

.....

# GUÍA DE BENEFICIOS



BENEFICIOS VIGENTES  
DESDE EL 1.º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024

**2024**



# CONTENIDO



- 2 Elegibilidad e inscripción
- 6 Planes médicos
- 11 Cuenta de Ahorros de Salud Resumen (*Health Savings Account, HSA*)
- 13 Programas de apoyo de Aetna
- 16 Planes dentales
- 17 Plan oftalmológico
- 18 Seguro de vida y AD&D
- 20 Seguro por accidente
- 21 Seguro por enfermedad grave
- 22 Indemnización hospitalaria
- 23 Seguro por discapacidad
- 24 Limitaciones de la suscripción
- 25 Gestión de discapacidades y ausencias
- 26 Discapacidad a largo plazo
- 27 Protección frente al robo de identidad
- 27 Asistencia al viajero
- 28 Programa de Asistencia al Empleado (*Employee Assistance Program, EAP*)
- 29 Fetch seguro para mascotas
- 30 Plan de ahorros 401 (k) de jubilación
- 31 Tiempo libre pago
- 33 Servicio de Asistencia sobre Beneficios
- 34 Información de contacto
- 35 Aetna Concierge
- 36 Avisos Anuales del Plan de Salud





# BIENVENIDOS A LAZER LOGISTICS

**El compromiso de Lazer Logistics es el de proporcionar a usted y a su familia beneficios de alta calidad a un costo accesible.**

Nadie conoce sus necesidades de salud mejor que usted mismo, por lo que lo animamos a que tome sus propias decisiones sobre su salud y bienestar. En esta guía, puede consultar los beneficios y los recursos para tomar una decisión informada.

## TÉRMINOS QUE DEBE CONOCER

Estos términos lo ayudarán a comprender sus beneficios médicos.

**Red:**

Grupo de proveedores de asistencia sanitaria (incluidos médicos, hospitales y otros proveedores de asistencia sanitaria) que han acordado prestar asistencia a precios más bajos.

**Copago:**

Importe fijo en dólares que usted paga por los servicios de la red, incluidos, entre otros, las visitas al médico, la sala de emergencias y los medicamentos con receta.

**Deducible:**

Importe en dólares que debe pagar cada año por los gastos médicos cubiertos antes de que el plan pague determinados servicios. El deducible no se aplica a la atención preventiva dentro de la red ni a los servicios por los que se paga un copago.

**Coseguro:**

El porcentaje de sus gastos médicos que debe pagar en el caso de determinados servicios después de alcanzar su deducible anual.

**Máximo de bolsillo:**

Importe máximo que debe pagar por los gastos médicos cubiertos en un año calendario. Una vez abonado este importe, el plan paga el costo total de los servicios cubiertos durante el resto del año. Se aplican deducibles y copagos a los gastos de bolsillo máximos.



# ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

## Elegibilidad

Todos los empleados de tiempo completo pueden participar en nuestro programa de beneficios. En general, se considera que un trabajador es de tiempo completo si debe trabajar un promedio de 30 horas semanales o más.

**Se lo considera elegible para los beneficios luego de 60 días de trabajo, desde el primer día del mes.**

## Dependientes elegibles

Los dependientes elegibles pueden obtener cobertura de su parte. Los dependientes elegibles incluyen los siguientes:

- Su cónyuge legal, incluido el cónyuge del mismo sexo
  - Sus hijos solteros o de su cónyuge hasta el final del mes en que cumplan 26 años
  - Los hijos solteros dependientes y mayores de 26 años si están discapacitados mental o físicamente
- Entre los hijos se incluyen: los hijos naturales, los hijastros, los hijos adoptados legalmente, los hijos dados en adopción y los hijos cuya tutela legal le haya sido otorgada a usted o a su cónyuge.

Muchos empleados tienen otras personas a su cargo que viven con ellos y que **no** son elegibles para nuestros planes de beneficios:

- Nietos, sobrinas, sobrinos u otros hijos a los cuales un tribunal no les haya asignado un tutor legal.
- Ex cónyuges, salvo que una orden judicial exija la participación en COBRA (se requerirá documentación)
- Padres, padrastros, abuelos, tíos u otros familiares que no sean dependientes legales que cumplan los requisitos, aunque vivan con usted.

## Inscripción

Cuando sea elegible para recibir beneficios, se le notificará por mensaje de texto y por correo electrónico (si facilitó una dirección de correo electrónico cuando lo contrataron en su trabajo).

