



**ARMY & NAVY
ACADEMY**

BE BOLD. BE BRILLIANT. BE YOU.



GET TO KNOW
**YOUR
BENEFITS**

PLAN YEAR :
2026-27

Términos y definiciones de seguros

PPO (ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS)

Una PPO 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.

HMO (ORGANIZACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD)

Una HMO es un tipo de red de seguros. En este tipo de red, debes permanecer en tu red para obtener atención bajo tu 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.

DEDUCIBLE

El monto que 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 hospitalarias/externa, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, etc...

PERIODO DEDUCIBLE

Este es el período de 12 meses en el que se acumulan todos los gastos médicos que se aplicarían a su deducible. Su deducible se restablecerá una vez finalizado este período. Es importante tener en cuenta este período de tiempo, porque no siempre se alinea con el año de su plan

CRÉDITO DEDUCIBLE

Si su Período Deducible y Año del Plan no son los mismos con su nueva compañía de seguro médico, la nueva compañía le otorgará "crédito" por la parte del deducible que haya satisfecho con la antigua compañía de seguro médico durante el período Deducible más reciente. Para obtener este crédito, proporcione a su Administrador del Plan su Explicación de Beneficios (EOB) más reciente del antiguo operador.

COASEGURO

Una vez que haya alcanzado su deducible del año, la compañía de seguros 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

MÁXIMO DE BOLSILLO

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

COPAGA

Esta es una cantidad fija en dólares que paga cuando recibe atención médica de un PCP, especialista, atención de urgencia, sala de emergencias o farmacia. Se llama CO-pay porque usted paga el monto en dólares establecido y su compañía de seguros paga el resto del cargo real al médico/instalación. Los copagos NO se aplican al deducible

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.



Artículos importantes para recordar

NUEVO PERIODO DE ESPERA DE ALQUILER

Los nuevos empleados tienen derecho a prestaciones del seguro de empresa: el primer día del mes después de 30 días de empleo continuo a tiempo completo

TERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Cuando finalice su empleo en la empresa, sus beneficios cesarán: A finales de ese mes

EMPLEADOS ELEGIBLES

Para ser elegible para los beneficios de la empresa, debe ser un empleado de tiempo completo que trabaje un promedio de 30 horas por semana durante el año

HIJOS DEPENDIENTES

Los niños menores de 26 años tienen derecho a estar cubiertos por las prestaciones. Serán retirados del plan a finales del mes en que cumplan 26 años

INSCRIPCIÓN ABIERTA

Puede realizar cambios en sus planes (inscribirse en la cobertura, renunciar a la cobertura, agregar/eliminar dependientes, etc..) durante este período de tiempo cada año. La inscripción abierta ocurre 30 días antes de la renovación de su plan. Todos los cambios realizados durante este período entrarán en vigor en la fecha de renovación

REALIZAR CAMBIOS DE PLAN DURANTE EL AÑO

Si ha tenido un evento importante en su vida (casarse, tener un hijo, divorciarse, perder cobertura, ser elegible para Medicare, etc.) durante el año, puede realizar cambios en la cobertura de su plan aunque esté fuera de la ventana de Inscripción Abierta. Entregue toda la documentación dentro de los 30 días posteriores a su Evento de calificación para asegurarse de que se procesará a tiempo y que se pagarán los reclamos incurridos. **TENGA EN CUENTA:** 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 proporciónela una vez que esté disponible

COBRA

TENGA EN CUENTA: En caso de que termine su empleo en la empresa, recibirá un paquete por correo que le brindará la oportunidad de continuar con sus beneficios médicos, dentales y de visión por hasta 18 meses. Esto se llama cobertura COBRA. Su empleador **NO** contribuye a esta cobertura como lo hace cuando usted trabaja con ellos. Serás responsable del 102% del coste real del seguro si deseas continuar con él.

PERMANECER EN LA RED

Para obtener los mejores beneficios, es importante permanecer en la red de la compañía de seguros. Siempre verifique en línea o verifique por teléfono que un médico u hospital esté en la red **ANTES** de su visita. Además, cuando realice un procedimiento en un hospital/instalación, pídale al personal del hospital que se asegure de que **CADA** médico/enfermero/radiólogo/anestesiólogo/etc... esté en su red

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS

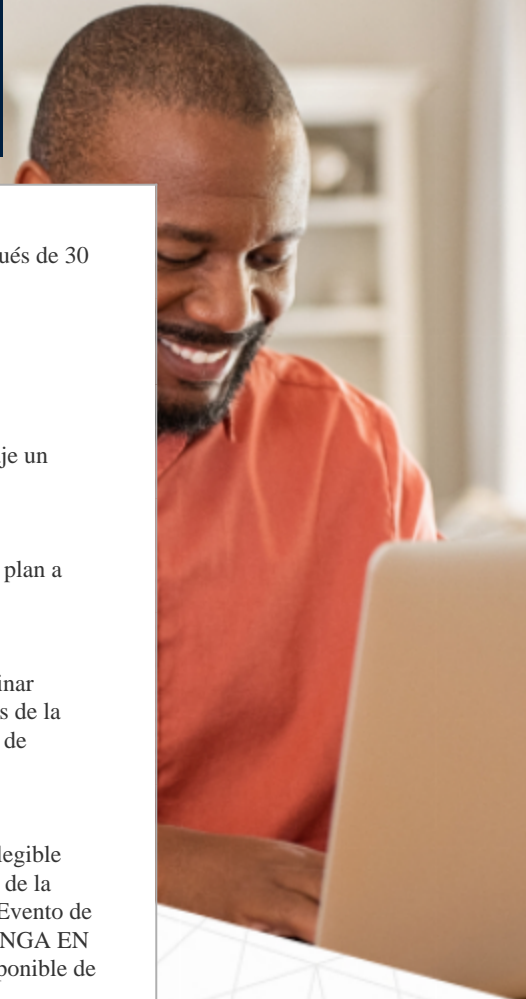
Comúnmente conocido como "EOB". El EOB es un documento muy útil ya que explica cómo la compañía de seguros procesó su reclamo. Muestra los cargos facturados por parte del proveedor, el descuento de red aplicado y cuál es la Tarifa Negociada resultante. (Cargo de Proveedor - Descuento de Red = Tarifa 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.

¿NECESITA UNA NUEVA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN U OTRA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN PARA UN DEPENDIENTE?

Puede registrarse en el sitio web de la compañía de seguros, donde puede imprimir documentos de identidad temporales y solicitar nuevas tarjetas, o puede ponerse en contacto con: Maribel Belmonte; maribel@thcsonline.com

¿TIENE PREGUNTAS SOBRE UN RECLAMO DE SEGURO?

TENGA COPIAS DE SU EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS JUNTO CON UNA COPIA DE SU(S) FACTURA(S) LISTA & CONTACTO: Maribel Belmonte; maribel@thcsonline.com





Medical

Káiser Permanente

| \$0 Deductible | \$750 Deductible | \$1500 Deductible

DEDUCIBLE	EN RED	EN RED	EN RED
Soltero	\$0	\$750	\$1,500
Familia	\$0	\$1,500	\$3,000
COASEGURO			
Miembro %	N/A	20%	30%
MÁXIMO DE BOLSILLO			
Soltero	\$3,000	\$3,000	\$4,000
Familia	\$6,000	\$6,000	\$8,000
SERVICIOS DE USO COMÚN			
Visita al consultorio del médico de atención primaria	\$30 / visita	\$30 / visita	\$40/visita
Visita a la oficina especializada	\$40/visita	\$40/visita	\$50/visita
Atención urgente	\$30 / visita	\$30 / visita	\$40/visita
Sala de Emergencias	\$250/visita	20%	30% coseguro
ATENCIÓN PREVENTIVA			
Servicios Preventivos	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
GASTOS MÉDICOS MAYORES			
Cirugía Ambulatoria	\$250/procedimiento	20%	30% coseguro
Hospitalización/Cirugía de Pacientes Hospitalizados	\$500/día a \$1,500	20%	30% coseguro
tomografía computarizada, tomografía computarizada, resonancia magnética	\$100/procedimiento	20% hasta \$150 / procedimiento	coseguro del 30% hasta \$150 / procedimiento
Parto Hospitalario Recién Nacido	\$500/día a \$1,500	20%	30% coseguro
COBERTURA DE MEDICAMENTOS			
RECETADOS			
Genérico (Nivel 1)	\$15 / receta; \$30 / pedido por correo	\$10 / receta; Pedido por correo: \$20 / receta	\$10 / receta; Pedido por correo: \$20 / receta
Marca preferida (Nivel 2)	\$35 / receta; \$70 / pedido por correo	\$30 / receta; Pedido por correo: \$60 / receta	\$30 / receta; Pedido por correo: \$60 / receta
Marca no preferida (Nivel 3)	\$35 / receta; \$70 / pedido por correo	\$30 / receta; Pedido por correo: \$60 / receta	\$30 / receta; Pedido por correo: \$60 / receta
Especialidad (Nivel 4)	coseguro del 30% hasta \$250 / receta	20% hasta \$250 / receta	coseguro del 20% hasta \$250 / receta
Pedido por correo: suministro para 90 días	Nivel 1: \$30 / receta; Nivel 2: \$70 / receta	Nivel 1: \$30 / receta; Nivel 2: \$60 / receta	Nivel 1: \$30 / receta; Nivel 2: \$60 / receta
INFORMACIÓN DEL PLAN			
Año del plan	2026-2027	2026-2027	2026-2027
Período Deducible	Año calendario	Año calendario	Año calendario
Tipo de red	HMO	HMO	HMO
Nombre de la red	Káiser Permanente	Káiser Permanente	Káiser Permanente
Sitio web del miembro	kp.org	kp.org	www.kp.org
Número de teléfono de atención al cliente	(800) 278-3296	(800) 278-3296	(800) 278-3296



Plan explicación

Una HMO, u Organización de Mantenimiento de la Salud, es un tipo de plan de seguro médico que brinda cobertura a través de una red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, y a menudo requiere un médico de atención primaria (PCP) como "guardián" para derivaciones a especialistas.

Accidente voluntario

Mutual of Omaha | Accident

LESIÓN	BENEFICIO PROGRAMADO
Quemar - 2do Grado	hasta \$15,000
Quemar - 3er grado	hasta \$15,000
Coma	50% de la Suma Principal
Conmoción cerebral	\$150
Lesión dental	hasta \$300
Dislocación - Cadera	hasta \$4,500
Dislocación - Rodilla	hasta \$4,500
Dislocación - Hombro	hasta \$4,500
Fractura - Cadera	hasta \$3,000
Fractura - Cráneo	hasta \$3,000
Fractura - Brazo	hasta \$3,000
Fractura - Mano	hasta \$3,000
INFORMACIÓN DEL PLAN	
Año del plan	2026-27
Sitio web del miembro	https://www.mutualofomaha.com/
Número de teléfono de atención al cliente	(800) 228-7104



Plan explicación

El seguro voluntario de accidentes es un plan complementario, generalmente ofrecido por los empleadores pero pagado por los empleados, que brinda protección financiera adicional en caso de accidente, cubriendo costos inesperados como facturas médicas o pérdida de ingresos.

Desreclamación

Descargo de responsabilidad: 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.

Enfermedad crítica voluntaria

Mutual of Omaha | Critical Illness

BENEFICIO POR

ENFERMEDAD CRÍTICA

Beneficio mínimo	\$5,000
Beneficio máximo	40,000 USD
Beneficio programado para empleados	\$5,000 a \$40,000
Beneficio programado para cónyuge	100% del beneficio del empleado
Prestación programada por hijo	25% de la prestación del empleado

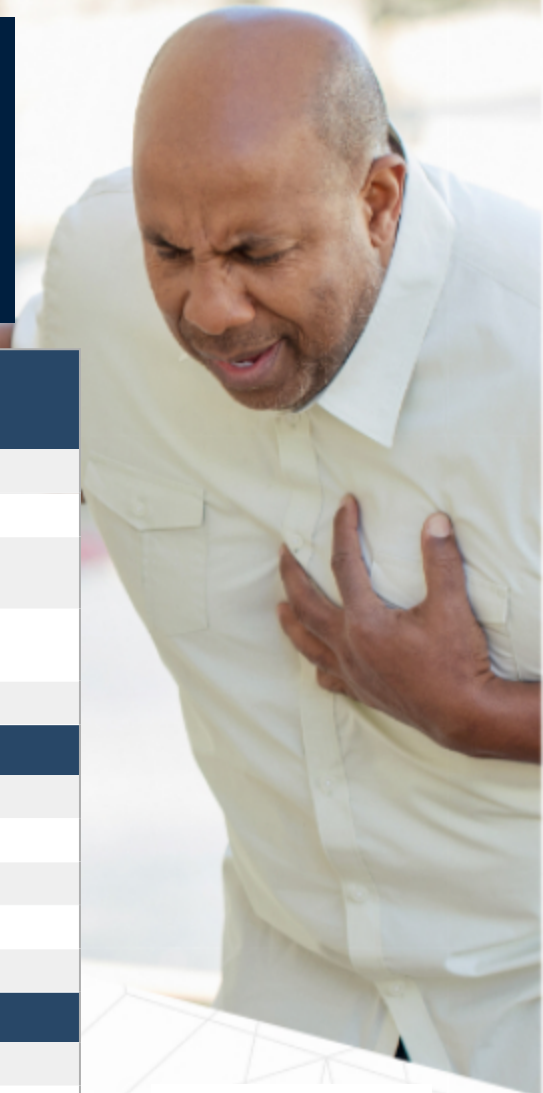
ENFERMEDAD

% DEL BENEFICIO PROGRAMADO

Cáncer	100%
Cáncer - Carcinoma in situ	25%
Ataque cardíaco	100%
Fallo orgánico importante	100%
Trazo	100%

INFORMACIÓN DEL PLAN

Año del plan	2026-27
Sitio web del miembro	https://www.mutualofomaha.com/
Número de teléfono de atención al cliente	(800) 228-7104



Plan explicación

El seguro de enfermedades críticas es una póliza voluntaria que realiza un pago global al afiliado tras el diagnóstico de una enfermedad grave o condición médica cubierta por el plan.

Desreclamación

Descargo de responsabilidad: 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.



Dental
Plan

Planes dentales

	HMO Concordia Plus	Elite Plus Dental
DEDUCIBLE	EN RED	EN RED FUERA DE RED
Soltero	\$0	\$50 \$50
Familia	\$0	\$150 \$150
MÁXIMO QUE PAGARÁ EL TRANSPORTISTA		
Máximo Anual	\$0	\$2,500 \$2,500
FRECUENCIAS		
Limpieza	1x por período de 6 meses	1x por período de 6 meses
Examen	1x por período de 6 meses	1x por período de 6 meses
COBERTURA DENTAL		
Limpiações	\$0	100% 100%
Exámenes	\$0	100% 100%
Rayos X	\$0	100% 100%
Selladores	\$0	100% 100%
Rellenos	Restauraciones de amalgama - \$0; Restauraciones compuestas a base de resina: \$0-\$140	80% 80%
Extracciones simples	\$0-\$40	80% 80%
Canal raíz	\$55-\$75	80% 80%
Enfermedad de las encías periodontales	\$0-\$43	80% 80%
Cirugía bucal	\$0-40	80% 80%
Coronas	\$50-\$130	80% 80%
Dentaduras	\$90-\$165	50% 50%
Implantes	No cubierto	50% 50%
Máximo de vida útil de la ortodoncia	\$1500	\$1,500
	Su compañía de seguros le pagará al dentista fuera de la red la misma tarifa que le paga a un dentista dentro de la red, lo que puede resultar en una factura de saldo.	Los dentistas que no pertenecen a la red pueden facturar al miembro por cualquier diferencia entre nuestra asignación y su tarifa (también conocida como facturación de saldo).
INFORMACIÓN DEL PLAN		
Año del plan	2026-27	2026-27
Tipo de red	HMO	ÉlitePlus
Nombre de la red	Concordia Plus	ÉlitePlus
Sitio web del miembro	www.UnitedConcordia.com	www.UnitedConcordia.com
Número de teléfono de atención al cliente	(800) 332-0366	(800) 332-0366

United Concordia
dental

Plan explicación

Una HMO dental (DHMO) es un tipo de plan de seguro dental que se centra en atención preventiva asequible a través de una red de dentistas contratados. Se le asigna un dentista de atención primaria (PCD) que coordina su atención, incluidas las derivaciones a especialistas, dentro de la red.

Desreclamación

Descargo de responsabilidad: 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.



Vision
Plan

Plan de Visión

| VSP Vision

COBERTURA DE VISIÓN	EN RED	FUERA DE RED
Examen ocular	\$10	\$45
Lente de visión única	\$25	\$30
Lente bifocal forrada	\$25	\$50
Lente Trifocal Forrada	\$25	\$65
Lente lenticular	\$25	\$100
Asignación de lentes de contacto	\$150	\$105
Asignación marco	\$150 (Marcos destacados \$170)	\$70
FRECUENCIAS		
Frecuencia del examen	Cada 12 meses	
Frecuencia de lente	Cada 12 meses	
Frecuencia del marco	Cada 24 meses	
	Pagas el costo total de tu bolsillo. Deberá enviar un formulario de reclamo para el reembolso.	
INFORMACIÓN DEL PLAN		
Año del plan	2026-27	
Nombre de la red	Elección de VSP	
Sitio web del miembro	vsp.com	
Número de teléfono de atención al cliente	(800) 877-7195	



United **Concordia**
dental®

Plan explicación

Una PPO (organización de proveedores preferidos) de visión es un tipo de seguro de visión que ofrece descuentos en servicios de atención oftalmológica, incluidos exámenes, anteojos y contactos, cuando utiliza proveedores dentro de la red.

Desreclamación

Descargo de responsabilidad: 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.



Life &
Disability

Seguro de vida

Mutual of Omaha | Basic Life and AD&D

BENEFICIOS DEL SEGURO

DE VIDA

Cobertura de seguro de vida	50,000 USD
Muerte accidental y desmembramiento	50,000 USD
Calendario de reducción de edad	A los 65 años, las cantidades se reducen al 65%; A los 70 años, las cantidades se reducen al 50%
Beneficio por muerte acelerada	75% si tiene una enfermedad terminal

INFORMACIÓN DEL PLAN

Año del plan	2026-27
Sitio web del miembro	https://www.mutualofomaha.com/
Número de teléfono de atención al cliente	(800) 228-7104



Plan explicación

Los empleadores suelen ofrecer un seguro de vida básico, que brinda cobertura durante un período específico de la vida del asegurado.

Desreclamación

Descargo de responsabilidad: 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.

