEXIBLES



## Navia Benefit Solutions

Nuestros Arreglos de Gastos Flexibles (FSA) le permiten utilizar dólares antes de impuestos para reembolsarse los gastos de atención médica de bolsillo (como copagos y deducibles) y/o gastos de atención de dependientes. Navia configura una cuenta en la que usted deposita dólares antes de impuestos de cada cheque de pago. Al igual que sus contribuciones a las primas, estas cuentas FSA están permitidas por la Sección 125 del Código de Rentas Internas y, como tal, existen reglas asociadas con ellas. Para obtener más información sobre los planes FSA, revise los materiales ubicados en el sitio de beneficios de Recursos Humanos de Whitman College: <https://www.whitman.edu/open-enrollment>.

Tenga cuidado al hacer su elección porque perderá el dinero que quede en su cuenta al final del año; en otras palabras, ¡úselo o piérdalo! Hay una excepción y es para su cuenta de atención médica. El IRS le permite reinvertir hasta \$610 contribuciones no utilizadas de un año al siguiente. Una vez que seleccione los montos que desea depositar para el año, no puede cambiar ni suspender esos depósitos a menos que experimente un cambio en su estado familiar (matrimonio, divorcio, nacimiento o adopción de un niño, cambio de empleo). Así que asegúrese de elegir reservar el dinero que SABE que necesitará; no utilice estas cuentas como un “fondo para emergencias”.

Usted o los miembros de su familia no tienen que estar inscritos en el plan médico de Whitman College para participar en nuestros planes FSA.

## FSA de atención médica

Este programa le permite reservar hasta \$3,200 por año para que pueda pagar ciertos gastos de atención médica aprobados por el IRS que no están cubiertos por el plan de seguro con dólares antes de impuestos. Algunos ejemplos incluyen:

- Servicios de audición, incluidos audífonos y baterías
- Servicios de la vista, incluidos lentes de contacto, solución para lentes de contacto, exámenes de la vista y anteojos
- Servicios quiroprácticos
- Acupuntura
- Copagos de recetas
- Servicios dentales y ortodoncia
- Medicamentos de venta libre
- Productos menstruales

Aquellos que se inscriban en la cuenta de atención médica recibirán una tarjeta de débito FSA sin costo adicional. La tarjeta de débito está precargada por el monto total que eligió en su cuenta de atención médica este año, y tiene la opción de usar la tarjeta de débito para pagar los gastos de atención médica (copagos, deducibles, etc.). Lea atentamente los materiales de Navia para conocer las ventajas y responsabilidades asociadas con el uso de la tarjeta de débito.

Su elección de FSA de atención médica está disponible para usted el primer día de cobertura (1 de enero o su fecha de inscripción para nuevas contrataciones). Eso significa que puede usar toda su elección en cualquier momento durante el año del plan y Whitman College continuará tomando deducciones de su cheque de pago en cantidades iguales durante el transcurso del año.

En muchos casos, debido a los requisitos de cumplimiento del IRS, aún deberá enviar los recibos de su tarjeta de débito a Navia después de usar la tarjeta de débito. Esto es para garantizar que el gasto que pagó con la tarjeta de débito sea un gasto aprobado por el IRS. Navia tiene varias opciones para enviar estos recibos, como a través de su aplicación, portal en línea, correo electrónico, correo postal o fax.

Si bien solo debe reservar suficiente dinero para aquellos gastos en los que sabe que incurrirá durante el año del plan, la disposición de transferencia le permite transferir hasta \$640 al siguiente año del plan. Por favor consulte la información de Navia Benefit Solutions para más información.

Nota: Debido a las regulaciones del IRS, las parejas de hecho y sus hijos no son elegibles para el reembolso de atención médica.

## FSA de Cuidado de Dependientes

De manera similar a la FSA de atención médica, también puede usar dólares antes de impuestos para pagar la atención calificada de dependientes. Los gastos pueden ser para sus hijos dependientes menores de 12 años y, en algunos casos, para el cuidado de ancianos, y deben ser para que pueda trabajar, buscar trabajo activamente o ser un estudiante de tiempo completo. Ejemplos incluyen:

- El costo del cuidado de niños o adultos dependientes
- El costo para que una persona brinde atención dentro o fuera de su casa

- Escuelas infantiles y preescolares (excepto jardín de infantes, kindergarten)

El monto máximo anual que puede aportar a la FSA para guarderías es de \$5,000 por año calendario (o \$2,500 si está casado y presenta una declaración por separado). Este límite lo establece el IRS y es un límite de año calendario. A diferencia de la cuenta de atención médica, solo puede sacar de su cuenta la cantidad que se ha deducido de su cheque de pago.

Nota: También se permiten cambios de elección cuando hay un cambio en el costo o la cobertura de su proveedor de cuidado infantil.

# SEGURO DE VIDA Y DISCAPACIDAD



## Ingreso por discapacidad

### Reliance Standard

¿Sabías que uno de cada ocho trabajadores estará discapacitado durante cinco años o más durante su carrera laboral? Si esto le sucede a usted, ¿puede darse el lujo de estar sin trabajo y sin pago durante un período prolongado, además de las facturas médicas que conlleva una enfermedad o lesión grave?