- 1. En línea.** Visite el Servicio de Autogestión para Empleados: **[www.workforcenow.adp.com](http://www.workforcenow.adp.com)**.

Utilice su identificación de usuario y contraseña activos actuales. Si no tiene una identificación de usuario activo, siga las instrucciones de registro de la página siguiente.

- 2. En la app ADP Mobile Solutions:** Descárgala de Apple Store o Google Play.



- 3. Por teléfono:** Las personas que no tengan acceso a una computadora pueden llamar al Servicio de Asistencia de Beneficios al **1-877-373-6535** de lunes a viernes desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m. EST.

**Debe presentar la documentación de las personas a su cargo que inscriba. Consulte la página 5 para obtener más información.**



# ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

## SERVICIO DE AUTOGESTIÓN PARA EMPLEADOS

**IMPORTANTE:** Siga estas instrucciones para acceder al Servicio de Autogestión de Inscripción de Beneficios para Empleados.

Para acceder al Servicio de Autogestión para Empleados, vaya a:  
[www.workforcenow.adp.com](http://www.workforcenow.adp.com)

Si es la primera vez que utiliza el Servicio de Autogestión para Empleados, haga clic en “First time user? [¿Nuevo usuario?] REGISTER NOW [Regístrese ahora]” y siga los pasos que se indican a continuación.

Si ya se ha registrado en el Servicio de Autogestión, pero ha olvidado su identificación de usuario y/o contraseña, seleccione el enlace “Forgot Your ID/Password? [¿Ha olvidado su ID/contraseña?]”.

Si ya se ha registrado y dispone de sus credenciales de usuario, proceda a la inscripción.

### PASO 1

Se le pedirá un código de acceso de registro (Pass Code). Póngase en contacto con el Departamento de Recursos Humanos si necesita más información.

### PASO 2

Se le pedirá que escriba su nombre, sus apellidos, su SSN (Número de Seguro Social) completo, y su mes y día de nacimiento.

**Importante: Debe escribir su nombre, número de seguridad social y fecha de nacimiento exactamente como aparecen en su recibo de sueldo.**

### PASO 3

Una vez que se haya registrado, el sistema le pedirá su dirección de correo electrónico. Esta dirección de correo electrónico se utilizará para todas las notificaciones generadas por el Servicio de Autogestión.

**Tenga en cuenta que se le pedirá que escriba una dirección de correo electrónico válida. También se le enviará por correo electrónico su “User ID [identificación de usuario]”.**

### PASO 4

El sistema le pedirá información de seguridad. Esta información se utilizará si olvida su identificación de usuario o su contraseña, y en ella se distingue entre mayúsculas y minúsculas.

**Por razones de seguridad, recuerde proteger esta información para evitar el acceso no autorizado a sus registros.**

### PASO 5

El sistema mostrará su nueva identificación de usuario y le pedirá que escriba una contraseña.

**Es importante que recuerde y que PROTEJA esta identificación de usuario y esta contraseña, ya que se utilizarán para iniciar sesión en el Servicio de Autogestión para Empleados.**

### PASO 6

Aparecerá una pantalla de confirmación en donde se indica que usted se ha registrado correctamente en el Servicio de Autogestión, y se le enviará un correo electrónico de confirmación.

**Por favor, guarde su “identificación de usuario” personal que aparece tanto en la pantalla de confirmación como en el correo electrónico de confirmación. La “identificación de usuario” le servirá para acceder al Servicio de Autogestión.**

Si tiene problemas para registrarse en el Servicio de Autogestión para Empleados, póngase en contacto con [benefitsmail@lazerlogistics.com](mailto:benefitsmail@lazerlogistics.com).



# ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

## Hacer cambios en los beneficios durante el año

Solo puede realizar cambios en sus beneficios durante el periodo anual de inscripción abierta. La única ocasión fuera del periodo de inscripción abierta en la que puede modificar sus beneficios es si atraviesa un evento vital contemplado.

Si experimenta un evento vital contemplado, dispone de 30 días para realizar cambios en los beneficios en consonancia con el evento.

## Los Eventos Vitales Contemplados incluyen lo siguiente:

- Matrimonio o divorcio
- Ganancia o pérdida de un dependiente por motivos como nacimiento, adopción, orden judicial, invalidez, fallecimiento o un hijo que cumpla 26 años
- Cambios en el empleo de su cónyuge que afecten a la elegibilidad para recibir beneficios
- Usted y sus familiares cubiertos se inscriben en el plan médico de otra empresa

**NOTA:** Inscribirse en un seguro médico en [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o el Mercado estatal de su estado **no** es un Evento de Vida Contemplado.

Si se produce alguno de estos cambios, deberá añadir o eliminar a las personas a su cargo en un plazo de 30 días a partir de la fecha del evento vital contemplado. **No se permitirán cambios una vez transcurrido el plazo de 30 días.** Usted **deberá** realizar el cambio en línea en [www.workforcenow.adp.com](http://www.workforcenow.adp.com).

## Requisitos de documentación

Si inscribe a un familiar o añade cobertura para dependientes tras un evento vital contemplado, deberá presentar la documentación correspondiente. La documentación incluye:

### Para añadir la cobertura de un dependiente:

- Fotocopia del certificado de matrimonio del cónyuge
- Fotocopia del certificado de nacimiento de un hijo cuyo progenitor sea el empleado
- Documentos de adopción/tutela legal de un hijo cuyo progenitor sea el empleado
- Orden judicial por la que se establece la tutela legal
- Fotocopia de la primera y/o segunda página de la Declaración de Impuestos actual en la que figuren los nombres de los dependientes

### Para hacer un cambio durante el año:

- Sentencia de divorcio, documentación judicial oficial, o acuerdo de separación
- Certificado de defunción original del cónyuge o hijo
- Carta de la empresa anterior o certificado HIPAA
- Carta en la cual se verifique otra cobertura
- Fotocopia de la tarjeta de seguro de la nueva cobertura

**Evento Vital Contemplado:** Un evento que le permite realizar un cambio en sus beneficios en un momento distinto al de la inscripción anual.

Si está inscripto al seguro de enfermedad y bienestar, la cobertura finalizará a las 11:59 p. m. del último día de trabajo. Las primas restantes para el período de pago en el que finalice su empleo se deducirán de su cheque final, independientemente del número de días trabajados durante el período de pago. Se le enviará directamente a su domicilio un paquete COBRA para la continuación del seguro de salud.



# ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

## Verificación de la elegibilidad de los dependientes

No se aprobará la cobertura para sus dependientes a menos que se reciba la documentación en un plazo de **30 días** a partir del día en que se inscriba o en que solicite un cambio (no de la fecha de entrada en vigor). Envíe todos los documentos al Centro de Servicios de Verificación de Dependientes de ADP.

Una vez completa, cargue, envíe por fax o por correo la portada desde el sistema ADP, junto con la documentación requerida en un plazo de 30 días a partir de la fecha de procesamiento de su inscripción.

**Carga segura:** [www.workforcenow.adp.com](http://www.workforcenow.adp.com)

**NOTA:** para cargar imágenes escaneadas de su documentación, inicie sesión en el portal en [www.workforcenow.adp.com](http://www.workforcenow.adp.com) y haga clic en **Benefits Section [Sección de beneficios]**, luego haga clic en **View Status [Ver estado]** en el mosaico **View Verification Status [Ver estado de verificación]**. Siga las instrucciones que aparecen en pantalla para rellenar los requisitos de verificación de dependientes o eventos.

El sitio web le permite ver los documentos requeridos, enviar documentos y comprobar su estado de verificación.

**FAX SEGURO:** Servicios de ADP Verificación de dependiente  
**866-400-1686**

**POR CORREO:** Servicios de verificación de dependientes ADP  
**ADP-DVS**  
**PO Box 2338**  
**Alpharetta, GA 30023-2338**

**NOTA:** No envíe por correo los documentos originales; no le serán devueltos.

Como nos comprometemos a proteger la intimidad de los empleados, podemos asegurarle que trataremos toda la documentación de manera confidencial. Recibirá una carta de confirmación una vez tramitada su documentación.

Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional sobre la documentación necesaria, comuníquese con:

**Centro de Servicios de Verificación de Dependientes**  
**1-800-553-3823**

Los representantes están disponibles **de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. h ET de lunes a viernes, y 8:00 a. m. a 5:00 p. m. h ET los sábados** (excepto en días festivos).





# PLANES MÉDICOS

Lazer Logistics le ofrece la posibilidad de elegir entre dos planes médicos diferentes. El sitio web de inscripción le mostrará los planes que puede seleccionar.

La atención preventiva dentro de la red está cubierta sin costo alguno para usted en todos nuestros planes médicos. La atención preventiva incluye los siguientes:

- Su chequeo anual, la visita al ginecólogo/obstetra o el examen para la mujer sana
- Pruebas de detección del cáncer, como mamografías
- Anticonceptivos
- Visitas del bebé sano y vacunas infantiles
- Otras pruebas preventivas cubiertas por la reforma federal de atención médica

## Elegir el plan adecuado para usted

El plan adecuado para usted le ofrece la cobertura que necesita a un costo accesible. Revise la información a continuación y los cuadros de las páginas 7 y 8 para comparar los beneficios y hacer su elección.

## Opción 1: Plan de salud con deducible alto de Aetna con cuenta de ahorro para la atención médica

Este plan combina la cobertura de **Aetna** con una cuenta de ahorro sanitaria establecida con **Health Equity**. Consulte las páginas 11 y 12 para obtener más información sobre el funcionamiento de este programa.

## Opciones 2 y 3: Planes de punto de servicio de Aetna

Usted pagará copagos por servicios que incluyen visitas al consultorio médico, hospitalización y medicamentos recetados. Para otros tipos de atención, pagará un porcentaje del costo después de terminar de pagar su deducible anual. Los copagos, las franquicias y el porcentaje de coseguro que tendrá que pagar son diferentes en cada plan. Consulte el Cuadro de en la página 8 para comparar.

## COBERTURA MÉDICA Y REFORMA SANITARIA

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (*The Affordable Care Act, ACA*) obliga a la mayoría de los estadounidenses a tener cobertura médica o a pagar una penalización al presentar la declaración de impuestos sobre la renta. Nuestros planes médicos ofrecen la cobertura exigida.

Los documentos del plan y los SBC están disponibles en la página de inicio de ADP. También puede encontrarlos en el siguiente sitio web: [www.aetnaresource.com/n/lazer](http://www.aetnaresource.com/n/lazer)



# PLANES MÉDICOS

## Cómo encontrar proveedores de la red de Aetna

Todos nuestros planes médicos utilizan la red nacional Aetna Choice POS II. Para que sus gastos de bolsillo se mantengan bajos, le recomendamos acceder a la atención de los médicos de la red.

## Cómo saber si su médico pertenece a la red:

1. **VAYA** a [www.aetnaresource.com/n/lazer](http://www.aetnaresource.com/n/lazer)
2. **SELECCIONE** FIND A DOCTOR, DENTIST OR HOSPITAL [ENCONTRAR UN MÉDICO, DENTISTA U HOSPITAL]
3. **INGRESE** EL CÓDIGO POSTAL DE SU DOMICILIO (O DE LA CIUDAD O EL ESTADO EN EL QUE DESEA VER LOS RESULTADOS)
4. **SELECCIONE** LOOK WITHIN MILES [BUSCAR DENTRO DE LAS MILLAS] (y ajústelo a su preferencia), luego **SELECCIONE** SEARCH [BUSCAR]
5. **INGRESE** el nombre de su médico o busque proveedores de la red por categoría.

Una vez que sea miembro inscrito de Aetna, podrá crear su propia cuenta segura. La búsqueda de proveedores participantes será más fácil, ya que el sitio web mostrará inmediatamente los resultados de la red Aetna Choice POS II (Open Access).





# PLANES MÉDICOS

Todos los empleados que se inscriban en esta combinación de planes y que se inscriban con Cobertura individual recibirán una contribución de \$400 a su cuenta de ahorro Health Equity de Lazer Logistics. Esta contribución de Lazer Logistics se duplica a \$800 si se inscribe en un nivel de cobertura que incluya a sus dependientes.

ASPECTOS DESTACADOS DE SU PLAN MÉDICO	LAZER LOGISTICS	
	Diseño de plan Aetna/Navitus de HSA	
	HSA	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Atención preventiva</b>	\$0 El plan paga el 100 %	Ded. + 30 %
<b>Deducible (individual / familiar)</b>	\$3,500 / \$7,000	\$6,500 / \$13,000
<b>Coseguro</b>	90 %	70 %
<b>Gastos médicos máximos de bolsillo (Individual / Familiar)</b>	\$5,750 / \$10,350	\$11,000 / \$20,000
<b>Visita al consultorio de atención primaria</b>	Ded. + 10 %	Ded. + 30 %
<b>Visita en el consultorio del especialista</b>	Ded. + 10 %	Ded. + 30 %
<b>Hospitalización</b>	Ded. + 10 %	Ded. + 30 %
<b>Sala de emergencias</b>	Ded. + 10 %	
<b>Atención de urgencia</b>	Ded. + 10 %	Ded. + 30 %
Aspectos destacados de su plan de medicamentos recetados	Diseño de plan Aetna/Navitus de HSA	
<b>Deducible para recetas médicas</b>	Se aplica deducible de medicamentos	
<b>Nivel 1</b> (Nivel minorista 1 / Nivel minorista 2 / Pedido por correo)	\$10/\$25/\$25	
<b>Nivel 2</b> (Nivel minorista 1 / Nivel minorista 2 / Pedido por correo)	\$35/\$50/\$87	
<b>Nivel 3</b> (Nivel minorista 1 / Nivel minorista 2 / Pedido por correo)	\$60/\$75/\$150	
<b>Especialidades</b>	Coseguro del 10 %	

\*Navitus es el administrador de nuestro programa de medicamentos con receta médica. Para consultar la lista de medicamentos, visite [www.navitus.com](http://www.navitus.com) o llame al 1-866-333-2757.

Los servicios prestados fuera de la red están sujetos a Gastos Usuales, Acostumbrados y Razonables (*Usual, Customary and Reasonable, UCR*). El objetivo de este resumen es presentar los aspectos más destacados del plan. En caso de discrepancia entre este baremo y el plan, prevalecerá el documento del plan.



# PLANES MÉDICOS: OPCIONES 2 Y 3

Estos programas con Aetna proporcionan cobertura tradicional. Su responsabilidad financiera es generalmente más predecible con copagos y/o un deducible anual y coaseguro aplicado hasta que alcance su desembolso máximo para el año.

BENEFICIOS	TPV Premier		TPV Estándar	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Atención preventiva</b>	\$0 El plan paga el 100 %	Ded. + 40 %	\$0 El plan paga el 100 %	Ded. + 40 %
<b>Deducible</b> (individual / familiar)	\$2.000 / \$4.000	\$3,500 / \$7,000	\$4.000 / \$8.000	\$8.500 / \$17.000
<b>Coseguro</b>	80 %	60 %	80 %	60 %
<b>Gastos médicos máximos de bolsillo</b> (Individual / Familiar)	\$5.500 / \$9.000	\$10.000 / \$18.000	\$6.650 / \$13.300	\$15.000 / \$30.000
<b>Visita al consultorio de atención primaria</b>	Copago de \$30	Ded. + 40 %	Copago de \$30	Ded. + 40 %
<b>Visita en el consultorio del especialista</b>	Copago de \$60	Ded. + 40 %	Copago de \$60	Ded. + 40 %
<b>Hospitalización</b>	Ded. + 20 %	Ded. + 40 %	Ded. + 20 %	Ded. + 40 %
<b>Sala de emergencias</b>	Copago de \$200		Copago de \$250	
<b>Atención de urgencia</b>	Copago de \$75	Ded. + 40 %	Copago de \$75	Ded. + 40 %
<b>Aspectos destacados de su plan de medicamentos recetados</b>	<b>Cobertura con Navitus</b>			
<b>Deducible para recetas médicas</b>	\$200 / \$600		\$200 / \$600	
Nivel 1 (Nivel minorista 1 / Nivel minorista 2 / Pedido por correo)	\$10/\$20/\$25		\$10/\$20/\$25	
Nivel 2 (Nivel minorista 1 / Nivel minorista 2 / Pedido por correo)	\$35/\$45/\$87		\$35/\$45/\$87	
Nivel 3 (Nivel minorista 1 / Nivel minorista 2 / Pedido por correo)	\$60/\$70/\$150		\$60/\$70/\$150	
<b>Especialidades</b>	\$110		\$110	

\*Navitus es el administrador de nuestro programa de medicamentos con receta médica. Para consultar la lista de medicamentos, visite [www.navitus.com](http://www.navitus.com) o llame al 1-866-333-2757.

Los servicios prestados fuera de la red están sujetos a Gastos Usuales, Acostumbrados y Razonables (*Usual, Customary and Reasonable*, UCR). El objetivo de este resumen es presentar los aspectos más destacados del plan. En caso de discrepancia entre este baremo y el plan, prevalecerá el documento del plan.



# CONTRIBUCIONES AL PLAN MÉDICO

	COSTO SEMANAL DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS		
0-3 años de servicio	Plan HDHP de la HSA	Plan TPV Premier	Plan TPV Estándar
Solo para empleados	\$40.52	\$86.14	\$63.11
Empleado + cónyuge	\$92.56	\$193.88	\$140.35
Empleado + hijo(s)	\$89.83	\$181.87	\$132.17
Empleado + familia	\$115.28	\$290.16	\$209.16
3-5 años de servicio			
Solo para empleados	\$38.50	\$81.84	\$59.94
Empleado + cónyuge	\$88.02	\$184.20	\$133.34
Empleado + hijo(s)	\$85.34	\$172.78	\$125.57
Empleado + familia	\$109.53	\$275.65	\$198.69
5+ años de servicio			
Solo para empleados	\$34.44	\$73.23	\$53.66
Empleado + cónyuge	\$78.68	\$164.80	\$119.29
Empleado + hijo(s)	\$76.36	\$154.60	\$112.35
Empleado + familia	\$98.00	\$246.63	\$177.79





# RESUMEN DE LA CUENTA DE AHORROS DE SALUD

Si se inscribe en el HDHP de Aetna, automáticamente se establece una HSA para usted. Una HSA es una cuenta bancaria a la que puede hacer contribuciones antes de impuestos. Usted es dueño de la HSA y puede llevarla con usted sin importar dónde trabaje. Puede utilizar su HSA para pagar gastos médicos, de medicamentos recetados, dentales y de la vista, mientras esté trabajando o cuando se jubile.

La HSA ofrece las siguientes ventajas fiscales

- Contribuciones del empleado, sin impuestos.
- Crecimiento de la cuenta, sin impuestos.
- Uso libre de impuestos del dinero de su HSA.
- Portabilidad: su cuenta va con usted si se retira o deja Lazer Logistics.

## Q. ¿Quién puede optar a una Cuenta de Ahorros Sanitarios (HSA)?

**R.** Debe estar cubierto por un plan de salud con HDHP que cumpla con las regulaciones del gobierno en cuanto a deducible y desembolso máximo para poder beneficiarse de una HSA. El Aetna HDHP cumple con todos los requisitos. No puede tener otra cobertura de seguro médico (incluido un plan para cónyuges) que NO sea un HDHP. No puede contribuir a una HSA una vez que tenga derecho a Medicare (es decir, que esté inscrito en la Parte A o la Parte B).

## P. ¿Qué es un “Plan de Salud con Deducible Alto” (HDHP)?

**R.** A veces denominado plan de seguro médico “catastrófico”, el HDHP de Aetna generalmente no paga los primeros miles de dólares de gastos de atención médica (es decir, su “deducible”), pero generalmente lo cubrirá después de eso.

## Q. ¿Cómo funciona mi cuenta HSA?

**R.** Si opta por inscribirse en la HSA, las contribuciones (hasta el máximo permitido por el IRS) se pueden hacer anualmente en su nombre. Se abrirá una cuenta de ahorros a su nombre en Health Equity. Su HSA está disponible para ayudarle a pagar los gastos que su plan HDHP no cubre, que son gastos médicos contemplados, incluidas las recetas médicas.

## Q. ¿Qué gastos puedo pagar con mi HSA?

**R.** Su HSA puede utilizarse para pagar la mayoría de los “gastos contemplados”, según se definen en la Sección 213(d) del Código del IRS, incluidos, entre otros, los deducibles del plan médico, la cirugía LASIK, algunos servicios de enfermería, los gastos

médicos de los jubilados, las primas COBRA, los cuidados de larga duración, y también los gastos dentales y oftalmológicos. Para obtener la lista completa de gastos permitidos por el IRS, puede solicitar un ejemplar de la Publicación 502 del IRS al llamar al 1.800.829.3676, o al visitar la página web del IRS en [www.irs.gov](http://www.irs.gov) y al hacer clic en “Formularios y Publicaciones [Forms and Publications]”.

## P. ¿Genera intereses el dinero de mi cuenta HSA?

**R.** ¡Su HSA genera intereses que se acumulan sin impuestos a lo largo del tiempo!

## P. ¿Mis ahorros de la HSA están asegurados por la FDIC?

**R.** Sí, pero solo si están depositados en una cuenta de ahorro bancaria. Las inversiones en fondos de inversión no están protegidas por el seguro de la FDIC.

## P. ¿Qué ocurre con el dinero que me queda en la HSA a fin de año?

**R.** Con una HSA no existe la regla de “úselo o piérdalo”. El dinero permanece en su cuenta para generar intereses, y puede utilizarlo en años posteriores.

## P. ¿Tengo que financiar mi HSA todos los años?

**R.** No. Sin embargo, es una buena idea contribuir a su HSA en cada año que esté inscrito en un HDHP. