

VitalCare
Corporation

2026 EMPLEADO PAQUETE DE BENEFICIOS



Tabla de contenidos

Elegibilidad e inscripción	1	Beneficios laborales adicionales	31
Elegibilidad de hora variable	5	FAMILIA+	32
Médico	6	Términos y definiciones de seguros	33
Cómo funciona su plan	8	Aviso de CHIP	35
Dónde buscar atención	9	Avisos Legales Combinados	37
HSA	11	Aviso de cobra	38
Dental	13	Aviso del mercado de seguros médicos	40
Visión	15	RX - Divulgación de cobertura acreditable de Medic	48
Salud mental: MyStrength completo	16	La ley de Michelle	44
Seguro de accidentes	17	Aviso HIPAA	45
Enfermedad crítica	19	Aviso USERRA	48
Indemnización hospitalaria	21	Aviso de MHPAEA	49
Crédito de detección de bienestar	25	Aviso de la Ley No Sorpresas	52
Seguro de vida a plazo	27	Recursos	54
Seguro para mascotas	28	Notas	55
Ahorros seguros de Colorado	30		



Inscribirse en sus beneficios



Elegibilidad e inscripción

Usted es elegible para recibir beneficios si es un empleado activo a tiempo completo que trabaja **30** o más horas por semana, **o** un empleado activo de horas variables que trabaja un promedio de 130 horas por mes durante un período retrospectivo de 12 meses.

Sus dependientes son elegibles si lo son:

- Su cónyuge legal o pareja de hecho
- Su(s) hijo(s) y/o de su pareja de hecho hasta los 26 años*
- Su(s) hijo(s) discapacitado(s) hasta cualquier edad (si está discapacitado antes de los 19 años)*
- Es posible que se requiera una verificación dependiente (incluye natural, escalón, adoptado legalmente/o un niño puesto en adopción, o un niño bajo su tutela legal)

Acerca de la cobertura de parejas de hecho

Para inscribir a su pareja de hecho del mismo sexo o del sexo opuesto y a sus dependientes para la cobertura, se le pedirá que envíe:

- Prueba de pareja de hecho
- Formularios de declaración adecuados

Según la ley federal, la contribución del empleador al costo de la cobertura de atención médica para su pareja de hecho y sus dependientes se considera ingreso sujeto a impuestos para usted. Las primas de las parejas de hecho se deducirán después de impuestos. Es posible que desee consultar con un asesor fiscal para obtener más información.

¿Cuándo puedo inscribirme en beneficios?

Puedes inscribirte para recibir beneficios:

- **30 de zile** antes de ser elegible para recibir beneficios (nueva contratación o convertirse en empleado de tiempo completo)
- Durante el anual **Inscripción abierta** período
- Durante el año del plan, si experimenta un **Evento de vida clasificatorio**

¿Cuándo comienza la cobertura?

Los beneficios se vuelven efectivos en el **primero del mes** siguiente fecha de contratación para empleados a tiempo completo. **Empleados de horas variables** (equivalente a tiempo completo, estacional y a tiempo parcial) estará sujeto a un período retrospectivo de 12 meses para determinar el estatus equivalente a tiempo completo.

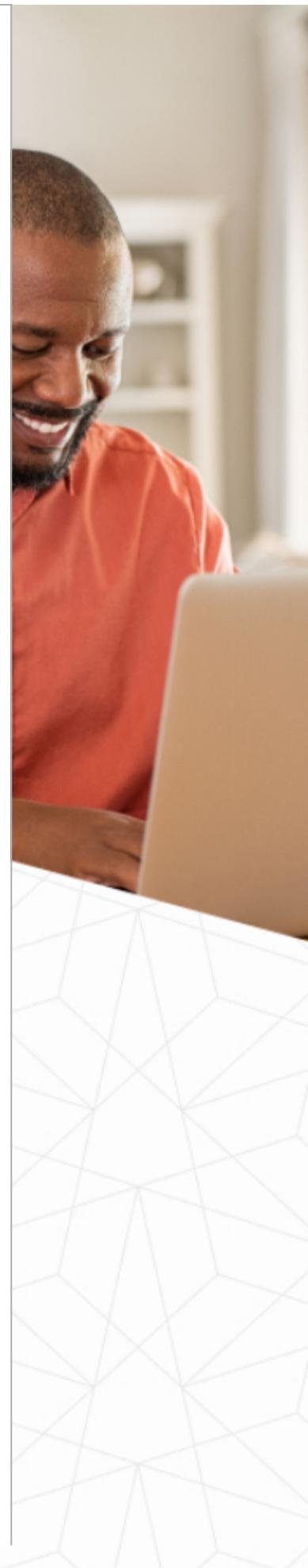
¿Cómo me inscribo en los beneficios?

Debe inscribirse activamente en todos los beneficios que requieran contribuciones de los empleados. Para inscribirse en beneficios, comuníquese con Heidi en heidi@vitalcare.us.

Tenga en cuenta:

Las regulaciones federales requieren que los empleadores obtengan la siguiente información durante la inscripción:

- Números de Seguro Social para usted y sus dependientes cubiertos por el plan médico
- Fechas de nacimiento y tu relación con tus dependientes



Realizar cambios durante el año del plan

Las elecciones de beneficios que realice durante su período de inscripción inicial estarán vigentes hasta el final del año del plan. Si tiene un evento de vida calificado con "", puede realizar cambios en ciertos beneficios si solicita el cambio y proporciona documentación de respaldo al [administrador de beneficios](#) dentro de **30 de zile** del evento. La prueba de un evento de la vida está sujeta a la aprobación de la empresa.

Los cambios son efectivos de forma prospectiva a menos que el evento sea por nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Los eventos de vida calificados incluyen, entre otros:

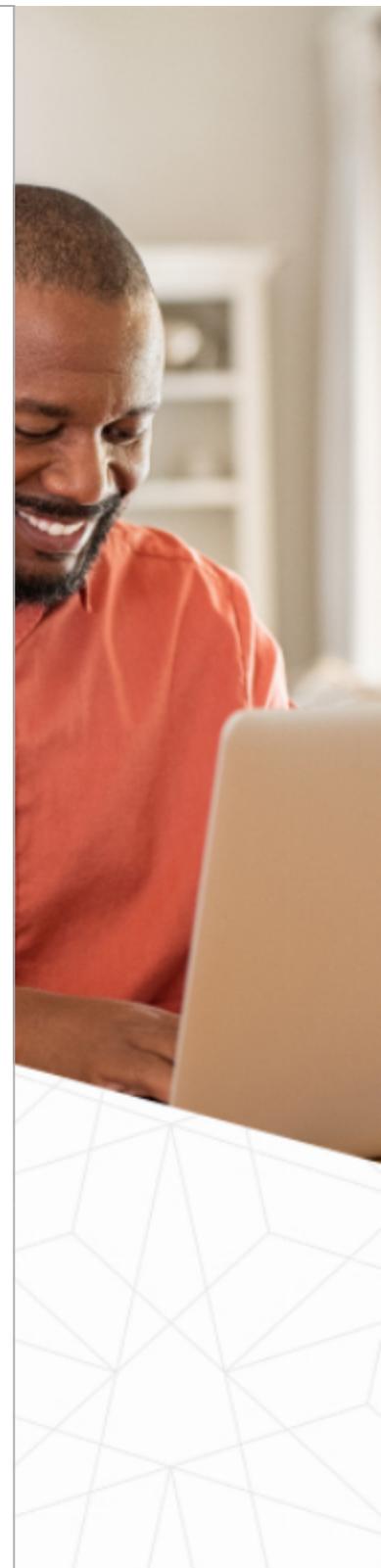
- Recién casado
- Divorcio o separación legal
- Nacimiento, adopción o colocación para adopción de un niño elegible
 - Si agrega un bebé recién nacido a su plan, el número de Seguro Social del bebé no estará disponible de inmediato. Envíe la documentación sin ella y proporcione una vez que esté disponible
- Muerte de su cónyuge, pareja de hecho o hijo cubierto
- Cambio en su situación laboral o la de su cónyuge/pareja de hecho que afecte la elegibilidad para recibir beneficios (por ejemplo, comenzar un nuevo trabajo, dejar un trabajo, cambiar de tiempo parcial a tiempo completo, comenzar o regresar de una licencia no remunerada, etc.)
- La inscripción abierta de su cónyuge
- Un cambio en la elegibilidad de su hijo para recibir beneficios
- Ganancia o pérdida de Medicare o Medicaid durante el año
- Reubicación

También pueden aplicarse otros eventos clasificatorios. Por favor póngase en contacto con heidi@vitalcare.us.

Terminación de la Cobertura

Si usted o un dependiente cubierto ya no cumple con los requisitos de elegibilidad o si su empleo cesa, su cobertura finalizará el último día del mes en el que deje de ser elegible; sin embargo, puede ser elegible para elegir COBRA para usted y sus dependientes elegibles para cobertura médica y dental.

Si alguno de sus dependientes deja de ser elegible para recibir beneficios, usted es responsable de informar al [administrador de beneficios](#) dentro de **30 de zile** del evento. Las situaciones pueden incluir un niño que envejece sin elegibilidad o separación/divorcio.



COBRA

Si pierde la cobertura del plan de salud grupal de un empleador debido a un evento calificado, el [Ley Ómnibus Consolidada de Conciliación Presupuestaria \(COBRA\)](#) es una ley federal que requiere que los empleadores ofrezcan a los empleados, sus cónyuges y sus dependientes una **periodo temporal de cobertura de atención médica continua**.

Cuando ocurre un evento calificado, como jubilación o reducción de horas, recibirá un aviso electoral sobre sus derechos a la continuación de los beneficios. Los beneficios deben elegirse no más de 60 días después del evento de clasificación. Para más información, por favor contacte heidi@vitalcare.us o benefits@hrxservices.com.



How We Determine If You Qualify for Health Coverage

If you are hired into a position where your hours may vary (sometimes called “variable hour,” “part-time,” or “seasonal”), we use a special process called the “look-back measurement method” to determine if you qualify for health benefits under the Affordable Care Act (ACA).

How the Look-Back Measurement Method Works.

1. Initial Measurement Period (For New Hires)

- When you are first hired, we track the number of hours you work over a 12-month period, starting the first day of the month after your hire date.
- During this time, you may not be eligible for health coverage right away, but your hours are being counted.

2. Administrative Period

- After the 12-month measurement period, there is a short administrative period (1 month) where we review your hours and determine if you qualify for benefits.
- If you averaged at least 30 hours per week (or 130 hours per month) during the measurement period, you will be offered health coverage.

3. Stability Period

- If you qualify, you will be eligible for health coverage for the next 12 months, even if your hours go below 30 per week during that time, as long as you remain employed.
- If you do not qualify, you will not be eligible for coverage during this stability period, but your hours will continue to be tracked for future eligibility.

4. Ongoing Measurement

- After your first cycle, you will be measured on the same schedule as other ongoing employees, using a 12-month measurement period each year.

WHY?

Why This Matters

This process ensures that employees with variable schedules have a fair opportunity to qualify for health benefits, based on actual hours worked over time.

Example

- You are hired on Feb 14.
- Your measurement period starts March 1 and runs through the following Feb 28.
- If you average 30+ hours per week during this time, you will be offered health coverage for the next 12 months, starting after a short administrative period.

If you have questions about how your hours are tracked or your eligibility for benefits, please contact HR for more information.

Médico

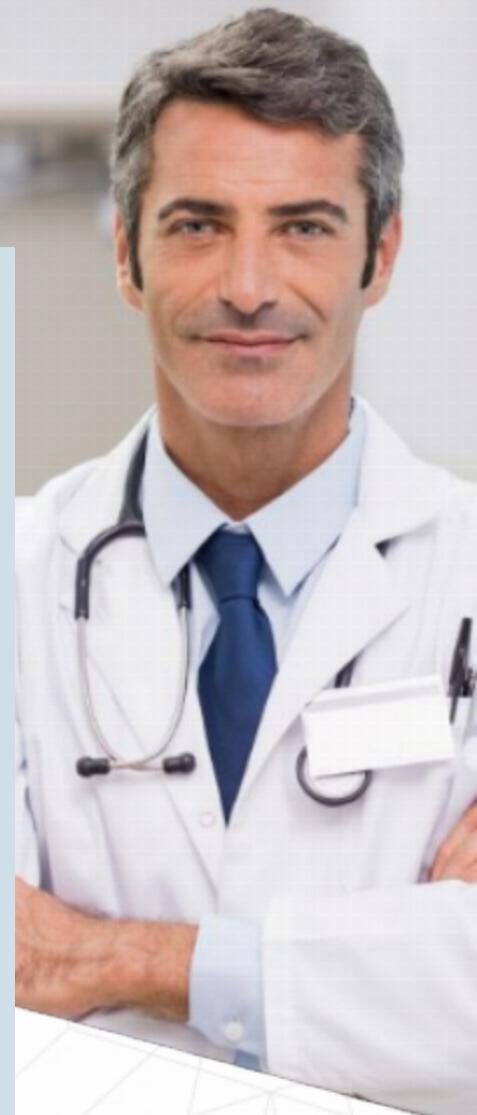
Plan explicación

VitalCare cubre \$175 de la única prima de su empleado cada período de pago (26 períodos de pago al año). Los empleados son entonces responsables de la prima restante para sus dependientes cubiertos. Clas contribuciones realizadas de cada cheque de pago para las elecciones de beneficios se deducirán automáticamente de su salario bruto antes de que se calculen los impuestos federales sobre la renta y los impuestos del Seguro Social. Dado que estas contribuciones se deducen antes de que se imponga su salario, sus impuestos se basarán en un salario bruto más bajo y terminará pagando impuestos más bajos sobre el mismo salario.

Reforma de la atención sanitaria

Si elige comprar cobertura individual a través de Colorado Marketplace, debe saber que, debido a que el seguro médico de su empresa cumple con los requisitos específicos de la ACA, es posible que no sea elegible para recibir un subsidio de prima federal para usted o sus dependientes. Esto entra en vigor cuando usted es elegible para recibir beneficios por primera vez, incluso si decide no inscribirse en los beneficios ofrecidos por su empresa.

La ACA también exige que si continúa recibiendo un subsidio de prima en una póliza de seguro médico individual, deberá devolver el monto total del subsidio cuando presente impuestos sobre la renta. Información adicional está disponible en www.healthcare.gov.



[United Healthcare | Doctors](#)

Plan HMO

[United Healthcare | Choice](#)

Plus Bronze (HSA Eligible)

FUERA DE

DEDUCIBLE	EN RED	EN RED	RED
Soltero	\$8,500	\$6,500	\$7,500
Familia	\$17,000	\$13,000	\$15,000
Período Deducible	enero-diciembre	enero-diciembre	enero-diciembre

MÁXIMO DE BOLSILLO

Soltero	\$9,700	\$8,350	\$15,000
Familia	\$19,400	\$16,700	30,000 USD

SERVICIOS DE USO COMÚN

Visita al consultorio del médico de atención primaria	Sin cargo	Copago \$0	50%*
Visita a la oficina especializada (no se requiere referencia)	\$150	10%*	50%*
Atención urgente	Sin cargo	10%*	50%*
Sala de Emergencias	40%*	10%*	10%*

Servicios Preventivos	Sin cargo	Sin cargo	50%*
GASTOS MÉDICOS MAYORES			
Cirugía Ambulatoria	40%*	10%*	50%*
Hospitalización/Cirugía de Pacientes Hospitalizados	40%*	10%*	50%*
tomografía computarizada, tomografía computarizada, resonancia magnética	40%*	10%*	50%*
Parto Hospitalario Recién Nacido	40%*	10%*	50%*
COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS			
Prescripción Deducible	\$0	\$0	\$0
Genérico (Nivel 1)	Sin cargo	\$0 - \$15 copago*	No cubierto
Nombre de la marca (Nivel 2)	\$40	\$55 - \$135 copago*	No cubierto
No Preferido (Nivel 3)	\$85	copago de \$20*	No cubierto
Especialidad (Nivel 4)	\$175	10% coseguro*	No cubierto
Especialidad (Nivel 5)	\$500	\$0	\$0
Pedido por correo: suministro para 90 días	Sin copago / \$25 / \$85 / \$175 / \$500	\$0	\$0
INFORMACIÓN DEL PLAN			
Contribución del empleador	\$175 por período de pago	\$175 por período de pago	
Tipo de red	HMO	POS	
Sitio web del miembro	www.myuhc.com	www.myuhc.com	
Número de teléfono de atención al cliente	1-866-801-4409	1-800-782-3740	

PRIMA POR CHEQUE DE PAGO DEL EMPLEADO

	CONTRIBUCIÓN DE LOS EMPLEADOS	CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADOR	CONTRIBUCIÓN DE LOS EMPLEADOS	CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADOR
Sólo empleado	\$101.21	\$175.00	\$142.02	\$175.00
Empleado + Cónyuge	\$377.41	\$175.00	\$459.03	\$175.00
Empleado + Hijo(s)	\$335.98	\$175.00	\$411.48	\$175.00
Familia	\$612.18	\$175.00	\$728.49	\$175.00

**Desreclamación**

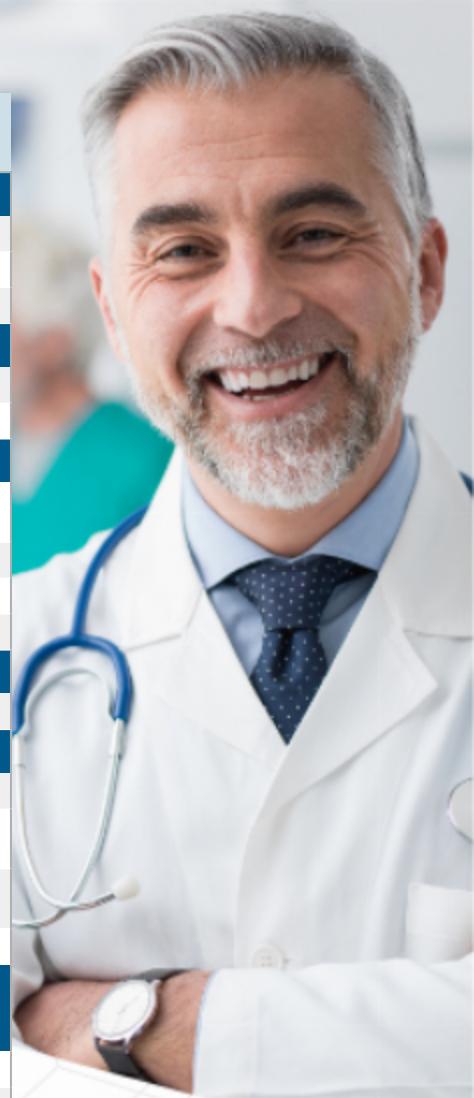
*Después del plan deducible

Confirme siempre que está utilizando un "**red contratada**" proveedor.

Esta es una lista parcial de sus beneficios cubiertos. Para obtener una lista completa y precisa de los beneficios, limitaciones y exclusiones cubiertos, consulte su certificado de cobertura.

United Healthcare | Choice
Plus Silver PPO
United Healthcare | Choice
Plus Gold PPO

DEDUCIBLE	EN RED	FUERA DE RED	EN RED	FUERA DE RED
Soltero	\$3,500	\$7,500	\$1,500	\$7,500
Familia	\$7,000	\$15,000	\$3,000	\$15,000
Período Deducible	enero-diciembre	enero-diciembre	enero-diciembre	enero-diciembre
MÁXIMO DE BOLSILLO				
Soltero	\$8,650	\$15,000	\$6,000	\$15,000
Familia	\$17,300	30,000 USD	\$12,000	30,000 USD
SERVICIOS DE USO COMÚN				
Visita al consultorio del médico de atención primaria	copago de \$45	50%*	copago de \$35	copago de \$35
Visita a la oficina especializada	copago de \$90	50%*	copago de \$70	copago de \$70
Atención urgente	copago de \$75	50%*	copago de \$50	copago de \$50
Sala de Emergencias	40%*	40%*	20%*	20%*
ATENCIÓN PREVENTIVA				
Servicios Preventivos	Sin cargo	50%*	Sin copago	No cubierto
GASTOS MÉDICOS MAYORES				
Cirugía Ambulatoria	40%*	50%*	20%*	20%*
Hospitalización/Cirugía de Pacientes Hospitalizados	40%*	50%*	20%*	20%*
tomografía computarizada, tomografía computarizada, resonancia magnética	40%*	50%*	20%*	20%*
Parto Hospitalario Recién Nacido	40%*	50%*	20%*	20%*
COBERTURA DE MEDICAMENTOS				
RECETADOS				
Prescripción Deducible	\$0	\$0	\$0	\$0
Genérico (Nivel 1)	Comercio minorista: copago de \$0/Pedido por correo: copago de \$0	Comercio minorista: copago de \$0/Pedido por correo: copago de \$0	\$20*	\$20*
Nombre de la marca (Nivel 2)	Comercio minorista: copago de \$15/Pedido por correo: copago de \$37.50	Comercio minorista: copago de \$15/Pedido por correo: copago de \$37.50	\$20*	\$20*
No Preferido (Nivel 3)	Comercio minorista: copago de \$65/Pedido por correo: copago de \$162.50	Comercio minorista: copago de \$65/Pedido por correo: copago de \$162.50	\$65*	\$65*
Especialidad (Nivel 4)	Comercio minorista: copago de \$135/Pedido por correo: copago de \$337.50	Comercio minorista: copago de \$135/Pedido por correo: copago de \$337.50	\$135*	\$135*
Especialidad (Nivel 5)	Comercio minorista: copago de \$400/Pedido por correo: copago de \$1,000	Comercio minorista: copago de \$400/Pedido por correo: copago de \$1,000	\$0	\$0
Pedido por correo: suministro para 90 días	\$0	\$0	\$350*	No cubierto



Desreclamación

*Después del plan deducible

Confirme siempre que está utilizando un **"red contratada"** proveedor.

Esta es una lista parcial de sus beneficios cubiertos. Para obtener una lista completa y precisa de los beneficios, limitaciones y exclusiones cubiertos, consulte su certificado de cobertura.

United Healthcare | Choice**Plus Silver PPO**

Contribución del empleador	\$175 por período de pago	\$175 por período de pago
Sitio web del miembro	www.myuhc.com	www.myuhc.com
Número de teléfono de atención al cliente	1-800-782-3740	1-866-801-4409

United Healthcare | Choice**Plus Gold PPO**

PRIMA POR CHEQUE DE PAGO DEL EMPLEADO				
	CONTRIBUCIÓN DE LOS EMPLEADOS	CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADOR	CONTRIBUCIÓN DE LOS EMPLEADOS	CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADOR
Sólo empleado	\$175.21	\$175.00	\$221.11	\$175.00
Empleado + Cónyuge	\$525.42	\$175.00	\$617.22	\$175.00
Empleado + Hijo(s)	\$472.88	\$175.00	\$557.80	\$175.00
Familia	\$823.09	\$175.00	\$953.91	\$175.00

Here's an example of how the plan's costs come into play.

1 At the start of your plan year...

You're responsible for paying 100% of your covered health services until you reach your **deductible**, which is the amount you pay before your health plan pays a portion.

YOU PAY 100%

2 Once you reach your deductible...

Your health plan starts to share a percentage of costs (the allowed amounts, excluding copays) for covered health care services with you—this is your **coinsurance**.*

YOU PAY 20%*

YOUR PLAN PAYS 80%

3 When you reach your out-of-pocket limit...

Your plan covers your costs (the allowed amount) at 100%. Your **out-of-pocket limit** is the most you'll pay for covered health services in a plan year—copays and coinsurance count toward this.

YOUR PLAN PAYS 100%

Along the way, you may also be required to pay a fixed amount (for example, \$15)—or **copay**—for covered health care services, such as seeing a provider or purchasing a prescription. You pay 100% of the copay, usually when you receive the service.

* Your coinsurance may vary by service. This example is for illustrative purposes only.

Virtual Care

Each medical plan includes virtual visits through the UHC app, which provides 24-7-365 access to board-certified primary care doctors and pediatricians by secure video chat or phone. For an illness or injury that is not an emergency, United Healthcare's telemedicine program offers a convenient, cost-effective alternative to hospital emergency rooms and urgent care clinics.

Virtual visits are not intended to replace your relationship with your doctor but to provide healthcare access when reaching the doctor is difficult or inconvenient.

Doctors can diagnose, recommend treatment, and write short-term prescriptions for minor, non-life-threatening conditions including, but not limited to:

- Acne
- Allergies
- Arthritic Pain
- Bronchitis
- Cold/Flu Symptoms
- Ear Infections
- Headaches/Migraines
- Insect Bites
- Sinus Infections
- Nausea/Stomach Aches
- Pink Eye
- Skin Infections
- Sore Throat
- Upper Respiratory Infection

Benefits of Telemedicine Visits

- No travel expenses or time
- Less time away from work
- Less interference with child or elder care responsibilities
- No exposure to other potentially contagious patients

How to Schedule a Virtual Visit

1. Sign in to <https://member.uhc.com/> or the UHC app to start a visit



2. Choose the type of visit.
Virtual visits can be for 24/7 urgent care, primary care, specialty care or therapy
3. Choose a network provider for your visit.

Where to Seek Care

Emergency Care vs. Urgent Care

When you need help in a hurry, you have choices. Of course, when it's a **life-threatening problem, you should call 911 or go to the nearest hospital emergency room (ER).**

In the ER, true emergencies are treated first, so unless your life is in danger, you'll wait – sometimes for hours. The ER is also the most expensive option for care.

For non-life-threatening problems, call your doctor, access Virtual Visit or HealthiestYou services, or go to an urgent care center.



Go to Emergency Room

or



Go to Urgent Care

Heart attack or stroke
Chest pain or intense pain
Shortness of breath
Severe abdominal pain
Head injury or other major trauma
Loss of consciousness
Major burns or severe bleeding
One-sided weakness or numbness
Open fractures
Poisoning or suspected overdose

Moderate fever
Colds, cough or flu
Bruises and abrasions
Cuts and minor lacerations
Minor burns and skin irritations
Eye, ear, or skin infections
Sprains or strains
Possible fractures
Urinary tract infections
Respiratory infections

KNOW BEFORE YOU GO



Lower

Cost and Time

Greater

Virtual care	Convenience care clinic	Healthcare provider's office	Urgent care center	Emergency room
For minor medical conditions. Connect with board-certified doctors via video or phone when, where, and how it works best for you.	For minor medical concerns. Staff nurse practitioners and physician assistants. Located in retail stores and pharmacies. Open nights and weekends.	The best place to go for routine or preventive care or to keep track of medications. Many PCPs offer virtual care. Contact your PCP to schedule an in-person or virtual care visit.	For conditions that aren't life-threatening. Nurses and doctors staff them and usually have extended hours.	<p>For immediate treatment of critical injuries or illness. Open 24/7. Call 911 or go to the nearest ER if a situation seems life-threatening.</p> <p><i>"Freestanding" ER locations are becoming more common in many areas. Because these ERs are not inside hospitals, they may look like urgent care centers. When you receive care at an ER, you're billed much more than other healthcare facilities.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> › Colds and flu › Rashes › Sore throats › Headaches › Stomachaches › Fever › Allergies › Acne › Urinary tract infections (UTIs) and more 	<ul style="list-style-type: none"> › Colds and flu › Rashes or skin conditions › Sore throats, earaches, sinus pain › Minor cuts or burns › Pregnancy testing › Vaccines 	<ul style="list-style-type: none"> › General health issues › Preventive care › Routine check-ups › Vaccines and screenings 	<ul style="list-style-type: none"> › Fever and flu symptoms › Headaches › Minor cuts, sprains, burns, rashes › Lower back pain › Joint pain › Minor respiratory symptoms › UTIs 	<ul style="list-style-type: none"> › Sudden numbness, weakness › Uncontrolled bleeding › Seizure or loss of consciousness › Shortness of breath › Chest pain › Head injury/major trauma › Blurry or loss of vision › Severe cuts or burns › Overdose
<ul style="list-style-type: none"> › Costs the same or less than a visit with your primary care provider (PCP) › Appointments typically in an hour or less › Need to leave home or work 	<ul style="list-style-type: none"> › Same or lower than provider's office › No appointment needed 	<ul style="list-style-type: none"> › May charge copay/coinsurance and/or deductible › Usually need an appointment › Short wait times 	<ul style="list-style-type: none"> › Costs lower than emergency room (ER) › No appointment needed › Wait times vary 	<ul style="list-style-type: none"> › Highest cost › No appointment is needed › Wait times may be long

Health Savings Account Advantages

Only available for those enrolled in the High Deductible Medical Plan

A Health Savings Account (HSA) is a tax-advantaged savings vehicle for individuals covered by a High Deductible Health Plan (HDHP). Funds in the account are used to pay for qualified medical, dental, and vision expenses.

An HSA is a great way to save for the future. You can set aside money from each paycheck now and save funds to cover healthcare expenses that come up later. Plus, your contributions are free from federal income tax, so you're stretching your healthcare dollars while lowering your taxable take-home pay amount.

HSA funds can only be used for yourself, your spouse, and your taxable dependents. Expenses for domestic partners and/or other dependents who do not qualify as tax dependents are not reimbursable under the HSA. To obtain an HSA, you can contact your local bank.

Advantages of an HSA

- Balance rolls over each year so you won't lose your contributions
- Triple tax savings — you do not pay federal tax* on:
 - Contributions to the account
 - Spending on qualified expenses
 - Interest that accrues
- Account is portable, so the funds are yours even if you change medical plans or leave the company
- Use the funds (now or in the future) for eligible medical, dental or vision expenses, including coinsurance costs, prescriptions, glasses, orthodontia and more
- Money left in the savings account earns tax-free interest*

**Tax treatment of HSAs for state tax purposes may vary by state.*

Who Can Open an HSA?

You can contribute to an HSA if you:

- Enrolled in a High Deductible Health Plan
- Are not enrolled in Medicare*, TRICARE or TRICARE for Life.
- Cannot be claimed as a dependent on someone else's tax return.
- Have not received Veterans Affairs (VA) benefits within the past 3 months.
- You (or your spouse) do not contribute to a Healthcare FSA.

** Enrollment in Medicare Part A may be retroactive by up to 6 months when you begin taking social security retirement after your Social Security Normal Retirement Age (SSNRA). This may affect your HSA eligibility.*

Other restrictions and exceptions may also apply. For more information, visit www.irs.gov/publications/p9691.

Eligible HSA Expenses

Doctor and Hospital Visits
Prescription Medications
COBRA Premiums

Vision Care, Glasses, Contacts
Long-Term Care Insurance

Dental Care, Braces, Dentures
Medical Expenses & Equipment

A complete list can be found by visiting www.irs.gov Publication 502

HSA Enrollment

Only available for those enrolled in the High Deductible Medical Plan

Employees can open an account through the employer's sponsored HSA provider or an institution of their choice. You will need to provide your account information to payroll so that they can deposit pre-tax dollars directly from your paycheck to your HSA account. You may also deposit post-tax dollars and work with your accountant at the end of year to receive the "pre-tax" benefit.

Health Savings Account (HSA)	
Annual Limit	\$4,300 Single \$ 8,550 Family (2025) \$4,400 Single \$ 8,750 Family (2026)
Catch-Up Contribution	\$1,000 annually if age 55+
Enrollment Rules	Must be enrolled in an HSA-qualified plan
Who may you use funds for?	You, your spouse, and your tax dependents
Changes allowed for elections	Monthly
Are unused funds forfeited?	N/A. Funds remain in your account
How you access funds	A debit card or checks
Penalty for non-qualified use	20%

IMPORTANT! Be sure to keep your receipts in case the IRS ever audits you. If you use your HSA funds for expenses beyond what the IRS defines as qualified, you will be subject to income tax on the distributions, plus pay an additional 20% penalty if you are younger than 65.

	Without HSA	With HSA	
Annual Income	\$40,000	\$40,000	When you participate in a pre-tax savings account, the funds you set aside from your paycheck are not considered wages for federal income tax purposes. In addition, these amounts are not subject to Social Security or federal unemployment taxes.
Annual HSA Contribution	\$ -	(\$2,000)	
Taxable Salary	\$40,000	\$38,000	
Tax Payment (est. 30%)	(\$12,000)	(\$11,400)	Reducing your gross income reduces your tax liability. The example to the left shows how you can increase your take-home pay by participating in the HSA.
Net Take-Home	\$28,000	\$28,600	
Annual Savings	\$0	\$600	

Dental

Plan explicación

VitalCare ofrece un plan dental a través de United Healthcare. Los empleados son responsables del 100% de sus primas y las de sus dependientes. Su elección de dentistas puede determinar el ahorro de costos que recibe. United Healthcare paga directamente a los proveedores dentro de la red y aceptan aceptar tarifas negociadas como pago "en full" por los servicios prestados. Cuando utiliza proveedores fuera de la red, United Healthcare aplicará el porcentaje aplicable del monto permitido y usted será responsable de pagar el saldo de la factura. El porcentaje de beneficios fuera de la red se basa en el monto permitido aplicable para el mismo servicio que habría prestado un proveedor de red. Para buscar proveedores dentro de la red, vaya a www.uhc.com.