Whitman College La cobertura por discapacidad a largo plazo de es esencialmente un "seguro de sueldo" y le ofrece estabilidad financiera y tranquilidad. Si no puede realizar las tareas materiales de su trabajo debido a una enfermedad, lesión o embarazo, recibirá los siguientes beneficios:

<b>Discapacidad a largo plazo</b>	
<b>Comienza la cobertura</b>	1 <sup>er</sup> del mes que coincide con o inmediatamente después de la fecha de empleo o fecha de calificación
<b>Elegibilidad</b>	Empleados de FT: 1,560 horas al año Empleados de trabajo compartido: 1,040 horas por año
<b>Comienzan los beneficios</b>	Los beneficios comenzarán una vez que haya estado discapacitado (como se define a continuación) durante 180 días
<b>Porcentaje de ingresos reemplazados</b>	60% de los ingresos básicos mensuales
<b>Beneficio máximo disponible</b>	Hasta \$10,000 por mes
<b>Duración del beneficio</b>	Hasta la Jubilación Normal del Seguro Social Edad con beneficios limitados si su discapacidad comienza después de los 60 años
<b>Definición de discapacidad</b>	Se le considera discapacitado y elegible para recibir beneficios debido a una enfermedad o lesión si tiene limitaciones para realizar las tareas materiales y sustanciales de su ocupación habitual. Continuará recibiendo beneficios si, después de haber pagado los beneficios durante 24 meses, tiene limitaciones para trabajar en cualquier ocupación para la que esté calificado según su educación y experiencia.
<b>Beneficios de rehabilitación</b>	Se le animará a participar en un programa de rehabilitación mientras esté discapacitado; tu participación es voluntaria.
<b>Exclusiones</b>	Cualquier acto de guerra, ya sea declarado o no; lesiones autoinfligidas intencionalmente de cualquier tipo, mientras esté cuerdo o demente; participación en la comisión de cualquier agresión o delito grave.
<b>Limitaciones</b>	Los beneficios por discapacidades debido al abuso de sustancias y trastornos mentales o nerviosos están limitados a un máximo de 24 meses de beneficios por ocurrencia de discapacidad
<b>Limitación de condiciones preexistentes</b>	Su discapacidad no estará cubierta por este plan si se debe a una condición preexistente. Tiene una condición preexistente si recibió tratamiento, consulta, atención o servicios médicos, incluidas medidas de diagnóstico, o tomó medicamentos recetados o medicamentos en los 3 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de su cobertura; y la incapacidad comienza en los primeros 12 meses después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
<b>Costo del beneficio</b>	Este beneficio para empleados es pagado por Whitman College

Cualquier beneficio por discapacidad que pueda recibir es un ingreso sujeto a impuestos y debe informarse al IRS.

# Seguro de vida y AD&D

## Reliance Standard

Whitman College compra seguros de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D) para todos los empleados de tiempo completo.

<b>Beneficios</b>	1.5 veces las ganancias anuales hasta un máximo de \$500,000
<b>Elegibilidad</b>	Empleados de FT: 1,560 horas al año Empleados de trabajo compartido: 1,040 horas por año
<b>Reducción de edad</b>	El beneficio se reduce al 65% a los 70 años y al 50% a los 75 años, redondeado al \$1,000 más cercano
<b>Vida dependiente</b>	Cónyuge: \$5,000 Niños: 14 días a 26 años, \$5,000
<b>Costo del beneficio</b>	La parte del empleado de este beneficio es pagada por Whitman College; la vida dependiente es un beneficio opcional que es pagado por el empleado. El costo para cubrir a todos los dependientes es de \$1.17 por mes.

## Vida voluntaria

Si desea un seguro de vida grupal adicional, puede comprar montos adicionales a través de deducciones de nómina. Debe estar inscrito en un seguro de vida suplementario para comprar un seguro de vida para su cónyuge o hijo.

Cuando sea elegible por primera vez, podrá comprar hasta el monto de emisión garantizado, independientemente de su estado de salud. Si no compra cuando es elegible por primera vez, o desea una cobertura que supere el monto de emisión garantizado, se le pedirá que demuestre su buena salud completando un formulario de Evidencia de asegurabilidad y siendo aprobado por Reliance Standard.

Puede elegir un monto para AD&D voluntario que sea diferente a su elección voluntaria de vida. No necesita estar inscrito en la vida voluntaria para inscribirse en AD&D voluntario.

RECORDATORIO: SI TUVO UN CAMBIO DE ESTADO FAMILIAR RECIENTEMENTE, ESTE ES UN BUEN MOMENTO PARA ACTUALIZAR SU INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO.



	Empleado	Cónyuge	Niño
<b>Seguro de término de vida</b>			
<b>Beneficio disponible</b>	Menos de 5x ganancias anuales o \$500,000	El 50% de la elección del empleado o \$250.000, lo que sea menor	\$2,500; \$5,000; \$7,500; \$10,000 (los niños de 14 días a 6 meses solo son elegibles para un beneficio de \$250)
<b>Disponible en incrementos de:</b>	\$10,000	\$5,000	\$2,500
<b>Emisión garantizada</b>	\$150,000	\$30,000	\$10,000
<b>AD&amp;D</b>			
<b>Beneficio disponible</b>	Igual que la vida	Igual que la vida	Igual que la vida
<b>Emisión garantizada</b>	Beneficio completo	Beneficio completo	Beneficio completo
<b>Calendario de reducción de edad</b>			
<b>El programa de reducción se aplica a los beneficios de Vida, AD&amp;D y Suplementarios</b>	A los 70 años, el beneficio se reduce al 65% del monto original A los 75 años, el beneficio se reduce al 50% del monto original		
<b>Aumentando su Elección</b>			
<b>¿Cuándo puedo aumentar mi Elección?</b>	En la inscripción abierta por \$10,000 o \$20,000	En la inscripción abierta por \$5,000 o \$10,000	En inscripción abierta
<b>¿Hay suscripción médica?</b>	No	No	No
	La suscripción médica se aplica si la nueva elección supera el monto de emisión garantizado o si el aumento de la inscripción abierta es mayor que dos incrementos de beneficios. Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, en la inscripción abierta puede elegir \$10,000 o \$20,000 para usted (\$5,000 o \$10,000 para su cónyuge) sin evaluación médica.		

Debido a que la prima se basa en su edad, cuando pasa de un grupo de edad al siguiente, las deducciones mensuales aumentarán para reflejar el nuevo grupo de edad. Los grupos de edad están en incrementos de 5 años (30–34, 35–39, etc.). De corresponder, tus nuevas deducciones se realizarán con la primera nómina posterior al 1 de enero.

Comuníquese con Recursos Humanos para obtener más información sobre esta oferta, incluidas las tarifas y una solicitud.

# BIENESTAR DE LOS EMPLEADOS



## Programa de Asistencia al Empleado

### Canopy

Nuestro EAP es un programa gratuito y confidencial que le ayuda a usted y a sus familiares a abordar los problemas que le distraen del trabajo y de la vida. Nuestro EAP tiene dos partes: programas de Bienestar y Trabajo/Familia/Vida. Los beneficios de bienestar brindan apoyo mientras maneja el estrés de la vida y le brindan acceso a profesionales para ayudarlo. Esto incluye problemas de comportamiento, salud mental o uso de sustancias o ayuda con las relaciones o el establecimiento de metas de vida. Puede recibir hasta 5 visitas de asesoramiento gratuitas por persona y por problema para ayudarlo con:

- Preocupaciones maritales y familiares
- Relaciones difíciles
- Depresión
- Abuso de sustancias
- Dolor y pérdida
- Enredos financieros
- Otros estresores personales
- Muchos otros problemas

Tus llamadas a Canopy son respondidos por consejeros autorizados que le ayudarán a determinar qué tipo de ayuda necesita. Este contacto se realiza por teléfono o mensaje de texto 24/7/365. También tienen un sitio web sólido para más oportunidades educativas y de autoservicio. Contáctelos por:

- Llamando: 800-433-2320
- Mensajes de texto: 503-850-7721
- Correo electrónico: [info@canopywell.com](mailto:info@canopywell.com)
- Sitio web: [www.canopywell.com](http://www.canopywell.com)

Los programas de trabajo, familia y vida brindan apoyo adicional cuando tiene necesidades específicas, como legales, financieras y más. Estos son algunos de los servicios que ofrece Canopy:

- Ayuda para encontrar servicios de cuidado de ancianos o de niños: localizar recursos y programar visitas al sitio.
- Consulta legal y mediación: una consulta telefónica o de oficina gratuita de 30 minutos con un abogado o mediador, más un 25% de descuento por los servicios legales necesarios.
- Asesoramiento financiero: asesoramiento financiero ilimitado para ayudar a desarrollar mejores hábitos de gasto, reducir deudas, mejorar el crédito, aumentar los ahorros y planificar la jubilación.
- Crianza de mascotas: apoyo para nuevos dueños de mascotas, descuentos en seguros para mascotas y apoyo por duelo cuando pierde una mascota.
- Asistencia para la propiedad y el alquiler de la vivienda: descuentos en el cierre y la refinanciación, además de ayuda para encontrar lugares para alquilar, vivienda temporal.

## Mantenerse saludable

¿Está buscando maneras de mantenerse saludable? Su plan de salud le proporciona muchas herramientas para hacerlo. Mantenerse saludable no solo es bueno para usted y su familia, sino que también ayuda al desempeño de nuestro plan de salud al mantener los costos bajos. Inicie sesión en [www.premera.com](http://www.premera.com) y cree una cuenta para acceder a:

- Herramientas de bienestar
- Revisar reclamos
- Declaración de salud personal
- Herramientas de costo y calidad de la atención médica (en el área "Encontrar el proveedor")

## Apoyo de salud personal

Los navegadores de Premera Healthcare están disponibles para usted y su familia cuando tenga cualquier tipo de evento médico complejo. Los profesionales autorizados trabajan con usted y sus proveedores como un único punto de contacto para defenderlo, tanto ante Premera como ante su médico. Premera puede ayudarlo a navegar por el sistema de salud, comprender su situación de salud y ayudarlo a tomar decisiones informadas. Para conectarse con un navegador de atención médica, llame al 888-742-1479 o envíe un correo electrónico a [healthhelp@premera.com](mailto:healthhelp@premera.com).

## Sin papel

¿Sabía que puede optar por reducir el desorden y ayudar a proteger su privacidad notificando a Premera que se comunique con usted electrónicamente? En unos pocos pasos, puede actualizar su perfil para recibir un aviso por correo electrónico de que su explicación de beneficios (EOB) está disponible. Simplemente:

1. Iniciar sesión en [www.premera.com](http://www.premera.com)
2. Haga clic en "Administrar mi cuenta" en Servicios para miembros
3. Seleccione "Go Paperless" en el menú de la izquierda

# ASISTENCIA EN VIAJE



## On Call International

Usted y su familia tienen acceso a asistencia médica de emergencia en todo el mundo siempre que viajen más de 100 millas desde su hogar. La asistencia en viaje NO reemplaza su seguro médico; está ahí para ayudarlo a acceder a la atención médica, como:

- Asistencia de reemplazo de recetas
- Referencias médicas a proveedores médicos y que habla su idioma capacitados en occidente
- Garantía de ingreso hospitalario
- Evacuación médica de emergencia
- Monitoreo de cuidados críticos
- Cuidado y transporte de niños menores de edad desatendidos
- Servicio de mensajes de emergencia
- Transporte para que un amigo/familiar se reúna con el paciente hospitalizado
- Referencias legales y de intérpretes

Los servicios médicos y de prescripción serán pagados por su seguro médico; los servicios prestados por On Call International simplemente ayudan con los arreglos para el acceso a la atención médica. Solicite un folleto a Recursos Humanos si desea obtener más información sobre este servicio.

# INFORMACIÓN LEGAL IMPORTANTE

## La reforma de salud

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) es compleja y es posible que tenga preguntas sobre cómo le afecta a usted, a su familia y a sus beneficios. Hay tres elementos que debes saber.

En primer lugar, se mantiene el mandato individual (el requisito de que todas las personas tengan seguro médico). Lo que ha cambiado es la sanción asociada a ella. A partir del 1 de enero de 2019 se deroga la sanción fiscal ACA y no tendrás que pagar nada si no te inscribes.

En segundo lugar, el Mercado de Seguros Médicos aún existe. Puede buscar e inscribirse en planes de seguro a través del intercambio y aun así solicitar subsidios basados en los ingresos.

Tercero, para la mayoría de las personas, los planes que ofrecemos se consideran asequibles y ni usted ni ningún miembro de su familia son elegibles para los subsidios federales disponibles en el Mercado de Seguros Médicos, incluso si elige no inscribirse en el plan de Whitman College.

Consulte su Aviso de Cobertura del Mercado de Seguros Médicos para obtener información general. Para obtener información adicional sobre las opciones del Mercado en su área y calculadoras de subsidios, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

## Recordatorios Anuales

### Inscripción Especial

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) permite un período de Inscripción Especial además del período de Inscripción Abierta regular. Solo las siguientes personas pueden inscribirse fuera del período de inscripción abierta:

- Individuos que previamente renunciaron a la cobertura bajo este programa porque tenían otra cobertura y luego involuntariamente perdieron la otra cobertura. La inscripción debe ocurrir dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de otra cobertura;
- Nuevos dependientes por matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción. El empleado elegible y otros dependientes que anteriormente no optaron por estar cubiertos por el plan de atención médica del empleador también pueden inscribirse en el momento en que se inscriba el nuevo dependiente. La inscripción debe ocurrir dentro de los 60 días posteriores a la fecha del matrimonio, o 60 días posteriores al nacimiento, adopción o colocación en adopción;

- Un tribunal ha ordenado que se brinde cobertura para un cónyuge o hijo menor de edad bajo este plan y la solicitud de inscripción se realiza dentro de los 60 días posteriores a la emisión de dicha orden judicial;
- Si el empleado y/o dependiente(s) deja de ser elegible para Medicaid o el programa de seguro médico para niños y solicita cobertura bajo nuestro plan dentro de los 60 días posteriores a la terminación (lea el aviso de Medicaid y el programa de seguro médico para niños para obtener más información); o
- Si el empleado y/o los dependientes se vuelven elegibles para el programa estatal de asistencia con la prima y solicitan cobertura bajo nuestro plan dentro de los 60 días posteriores a la determinación de la elegibilidad.

## Aviso sobre la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

Según lo exige la Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer (WHCRA) de 1998, este plan proporciona cobertura para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y
- Prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas, de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente.

Dicha cobertura puede estar sujeta a deducibles anuales y disposiciones de coaseguro que se consideren apropiadas y sean consistentes con las establecidas para otros beneficios bajo el plan o cobertura. Se le entregará al participante un aviso por escrito de la disponibilidad de dicha cobertura al momento de la inscripción y anualmente a partir de entonces.

Comuníquese con Recursos Humanos para obtener más información.

## Prácticas de privacidad de HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) exige que los empleadores se adhieran a estrictas pautas de privacidad y establece sus derechos con respecto a su información médica personal. Recibió una copia de la Whitman College Aviso de privacidad del plan de salud grupal cuando fue contratado. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esa información.

Si tiene alguna pregunta sobre el Aviso de privacidad de HIPAA o si desea obtener otra copia, comuníquese con Recursos Humanos.

## COBRA

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura de nuestro plan de beneficios para empleados. Comuníquese con Recursos Humanos para obtener una copia del Aviso general de derechos de continuación de COBRA. Este aviso explica sus derechos y obligaciones para recibir los beneficios de COBRA.

No siempre sabemos cuándo tiene lugar un evento COBRA, a menos que usted lo notifique. Los ejemplos más comunes son el divorcio, o cuando un hijo supera la edad máxima. Cuando ocurre un evento de este tipo, el aviso de evento calificador debe tener matasellos dentro de los 60 días posteriores al evento calificador para que la persona afectada sea elegible para la continuación de COBRA. Si tiene preguntas sobre COBRA, comuníquese con Recursos Humanos.