Vida temporal voluntaria

Mutual of Omaha | Voluntary Life and AD&D

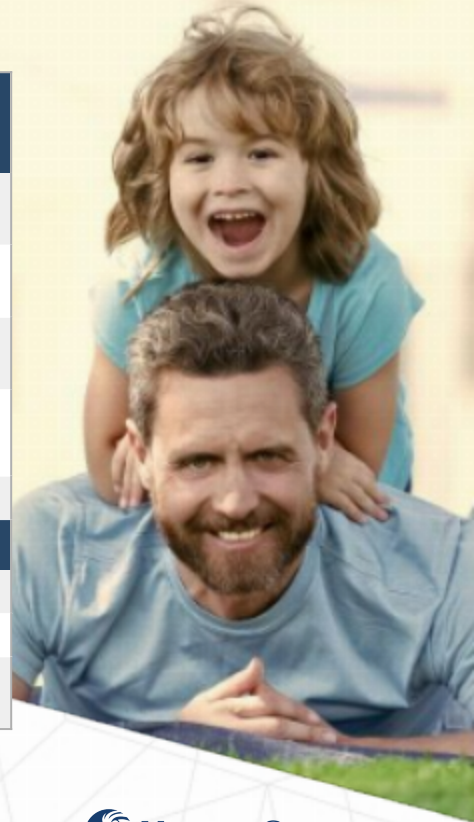
BENEFICIOS DEL SEGURO

DE VIDA

Cobertura de seguro de vida para empleados	5x salario anual hasta \$500,000
Cobertura de seguro de vida del cónyuge	100% del Empleado hasta \$250,000
Cobertura de Seguro de Vida para Niños	100% del Empleado hasta \$25,000
Calendario de reducción de edad	A los 70 años, las cantidades se reducen al 65%; A los 75 años, las cantidades se reducen al 50%
Asegurabilidad garantizada	Empleado - \$100,000; Cónyuge - \$50,000; Niño - \$25,000

INFORMACIÓN DEL PLAN

Año del plan	2026-27
Sitio web del miembro	https://www.mutualofomaha.com/
Número de teléfono de atención al cliente	(800) 228-7104



Plan explicación

El seguro de vida voluntario es un beneficio opcional proporcionado por los empleadores que proporciona un beneficio por fallecimiento a un beneficiario en caso de fallecimiento de un empleado asegurado.

Desreclamación

Descargo de responsabilidad: 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.

Invalidez a corto plazo

Mutual of Omaha | STD

BENEFICIOS DEL SEGURO

DE ETS

Beneficio semanal	60% hasta \$1,000/semana
¿Cuándo comienzan los beneficios? (Período de eliminación)	Octavo día de su lesión/enfermedad
¿Cuánto tiempo pagan mis beneficios?	25 semanas
Asegurabilidad garantizada	Sí

INFORMACIÓN DEL PLAN

Año del plan	2026-27
Sitio web del miembro	https://www.mutualofomaha.com/
Número de teléfono de atención al cliente	(800) 228-7104



Plan explicación

La discapacidad a corto plazo (ETS) es un plan de seguro que proporciona un reemplazo temporal de ingresos para los empleados que no pueden trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo, generalmente por un período de 3 a 6 meses.

Desreclamación

Descargo de responsabilidad: 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

Discapacidad a largo plazo

Mutual of Omaha | LTD

BENEFICIOS DEL SEGURO

LTD	
Beneficio mensual	\$6,000
¿Cuándo comienzan los beneficios? (Período de eliminación)	180 días después del inicio de la lesión/enfermedad
¿Cuánto tiempo pagan mis beneficios?	Seguridad Social Edad Normal de Jubilación
Asegurabilidad garantizada	Sí

INFORMACIÓN DEL PLAN

Año del plan	2026-27
Sitio web del miembro	https://www.mutualofomaha.com/
Número de teléfono de atención al cliente	(800) 228-7104



Plan explicación

La discapacidad a largo plazo se refiere a una condición, a menudo debida a una enfermedad o lesión, que impide que alguien realice sus tareas laborales durante un período prolongado, generalmente un año o más, y potencialmente por el resto de su vida laboral.

Desreclamación

Descargo de responsabilidad: 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.



Employee
Wellness



You time. Anytime.

Try the Calm app for self-care and better sleep

Calm is an app that uses meditation and mindfulness to help lower stress, reduce anxiety, and improve sleep quality. Adult members can get Calm at kp.org/selfcareapps. Calm is:

- The #1 app for meditation and sleep
- Hand-picked by Kaiser Permanente physicians
- Confidential and easy to use



Adult members can get the Calm app at no cost

Practicing mindfulness with Calm can help you build resilience and support your overall emotional health and wellness. Anyone can benefit from Calm, and the app offers something for everyone:

- A new 10-minute Daily Calm meditation every day
- Guided meditations covering anxiety, stress, gratitude, and more
- Sleep Stories (soothing bedtime tales for grown-ups)
- Music for focus, relaxation, and sleep
- Calm Masterclasses taught by world-renowned experts and celebrities

The Calm app is not available to KP Washington members at this time.

Kaiser Permanente health plans around the country: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., in Northern and Southern California and Hawaii • Kaiser Foundation Health Plan of Colorado • Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc., Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road NE, Atlanta, GA 30305, 404-364-7000 • Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., in Maryland, Virginia, and Washington, D.C., 2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852 • Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232 • Kaiser Foundation Health Plan of Washington or Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc., 601 Union St., Suite 3100, Seattle, WA 98101



Try yoga, cardio, and bootcamp – without leaving home

We're making it easier to exercise from anywhere

Regular workouts can help improve your mood, sharpen your mind, and help you feel healthier and happier overall. That's why we teamed up with fitness industry leader ClassPass to make it easy for you to exercise from the comfort of home.

With this special rate for ClassPass, Kaiser Permanente members can get:



On-demand video workouts at no cost

4,000+ online fitness classes – including cardio, dance, meditation, bootcamp, and more – for \$0/month.



Reduced rates on in-person fitness classes

Free trial plus 20% off a monthly package to reserve in-person fitness classes at some of the top gyms and fitness studios in your area and around the world.

Why ClassPass?

- 4,000 on-demand classes to access anytime
- 40,000 studios and gyms to choose from worldwide
- 22 types of fitness classes to choose from



Get started at kp.org/exercise

ClassPass is not available to Medi-Cal and Medicaid members. ClassPass is not available to Kaiser Permanente Dental-only members. The services described above are not covered under your health plan benefits and are not subject to the terms set forth in your *Evidence of Coverage* or other plan documents. These services may be discontinued at any time without notice.

Kaiser Permanente health plans around the country: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., in Northern and Southern California and Hawaii • Kaiser Foundation Health Plan of Colorado • Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc., Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road NE, Atlanta, GA 30305, 404-364-7000 • Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., in Maryland, Virginia, and Washington, D.C., 2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852 • Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232 • Kaiser Foundation Health Plan of Washington or Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc., 1300 SW 27th St., Renton, WA 98057

Affordable Fitness Made Easy

- 1** Find your perfect gym from 12,500+ options nationwide.
- 2** Enroll online in minutes, with **no long-term contracts** or annual fees.
- 3** **Start working out today!** Your membership also includes the option to purchase a membership for your spouse.¹

PLUS

- » **8,500+ Premium Gym Options** at exercise studios, outdoor experiences, and others with **20% – 70% discounts at most locations.**²
- » **Get Fit at Home™ for Free** with 12,000+ on-demand workout videos before you enroll! **Just create an account.**

\$0 Enrollment Fee With Code: STAYSTRONG³

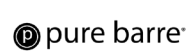
Get Started: kp.org/choosehealthy



Standard
Fitness Network



Premium
Fitness Network



¹ Add a spouse/domestic partner to a primary membership for additional monthly fees. Spouses/domestic partners must be 18 years or older. Fees may vary based on fitness center selection.

² Costs for premium exercise studios exceed \$28/mo. and an enrollment fee will apply for each premium location selected, plus applicable taxes. Fees vary based on premium fitness studios selected.

³ Monthly fees are subject to applicable taxes. \$28 enrollment fee waived for standard gyms only 3/1/24 12:01 a.m. - 6/30/24 11:59 p.m. PT.

M966-249Q-KP 2/24 © 2024 American Specialty Health Incorporated (ASH). All rights reserved. The Active&Fit Direct™ program is provided by American Specialty Health Fitness, Inc., a subsidiary of ASH. Active&Fit Direct, Fit at Home, and the Active&Fit Direct logos are trademarks of ASH. Other names or logos may be trademarks of their respective owners. Standard fitness center and premium studio participation varies by location and is subject to change. ASH reserves the right to modify any aspect of the Program (including, without limitation, the Enrollment Fee(s), the Monthly Fee(s), any future Annual Maintenance fees, and/or the Introductory Period) at any time per the terms and conditions. If we modify a fee or make a material change to the Program, we will provide you with no less than 30 days' notice prior to the effective date of the change. We may discontinue the Program at any time upon advance written notice.



Keep your mind and body in sync

How you feel and think are closely related. So, it's important to take care of your mind as well as your body to help reduce stress and maintain mental health.



Heal your body and mind

Get resources for easing stress, anxiety, depression, and sleep problems. Keeping your mind and body healthy and in sync is a great way to [care for the whole you](#).



Understand the mind-body connection

Learn how health problems affect emotions and how well you [treat, manage, and cope with illness](#). Plus, find out how a positive outlook may help you better handle pain or stress.



Make self-care a priority

See why there is growing interest in self-care, with more than three-quarters of U.S. consumers saying [wellness is more important than ever](#).



Scan the QR code or visit kp.org/mindbody to learn more about mind and body wellness.

Kaiser Permanente health plans around the country: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., in Northern and Southern California and Hawaii • Kaiser Foundation Health Plan of Colorado • Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc., Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road NE, Atlanta, GA 30305 • Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., in Maryland, Virginia, and Washington, D.C., 2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852 • Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232 • Kaiser Foundation Health Plan of Washington or Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc., 1300 SW 27th St., Renton, WA 98057

Get quality care whenever you need it

With Kaiser Permanente, you have many options available to get the world-class care you depend on for all your health needs – day or night. Here's how:

Convenient ways to get care



Phone visit

Talk with a clinician over the phone for the same high-quality care as an in-person visit.^{1,2} Schedule an appointment or get fast, personalized support 24/7.



Video visit

Meet face-to-face with a clinician by video from your smartphone, tablet, or computer.^{1,2} Appointments are optional.



24/7 care advice

Talk with a Kaiser Permanente clinician anytime day or night for advice.



E-visit

Fill out a short questionnaire about your symptoms online and get personalized self-care advice from a Kaiser Permanente clinician.



Email

Message your doctor's office with nonurgent health questions anytime through your kp.org account.



Mail-order pharmacy

Get prescriptions sent straight to your door with our mail-order delivery service.³

1. Where appropriate and available. 2. If you travel out of state, phone appointments and video visits may not be available due to state laws that may prevent doctors from providing care across state lines. Laws differ by state. 3. Some prescriptions are not available through the mail-order pharmacy. For certain drugs, you can get prescription refills mailed to you through our Kaiser Permanente mail-order pharmacy. You should receive them within 10 business days.

Kaiser Permanente health plans around the country: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., in Northern and Southern California and Hawaii • Kaiser Foundation Health Plan of Colorado • Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc., Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road NE, Atlanta, GA 30305, 404-364-7000 • Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., in Maryland, Virginia, and Washington, D.C., 2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852 • Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232 • Kaiser Foundation Health Plan of Washington or Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc., 1300 SW 27th St., Renton, WA 98057

Making an appointment is easy

Go online:

To choose the kind of care you need, visit kp.org/getcare or sign in to the Kaiser Permanente app – and avoid hold times on the phone. For Colorado or Washington members, chat online with a doctor through your kp.org account.

Call us 24/7:

Find your location information below.

California

- Northern California: 1-866-454-8855
- Southern California: 1-833-574-2273

Colorado

303-338-4545 or 1-800-218-1059

Georgia

404-365-0966

Hawaii

- Oahu: 808-432-2000
- Maui: 808-243-6000
- Hawaii Island: 808-334-4400
- Kauai: 808-246-5600

Maryland/Virginia/Washington, D.C.

1-800-777-7904

Oregon/SW Washington

- Portland: 503-813-2000
- All other areas: 1-800-813-2000

Washington

1-800-297-6877

TTY

711

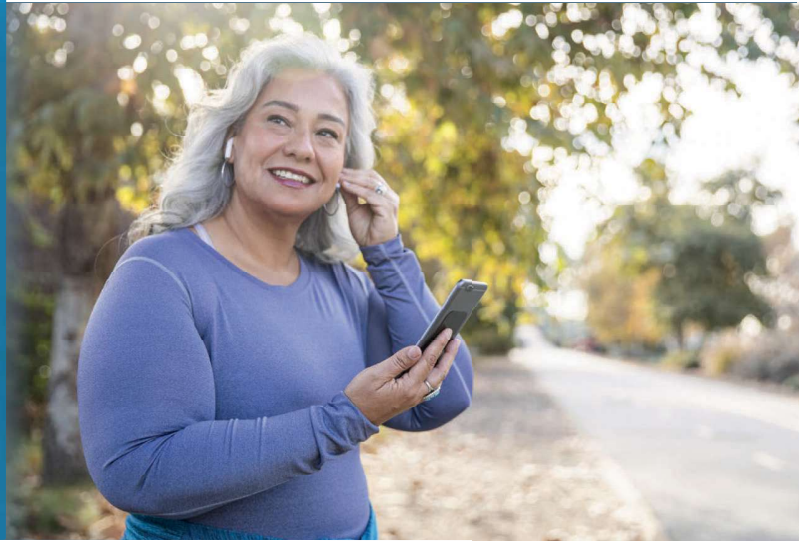
Learn more at kp.org/getcare





Employee Assistance Program (EAP)

Available Services When You Need Help the Most



Life isn't always easy. Sometimes a personal or professional issue can affect your work, health and general well-being. During these tough times, it's important to have someone to talk with to let you know you're not alone.

With Mutual of Omaha's Employee Assistance Program, you can get the help you need so you spend less time worrying about the challenges in your life and can get back to being the productive worker your employer counts on to get the job done.

Learn more about the Employee Assistance Program services available to you.

We are here for you

Visit the Employee Assistance Program website to view timely articles and resources on a variety of financial, well-being, behavioral and mental health topics.

mutualofomaha.com/eap
or call us: **1-800-316-2796**

Enhanced EAP Services

Features	Value to Company and Employees
Employee Family Clinical Services	<ul style="list-style-type: none"> An in-house team of Master's level EAP professionals who are available 24/7/365 to provide individual assessments Outstanding customer service from a team dedicated to ongoing training and education in employee assistance matters Access to subject matter experts in the field of EAP service delivery
Counseling Options	<ul style="list-style-type: none"> Three sessions per year (per household) conducted by either face-to-face* counseling or video telehealth via a secure, HIPAA compliant portal
Exclusive Provider Network	<ul style="list-style-type: none"> National network of more than 10,000 licensed clinical providers Network continually expanding to meet customer needs Flexibility to meet individual client/member needs

*California Residents: Knox-Keene Statute limits no more than three face-to-face sessions in a six-month period per person.

Continued on back.



Enhanced EAP Services *(continued)*

Features	Value to Company and Employees
Access	<ul style="list-style-type: none"> • 1-800 hotline with direct access to a Master's level EAP professional • 24/7/365 services available • Telephone support available in more than 120 languages • Online submission form available for EAP service requests • EAP professionals will help members develop a plan and identify resources to meet their individual needs
Employee Family Legal Services	<ul style="list-style-type: none"> • Valuable resources - legal libraries, tools and forms - available on EAP website • A counseling session may be substituted for one legal consultation (up to 30 minutes) with an attorney • 25% discount for ongoing legal services for same issue
Employee Family Financial Services	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusive financial platform powered by Enrich that includes financial assessment tools, personalized courses, articles and resources, and ongoing progress reports to help members monitor their financial health • A counseling session may be substituted for one financial consultation (up to 30 minutes) with an attorney • 25% discount for ongoing financial services for same issue
Employee Family Work/Life Services	<ul style="list-style-type: none"> • Child care resources and referrals • Elder care resources and referrals
Online Services	<ul style="list-style-type: none"> • An inclusive website with resources and links for additional assistance, including: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Current events and resources ▪ Family and relationships ▪ Emotional well-being ▪ Financial wellness ▪ Substance abuse and addiction ▪ Legal assistance ▪ Physical well-being ▪ Work and career • Bilingual article library
Employee Communication	<ul style="list-style-type: none"> • All materials available in English and Spanish
Eligibility	<ul style="list-style-type: none"> • Full-time employees and their immediate family members; including the employee, spouse and dependent children (unmarried and under 26) who reside with the employee
Coordination with Health Plan(s)	<ul style="list-style-type: none"> • EAP professionals will coordinate services with treatment resources/providers within the employee's health insurance network to provide counseling services covered by health insurance benefits, whenever possible



**Costs,
Directory, &
Required Notices**

CONTACTOS DE LA AGENCIA



The HealthCare Solution

Fred Wiener

fred@thcsonline.com

(818) 227-5650



The HealthCare Solution

Maribel Belmonte

maribel@thcsonline.com

(818) 227-5650

CONTACTOS PORTADORES



KAISER PERMANENTE

www.kp.org

(800) 278-3296

United **Concordia**
dental[®]

www.UnitedConcordia.com

(800) 332-0366



(800) 228-7104

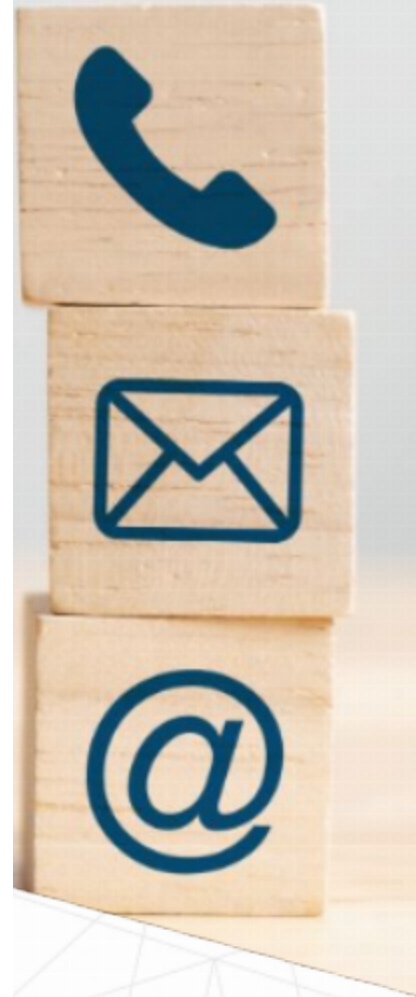
www.mutualofomaha.com

CONTACTOS DEL PROVEEDOR



(800) 580-4505

www.paycomonline.net/v4/ee/web.php/app/login



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 calificador”. 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 calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos a cargo podrían convertirse en beneficiarios calificados 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 calificado 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 calificado 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 calificados 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 respeto a Army and Navy Academy, 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 calificados 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 calificados 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: Army and Navy Academy.

¿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 calificado 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 60° 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 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

Tracy Overton, Director of Human Resources, 760 547-5260, toverton@armyandnavyacademy.com

Aviso importante de Army and Navy Academy 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 Army and Navy Academy 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. Army and Navy Academy ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Kaiser Permanente 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 Crédito 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 unirme 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 recetados 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 unirme a un plan de medicamentos de Medicare, tu corriente Army and Navy Academy cobertura SERÁ afectado. .

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

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

También debe saber que si usted cae o pierde su cobertura actual con Army and Navy Academy 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 Army and Navy Academy 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: 01/05/2026

Nombre del Entidad/Sender: Army and Navy Academy

Contacto-Tracy Overton, Director of Human Resources, 760 547-5260, toverton@armyandnavyacademy.com

Número de teléfono: 760 547-5260

Posición/Oficina: Director de Recursos Humanos

Dirección: 2605 Carlsbad Blvd., Carlsbad, CA, 92008

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.

This Benefit Booklet
Presented by:



THEHEALTHCARE
— SOLUTION —

THCS Insurance Services, Inc.

818 227-5650 | www.thcsonline.com