<u>United Healthcare Dental</u>	<u>United Healthcare Dental</u>
PPO \$1000	PPO \$1500 with Child Ortho

DEDUCIBLE		
Soltero	EN RED \$50	EN RED \$50
Familia	\$150	\$150
MÁXIMO QUE PAGARÁ EL TRANSPORTISTA		
Máximo Anual	\$1,000	\$1,500
FRECUENCIAS		
Limpieza	Limitado a 2 veces por 12 meses consecutivos.	Limitado a 2 veces por 12 meses consecutivos
COBERTURA DENTAL		
Limiaciones	100%	100%
Exámenes	100%	100%
Rayos X	100%	100%
Selladores	100%	100%
Rellenos	80%	80%
Extracciones simples	80%	80%
Canal raíz	50%	50%
Enfermedad de las encías periodontales	50%	50%
Cirugía bucal	50%	50%
Coronas	50%	50%
Dentaduras	50%	50%
Puentes	50%	50%
Ortodoncia	No cubierto	50%
Máximo de vida útil de la ortodoncia	No cubierto	\$1,000 por persona por vida
Edad máxima de ortodoncia	No cubierto	Sólo niños Hasta los 19 años
INFORMACIÓN DEL PLAN		
Período de espera para servicios importantes	Sin periodo de espera	Sin periodo de espera



PRIMA POR CHEQUE DE PAGO DEL EMPLEADO

Sólo empleado	\$13.57	\$14.36
Empleado + Cónyuge	\$27.13	\$28.73
Empleado + Hijo(s)	\$30.56	\$34.25
Familia	\$46.40	\$51.25

**Desreclamación**

Esta es una lista parcial de sus beneficios cubiertos. Para obtener una lista completa y precisa de los beneficios, limitaciones y exclusiones cubiertos, consulte su certificado de cobertura.

Visión

United Healthcare | Vision

Plan explicación

VitalCare ofrece un plan dental a través de United Healthcare. Los empleados son responsables del 100% de su prima y la de sus dependientes. Los proveedores de visión dentro de la red pueden estar ubicados en www.myuhcvision.com o llamando al (800)638-3120.

COBERTURA DE VISIÓN	EN RED	FUERA DE RED
Examen ocular	\$10	Hasta \$40.00
Lente de visión única	\$25	Hasta \$40.00
Lente bifocal forrada	\$25	Hasta \$60.00
Lente Trifocal Forrada	\$25	Hasta \$80.00
Lente lenticular	\$25	Hasta \$80.00
Asignación de lentes de contacto	\$105	Hasta \$210.00
Asignación marco	\$130	Hasta \$45.00
FRECUENCIAS		
Frecuencia del examen	Una vez cada 12 meses	
Frecuencia de lente	Una vez cada 12 meses	
Frecuencia del marco	Una vez cada 12 meses	
EXPLICACIÓN FUERA DE LA RED		
	El participante paga todos los cargos facturados al proveedor y UnitedHealthcare reembolsa al participante por los servicios prestados hasta el subsidio máximo	
Sitio web del miembro	myuhcvision.com	
Número de teléfono de atención al cliente	(800) 638-3120	

PRIMA POR CHEQUE DE PAGO DEL EMPLEADO
Sólo empleado
Empleado + Cónyuge
Empleado + Hijo(s)
Familia

\$2.93
\$5.56
\$6.52
\$9.18



Desreclamación

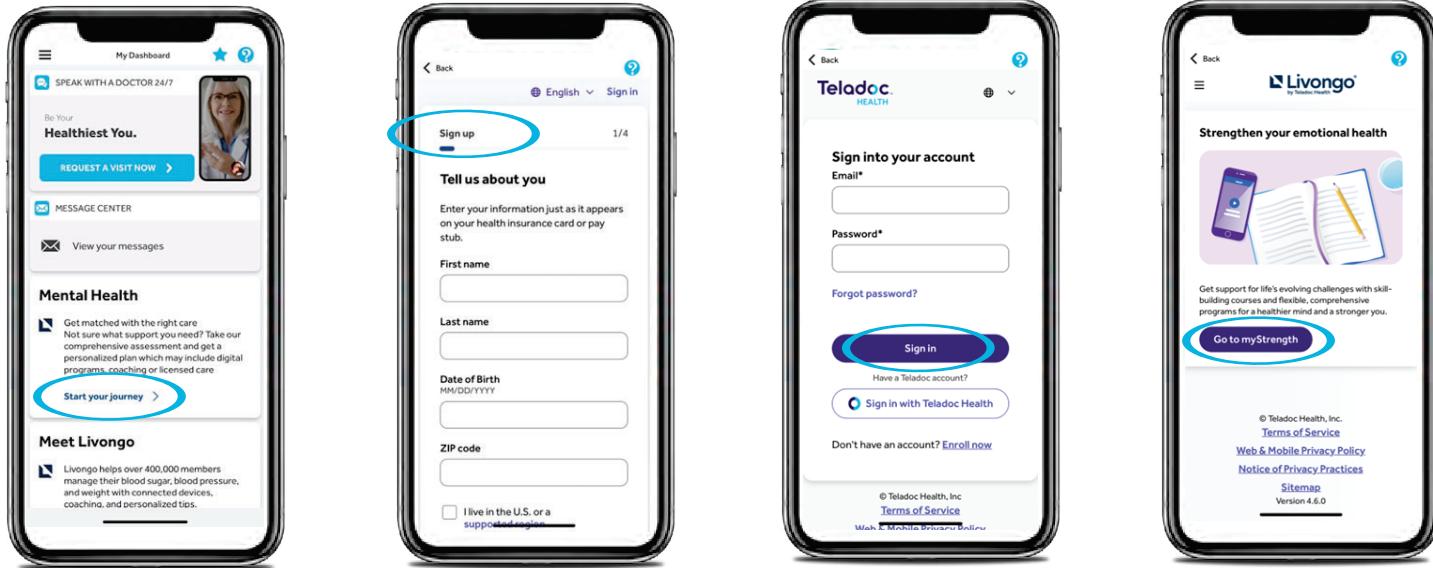
Esta es una lista parcial de sus beneficios cubiertos. Para obtener una lista completa y precisa de los beneficios, limitaciones y exclusiones cubiertos, consulte su certificado de cobertura.



How To Access MyStrength Complete

Our MyStrength service provides specialized digital mindfulness programs that employees can work through on their own.

1. [SIGN IN](#) to the HealthiestYou App
2. Go to the [MENTAL HEALTH](#) tile on the dashboard
3. Click [START YOUR JOURNEY](#)
4. [SIGN UP](#) (this will take you out of the HealthiestYou dashboard and you will need to Sign Up for MyStrength).
5. [SIGN IN](#) using the new login info that you just created.
6. Click [GO TO MYSTRENGTH](#)



Recommended digital content and resources.
Explore self-guided activities and tools based on your goals and needs.



Get more out of your health plan benefits with these 2 handy digital tools



The UnitedHealthcare® app and myuhc.com®

Whether on the go or online, you'll have access to resources designed to help you:

- View benefit info, claim details and account balances
- Search network providers and facilities for the type of care you may need
- Quickly compare cost estimates before you get care
- Learn about covered preventive care
- Access your health plan ID card and add your plan details to your smartphone's digital wallet

Register once to access both tools

Start by downloading the UnitedHealthcare app or going to [myuhc.com](#) and then:

- Tap **Register Now** on the app, or select **Register** on the website
- Fill in the required fields and create your username and password
- Enter your contact information and select SMS text or phone call for two-factor authentication—then, agree to the terms and conditions
- Opt in to paperless delivery from your communication preferences

Now you're registered for—and connected to—the app and the website.

Get connected



Scan this code to download the app and register, or visit
[myuhc.com](#)

Certain preventive care items and services, including immunizations, are provided as specified by applicable law, including the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA), with no cost-sharing to you. These services may be based on your age and other health factors. Other routine services may be covered under your plan, and some plans may require copayments, coinsurance or deductibles for these benefits. Always review your benefit plan documents to determine your specific coverage details.

All UnitedHealthcare members can access a cost estimate online or on the mobile app. None of the cost estimates are intended to be a guarantee of your costs or benefits. Your actual costs may vary. When accessing a cost estimate, please refer to the Website or Mobile application terms of use under the Find Care & Costs section. Available only for insured plans and self-funded plans with Optum Rx integrated pharmacy benefits.

The UnitedHealthcare® app is available for download for iPhone® or Android®. iPhone is a registered trademark of Apple, Inc. Android is a registered trademark of Google LLC.

Health Plan coverage provided by or through a UnitedHealthcare company. Insurance coverage provided by or through UnitedHealthcare Insurance Company or its affiliates. Administrative services provided by UnitedHealthcare Services, Inc. or their affiliates.

Administrative services provided by United HealthCare Services, Inc. or their affiliates, and UnitedHealthcare Service LLC in NY. Stop-loss insurance is underwritten by UnitedHealthcare Insurance Company or their affiliates, including UnitedHealthcare Life Insurance Company in NJ, and UnitedHealthcare Insurance Company of New York in NY.

B2C EI232735050.0 12/23 © 2023 United HealthCare Services, Inc. All Rights Reserved. 23-2725605

**United
Healthcare**



ACCIDENT INSURANCE

Offer employees a financial back-up plan for when an accident happens.

Accident insurance helps your employees cover out-of-pocket expenses after an accidental injury.



Life doesn't always go according to plan. Accidents happen. And while medical insurance helps pay for medical expenses, and disability insurance replaces a portion of lost income, they may not cover all the costs associated with an accidental injury. Accident insurance from Principal® helps employees manage expenses after an injury. It provides tax-free⁽¹⁾ cash benefits directly to the employee, regardless of other insurance or actual costs.

Principal accident insurance is designed to be straightforward for employees. It provides an up-front, lump-sum benefit based on covered injuries received. And the benefit isn't dependent on services, tests, or treatments to receive the maximum benefit. This approach allows for a higher amount for the injury, which can help cover other expenses, like ambulance service, medical exams, and post-treatment care. This process helps employees receive payment faster with less paperwork and without any uncertainty about the benefit amount.

Covered injuries

Injury ⁽²⁾	Benefit payable
Burn	Up to \$5,000
Coma	\$15,000
Concussion	\$500
Dental injury	\$500
Dislocation	Up to \$7,500
Eye injury with surgical repair	\$500
Fracture	Up to \$10,000
Injuries not specifically listed	\$100
Internal injury	\$1,500
Knee cartilage injury with surgical repair	\$1,500
Ruptured disc with surgical repair	\$1,500
Tendon/ligament/rotator cuff injury with surgical repair	\$1,500

Product specifics

Accident insurance is only available with another Principal group product.

Coverage type ⁽³⁾	<ul style="list-style-type: none">Injury can be on or off the job.Spouse coverage matches the covered employee
Spouse/child coverage	Employees must enroll to elect coverage for their spouse or children
Funding options	Employee-paid
Enrollment type	<ul style="list-style-type: none">Annual open enrollmentEvidence of insurability (EOI) is not required
No maximum lifetime benefit	A maximum lifetime benefit doesn't apply
Organized youth sports ⁽⁴⁾	<ul style="list-style-type: none">Any covered child 18 years or younger injured during an organized youth sporting event can receive an increased benefit amount25% increase in benefit amount up to \$1,000Eligible to receive one benefit amount per calendar year per covered dependent
Accidental death and dismemberment (AD&D) ⁽⁵⁾	<ul style="list-style-type: none">Employers have option to remove or includeEmployee is covered at \$25,000, spouse \$12,500, and child at \$6,250
Pre-existing conditions	Not included
Health screening benefit for preventive care ⁽⁶⁾	<ul style="list-style-type: none">Employers have option to remove\$50/\$100/\$150 year for each employee, covered spouse, and dependent child
Portability ⁽⁷⁾	<ul style="list-style-type: none">Employers have the option to removeDuration of 3 years, 5 years, or to age 70EOI is not required

⁽¹⁾ Based on current federal income tax laws, if insurance premiums are paid with after-tax dollars, the benefits are received income tax-free.

⁽²⁾ Coma, skin graft, eye injury with surgical repair not available in New Hampshire.

⁽³⁾ Off the job is the only option available in New Mexico.

⁽⁴⁾ Not available in New York or Virginia.

⁽⁵⁾ Accidental death and dismemberment also includes loss of use, paralysis, and loss of senses benefits. Benefits may be payable at a percentage of full benefit. Coma is included in this benefit in New Hampshire.

⁽⁶⁾ Not available in Idaho, Michigan, Minnesota, New Hampshire, New Mexico, New York, North Dakota, or Virginia.

⁽⁷⁾ Not available in Colorado, Kentucky, Montana, New Hampshire, New Mexico, Oregon, Utah, Vermont, or West Virginia.

principal.com

Insurance products issued by Principal Life Insurance Company®, a member of the Principal Financial Group®, Des Moines, IA 50392.

ACCIDENT INSURANCE PROVIDES LIMITED BENEFITS. This is an overview of the benefits accident insurance provides, but there are limitations and exclusions. For additional details, contact your Principal financial professional. Some provisions may vary or not be available in all states. This flyer is not approved for use in Arizona or New Mexico. OR policy form GC 8000 (ACC) (0915) OR.

Principal®, Principal Financial Group®, and Principal and the logomark design are registered trademarks of Principal Financial Services, Inc., a Principal Financial Group company, in the United States and are trademarks and service marks of Principal Financial Services, Inc., in various countries around the world.

11/2025 | 4943901-112025 | © 2025 Principal Financial Services, Inc.

Understand the ins and outs of critical illness insurance

Life doesn't always go as expected. Serious illnesses happen. And while medical insurance helps pay for medical expenses, and disability insurance replaces a portion of lost income, they don't cover all the costs associated with having a serious illness.

Principal® provides critical illness insurance to help employees manage unexpected expenses. When a covered individual is diagnosed with a specific critical illness, they receive a lump-sum cash benefit to use as needed, regardless of other insurance or actual costs.

Covered illnesses⁽¹⁾

- Alzheimer's disease
- Amyotrophic lateral sclerosis
- Benign brain tumor
- Carcinoma in situ (25% benefit)
- Coma⁽¹⁾
- Coronary artery disease (25% benefit)
- Heart attack
- Invasive cancer
- Loss of hearing⁽¹⁾
- Loss of sight⁽¹⁾
- Loss of speech⁽¹⁾
- Major organ failure
- Multiple sclerosis
- Occupational infectious disease⁽¹⁾
- Paralysis⁽¹⁾
- Parkinson's disease
- Skin cancer (\$250)⁽¹⁾

- Specified infectious disease
- Stroke

Mental health disorders:⁽²⁾

- Bipolar disorder I
- Post-traumatic stress disorder
- Schizophrenia

Childhood conditions:

- Cerebral palsy
- Cleft lip/palate
- Cystic fibrosis
- Down syndrome
- Muscular dystrophy
- Spina bifida

Product specifications

First occurrence	Benefits are payable the first time a critical illness is incurred under the policy, subject to benefit qualifications and limitations.
Multiple payouts	<ul style="list-style-type: none"> • Benefits for a first occurrence of a different critical illness are payable if incurred more than 12 months after the preceding critical illness.⁽³⁾ • Benefits for additional occurrences of carcinoma in situ, coronary artery disease, heart attack, invasive cancer, major organ failure, and stroke are payable if incurred more than 12 months after the preceding critical illness and 12 months treatment-free.⁽⁴⁾
No maximum lifetime benefit	A maximum lifetime benefit doesn't apply.
Enrollment type	<ul style="list-style-type: none"> • Annual open enrollment • Evidence of insurability (EOI) not required
Family care⁽⁵⁾	<ul style="list-style-type: none"> • First occurrence of infertility for employee and covered spouse at 25% of the benefit payable. • Complications of pregnancy for any covered individual that present up to 12 weeks postpartum at 25% of the benefit payable. Requires at least 2 consecutive days of hospitalization.
Infectious disease benefit⁽⁶⁾	Benefits are payable at 25% of the benefit payable if an infectious disease benefit occurs and requires 3 continuous days of hospitalization.
Pre-existing conditions⁽⁷⁾	<ul style="list-style-type: none"> • 6 months prior/12 months insured. • 3 months prior/12 months insured. • Pre-existing can be removed if 50+ eligible lives.
Spouse⁽⁸⁾⁽⁹⁾/child coverage	<ul style="list-style-type: none"> • Spouse benefit up to 100% of employee benefit. • Children are automatically covered for 25% of the employee's benefit for no additional cost.
Health screening benefit for preventive care⁽¹⁰⁾	<ul style="list-style-type: none"> • Employers have the option to remove. • \$50/\$100/\$150 year for each employee, covered spouse, and dependent child.
Portability (EOI not required)⁽¹¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> • Employers have the option to remove. • Duration of 3 years, 5 years, or to age 70. • Must be insured for 12 months, under age 70, and not incurred a critical illness.

Benefit option⁽¹²⁾

Critical illness insurance is only available with another Principal group product.

# Eligible		Employee	Spouse
5+	Minimum benefit	\$5,000	\$2,500
5-99	Guaranteed issue Maximum benefit	\$20,000 \$50,000	\$20,000 \$50,000
100-999	Guaranteed issue Maximum benefit	\$30,000 \$100,000	\$30,000 100,000
1,000+	Guaranteed issue Maximum benefit	\$35,000 \$100,000	\$35,000 100,000

⁽¹⁾ In Idaho, these illnesses are not covered: coma, loss of hearing, loss of sight, loss of speech, and paralysis. In New Jersey, these illnesses are not covered: coma or skin cancer. In California, skin cancer is referred to as specified skin cancer, and there are no benefits for occupational infectious disease.

⁽²⁾ Mental disorders are payable at 25%. In New Jersey, first occurrence is payable at 100%.

⁽³⁾ In Connecticut and Pennsylvania, no waiting period for a first occurrence of a different critical illness. In Tennessee, the waiting period is 30 days. In Georgia and Maine, the waiting period is 6 months.

⁽⁴⁾ In Georgia and Maine, the waiting period is 6 months for additional occurrences of the same critical illness.

⁽⁵⁾ Not available in Mississippi, Montana, or Pennsylvania. In Alaska, infertility includes dependent children. In California, family care is referred to as complications of pregnancy and infertility. In New Jersey, benefit payable at 100% and complications of pregnancy not allowed.

⁽⁶⁾ In Maine, New Hampshire, and New Jersey, hospitalization not required. In New Jersey, first occurrence is payable at 100% and COVID-19 is not a covered condition.

⁽⁷⁾ In California, pre-existing conditions are 6 months prior/12 months insured, or none. In Pennsylvania, pre-existing conditions are 3 months prior/12 months insured. In Colorado, Maine, New Hampshire, New Jersey, and Utah, pre-existing conditions are 6 months prior/6 months insured.

⁽⁸⁾ State-registered domestic partner, as recognized by states.

⁽⁹⁾ In Washington, references to spouse include state-registered domestic partner.

⁽¹⁰⁾ Not available in Colorado or Michigan. In New Jersey, \$50 or none.

⁽¹¹⁾ Not available in Colorado, Kentucky, Montana, New Hampshire, Oregon, or Utah. In Alaska, Connecticut, and New Jersey, requirements vary.

⁽¹²⁾ In Florida, the maximum benefit is the guaranteed issue amount. In New Jersey and Idaho, the minimum benefit for spouses is \$2,000. Guaranteed issue amounts for spouses: 5-99 eligible is \$10,000; 100-999 eligible is \$14,000; 1,000+ eligible is \$16,000. The maximum benefit for spouses: 5-99 eligible is \$24,000; groups of 100+ use the same limits listed in the chart above.

principal.com

Insurance products issued by Principal Life Insurance Company®, a member of the Principal Financial Group®, Des Moines, IA 50392.

CRITICAL ILLNESS INSURANCE PROVIDES LIMITED BENEFITS. This is an overview of the benefits critical illness insurance provides, but there are limitations and exclusions. For cost and coverage details, contact your Principal® financial professional. This flyer is not approved for use in Arizona, New Mexico, or New York. Some provisions may vary or not be available in all states. Guarantees are based on the claims-paying ability of Principal Life Insurance Company. OR policy form GC 5700 (CI)-1 0220.

Principal®, Principal Financial Group®, and Principal and the logomark design are registered trademarks of Principal Financial Services, Inc., a Principal Financial Group company, in the United States and are trademarks and service marks of Principal Financial Services, Inc., in various countries around the world.

Hospital indemnity insurance



Understand the ins and outs of hospital indemnity insurance.

Coverage that helps pay the expenses related to hospitalization and treatment due to a sickness or injury.

Life doesn't always go as expected. Serious illnesses and injuries happen that require hospitalization and treatment. While health insurance helps pay for medical expenses, it doesn't cover all the costs associated with treatment.

That's why Principal® offers a way to help employees financially prepare for their expenses if the unexpected happens. With hospital indemnity insurance, the employee can focus on recovery and worry less about the cost of hospitalization or treatment. When a covered employee or family member is admitted to the hospital for a sickness or injury, they get a lump-sum cash benefit to use any way they choose—regardless of other insurance they may have, or actual expenses incurred.

Available benefits¹

We offer both Health Savings Account (HSA) and non-HSA compatible plans.² Our flexible designs offer a wide range of benefits and days payable, allowing you to design coverage that meets your needs. Here's an example of an HSA compatible plan that may be selected:

Benefit	Benefit payable	Days payable
First day hospital confinement	\$1,000	1
Daily hospital confinement³	\$100	30
First day Intensive Care Unit (ICU) confinement	\$2,000	1
Daily ICU confinement	\$200	30
Newborn nursery confinement	\$100	1
Health screening benefit	\$50	1

Tiered benefit

Offering a tiered benefit allows a higher daily hospital and daily ICU benefit payable the longer the stay in the hospital. This feature is available with daily hospital benefits payable with 30, 60, and 90 days. Using the example HSA plan, here's how the tiered benefit could be paid:

Days payable	Daily hospital benefit	Daily ICU benefit	Days hospitalized
30 days	\$100 daily	\$200 daily	2-10 days
	\$150 daily	\$300 daily	11-20 days
	\$200 daily	\$400 daily	21-30 days

Enhanced injury

Offering enhanced injury allows a benefit to be payable at a higher benefit amount for an injury vs a sickness.

Benefit	Sickness	Injury
First day hospital confinement	\$1,000	\$2,000
First day ICU confinement	\$2,000	\$4,000
Daily hospital confinement	\$100	\$200
Daily ICU confinement	\$200	\$400
Emergency room	\$200	\$400

Additional options for non-HSA plans

- Air ambulance
- Chiropractic care
- Companion lodging
- Doula care
- Durable medical equipment
- Emergency room
- Family care
- General anesthesia
- Ground or water ambulance
- Home health service
- Hospice care
- Inpatient surgery
- Invasive diagnostic procedure
- Lab tests or x-ray
- Major diagnostic procedures
- Medical travel
- Mental disorder inpatient treatment facility
- Mental disorder outpatient
- Observation unit
- Outpatient surgery
- Pet care
- Physician visits and telemedicine
- Prescription drugs
- Rehabilitation facility⁴
- Skilled nursing facility
- Substance abuse inpatient treatment facility
- Substance abuse outpatient
- Therapy services
- Urgent care facility

Product specifics

Hospital indemnity insurance is only available with another Principal group product.

Plan type⁵	Plans can be chosen to cover the following: <ul style="list-style-type: none">• Sickness and injury• Sickness only• Injury only
Choice type (voluntary coverage only)	Employers can allow their employees to elect different plan designs by job class: <ul style="list-style-type: none">• Dual choice• Triple choice
Coverage type	<ul style="list-style-type: none">• Injury can be on or off the job• Spouse coverage matches that of the covered employee
Spouse/child coverage	<ul style="list-style-type: none">• Employees must enroll to elect coverage for their spouse or children• Spouse and children's benefits can be up to 100% of employee benefit
Funding options	<ul style="list-style-type: none">• Employee-paid• Contributory• Employer-paid
Enrollment type	<ul style="list-style-type: none">• Annual open enrollment• Evidence of insurability (EOI) is not required
Maternity options	<ul style="list-style-type: none">• Full maternity• Complications only⁶• Full maternity after 10 months⁷
Pre-existing conditions⁸	<ul style="list-style-type: none">• 12 months prior/12 months insured• 6 months prior/12 months insured• 3 months prior/12 months insured• Pre-existing can be removed if full maternity after 10 months is selected⁹
Health screening benefit for preventive care¹⁰	<ul style="list-style-type: none">• Employers have option to remove• \$50/\$100/\$150 year for each employee, covered spouse, and dependent child
Portability¹¹	<ul style="list-style-type: none">• Employers have option to remove• Duration to age 70• Must be insured for 12 months and under age 70• EOI is not required

- ¹ Benefits not available in every state. In Connecticut and Idaho, only hospitalization benefits are available—skilled nursing, hospice (Connecticut only), and mental and substance abuse facility are allowed if follow hospitalization. In Maryland, a second opinion benefit is always required. In New Jersey and Oregon, only hospitalization benefits are available. In Massachusetts and North Carolina, general anesthesia is not available. In North Dakota, medical travel, companion lodging, family care, pet care, and mental disorder inpatient treatment facility are not available. In Pennsylvania, family care, pet care, and blood products are not available. In Kansas, chiropractic care is referred to as spinal manipulation care. In Washington, skilled nursing facility is referred to as nursing home, and pet care is referred to as pet boarding.
- ² The Internal Revenue Service (IRS) limits the types of supplemental insurance that an individual who participates in an HSA may have while maintaining the tax-exempt status of HSA contributions. If you have or plan to open an HSA, please consult your tax and legal advisors about the features offered in this plan as there may be tax implications of combining these plans.
- ³ Daily hospital confinement is always required.
- ⁴ Hospitalization required.
- ⁵ In Montana, New Jersey, Oregon, and Pennsylvania, sickness only and injury only not available. In Washington, skilled nursing facility is referred to as nursing home, and pet care is referred to as pet boarding.
- ⁶ In Montana, complications only not available.
- ⁷ In Maryland, 10-month maternity not available (pre-existing required).
- ⁸ In Florida, Idaho, Montana, and Wyoming, 12 months prior/12 months insured option not available. In New Hampshire, pre-existing conditions are 6 months prior/6 months insured. In Pennsylvania, pre-existing conditions are 3 months prior/6 months insured. In New Jersey and Utah, pre-existing conditions are 3 months prior/6 months insured or 6 months prior/6 months insured. In California, pre-existing conditions are 6 months prior/12 months insured.
- ⁹ Any case of 10 lives or less requires pre-existing.
- ¹⁰ Not available in all states
- ¹¹ Not available in Colorado, Kentucky, Montana, New Hampshire, Oregon, Utah, or Vermont.



principal.com

Insurance products issued by Principal Life Insurance Company®, a member of the Principal Financial Group®, Des Moines, IA 50392.

HOSPITAL INDEMNITY INSURANCE PROVIDES LIMITED BENEFITS. This is an overview of the benefits hospital indemnity insurance provides, but there are limitations, exclusions, and reductions. Some provisions aren't available in all states. Guarantees are based on the claims-paying ability of Principal Life Insurance Company. For cost and coverage details, contact your financial professional.

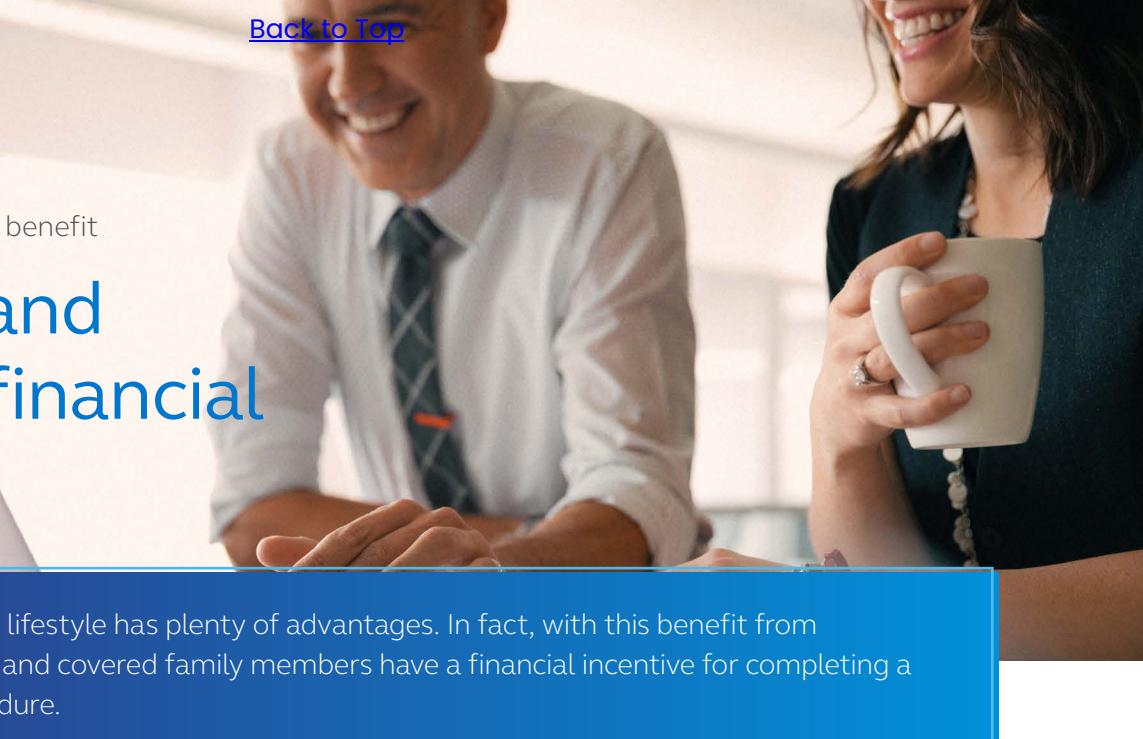
Principal does not make available products related to Health Savings Accounts. This flyer is not approved for use in Arizona and New Mexico, OR policy form GC 2200 (GHI) OR 0123.

Principal®, Principal Financial Group®, and Principal and the logomark design are registered trademarks of Principal Financial Services, Inc., a Principal Financial Group company, in the United States and are trademarks and service marks of Principal Financial Services, Inc., in various countries around the world.



Wellness/health screening benefit

Be well—and enjoy the financial incentives.



Maintaining a healthy lifestyle has plenty of advantages. In fact, with this benefit from Principal®, employees and covered family members have a financial incentive for completing a covered test or procedure.

What is the wellness/health screening benefit?

The wellness/health screening benefit pays out when an employee or insured dependent has a covered wellness screening or procedure.

One benefit is payable once per calendar year for each employee and insured dependent, and there's no family limit.

Employees with two or more coverages (critical illness⁽¹⁾, accident, or hospital indemnity) are eligible to receive benefits by submitting only one claim.

The benefit is paid regardless of the results or cost of the test or procedure—even if the test is covered by medical insurance.

Eligible tests and procedures

- Adult and child immunization⁽²⁾
- Annual physical
- Bone density screening⁽²⁾
- Cancer screening
 - Bone marrow cancer screening (serum protein electrophoresis)
 - Breast cancer screening (CA 15-3, clinical breast exam, mammogram, MRI, thermography, ultrasound)
 - Cervical cancer screening (pap smear)
 - Colorectal cancer screening (CEA, colonoscopy, double contrast barium enema, fecal occult blood test, sigmoidoscopy)
 - Ovarian cancer screening (CA 125)
 - Prostate cancer screening (digital rectal exam, PSA blood test)
- Skin cancer screening
- Cardiac stress test or electrocardiogram (EKG/ECG)—resting or stress
- Chest x-ray
- Completion of a smoking cessation program
- Completion of a weight reduction program
- COVID testing
- Doppler screening for peripheral vascular disease (arteriosclerosis) or carotid doppler ultrasound
- Genetic screening testing
- Human Papillomavirus (HPV) vaccine
- Mental health assessment
- Sampling of blood or tissue to test for genetic susceptibility for the risk of cancer
- Standard blood chemistry profile or lipid panel (cholesterol, triglycerides, HDL, LDL, fasting blood glucose, hemoglobin A1c)
- Ultrasound screening of the abdominal aorta for abdominal aortic aneurysm⁽²⁾
- Vision testing

Submitting claims

It's easy to submit a claim online.

- Log in on [principal.com](#).
- New users select **create an account** and enter the requested information.
- No need to provide proof or an explanation of benefits. We'll just need the name of the facility or provider, their phone number, plus the date of service and the test completed.

Don't want to submit the wellness/health screening claim online? Search for it on [principal.com](#), then complete and return the form.

⁽¹⁾ Specified disease in New York.

⁽²⁾ Not available in New York.



Insurance products issued by Principal Life Insurance Company[®], a member of the Principal Financial Group[®], Des Moines, IA 50392.

ACCIDENT, CRITICAL ILLNESS, AND HOSPITAL INDEMNITY INSURANCE PROVIDE LIMITED BENEFITS. This is an overview of the wellness/health screening benefit available on accident, critical illness, and hospital indemnity policies from Principal Life Insurance Company. The wellness/health screening benefit and/or tests or procedures may not be available in all states. Accident, critical illness, and hospital indemnity insurance have limitations and exclusions. For additional details, contact your employer. This flyer is not approved for use in Arizona and New Mexico. Oregon policy forms GC 8000 (ACC) (0915) OR, GC 5700 (CI)-1 0220, and GC 2200 (GHI) OR 0123.

Principal[®], Principal Financial Group[®], and Principal and the logomark design are registered trademarks of Principal Financial Services, Inc., a Principal Financial Group company, in the United States and are trademarks and service marks of Principal Financial Services, Inc., in various countries around the world.

Group life insurance

Easily get life insurance during open enrollment.

Then gradually increase your coverage every year.



Protecting the people who mean the most to you is important. That's why Principal® makes it easy for you to purchase—or increase—voluntary term life insurance. It's available through your employer for yourself, spouse, and children.

Increase your voluntary term life insurance

Open enrollment is a great time to increase your coverage. You can add an additional \$10,000 or \$20,000¹ in coverage for yourself—with no health questions asked. That means no medical appointments and quick approval. And every year during open enrollment, you can continue to increase your coverage—up to the maximum benefit. If you have coverage for yourself, you can also add or increase coverage for your spouse and children²—with no health questions asked.

Purchase coverage for the first time

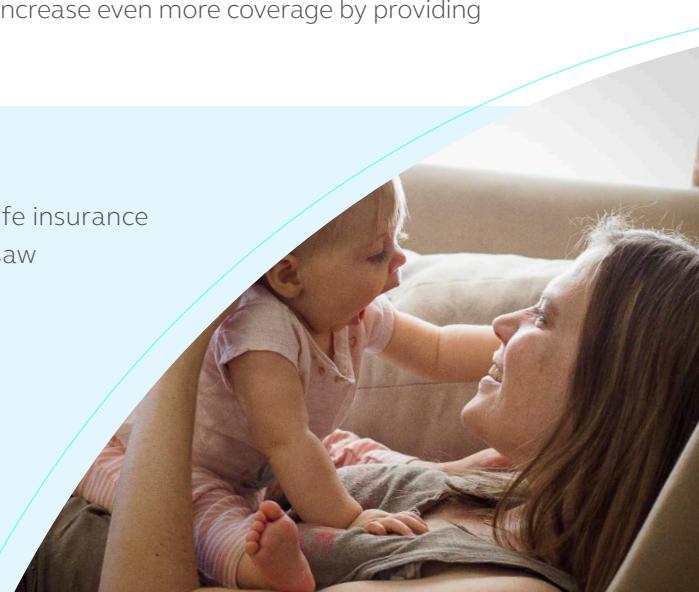
Don't already have voluntary term life insurance? Easily get coverage for the first time during open enrollment. You can purchase \$10,000 or \$20,000¹ in coverage for yourself—with no health questions asked. And when you have coverage, your spouse and children² can also get coverage.

Higher levels of coverage

During open enrollment, you or your spouse² can request to add or increase even more coverage by providing proof of good health.

Let's look at an example

When Jordan started working for the company, voluntary term life insurance wasn't purchased. A few years later, Jordan bought a house and saw the need for coverage, so purchased \$20,000 in coverage during the company's open enrollment. Jordan plans to increase the coverage by \$10,000 each year after that. Jordan also bought \$10,000 of spouse coverage and an additional \$5,000 for their children.



¹ Amount provided is for illustrative purposes only. Options available will vary by benefit design, and your policy may be different.

² Coverage for your dependents is limited, based on your coverage. Refer to your policy for details.

Term Life Insurance and Supplemental Voluntary Plans (per month)

Term Life and AD&D

Age	Employee*	Spouse*
0-29	\$0.076	\$0.076
30-34	\$0.090	\$0.090
35-39	\$0.143	\$0.143
40-44	\$0.216	\$0.216
45-49	\$0.327	\$0.327
50-54	\$0.536	\$0.536
55-59	\$0.855	\$0.855
60-64	\$1.299	\$1.299
65-69	\$2.200	\$2.200
70+	\$3.947	\$3.947

*Rates Per \$1000 Benefit

Coverage Amount	Child
\$5,000	\$1.00
\$10,000	\$2.00
\$15,000	\$3.00
\$20,000	\$4.00
\$25,000	\$5.00

Accidental Death & Dismemberment

\$0.023

*Rates Per \$1000 Benefit

Critical Illness

Age	Employee*	Spouse*
0-24	\$0.113	\$0.113
25-29	\$0.209	\$0.209
30-34	\$0.235	\$0.235
35-39	\$0.273	\$0.273
40-44	\$0.382	\$0.382
45-49	\$0.551	\$0.551
50-54	\$0.790	\$0.790
55-59	\$1.074	\$1.074
60-64	\$1.518	\$1.518
65-69	\$2.125	\$2.125
70+	\$3.138	\$3.138

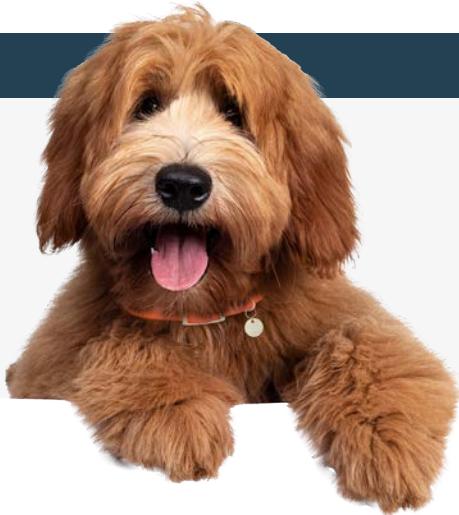
*Rates Per \$1000 Benefit

Hospital

Employee Only		\$26.10
Employee + Spouse		\$48.61
Employee + Child(ren)		\$38.32
Employee + Family		\$63.12

Accident

Employee Only		\$5.06
Employee + Spouse		\$7.98
Employee + Child(ren)		\$8.45
Employee + Family		\$13.22



worry less about cost and focus on care

Vet bills can really add up.

ASPCA® Pet Health Insurance plans can help you follow your vet's recommendations and worry less about cost.

We don't limit you to a network, so you can visit any licensed vet, specialist, or emergency clinic you trust.

We keep it simple!

You can customize your annual limit, annual deductible and reimbursement for the right coverage and the right price for you and your pet.



\$3,600

Covered
Vet Bill

-\$250

Annual
Deductible

x90%

Reimbursement
Percentage

\$3,015

cash back

Our Best Protection

Complete CoverageSM

accidents



cancer

illnesses

hereditary
conditions

dental
diseases

behavioral
issues

- exam fees
- diagnostic imaging
- lab tests
- hospitalization
- surgery
- rehabilitation
- chemotherapy
- acupuncture
- stem cell therapy
- prescription food+
- supplements
- and more*

We also offer an **Accident-Only Coverage** plan. **Preventive Care Coverage** can be added to all plans for an additional cost.

Anytime from anywhere.

- Access Plan Details
- 24/7 Vet Triage Line
- Submit & Track Claims
- Add A Pet
- Find A Nearby Vet
- And More!



**Click here
to get started!**

*Group discount may not be available in all states

Pre-existing conditions are not covered. Waiting periods, annual deductible, co-insurance, benefit limits and exclusions may apply. For all terms and conditions visit www.aspcaPetInsurance.com/terms. Preventive Care coverage reimbursements are based on a schedule. Complete Coverage™ reimbursements are based on the invoice. Products, schedules, and rates may vary and are subject to change. Discounts may vary and are subject to change. More information available at checkout. Insurance products are underwritten by either Independence American Insurance Company (NAIC #26581). A Delaware insurance company located at 1133 N. Scottsdale Rd, Ste. 160, Scottsdale, AZ 85254), or United States Fire Insurance Company (NAIC #21113. Morristown, NJ). Please refer to your policy forms to determine the underwriter for your policy. Insurance is produced by PTZ Insurance Agency, Ltd. (NPN: 5328528. Domiciled in Illinois with offices at 1208 Massillon Road, Suite G200, Akron, Ohio 44306). (California residents only: PTZ Insurance Agency, Ltd., d.b.a PIA Insurance Agency, Ltd. CA license #0E36937). The ASPCA® is not an insurer and is not engaged in the business of insurance. Through a licensing agreement, the ASPCA receives a royalty fee that is in exchange for use of the ASPCA's marks and is not a charitable contribution. U0923-QPIG-PDF

the coverage they need

the way you want



Our best plan ever

Complete CoverageSM

With an accident & illness plan provided by the ASPCA® Pet Health Insurance program, you have help choosing the care you want when your pet is hurt or sick. You can take comfort in knowing they have coverage.

Simple to Use

Just pay your vet bill, submit claims, and get reimbursed for eligible expenses! You're free to visit any licensed vet, specialist or emergency clinic in the US or Canada, and you can choose to receive reimbursement by direct deposit or mail.

Exam Fees, Diagnostics, and Treatments for Covered Conditions

- Accidents • Hereditary Conditions • Dental Disease
- Illnesses • Behavioral Issues • Cancer

Customizable Options

Annual Limit - from \$2,500 to unlimited.

Reimbursement Percentage - 90%, 80%, or 70% of your eligible vet bill.

Annual Deductible - select \$100, \$250, or \$500.

You'll only need to satisfy it once per 12-month policy period.

Add Preventive Care Coverage - Get reimbursed scheduled amounts for things that protect your pet from getting sick, like vaccines, dental cleanings, and screenings for a little more per month.

Select Accident-Only Coverage - If you're just looking to have some cushion when your pet gets hurt, you can choose coverage that only includes coverage for accidents.

ASPCA® PET HEALTH INSURANCE

*Group discount may not be available in all states

Pre-existing conditions are not covered. Waiting periods, annual deductible, co-insurance, benefit limits and exclusions may apply. For all terms and conditions visit www.aspacpetinsurance.com/terms. Preventive Care coverage reimbursements are based on a schedule. Complete Coverage™ reimbursements are based on the invoice. Products, schedules, and rates may vary and are subject to change. Discounts may vary and are subject to change. More information available at checkout. Insurance products are underwritten by either Independence American Insurance Company (NAIC #26581, A Delaware insurance company located at 11333 N. Scottsdale Rd, Ste. 160, Scottsdale, AZ 85254), or United States Fire Insurance Company (NAIC #21113, Morristown, NJ). Please refer to your policy forms to determine the underwriter for your policy. Insurance is produced by PTZ Insurance Agency, Ltd. (NPN: 5328528. Domiciled in Illinois with offices at 1208 Massillon Road, Suite G200, Akron, Ohio 44306). (California residents only: PTZ Insurance Agency, Ltd., d.b.a PIA Insurance Agency, Ltd. CA license #0E36937). The ASPCA® is not an insurer and is not engaged in the business of insurance. Through a licensing agreement, the ASPCA receives a royalty fee that is in exchange for use of the ASPCA's marks and is not a charitable contribution. U0923-COVERAGE

Live Long and Live Well with Colorado SecureSavings



VitalCare offers a Roth Individual Retirement Account (IRA) through Colorado SecureSavings. This is a savings program created by the Colorado SecureSavings Board in the Office of the State Treasurer that can help you save for retirement through automatic payroll contributions to your own IRA. Setting up an account is easy, and you can decide how much to save. There are two ways to participate:

- **Do nothing and save automatically.** VitalCare Corporation will add you to the program. **If you choose to do nothing, after 30 days you will be enrolled automatically with the default savings and investment options.** The default savings rate is 5% of your gross pay, and that amount is deducted from your paycheck after taxes have been taken out.
- **Customize your account.** You can choose to customize your contribution amounts, investment options, and beneficiaries. Once enrolled, you'll start saving a percentage of your paycheck automatically in your own retirement savings account — a Roth IRA.

The total amount you save must be within the federal government's Roth IRA contribution limits dependent on your Modified Adjusted Gross Income (MAGI), which is essentially annual employment income plus any other income from investments and other sources. Your contribution limit also depends on how you file your taxes.

Contributions Limits

Filing status	MAGI	Age 49 or younger	Age 50 or Older
Single filer	Less than \$165,000	\$7,000	\$8,000
Married filing jointly	Less than \$246,000	\$7,000	\$8,000

For more information, please visit <https://coloradosecuresavings.com/>



COLORADO
SecureSavings



Beneficios laborales adicionales

| Employee Handbook

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

VitalCare ofrece un Programa interno de asistencia al empleado (EAP) para apoyar el bienestar de los miembros de nuestro equipo. Los empleados pueden reunirse con uno de los consejeros de

VitalCare **sin costo** y puede programar **hasta tres sesiones por situación**. Si se necesita apoyo adicional o continuo, VitalCare ayudará con referencias a recursos externos apropiados.

Vacaciones observadas

- Día de Año Nuevo
- Día de MLK Jr
- Día de los presidentes
- Día de los Caídos
- Juneteenth
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día tras Acción de Gracias
- Nochebuena
- Día de Navidad

VitalCare ofrece vacaciones pagadas a empleados elegibles según su clasificación laboral.

- Tiempo completo: *Elegible para vacaciones pagadas*
- Horas Garantizadas (Nivel 2 y 3): *Elegible para vacaciones pagadas*
- PRN y Horas Garantizadas (Nivel 1): *No elegible para vacaciones pagadas*

Tiempo libre personal

Se ofrece tiempo personal a los empleados elegibles según su clasificación laboral.

- Exento de tiempo completo: *Elegible para acumular tiempo libre personal*
- Horas Garantizadas (Nivel 1, 2 y 3): *Elegible para acumular tiempo libre personal*
- PRN: *No es elegible para acumular tiempo libre personal*

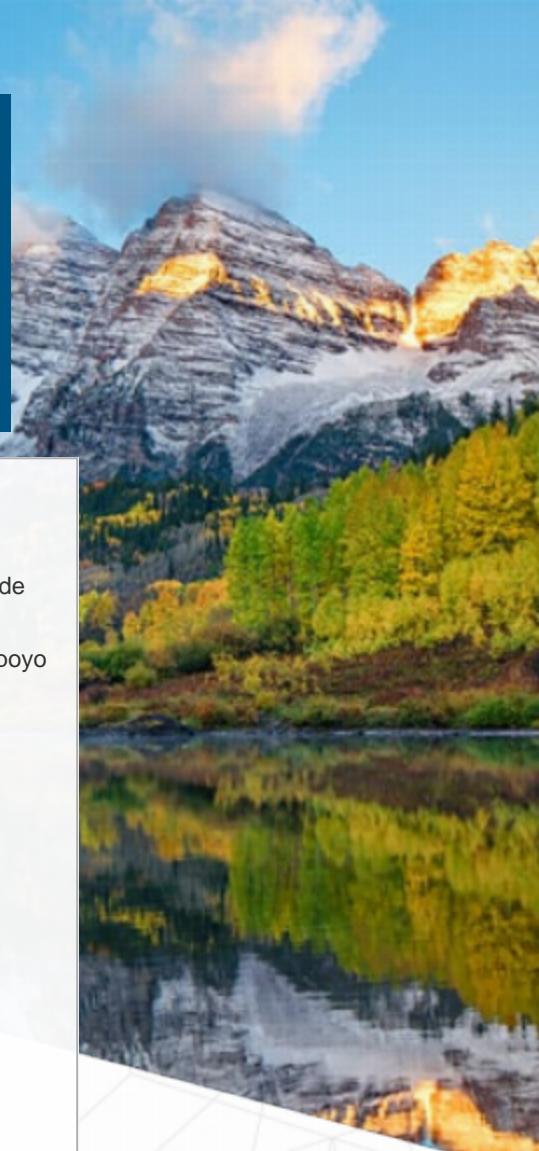
Consulte el manual de su empleado para obtener más detalles.

Beneficio de masaje para empleados

A partir del 1 de enero de 2026, los empleados tendrán acceso a servicios de masajes en el lugar a una tarifa de **\$20 por incremento de sesión de 15 minutos**. La duración y la estructura de la sesión serán determinadas por el masajista autorizado en función de las necesidades y disponibilidad individuales.

Bono de referencia

VitalCare ofrece un bono por referencia a los empleados existentes. Cuando recomiendas a alguien que contrata VitalCare, puedes recibir un bono de hasta \$300. Ganará \$150 cuando su referencia asista a la Orientación para nuevas contrataciones y otros \$150 cuando completen 6 meses de empleo.



Family & Medical Leave Insurance (FAMLI)

Colorado Family and Medical Leave Insurance (FAMLI) provides eligible employees with job-protected, partially paid time off. This state-mandated benefit can be used, for example, to bond with a new child, care for a seriously ill family member, or care for your own serious health condition, including pregnancy or childbirth complications. You may also take FAMLI leave to attend to medical, legal, or other needs that arise from domestic violence, harassment, sexual assault, or stalking.

Enrollment in the Colorado FAMLI benefits is automatic, and the cost of this coverage is shared between your employer and you. Your portion of the cost is paid through payroll deductions.

Submitting a Claim

Start by selecting **Get Started** on the [My FAMLI+](#) portal. Once you've created your account, you'll see a **Start Claim** button where you will be navigated through the following steps:

- Personal Details
- Employment
- Leave Details
- Payment
- Review & Submit

Colorado FAMLI at a Glance

Who is Eligible	As set by the Colorado FAMLI statute and regulations, Employees who have \$2,500 over the previous year for work performed in the state of Colorado.
Types of Leave Covered	<ul style="list-style-type: none">• Employee's own serious health condition• Parental bonding• Family member's serious health condition• Qualifying military exigency• Care for a service member• Safe leave
Weekly Benefit Calculation	The portion of your average weekly wage that is equal to or less than 50% of average is paid at a rate of 90%, and the portion of your average weekly wage more than 50% of the state average is paid at a rate of 50%.
FAMLI Maximum Weekly Benefit	\$1,100
Maximum Benefit Period	Up to 12 weeks of leave with an additional 4 weeks for pregnancy or childbirth complications.

Términos y definiciones de seguros

TIPO DE RED

Una HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud) es un tipo de red de seguros. En este tipo de red, **debe permanecer en su red para obtener atención según su plan**. No se pagan beneficios por servicios obtenidos fuera de la red. En algunos casos, las HMO pueden requerir que usted tenga una derivación de su médico de atención primaria para obtener servicios de un especialista.

Una EPO (Organización de Proveedores Exclusivos) es un tipo de red de seguros que le permite obtener atención dentro o fuera de su red. Si elige visitar un proveedor dentro de la red, su gasto de bolsillo será significativamente menor que si visita un proveedor fuera de su red. La razón de esto es que el proveedor dentro de la red acepta aceptar tarifas fijas y contratadas como pago total por sus servicios a cambio de ser parte de la red de Proveedores Exclusivos de la compañía de seguros.

Una PPO (Organización de Proveedores Preferidos) es un tipo de red de seguros. En este tipo de red, puede optar por obtener atención dentro o fuera de su red. Si elige visitar un proveedor "preferido" o "dentro de la red", su gasto de bolsillo será significativamente menor que si visita un proveedor fuera de su red. La razón de esto es que el proveedor dentro de la red acepta aceptar tarifas establecidas y contratadas como pago total por sus servicios a cambio de ser parte de la red de Proveedores Preferidos de la compañía de seguros.

DEDUCIBLE E INCRUSTADO DEDUCIBLE

El deducible es el monto que usted paga antes de que la compañía de seguros comience a compartir los gastos de su atención médica. Se aplican gastos médicos importantes al deducible, como cirugías para pacientes hospitalizados o ambulatorios, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, etc. En un deducible integrado, ningún miembro de la unidad familiar puede satisfacer más que el deducible único durante el período deducible. Aunque la familia está sujeta al deducible familiar en su conjunto, ninguna persona puede satisfacer más que el deducible único.



AÑO NATURAL DEDUCIBLE

Sus planes tienen un deducible por año calendario (enero 2025 – diciembre 2025). Este es el período de 12 meses en el que se acumulan todos los gastos médicos que se aplicarán a su deducible. Su deducible se restablecerá una vez finalizado este período. Es importante tener en cuenta este período de tiempo, porque no se alinea con el año de su plan (agosto de 2025 – julio de 2026).

COASEGURO Y COPAGOS

Una vez que haya alcanzado su deducible del año, estará sujeto a **coseguro**. Su transportista dividirá el saldo del gasto médico principal con usted. Pagan un porcentaje y usted paga un porcentaje de sus gastos médicos hasta que haya alcanzado su máximo de bolsillo. **Copaga** son una cantidad fija en dólares que usted paga cuando recibe atención médica de un PCP, especialista, atención de urgencia, sala de emergencias o farmacia. Se llama copago porque usted paga el monto en dólares establecido y su compañía de seguros paga el resto del cargo real al médico/installación. Copaga NO aplican al deducible.

MÁXIMO DE BOLSILLO

Este es el monto máximo que pagará por los gastos médicos cubiertos durante su período deducible

TASA NEGOCIADA (TASA CONTRATADA)

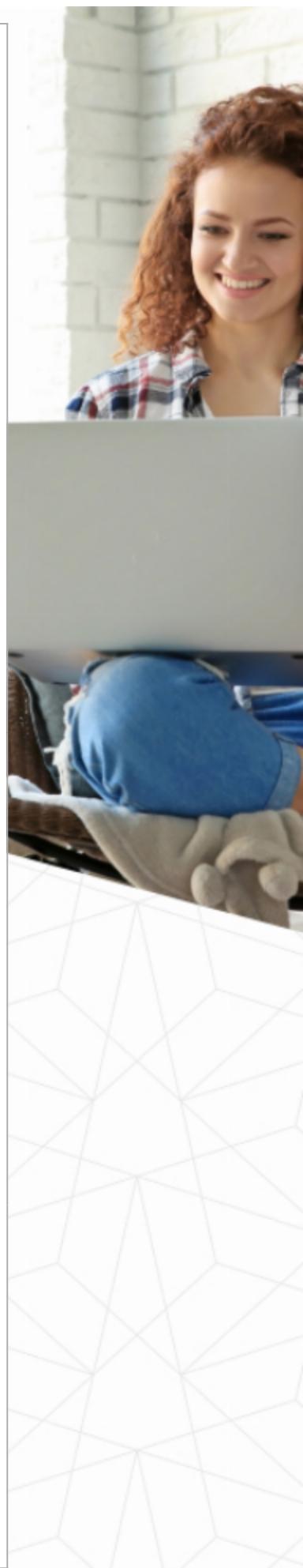
Cuando un Proveedor (médico, centro, farmacia u hospital) contrata con una compañía de seguros, se considera In-Network. Parte del contrato establece que el proveedor aceptará un pago inferior (inferior al que normalmente cobra) de la compañía de seguros como pago total. Este pago más bajo es la Tasa Negociada.

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Comúnmente conocido como "EOB". El EOB es un documento muy útil ya que explica cómo la compañía de seguros procesó su reclamo. Muestra los cargos facturados por parte del proveedor, el descuento de red aplicado y cuál es la Tarifa Negociada resultante. (Cargo de Proveedor – Descuento de Red = Tarifa Negociada) También muestra si el servicio se aplicó a su deducible o se pagó como copago. No es una factura, sino simplemente una explicación de cómo la compañía de seguros pagó su reclamo.

CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD (HSA)

Esta es una cuenta de ahorros propiedad de los empleados que le permite pagar gastos médicos calificados (Publicación 502 del IRS) a través de contribuciones libres de impuestos. Las contribuciones máximas para 2025 son \$4,300 para cobertura individual y \$8,550 para cobertura familiar. Los miembros de entre 55 y 64 años pueden contribuir con \$1,000 adicionales. Si tiene 65 años o más, ya no es elegible para contribuir al HS A. Este es un verdadero plan de cuenta de ahorros, por lo que puede transferir todos los fondos no utilizados de un año a otro. Con un HS A, el dinero debe estar en la cuenta para que puedas usarlo.



What are HMO, PPO, EPO, and POS health insurance plans?

	HMO Plans	PPO Plans	EPO Plans	POS Plans
Overview	<p>HMO plans typically require you to choose a primary provider, or primary care physician (PCP), in the HMO plan network. This provider will refer you to other network providers as needed.</p> <p>Premiums are often lower because of the defined network which can help control costs. These plans may also offer low or no deductible options.</p>	<p>PPO plans tend to give you more flexibility to choose the providers you prefer to visit for care. If you choose an out-of-network provider, you'll likely pay more.</p> <p>Premiums tend to be higher and are commonly paired with a deductible.</p>	<p>EPO plans generally let you see any network provider you choose. There's no requirement to choose a primary care physician or get referrals to see a specialist.</p> <p>These plans do not offer out-of-network benefits.</p>	<p>POS plans usually require you to get referrals to see specialists. Most plans will have some coverage for out-of-network care — often with a higher copay.</p> <p>These plans are like a combination of an HMO and PPO plan.</p>
Doctor/provider details	Providers or doctors either work for the HMO or contract for set rates.	Networks include providers and facilities that have negotiated lower rates on the services they perform. PPO health plans have access to those negotiated rates.	Doctors and facilities that participate in an EPO are paid per service. They don't directly work for or contract with the EPO carrier for a set rate. Instead, they have negotiated lower rates on services they perform for plan members.	Network providers have negotiated rates on medical services for members with a POS health plan.
Network vs out-of-network care	<p>For most plans, you're required to use health care facilities or doctors that are in the HMO network.</p> <p>Out-of-network care is typically allowed in emergency cases only.</p>	<p>When you choose a provider in the network, you may have lower out-of-pocket costs than if you choose out-of-network providers.</p> <p>Out-of-network care is usually included in the benefit plan, but it may be at a reduced level of coverage and benefits.</p>	<p>May restrict your coverage to care in the plan network.</p> <p>Out-of-network coverage may only be available for emergencies.</p>	<p>Coverage is generally for care in the plan network for services.</p> <p>Out-of-network services may be authorized in limited cases. Benefits and coverage for out-of-network care may be less than if you stay in the plan network.</p>
Referrals	<p>With most plans, you'll need to choose a PCP. This PCP is your main health care contact and care is often coordinated through them. You may need to get a referral from your PCP to see a specialist.</p>	<p>It's less likely that you'd need to choose a PCP and less likely to need a referral to see a specialist. But some plans may require this, so check the network requirements to understand the details of your plan.</p>	<p>It's less likely that you'll be required to have a PCP or get a referral to see a specialist. Generally, you can get care from any provider if you stay in the plan network.</p>	<p>Often a PCP will coordinate your health care. You'll need referrals from your PCP to see a specialist or go out-of-network for care.</p>
Preapprovals	You may need to get advanced approval before having certain medical services performed. In many cases preapproval will be handled through your PCP, if you have one.	Almost every network requires preapprovals for some medical services. Because a PPO plan gives more freedom to choose your preferred providers, you may need to get more preapprovals.	Preapprovals are more likely needed before having certain health care services, because you're not required to have a PCP overseeing your care.	Some health care services will need preapproval. However, if you have A PCP, they will often take care of preapprovals for you.

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

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

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

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

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

Si reside en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2025. Para obtener más información sobre la elegibilidad, comuníquese con su estado. –

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS-Medicaid	CALIFORNIA-Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: Pago de la Prima del Seguro de Salud (HIPP) Programa http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO-Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA-Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-más Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mycohiba.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA-Medicaid	INDIANA-Medicaid
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, Presiona 2	Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 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 y CHIP (Hawki)	KANSAS-Medicaid
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 HIPAA: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY-Medicaid	LOUISIANA-Medicaid
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855- 618-5488 (LaHIPP)
MAINE-Medicaid	MASSACHUSETTS-Medicaid y CHIP
Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711
MINNESOTA-Medicaid	MISSOURI-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	Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA-Medicaid	NEBRASKA-Medicaid
Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HHSIPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA-Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE-Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218
NUEVA JERSEY-Medicaid y CHIP	NUEVA YORK-Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmabs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE-Medicaid	DAKOTA DEL NORTE-Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhs.gov Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA-Medicaid y CHIP	OREGON-Medicaid
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA-Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND-Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-JIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)
CAROLINA DEL SUR-Medicaid	DAKOTA DEL SUR-Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS-Medicaid	UTAH-Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT-Medicaid	VIRGINIA-Medicaid y CHIP
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON-Medicaid	WEST VIRGINIA-Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	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	WYOMING-Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	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 premium desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especiales, comuníquese con:

Departamento del Trabajo de EE.UU.

Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados

<https://www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol>
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.hhs.gov>

1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 6156

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

Aviso especial de inscripción

Si usted está disminuyendo la matrícula para usted o sus familiares a cargo (incluido su cónyuge) debido a otros seguros de salud o cobertura del plan de salud de grupo, usted puede podrá inscribirse a usted mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir hacia la otra cobertura de su o sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de 30 de zile después de que finalice la cobertura de sus familiares o dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede ser capaz de inscribirse a usted mismo y a sus familiares. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en el 30 de zile después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación para la adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, contacte con Matt Dolph, CEO, 720-458-0642, matt@vitalcare.us.

Modelo de Protección del Paciente

Para los planes y emisores que requieran o permitan la designación de proveedores de atención primaria por los participantes o beneficiarios, añádase:

United Healthcare generalmente REQUIERE la designación de un proveedor de atención primaria. Tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestro red y quién está disponible para aceptar a usted o a sus familiares. Para información sobre cómo seleccionar a un proveedor de atención primaria, y para una lista de los participación de los proveedores de atención primaria, contacte con Matt Dolph, CEO, 720-458-0642, matt@vitalcare.us.

Para los planes y emisores que requieran o permitan la designación de un proveedor de atención primaria para un niño, añádase: Para los niños, usted puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

los planes y emisores que proporcionen cobertura para la atención obstétrica o ginecológica y requieran la designación por un participante o beneficiario de un proveedor de atención primaria, añádase: No necesita autorización previa de [nombre del plan de salud grupal o emisor] o de cualquier otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud en nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, el profesional sanitario puede estar obligado a cumplir determinados procedimientos, incluyendo la obtención de autorización previa para determinados servicios, siguiendo un plan de tratamiento previo aprobado, o procedimientos para hacer remisiones.

Para una lista de profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, contacte con Matt Dolph, CEO, 720-458-0642, matt@vitalcare.us

Revelación de Actos de Recibido

Los planes de salud colectivos y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, de conformidad con la legislación federal, restringir las prestaciones para cualquier duración hospitalaria en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una sección cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor que asista a la madre o al recién nacido, previa consulta con la madre, descargar a la madre o a su recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según proceda). En cualquier caso, los planes y emisores no podrán exigir, de conformidad con la legislación federal, que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor de seguros para prescribir una duración de estancia no superior a 48 horas (o 96 horas).

Aviso de inscripción de WHCRA

Si usted ha tenido o va a tener una mastectomía, usted puede tener derecho a ciertas prestaciones en virtud de la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico que asiste y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en las que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir a Apariencia simétrica
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Estas prestaciones se concederán con arreglo a los mismos deducibles y coseguro aplicables a otras prestaciones médicas y quirúrgicas proporcionadas en el marco del presente plan. Por tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguro: [field-553].

Si desea más información sobre los beneficios de WHCRA, llame a su administrador de planes 720-458-0642

Aviso anual de WHCRA

¿Sabe usted que su plan, según lo exigido por la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de 1998, proporciona beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía incluyendo todas las etapas de la reconstrucción y la cirugía para lograr simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluyendo linfedema? Llame a su administrador de planes en 720-458-0642 para más información.

Nota general de los derechos de cobertura de continuidad de COBRA

(Para su utilización por planes de salud de un grupo de empleadores único)

** Derechos de continuidad en virtud de COBRA **

Introducción

Usted está recibiendo este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso tiene información importante sobre su derecho a hacerlo La cobertura de la continuación de COBRA, que es una ampliación temporal de la cobertura en el marco del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuidad de COBRA, cuando puede estar disponible para usted y su familia, y lo que necesita hacer para proteger su derecho a conseguirlo.** Cuando usted se convierte en elegible para COBRA, usted también puede convertirse en elegible para otras opciones de cobertura que puedan costar menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a la cobertura de la continuación de la COBRA fue creado por una ley federal, la Ley de reconciliación presupuestaria consolidada de Omnibus de 1985 (COBRA). COBRA la cobertura de continuidad puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud en grupo terminaría de otro modo. Para más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y bajo la ley federal, usted debe revisar la descripción del Plan Resumen o contactar al Administrador del Plan.

Puede que tenga otras opciones disponibles cuando pierda cobertura de salud en grupo. Por ejemplo, usted puede ser elegible para comprar un plan individual a través de la Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, usted puede calificar para menores costos en sus primas mensuales y menores costos fuera de bolsillo. Además, usted puede calificar para un período especial de inscripción de 30 días para otro plan de salud de grupo para el que usted es elegible (como el de un cónyuge plan), aunque ese plan no acepte generalmente los estudiantes tardíos.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de la continuación de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando de otro modo terminaría debido a un evento de vida. Esto también se llama un “evento calificado”. Más adelante se enumeran en este anuncio los eventos específicos de calificación. Después de un evento calificado, la cobertura de continuación de COBRA debe ser ofrecida a cada persona que sea un “beneficiario cualificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos a cargo podrían convertirse en beneficiarios cualificados si la cobertura del Plan se pierde debido al evento calificado. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación de COBRA DEBE PAGAR para la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, usted se convertirá en un beneficiario cualificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Tus horas de trabajo se reducen, o
- Su empleo termina por cualquier otra razón que no sea su mala conducta.

Si usted es el cónyuge de un empleado, usted se convertirá en un beneficiario cualificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Tu esposa muere;
- Las horas de trabajo de su cónyuge se reducen;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier razón que no sea su mala conducta grave;
- Su cónyuge tiene derecho a prestaciones de Medicare (en la parte A, parte B, o ambas); o
- Usted se divorcia o legalmente separado de su cónyuge.

Sus hijos a cargo se convertirán en beneficiarios cualificados si pierden cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- El padre-empleado muere;
- Se reducen las horas de trabajo del padre y el empleado;
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier razón que no sea su grave falta de conducta;
- El padre-empleado tiene derecho a prestaciones de Medicare (parte A, parte B, o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente, o
- El niño deja de ser elegible para recibir cobertura en virtud del Plan como “niño dependiente”.

Únicamente la coincidencia de RETIRES:

A veces, la presentación de un procedimiento en quiebra con arreglo al título 11 del Código de los Estados Unidos puede ser un evento calificado. Si se presenta un procedimiento en quiebra con respecto a VitalCare Corporation, y a esa quiebra se traduce en la pérdida de cobertura de cualquier empleado jubilado cubierto por el Plan, el empleado jubilado se convertirá en un titular beneficiario. El cónyuge jubilado, el cónyuge superviviente y los hijos a cargo también se convertirán en beneficiarios cualificados si la quiebra resulta en la pérdida su cobertura bajo el Plan.

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuidad de COBRA?

El Plan ofrecerá cobertura de continuidad de COBRA a los beneficiarios cualificados solamente después de que se haya notificado al Administrador del Plan que se ha producido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos cualificativos:

- Finalización del empleo o reducción de las horas de trabajo;
- Muerte del empleado;
- Sólo cobertura del jubilado: inicio de un procedimiento de quiebra con respecto al empleador; o
- El empleado está teniendo derecho a prestaciones de Medicare (en la parte A, parte B, o ambas).

Para todos los demás eventos cualificativos (divorcio o separación legal del empleado y cónyuge o de la pérdida de elegibilidad de un hijo a cargo por hijo), debe notificar al Administrador del Plan dentro de 60 de zile una vez que se produzca el evento calificador. Debe proporcionar este aviso a: VitalCare Corporation.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

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

La cobertura de la continuación de la COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de horas de trabajo. Algunos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, podrán permitir a un beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en que este período de 18 meses de cobertura de continuidad de COBRA puede ampliarse:

Prolongación de la discapacidad del período de 18 meses de cobertura de continuidad de COBRA

Si usted o cualquier persona de su familia cubierta por el Plan es determinado por el Seguro Social para ser discapacitado y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y su familia entera pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuidad de COBRA, durante un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del 60º día de la cobertura de continuidad de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de cobertura de continuidad de COBRA. [field-325]

Segunda prórroga de eventos admisibles de 18 meses de duración de la cobertura de continuación

Si su familia experimenta otro evento calificador durante los 18 meses de cobertura de continuidad de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, durante un máximo de 36 meses, si el Plan es debidamente notificado sobre el segundo evento calificador. Esta extensión puede estar a disposición del cónyuge y de cualquier hijo a cargo que reciba cobertura de continuación de COBRA si el empleado o ex empleado muere; tiene derecho a prestaciones de Medicare (en la parte A, parte B, o ambas); se divorcia o separa legalmente; o si el hijo a cargo deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo a cargo. Esta prórroga sólo está disponible si el segundo evento calificador hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiera cobertura en virtud del Plan si no hubiera ocurrido el primer evento calificador.

¿Hay otras opciones de cobertura además de Cobertura de Continuación de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicaid, [Programa de seguro médico para niños \(CHIP\)](#), u otras opciones de cobertura del plan de salud de grupo (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período especial de inscripción". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede aprender más sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la cobertura de continuación COBRA después de la cobertura de mi plan de salud grupal? termina?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un beneficio de 8-período de inscripción especial de un mes* para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, a partir del primero de los

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a que finalice la cobertura del plan de salud grupal basada en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la continuación de la cobertura COBRA, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y es posible que tenga un período sin cobertura, si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura COBRA, el Plan puede cancelar su cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en o antes de la fecha de la elección COBRA, es posible que la cobertura COBRA no esté disponible, discontinuado debido al derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura COBRA.

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

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

* <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>

Si tienes preguntas

Las preguntas relativas a su Plan o a sus derechos de cobertura de continuidad de COBRA deben dirigirse a los contactos o contactos identificados a continuación. Para más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de seguridad de ingresos por jubilación de empleados (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de protección del paciente y atención asequible, y otras leyes que afectan a los planes de salud de grupo, contacten con la Oficina Regional o Distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados de los Estados Unidos (EBSA) en su área o visita www.dol.gov/ebsa. (Se pueden consultar las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de la EBSA Sitio web de la EBSA.) Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga su plan informado de los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, haga saber al Administrador del Plan cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador de Planes.

Planificar información de contacto

Matt Dolph, CEO, 720-458-0642, matt@vitalcare.us

Cobertura del mercado de seguros médicos Opciones y su cobertura médica

PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura médica a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de seguros médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el Mercado de seguros médicos y la cobertura médica ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

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

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

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

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que sea considerado asequible para usted o que cumpla con los estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.02% de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.02% de los ingresos del empleado.

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

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

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

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

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

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

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

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

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitando

directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte la descripción resumida del plan de su plan de salud o comuníquese con El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de seguros médicos en su área.

1. Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2024.

2. Un plan de salud patrocinado por el empleador u otro plan de salud basado en el empleo cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para las primas, para cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes internados.

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

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

3. Nombre del empleador VitalCare Corporation	4. Número de identificación del empleador (EIN) 81-3469354	
5. Dirección del empleador 1400 W 122nd Ave, Suite 140	6. Número de teléfono del empleador 720-458-0642	
7. Ciudad Westminster	8. Estado Colorado	9. Zip Código 80234
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Matt Dolph, CEO, 720-458-0642, matt@vitalcare.us		
11. Número de teléfono (Si es diferente del anterior) 720-458-0642	12. Dirección de correo electrónico matt@vitalcare.us	

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

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

Todos los empleados, empleados elegibles son:

Algunos empleados, empleados elegibles son:

Empleados de tiempo completo que trabajan más de 30 horas a la semana.

- Con respecto a los dependientes:

Ofrecemos cobertura, los dependientes elegibles son:

Su cónyuge legal o pareja de hechoSu(s) hijo(s) y/o de su pareja de hecho* hasta los 26 añosSu(s) hijo(s) discapacitado(s) hasta cualquier edad (si está discapacitado antes de los 19 años)*Es posible que se requiera una verificación dependiente* Incluye natural, escalón, adoptado legalmente/o un niño puesto en adopción, o un niño bajo su tutela legal

No ofrecemos cobertura.

Si se comprueba, esta cobertura cumple con el estándar mínimo de valor, y el coste de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, basado en los salarios de los empleados.

** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, usted puede ser elegible para un descuento de prima a través del Mercado. El Mercado utilizará su ingreso familiar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento de prima. Si, por ejemplo, su salario varía de semana a semana (quizás usted es un empleado por hora o trabaja en comisión), si usted está recién empleado a mediados de año, o si tiene otras pérdidas de ingresos, puede todavía tener un descuento de prima.

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

La información que figura a continuación corresponde a la herramienta de cobertura de los empleadores del mercado. La finalización de esta sección es opcional para los empleadores, pero ayudará a asegurar a los empleados a comprender sus opciones de cobertura.

13. ¿El empleado puede recibir actualmente la cobertura ofrecida por este empleador, o el empleado será elegible en los próximos 3 meses?

Sí (Continúe)

13a. Si el empleado no tiene derecho a recibir hoy la ayuda, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede recibir cobertura el empleado? _____ (mm/dd/yyyy) (Continúe)

No (Deténgase y devuelva este formulario a empleado)

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con el estándar mínimo de valor*?

Sí (Vaya a la pregunta 15) **No** (Detente y devuelve el formulario a los empleados)

15. Para el plan de menor costo que cumple con el estándar de valor mínimo* ofrecido sólo al empleado (no incluya planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibió el descuento máximo por cualquier programa de cesación del tabaco, y no recibió ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$_____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Trimestre Años

Si el año del plan terminará pronto y usted sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, vaya a la pregunta 16. Si no lo sabes, detente y devuelve el formulario a empleado.

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan? _____

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o a cambiar la prima por el plan de costos más bajos disponible sólo para el empleado que cumpla el estándar de valor mínimo. * (Premium debe reflejar el descuento para programas de bienestar. Ver la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$_____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Trimestre Años

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

Aviso importante de VitalCare Corporation Sobre su cobertura de medicamentos para prescripción y Medicare

Por favor, lea este aviso cuidadosamente y manténgalo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con VitalCare Corporation y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo 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. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones acerca de su cobertura de medicamentos recetados está al final de este aviso.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados Medicare se puso a disposición en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un Plan de Medicare Prescription Drug Plan o se une a un Plan de Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura para una prima mensual más elevada.
2. VitalCare Corporation ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el es, en promedio, para todos los participantes en el plan, que se espera pagar tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y por lo tanto se considera Cobertura creditable. Debido a que su cobertura existente es Crédita Cobertura, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si más tarde decide unirse a un plan de drogas de Medicare.

¿Cuándo puedes unirte a un plan de medicamentos para Medicare?

Usted puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando usted se convierte en elegible por primera vez para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura de medicamentos acreditables, por no culpa propia, también será elegible para un período especial de inscripción de dos (2) meses (SEP) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué pasa con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decides unirte a un plan de medicamentos de Medicare, tu corriente VitalCare Corporation cobertura SERÁ afectado..

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y dejar caer su cobertura actual VitalCare Corporation tenga en cuenta que usted y sus dependientes SERÁ pueden recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagarás un premium superior (pena) para unirte a un plan de medicamentos medicare?

También debe saber que si usted cae o pierde su cobertura actual con VitalCare Corporation y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de 63 días continuos después de que su cobertura actual termine, usted puede pagar una prima más alta (una penalización) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si usted va a 63 días continuos o más sin cobertura creditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede subir por lo menos un 1% de la prima por beneficiario de la base de Medicare por mes por cada mes que usted no tenía esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura creditable, su remium puede ser consistentemente al menos un 19% superior a la prima beneficiaria de la base de Medicare. Puede que tenga que pagar esta prima mayor (una penalización) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, puede que tenga que esperar hasta el octubre siguiente para unirse.

Para más información sobre esta nota o su cobertura actual de medicamentos para prescripción...

Contacte con la persona que figura a continuación para obtener más información. NOTA: Recibirás este aviso cada año. También lo obtendrá antes del próximo período usted puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de VitalCare Corporation cambios. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos para prescripción de Medicare...

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados está en el manual "Medicare & You". Conseguirás una copia del manual el correo cada año de Medicare. También puede ser contactado directamente por los planes de drogas de Medicare.

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

- Visita www.medicare.gov
- Llame a su Programa de Asistencia del Seguro de Salud (vea la portada interior de su copia del manual "Medicare & You" para su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada
- Llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Recuerde: Mantenga este aviso de cobertura creditable. Si decide unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, puede ser necesario que le proporcione una copia de este aviso cuando se unan para mostrar si ha mantenido o no una cobertura creditable y, por lo tanto, si está obligado o no a pagar una prima más alta (apenalty).

Fecha: 01/01/2026

Nombre del Entidad/Sender: VitalCare Corporation

Contacto-Matt Dolph, CEO, 720-458-0642, matt@vitalcare.us-Posición/Oficina: CEO

Número de teléfono: 720-458-0642

Dirección: 1400 W 122nd Ave, Suite 140, Westminster, Colorado, 80234

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un control válido de la OMB. número. El número de control de la OMB válido para esta recolección de información es 0938-0990. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es promedio de 8 horas por respuesta inicialmente, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar el recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención de: Oficial de autorización de informes de PRA, parada de correo C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

La ley de Michelle Aviso

Nota: De conformidad con la Ley de Michelle, se le está proporcionando el siguiente aviso porque el plan de salud del grupo VitalCare Corporation proporciona una cobertura dependiente más allá de los 26 años y basa la elegibilidad para tal cobertura dependiente en el estado de estudiante. Por favor, revise la siguiente información con respecto a los derechos del niño a cargo en virtud del plan en caso de que se pierda el estatus de estudiante.

Cuando un niño a cargo pierda el estatuto de estudiante a efectos de la cobertura del plan de salud de grupo VitalCare Corporation como resultado de una licencia médica necesaria de ausencia de una institución educativa postsecundaria, el plan de salud del grupo VitalCare Corporation seguirá proporcionando cobertura durante el permiso de ausencia por un año, o hasta que la cobertura finalice de otro modo en el plan de salud del grupo VitalCare Corporation si esta cifra es anterior.

Para poder seguir siendo elegible para ser dependiente durante la licencia de ausencia:

- El plan de salud del grupo VitalCare Corporation debe recibir certificación escrita por un médico que trate del niño a cargo, que establece que el niño padece una enfermedad o lesión graves y que la licencia de ausencia (u otro cambio de matrículación) es médica necesaria; y
- .

Para obtener información adicional, póngase en contacto con: Matt Dolph, CEO, 720-458-0642, matt@vitalcare.us.

VitalCare Corporation

1400 W 122nd Ave, Suite 140, Westminster, Colorado, 80234

<https://vitalcare.us/>

720-458-0642, matt@vitalcare.us

Su información. Tus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. **Revíselo detenidamente.**

Tus derechos

Tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos
- Corrija sus registros médicos y de reclamos
- Solicitar comunicación confidencial
- Pídanos que limitemos la información que compartimos
- Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elija a alguien para que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Tus opciones

Tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información, ya que:

- Responda las preguntas de cobertura de su familia y amigos
- Proporcionar ayuda en casos de desastre
- Comercializar nuestros servicios y vender su información

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información cuando:

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

Tus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia de los registros médicos y de reclamos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Solicítanos que corrijamos los registros médicos y de reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamos si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

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

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.

- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

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

Obtener una copia de este aviso de privacidad

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

Elija a alguien para que actúe por usted

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

Presentar una queja si cree que se violan sus derechos

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

Tus elecciones

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díenos qué quieres que hagamos y seguiremos tus instrucciones. En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:

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

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

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

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

- Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están tratando.
- Ejemplo: un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

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

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

Paga tus servicios de salud

- Podemos usar y divulgar su información de salud mientras pagamos por sus servicios de salud.
- Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.

Administra tu plan

- Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.
- Ejemplo: Su empresa tiene un contrato con nosotros para proporcionar un plan de salud, y le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

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

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Notas especiales: Nunca vendemos ni comercializamos su información personal

Mayores límites en las divulgaciones: Nunca compartiremos registros de tratamiento por abuso de sustancias sin su permiso por escrito.

Ayuda con problemas de seguridad y salud pública

Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones, como:

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

Investigar

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere asegurarse de que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de una funeraria

- Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un médico forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona fallece.

Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para reclamos de compensación de trabajadores
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley
- Con organismos de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Fecha de vigencia de este aviso: 2026-01-01

Aviso de la OHCA:

Oficial de privacidad: VitalCare Corporation, matt@vitalcare.us, 720-458-0642

SUS DERECHOS BAJO USERRA

LOS DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLEO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS ACTUAR

USERRA protege los derechos laborales de las personas que voluntaria o abandonar involuntariamente puestos de trabajo para emprender servicio militar o ciertos tipos de servicio en el Sistema Médico Nacional de Desastres. USERRA también prohíbe empleadores de discriminar a los miembros pasados y presentes de los servicios uniformados, y a los solicitantes de los servicios uniformados servicios

DERECHOS DE REEMPLEO	PROTECCIÓN DEL SEGURO MÉDICO
Tiene derecho a ser reemplazado en su trabajo civil si lo deja puesto de trabajo para realizar el servicio en el servicio uniformado y: <ul style="list-style-type: none"> • se asegura de que su empleador reciba un aviso previo escrito o verbal de su servicio; • Tiene cinco años o menos de servicio acumulativo en el ejército uniformado. servicios mientras estuvo con ese empleador en particular; • regresa a trabajar o solicita reemplazo de manera oportuna después de la conclusión del servicio; y • no ha sido separado del servicio con una calificación descalificante alta o bajo condiciones que no sean honorables. <p>Si es elegible para ser reemplazado, debe ser reintegrado al trabajo. y beneficios que habría obtenido si no hubiera estado ausente debido a servicio militar o, en algunos casos, un trabajo comparable</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si deja su trabajo para realizar el servicio militar, tiene derecho para elegir continuar con su plan de salud existente basado en el empleador cobertura para usted y sus dependientes por hasta 24 meses mientras esté en los militares. • Incluso si elige no continuar con la cobertura durante su servicio militar servicio, usted tiene derecho a ser reintegrado en el puesto de su empleador, plan de salud cuando vuelve a trabajar, generalmente sin esperar períodos o exclusiones (por ejemplo, exclusiones por condiciones preexistentes), excepto para enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio
DERECHO A ESTAR LIBRE DE DISCRIMINACIÓN Y REPRESALIAS	CUMPLIMIENTO
<p>Si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • es miembro pasado o presente del servicio uniformado; • haber solicitado membresía en el servicio uniformado; • están obligados a servir en el servicio uniformado <p>entonces un empleador no puede negarle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • empleo inicial; • reemplazo; • retención en el empleo; • promoción; o • cualquier beneficio del empleo <p>debido a este estado.</p> <p>Además, un empleador no puede tomar represalias contra nadie que ayude en la aplicación de los derechos USERRA, incluyendo testificar o hacer una declaración en relación con un procedimiento bajo USERRA, incluso si esa La persona no tiene conexión de servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El Departamento de Trabajo de EE. UU., Empleo y Capacitación de Veteranos Service (VETS) está autorizado a investigar y resolver quejas de Violaciones de USERRA. • Para obtener ayuda para presentar una queja o para cualquier otra información sobre USERRA, comuníquese con VETS al 1-866-4-USA-DOL o visite su sitio web en https://www.dol.gov/agencies/vets/. Una USERRA interactiva en línea El asesor se puede ver en https://webapps.dol.gov/elaws/vets/userra • Si presenta una queja ante VETS y VETS no puede resolverla, usted puede solicitar que su caso sea remitido al Departamento de Justicia o la Oficina del Asesor Especial, según corresponda, para representación. • También puede eludir el proceso VETS y entablar una acción civil contra un empleador por violaciones de USERRA.

Los derechos enumerados aquí pueden variar según las circunstancias. El texto de este aviso fue preparado por VETS y puede verse en Internet en este DIRECCIÓN: <https://www.dol.gov/agencies/vets/programs/userra/poster> La ley federal exige que los empleadores notifiquen a los empleados sobre sus derechos según USERRA, y Los empleadores pueden cumplir con este requisito mostrando el texto de este aviso donde habitualmente colocan avisos para los empleados.

Departamento de Trabajo de EE. UU.

1-866-487-2365

ESGR

1-800-336-4590

FORMULARIO PARA SOLICITAR DOCUMENTACIÓN DE UN PLAN DE SALUD PATROCINADO POR EL EMPLEADOR O DE UNA ASEGURADORA DE MERCADO INDIVIDUAL O GRUPAL SOBRE LAS LIMITACIONES DEL TRATAMIENTO

Antecedentes: Esta es una herramienta para ayudarlo a solicitar información de su plan de salud patrocinado por su empleador o de su aseguradora de mercado individual o grupal con respecto a las limitaciones de tratamiento que pueden afectar su acceso a beneficios de salud mental o trastornos por uso de sustancias. Puede utilizar este formulario para solicitar:

- **información general** sobre las limitaciones del tratamiento, como las políticas de autorización previa de su plan para tratamientos médicos/quirúrgicos y de salud mental.
- **Información específica** sobre por qué se negaron los beneficios. Por ejemplo, puede preguntar sobre los criterios de “no demostrar necesidad médica” que su compañía de seguro médico pudo haber utilizado para rechazar su reclamo.

Su plan o aseguradora está obligado por ley a proporcionarle esta información en ciertos casos. En algunos casos, una solicitud puede generar más información de la que desea. Hable con su plan o aseguradora sobre qué documentos desea solicitar y, si lo prefiere, cómo puede recibir los documentos electrónicamente.

Según una ley federal llamada Ley de Equidad en Adicciones y Paridad en Salud Mental (MHPAEA), muchos planes de salud y aseguradoras deben asegurarse de que exista “paridad” entre los beneficios de salud mental y trastornos por uso de sustancias, y los beneficios médicos y quirúrgicos. Esto generalmente significa que los requisitos financieros y las limitaciones de tratamiento aplicados a los beneficios de salud mental o trastornos por uso de sustancias no pueden ser más restrictivos que los requisitos financieros y las limitaciones de tratamiento aplicados a los beneficios médicos y quirúrgicos. Los tipos de límites cubiertos por las protecciones de paridad incluyen:

- Requisitos financieros, como deducibles, copagos, coseguros y límites de gastos de bolsillo; y
- Limitaciones del tratamiento, como límites en la cantidad de días o visitas cubiertas, u otros límites en el alcance o la duración del tratamiento (por ejemplo, la obligación de obtener autorización previa).

Si usted, un miembro de su familia o alguien a quien está ayudando obtiene cobertura médica a través de un plan de salud de un empleador privado, la ley federal exige que el plan proporcione ciertos documentos del plan sobre sus beneficios o los de ellos, incluidas las limitaciones de cobertura de esos beneficios, previa solicitud. Por ejemplo, es posible que desee obtener documentación que explique por qué su plan de salud requiere autorización previa para las visitas a un terapeuta antes de cubrir las visitas. Generalmente, los planes de empleadores privados deben proporcionar los documentos dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción de su solicitud por parte del plan. **Comuníquese directamente con su plan de salud o compañía de seguro médico para enviar su solicitud.**

Este formulario está diseñado para ayudarle a solicitar información de su plan sobre las limitaciones del tratamiento. En este formulario se enumeran muchos tipos comunes de límites de tratamiento. Si el tipo de limitaciones de tratamiento que impone su plan no aparece en la lista, puede insertar una descripción de la limitación de tratamiento sobre la cual desea obtener más información en "Otros".

Instrucciones: Complete el formulario adjunto para solicitar información general de su plan o aseguradora sobre las limitaciones del tratamiento o información específica sobre por qué se le negaron sus beneficios de salud mental o trastorno por uso de sustancias. Esta información puede ayudarle a apelar una denegación de reclamo, pero debe iniciar por separado el proceso de apelación y revisión general del plan si desea apelar la denegación de reclamo ante su plan o aseguradora. No es necesario que utilice este formulario para solicitar información de su plan. Consulte la descripción resumida de su plan (SPD) o certificado de cobertura para ver cómo solicitar información del plan o cómo apelar un reclamo denegado.

Si está ayudando a alguien a solicitar información sobre su cobertura médica, un plan o aseguradora puede exigirle que presente, junto con su solicitud de información, documentación adicional firmada por la persona a la que está ayudando (si aún no lo ha hecho).

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario y está inscrito en un plan de salud de un empleador privado, puede visitar el sitio web de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (EBSA) en www.dol.gov/ebsa para obtener respuestas a preguntas comunes sobre los planes de salud de empleadores privados. También puede comunicarse con EBSA electrónicamente en www.askebsa.dol.gov o llame gratis al 1-866-444-3272.

También puede utilizar este formulario si está inscrito en una cobertura que no es a través de un plan de salud de un empleador privado; por ejemplo, si tiene cobertura de salud individual o cobertura patrocinada por un empleador del sector público, como un gobierno municipal o estatal. Puede comunicarse con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) al phig@cms.hhs.gov o al 1-877-267-2323 extensión. 61565 para preguntas sobre su cobertura de salud individual o plan de salud del sector público.

Declaración de divulgación de la PRA

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control de la OMB válido para esta recolección de información es 0938-1080. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de un promedio de 5 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención de: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Fecha _____

Solicitud de divulgación de paridad de trastornos de salud mental y uso de sustancias

NOTA: Este formulario de solicitud de divulgación NO está diseñado para iniciar un reclamo formal de beneficios o una apelación de un reclamo denegado; sin embargo, la información obtenida a través de este formulario puede ayudarlo a apelar una denegación de reclamo médico con respecto a sus beneficios de salud mental y trastorno por uso de sustancias. Enviar este formulario es voluntario y NO reemplaza el proceso de reclamos o apelaciones de su plan de salud.

A: United Healthcare

(Si usted es un proveedor u otro representante autorizado a solicitar información para la persona inscrita en el plan, proporcione la información a continuación.)

Soy un representante autorizado que solicita información para la siguiente persona inscrita en el plan:

Se adjunta a esta solicitud una autorización firmada por el afiliado.

(Complete esta sección si solicita información general sobre las limitaciones del tratamiento.)

Solicitud de información general

Solicito información sobre las limitaciones del plan relacionadas con la cobertura de:

- Beneficios para la salud mental y los trastornos por uso de sustancias, en general.
- El siguiente tratamiento específico para mi condición de salud mental o trastorno por uso de sustancias: _____.

(Complete esta sección si solicita información específica sobre las limitaciones que llevaron a la denegación de beneficios.)

Solicitud de información de reclamación/denegación

- Se me notificó el _____ [Insertar fecha de denegación] que un reclamo de cobertura de tratamiento para _____ [Insertar condición de salud mental o trastorno por uso de sustancias] fue, o puede ser, denegado o restringido por las siguientes razones que se muestran inmediatamente a continuación:

(Según su comprensión de la denegación, limitación o reducción de la cobertura, marque todo lo que corresponda.)

- Me informaron que el tratamiento no era médicalemente necesario.
- Me informaron que el tratamiento era experimental o de investigación.
- El plan requiere autorización antes de cubrir el tratamiento.
- El plan requiere autorizaciones continuas antes de cubrir mi tratamiento continuo.
- El plan requiere que pruebe un tratamiento diferente antes de autorizar el tratamiento que recomienda mi médico o terapeuta.
- El plan no autorizará más tratamientos debido al hecho de que no pude completar un tratamiento anterior.
- El formulario de medicamentos recetados del plan no cubre los medicamentos que me receta mi médico.
- Mi plan cubre mi tratamiento de salud mental o trastorno por uso de sustancias, pero no tiene proveedores dentro de la red razonablemente accesibles para ese tratamiento.
- No estoy seguro de si el cálculo del pago de los servicios fuera de la red de mi plan, como sus métodos para determinar los cargos habituales, acostumbrados y razonables, cumple con las protecciones de paridad.
- Otro: (Especifique la base para la denegación, limitación o reducción de la cobertura):

Debido a que mi cobertura de salud está sujeta a las protecciones de paridad, los requisitos financieros o las limitaciones de tratamiento no se pueden aplicar a los beneficios de salud mental o trastorno por uso de sustancias a menos que esos límites sean comparables a los requisitos financieros o las limitaciones de tratamiento aplicados a los beneficios médicos y quirúrgicos. Por lo tanto, para las limitaciones o términos del plan de beneficios especificado anteriormente, **dentro de los treinta (30) días calendario a partir de la fecha de recepción** de esta solicitud, solicito que el plan:

- 1. Proporcionar el lenguaje específico del plan con respecto a las limitaciones e identificar los beneficios médicos/quirúrgicos y de salud mental o trastorno por uso de sustancias a los que se aplica en la clasificación de beneficios relevante descrita en las regulaciones bajo la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en Adicciones;

- 2. Identifique los factores utilizados en el desarrollo de la(s) limitación(es) (los ejemplos de factores incluyen, entre otros, utilización excesiva, aumento reciente de los costos médicos, alta variabilidad en el costo de cada episodio de atención y seguridad y eficacia del tratamiento) ;
- 3. Identifique las fuentes (incluido cualquier proceso, estrategia o estándar probatorio) utilizadas para evaluar los factores identificados anteriormente. Ejemplos de estándares probatorios incluyen, entre otros, los siguientes:
 - Utilización excesiva según lo definido por las dos desviaciones estándar anteriores utilización promedio por episodio de atención;
 - Aumento reciente de los costos médicos, según lo definido por los costos médicos de ciertos servicios que aumentan un 10 % o más por año durante 2 años;
 - Alta variabilidad en el costo por episodio de atención, definido por episodios de atención ambulatoria que son 2 desviaciones estándar más altos en costos totales que el costo promedio por episodio el 20% o más del tiempo en un período de 12 meses; y
 - Seguridad y eficacia de la modalidad de tratamiento según lo definido por 2 ensayos clínicos aleatorios necesarios para establecer que un tratamiento no es experimental ni de investigación;
- 4. Identificar los métodos y análisis utilizados en el desarrollo de la(s) limitación(es); y
- 5. Proporcionar cualquier evidencia y documentación para establecer que las limitaciones no se aplican de manera más estricta, tal como están escritas y en funcionamiento, a los beneficios de salud mental y trastornos por uso de sustancias que a los beneficios médicos y quirúrgicos.

Nombre impreso de la persona inscrita en el plan o su representante autorizado

Firma de la persona inscrita en el Plan o su representante autorizado

Número de Miembro (número asignado al individuo inscrito por el Plan)

Número de reclamo (si busca información sobre un reclamo específico)

DIRECCIÓN

Fecha

Dirección de correo electrónico (si el correo electrónico es el método de contacto preferido)

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, usted está protegido contra facturación de saldo. En estos casos, no se le debería cobrar más que el de su plan, copagos, coseguro y/o deducible.

¿Qué es la “facturación de saldo” (a veces llamada “facturación sorpresa”)?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos de bolsillo, como un copago, coseguro o deducible. Es posible que tengas costos adicionales o tengas que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en el plan de salud de su red.

“Fuera de la red” significa proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su proveedor de salud, planean brindar servicios. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama “**equilibrio facturación**”. Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y es posible que no cuentan para el deducible de su plan o el límite anual de gastos de bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puedes controlar quién es involucrados en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red pero recibe tratamiento inesperado de un proveedor fuera de la red. Sorpresa médica las facturas podrían costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

Estás protegido de la facturación del saldo por:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el costo compartido dentro de la red de su plan, monto (como copagos, coseguros y deducibles). No se te puede facturar el saldo estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que puede recibir después de estar en condición estable, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo por estos servicios de post-estabilización.

Los habitantes de Colorado están protegidos de ciertas facturas médicas sorpresa según las leyes estatales y federales cuando una persona cubierta recibe: -La mayoría de los servicios de emergencia; -Servicios que no sean de emergencia de un proveedor fuera de la red en una instalación dentro de la red, como un hospital; -Servicio de un proveedor privado de ambulancia terrestre (no de un departamento de bomberos o entidad gubernamental); y -Servicio de un proveedor de servicios de ambulancia aérea fuera de la red. La ley de Colorado y la Ley federal Sin Sorpresas prohíben compartir costos fuera de la red (como coseguro o copagos fuera de la red) para la mayoría de los servicios de emergencia y algunos servicios que no son de emergencia. No se le puede cobrar más que el costo compartido dentro de la red por estos servicios.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, ciertos. Es posible que haya proveedores fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan. Esto se aplica a la medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista servicios. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones. no se facturará el saldo.

Si obtiene otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca es necesario que renuncies a tus protecciones contra la facturación del saldo. También no están obligados a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro en la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación del saldo, también tienes estas protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como copagos, coseguro, y deducible que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Tu salud El plan pagará cualquier costo adicional directamente a proveedores e instalaciones fuera de la red.
- Generalmente, su plan de salud debe:
 - Cubrir servicios de emergencia sin necesidad de obtener aprobación para los servicios en avance (también conocido como “autorización previa”).
 - Cubrir servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Base lo que le debe al proveedor o al centro (costo compartido) en lo que pagaría un proveedor o centro dentro de la red y muestre esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - Cuente cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red hacia su deducible dentro de la red y su límite de gastos de bolsillo.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, comuníquese con Si recibe una factura sorpresa y tiene preguntas sobre qué ley es aplicable, comuníquese con nuestra División de Servicios al Consumidor para obtener ayuda. 303-894-7490 / 800-930-3745 (fuera del área metropolitana de Denver) DORA_Insurance@state.co.us Lunes - Viernes, 8:00 am - 5:00 pm.. El número de teléfono federal para información y quejas es: 1-800-985-3059

Visita: www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos bajo ley Federal.

Visite:<https://doi.colorado.gov/insurance-products/health-insurance/health-insurance-initiatives/federal-no-surprises-act/colorado> para obtener más información sobre sus derechos según las leyes estatales.

Recursos

Medical

877-797-8812

www.myuhc.com

Dental

800-822-5353

www.dbp.com

Vision

800-638-3120

www.myuhcvision.com

Life and Supplemental Insurance

800-986-3343

www.principal.com

Pet Insurance

877-343-5314

www.aspcapetinsurance.com

Colorado SecureSavings

844-711-5001

www.coloradosecuresavings.com

VitalCare Microsite

Benefits documents and links

<https://ebthree.com/microsite/vitalcare>

Administradores de beneficios**Benefits**

benefits@hrxservices.com

970-541-1940

Human Resources

hr@hrxservices.com

970-893-7677

Director of Operations**Heidi Lacey**

heidi@vitalcare.us

720-458-0642

Enrollment Portal**Employee Navigator**

www.employeenavigator.com

Company Identifier: VitalCare2024



Notas

Este folleto de beneficios

Presentado por



HRx Benefits LLC

Sitio web de la agencia : www.hrxbenefits.com