# Aviso importante de Whitman College sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Whitman College y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un plan de medicamentos recetados de Medicare o se une a un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Whitman College ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Whitman College se espera que el Plan de Beneficios para Empleados, 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 Cobertura Acreditada. Debido a que su cobertura actual es Cobertura acreditada, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego 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 por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditada de medicamentos con receta, sin que sea culpa suya, 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?

Los participantes del plan que también son elegibles para Medicare tienen las siguientes tres opciones con respecto a la cobertura de medicamentos recetados:

- Puede permanecer en el Plan y no inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en este momento. Podrá inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en una fecha posterior sin penalización, ya sea (1) durante un período de inscripción abierta de medicamentos recetados de Medicare (del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año); o (2) si pierde la cobertura del Plan. Esta es la mejor opción para la mayoría de los participantes del Plan que son elegibles para Medicare.
- Puede permanecer en el Plan y también inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en este momento. El Plan pagará los beneficios de medicamentos recetados como pagador principal en la mayoría de los casos. Medicare pagará los beneficios como pagador secundario y, por lo tanto, el valor de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare se reducirá considerablemente. Su cobertura actual bajo el Plan paga otros beneficios de salud, así como medicamentos recetados y no cambiará si elige inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Puede rechazar toda la cobertura del Plan y elegir la cobertura de Medicare como su principal y único pagador de todos los gastos médicos y de medicamentos recetados. Si lo hace, no podrá recibir cobertura bajo el Plan, incluida la cobertura de medicamentos recetados, a menos y hasta que sea elegible para volver a inscribirse en el próximo período de inscripción para el que sea elegible, si corresponde. Su cobertura actual paga otros tipos de gastos de salud, además de los medicamentos recetados, y no será elegible para recibir ninguno de sus beneficios actuales de salud y medicamentos recetados si rechaza la cobertura del Plan y elige inscribirse en Medicare, incluido un Plan de medicamentos recetados de Medicare, como su principal y único pagador.

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Whitman College y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (una multa) para unirse a 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 al menos un 1% de la prima mensual del beneficiario base de Medicare por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser constantemente al menos un 19% más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el próximo mes de noviembre para unirte.

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

Póngase en contacto con la persona que se indica a continuación para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo obtendrá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Whitman College cambie. 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...

Hay información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare. Los planes de medicamentos de Medicare también pueden contactarlo directamente.

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

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte el interior de la contraportada 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 disponible ayuda adicional 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](http://www.socialsecurity.gov) llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para mostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una tarifa más alta. prima (una sanción).

Fecha: January 1, 2024  
Nombre de la entidad / remitente: Whitman College  
Contacto - Posición / Oficina: Cara Setchell  
Dirección: 345 Boyer Avenue  
Walla Walla, WA 99362  
Número de teléfono: (509) 527-5970

# Asistencia de Prima bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con la prima que puede ayudar a pagar la cobertura, usando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia con la prima, pero puede comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si la asistencia con la prima está disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo presentar una solicitud. Si califica, pregunte en su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con la prima de Medicaid o CHIP, además de ser elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para recibir asistencia con la prima**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

---

**Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2023. 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

Programa de pago de primas de seguro médico de AK  
Sitio web: <http://myakhipp.com/>  
Teléfono: 1-866-251-4861  
Correo electrónico:  
[CustomerService@MyAKHIPP.com](mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com)  
Medicaid Elegibilidad: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

## ARKANSAS – Medicaid

Sitio web: <http://myalhipp.com/>  
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

## CALIFORNIA – Medicaid

Sitio web: Seguro de Salud Prima Pago  
(HIPP Programa): <http://dhcs.ca.gov/hipp>  
Teléfono: 916-445-8322  
Fax: 916-440-5676  
Correo electrónico: [hipp@dhcs.ca.gov](mailto:hipp@dhcs.ca.gov)

### **COLORADO - Health First Colorado (programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP +)**

Sitio Web de Health First Colorado Sitio:  
<https://www.healthfirstcolorado.com/>  
Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ State Relay 711  
CHP+:  
<https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>  
Servicio al cliente de CHP +: 1-800-359-1991 / State Relay 711  
Health Insurance Buy-In Program (HIBI):  
<https://www.mycohibi.com/>  
Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

### **FLORIDA – Medicaid**

Sitio web:  
<https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html>  
Teléfono: 1-877-357-3268

### **GEORGIA – Medicaid**

Sitio web HIPP de GA: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-paid-program-hipp>  
Teléfono: 678-564-1162, presione 1  
Sitio web de Georgia  
CHIPRA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>  
Teléfono: (678) 564-1162, presione 2

### **INDIANA – Medicaid**

Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años  
Sitio web: <http://www.in.gov/fssa/hip/>  
Teléfono: 1-877-438-4479  
Todos los demás Medicaid  
Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>  
Teléfono 1-800-457-4584

### **IOWA – Medicaid CHIP (Hawki)**

Sitio web de Medicaid:  
<https://dhs.iowa.gov/ime/members>  
Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366  
Sitio web de Hawki: <http://dhs.iowa.gov/Hawki>  
Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563  
Sitio web de HIPP: <https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp>  
Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562

### **KANSAS – Medicaid**

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>  
Teléfono: 1-800-792-4884  
Teléfono de HIPP: 1-800-766-9012

### **KENTUCKY-Medicaid**

Programa de pago de la prima del seguro médico integrado de Kentucky (KI-HIPP) Sitio web: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>  
Teléfono: 1-855-459-6328  
Correo electrónico: [KIHIPP.PROGRAM@ky.gov](mailto:KIHIPP.PROGRAM@ky.gov)  
KCHIP Sitio web: <https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx>  
Teléfono: 1-877-524-4718  
Sitio web de Kentucky Medicaid: <https://chfs.ky.gov>

### **LOUISIANA – Medicaid**

Sitio web: [www.medicicaid.la.gov](http://www.medicicaid.la.gov) o [www.ldh.la.gov/lahipp](http://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](https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US)  
Teléfono: 1-800-442-6003 / TTY: Retransmisión de Maine 711  
Sitio Web de prima del seguro médico privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>  
Teléfono: 1-800-977-6740 / TTY: Retransmisión de Maine 711

### **MASSACHUSETTS - Medicaid y CHIP**

Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>  
Teléfono: 1-800-862-4840  
TTY: (617) 886-8102

### **MINNESOTA – Medicaid**

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp>  
Teléfono: 1-800-657-3739

### **MISSOURI – Medicaid**

Sitio web:  
<http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>  
Teléfono: 573-751-2005

### **MONTANA – Medicaid**

Sitio web:  
<http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>  
Teléfono: 1-800-694-3084  
Correo electrónico: [HSHIPPProgram@mt.gov](mailto:HSHIPPProgram@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://dhcnp.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 para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218

### NUEVA JERSEY - Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid:  
<http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>  
Teléfono de Medicaid: 609-631-2392  
CHIP Sitio web:  
<http://www.njfamilycare.org/index.html>  
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710

### NUEVA YORK – Medicaid

Sitio web:  
[https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/)  
Teléfono: 1-800-541-2831

### CAROLINA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>  
Teléfono: 919-855-4100

### DAKOTA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web:  
<http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/>  
Teléfono: 1-844-854-4825

### OKLAHOMA - Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>  
Teléfono: 1-888-365-3742

### OREGON – Medicaid

Sitio web:  
<http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>  
<http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html>  
Teléfono: 1-800-699-9075

### PENNSYLVANIA – Medicaid

Sitio web:  
<https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx>  
Teléfono: 1-800-692-7462  
Sitio web  
de CHIP: <https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx>  
CHIP Teléfono: 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 (línea directa de RIte Share)

### CAROLINA DEL SUR – Medicaid

Sitio web: <https://www.scdhhs.gov>  
Teléfono: 1-888-549-0820

### DAKOTA DEL SUR - Medicaid

Sitio web: <http://dss.sd.gov>  
Teléfono: 1-888-828-0059

### TEXAS – Medicaid

Sitio web: <http://gethipptexas.com/>  
Teléfono: 1-800-440-0493

### UTAH: Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <https://medicaid.utah.gov/>  
Sitio web de CHIP: <http://health.utah.gov/chip>  
Teléfono: 1-877-543-7669

### VERMONT– Medicaid

Sitio web:  
<https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program>  
Teléfono: 1-800-250-8427

### VIRGINIA - Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.coverva.org/en/famis-select>  
<https://www.coverva.org/es/hipp>  
Medicaid/CHIP Teléfono: 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/>  
<http://mywvhipp.com/>  
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700  
Teléfono gratuito de CHIP: 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 ver si otros estados han agregado un programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especiales, comuníquese con:

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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.  
Centros de servicio de Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61565

 **El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Esto es sólo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-722-1471 (TTY: 711) o visítenos en [www.premera.com](http://www.premera.com). Para obtener definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, conseguo, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llame al 1-800-722-1471 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importa:
¿Cuál es el <u>deducible</u> total?	\$500 Individual / \$1,000 Familiar.	Generalmente, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cubrir su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay <u>servicios cubiertos</u> antes de cumplir con su <u>deducible</u> ?	Sí. No aplica a <u>atención preventiva</u> , <u>copagos</u> , <u>medicamentos recetados</u> y servicios enumerados a continuación como "Sin cargo"	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> pero es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>conseguo</u> por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para <u>servicios</u> específicos?	No.	No es necesario que cumpla con <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la red: \$2,500 Individual / \$5,000 Familiar, Fuera de la red: \$4,500 Individual / \$9,000 Familiar	El <u>límite de desembolso</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , ellos deben cumplir con sus propios <u>límites de desembolso personal</u> hasta que se alcance el <u>límite general de desembolso</u> familiar.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Prima, saldo <u>facturado</u> cargos y <u>atención médica</u> el <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite <a href="http://www.premera.com">www.premera.com</a> o llame al 1-800-722-1471 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> de la <u>red del plan</u> . Pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan (facturación del saldo)</u> . Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin necesidad de una <u>derivación</u> .



Todos los costos de copago y coseguro que se muestran en esta tabla son después de haber alcanzado su deducible, si corresponde un deducible.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
Si visita el consultorio o clínica de <u>un proveedor de atención médica</u>	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad.	Copago de \$25/visita	40% <u>coseguro</u>	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	Copago de \$25/visita	40% <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Cuidado preventivo/exámenes/inmunización</u>	Sin cargo	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tienes una prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	20% de <u>coseguro</u> (no se aplica ( <u>deducible</u> ))	40% <u>coseguro</u>	Ninguna
	Imágenes (CT/PET scans, MRI)	20% de <u>coseguro</u> (no se aplica ( <u>deducible</u> ))	40% <u>coseguro</u>	<u>Previa autorización</u> Recomendado para algunas pruebas de imagen ambulatorias. Penalización por fuera de la red: sin penalización.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición	Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$10 por receta (minorista), <u>copago de \$20</u> por receta (por correo)	Copago de \$10 por receta + 40% de <u>coseguro</u> (minorista), no cubierto (por correo)	Cubre hasta un suministro de 90 días (al por menor y por correo). Sin cargo para medicamentos preventivos específicos. Farmacias minoristas: un copago por cada suministro para 30 días. <u>Se recomienda autorización previa</u> para algunos medicamentos.
	Más información sobre <u>la cobertura de medicamentos</u> <u>recetados</u> está disponible en	Copago de \$20 por receta (minorista), <u>copago de \$40</u> por receta (por correo)	Copago de \$20 por receta + 40% de <u>coseguro</u> (minorista), no cubierto (por correo)	Cubre un suministro de hasta 90 días (al por menor y por correo). Farmacias minoristas: un copago por cada suministro para 30 días. Se recomienda <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.
	Medicamentos de especialidad preferidos	Copago de \$40 por receta	No cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días. Solo está cubierto en farmacias especializadas contratadas específicas. Se recomienda <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.

[https://www.premiera.com/documents/052149\\_2024.pdf](https://www.premiera.com/documents/052149_2024.pdf)

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
	Medicamentos genéricos no preferidos Medicamentos de marca no preferidos <u>Medicamentos especializados no preferidos</u>	Genérico no preferido: \$80 de <u>copago/receta</u> (minorista), \$160 de <u>copago/receta</u> (correo) Marca no preferido: \$80 de <u>copago/receta</u> (minorista), \$160 de <u>copago/receta</u> (correo) Especialidad no preferido: \$80 de <u>copago/receta</u>	Genérico no preferido: \$80 de <u>copago/receta</u> + 40% de <u>coseguro</u> (minorista), no cubierto (correo) Marca no preferido: \$80 <u>copago/receta</u> + 40% <u>coseguro</u> (minorista), no cubierto (correo) Especialidad no preferido: No cubierto	Genérico no pref. y marca no pref: Cubre hasta un 90 días (al por menor y correo). Farmacias minoristas: un copago por cada 30 días.  Medicamentos especiales no preferidos: Cubre hasta un suministro para 30 días. Sólo se cubren en determinadas farmacias especializadas concertadas. Se recomienda <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	<u>Autorización previa</u> recomendada para algunos servicios. Penalización por fuera de la red: sin penalización.
	Tarifas del médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	Hospitalario: 20% <u>coseguro</u> Centro independiente: <u>copago de \$25 por visita</u>	Hospitalario: 20% <u>coseguro</u> Centro independiente: 40% <u>coseguro</u>	Ninguna



Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
En caso de hospitalización	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación de hospital)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	<u>Autorización previa</u> recomendada para todas las hospitalizaciones programadas. Penalización por fuera de la red: sin penalización.
	Tarifas del médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio: copago de \$25 por visita Instalación: 20% de <u>coseguro</u> (no se aplica deducible)	40% <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	<u>Autorización previa</u> recomendada para todas las hospitalizaciones programadas. Penalización por fuera de la red: sin penalización.
Sí estas embarazada	Visitas al consultorio	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	<u>Costo intercambio</u> no aplica para <u>preventivo</u> servicios. Dependiendo del tipo de servicios, un <u>coseguro</u> puede solicitar. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (como ultrasonido).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto.	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	<u>Costo intercambio</u> no aplica para <u>preventivo</u> servicios. Dependiendo del tipo de servicios, un <u>coseguro</u> puede solicitar. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (como ultrasonido).
	Servicios de hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	<u>Costo intercambio</u> no aplica para <u>preventivo</u> servicios. Dependiendo del tipo de servicios, un <u>coseguro</u> puede solicitar. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (como ultrasonido).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Atención médica domiciliaria</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Limitado a 130 visitas por año calendario
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente ambulatorio: <u>copago de \$25 por visita</u> Paciente hospitalizado: 20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Limitado a 45 visitas ambulatorias por año calendario, limitado a 30 días de internación por año calendario. Incluye fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional y terapia de masajes. Se recomienda <u>autorización previa</u> para todas las estadías hospitalarias planificadas. Penalización por fuera de la red: sin penalización.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Paciente ambulatorio: <u>copago de \$25 por visita</u> Paciente hospitalizado: 20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Limitado a 45 visitas ambulatorias por año calendario, limitado a 30 días de internación por año calendario. Incluye fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional y terapia de masajes. Se recomienda <u>autorización previa</u> para todas las estadías hospitalarias planificadas. Penalización por fuera de la red: sin penalización.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Limitado a 90 días por año calendario. Se recomienda <u>autorización previa</u> para todas las estadías hospitalarias planificadas. Penalización por fuera de la red: sin penalización.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	<u>Previa autorización</u> Se recomienda comprar algún equipo médico. Penalización por fuera de la red: sin penalización.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Limitado a 240 horas de relevo, limitado a 10 días de internación: límite general de beneficios de por vida de 6 meses, excepto cuando se apruebe lo contrario.
	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cargo	Limitado a un examen por año calendario (menores de 19 años).
	Gafas para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Chequeo dental para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna

## Servicios excluidos Y otros servicios cubiertos:

**Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos.**

- Cirugía cosmética
- Tratamiento de infertilidad
- Enfermería privada
- Cuidado dental (adultos)
- Cuidado a largo plazo
- Programas de pérdida de peso

**Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan**

- Acupuntura
- Cuidado de los pies
- Atención que no es de emergencia cuando viaje fuera de EE. UU.
- Cirugía bariátrica
- Audífonos
- Atención quiropráctica u otras manipulaciones espinales.
- Cuidado ocular de rutina (adultos)

**Sus derechos a continuar con la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura una vez que finalice. La información de contacto de esas agencias es: para ERES UN planes, Contacta el Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Para gubernamentales planes, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o [www.ccio.cms.gov](http://www.ccio.cms.gov). Para iglesia planes y todos los demás planes, Llame al 1-800-562-6900 para llamar al departamento de seguros del estado o a la aseguradora al 1-800-722-1471 o TTY: 711. Es posible que usted también tenga disponibles otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través de el Seguro de salud Mercado. Para más información sobre el Mercado, visítar [www.CuidadoDeSalud.gov](http://www.CuidadoDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su Queja y Apelaciones Derechos:** Hay agencias que pueden ayudar si tiene una queja contrat tu plan por la negación de un afirmar. Esta queja se llama queja o apelar. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese seguro médico. afirmar. Su plan Los documentos también proporcionan información completa para presentar una afirmar, apelar, o un queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: su plan en 1-800-562-6900 o TTY: 711, o el departamento de seguros del estado al 1-800-562-6900, o la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**¿Este plan proporciona cobertura mínima esencial? Sí.**

Cobertura mínima esencial generalmente incluye planes, seguro de salud disponible a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura mínima esencial, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para primas.

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.**

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal para la prima que lo ayudará a pagar un plan a través del Mercado.

**Servicios de acceso al idioma:**

Español (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-722-1471.

Tagalo (tagalo): Kung kailangan ninyo ang tulong sa tagalo tumawag sa 1-800-722-1471.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-722-1471.

Navajo (cena): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-722-1471.

---

*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.*

**Acerca de estos ejemplos de cobertura:**



**Esta no es una estimación de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos según el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que

**Peg va a tener un bebé**

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$500
- Especialista copago \$25
- Hospital (instalación coseguro) 20%
- Otros coseguros 20%

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios**

como:

Visitas al consultorio de especialistas (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de nacimiento y el parto  
 Servicios hospitalarios de nacimiento y el parto  
Pruebas diagnósticas (ecografías y análisis de sangre)  
 Visita al especialista (anestesia)

**Costo total del ejemplo \$12,700**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$2,000
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,560</b>

**Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

- El deducible general del plan \$500
- Especialista copago \$25
- Hospital (instalación coseguro) 20%
- Otros coseguros 20%

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios**

como:

Visitas al consultorio de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*)  
Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre)  
Medicamentos con receta  
Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

**Costo total del ejemplo \$5,600**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$200
<u>Copagos</u>	\$1,000
<u>Coseguro</u>	\$20
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,240</b>

**La fractura simple de Mia**

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$500
- Especialista copago \$25
- Hospital (instalación coseguro) 20%
- Otros coseguros 20%

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios**

como:

Atención en la sala de emergencias (*incluidos suministros médicos*)  
Prueba de diagnóstico (radiografía)  
Equipo médico duradero (muletas)  
Servicios de rehabilitación (terapia física)

**Costo total del ejemplo \$2,800**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$100
<u>Coseguro</u>	\$400
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,000</b>

## Discrimination is Against the Law

Premera Blue Cross (Premera) complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Premera does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Premera provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). Premera provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator. If you believe that Premera has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, Toll free: 855-332-4535, Fax: 425-918-5592, TTY: 711, Email [AppealsDepartmentInquiries@Premera.com](mailto:AppealsDepartmentInquiries@Premera.com). You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. You can also file a civil rights complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint Portal available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

## Language Assistance

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-722-1471 (TTY: 711).

**注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-722-1471 (TTY: 711)。

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-722-1471 (TTY: 711).

**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-722-1471 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-722-1471 (телетайп: 711).

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-722-1471 (TTY: 711).

**УВАГА!** Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 800-722-1471 (телетайп: 711).

**ប្រយ័ត្ន:** បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃនឹងត្រូវបានផ្តល់ឱ្យអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 800-722-1471 (TTY: 711)។

**注意事項:** 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-722-1471 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

**ማስታወሻ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-722-1471 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

**XIYYEEFFANNAA:** Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfalliidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-722-1471 (TTY: 711).

**ملحوظة:** إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-722-1471 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**ਪਿਆਰਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-722-1471 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-722-1471 (TTY: 711).

**ໂປດຊານ:** ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 800-722-1471 (TTY: 711).

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-722-1471 (TTY: 711).

**ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-722-1471 (ATS: 711).

**UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-722-1471 (TTY: 711).

**ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-722-1471 (TTY: 711).

**ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-722-1471 (TTY: 711).

**توجه:** اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-722-1471 (TTY: 711) تماس بگیرید.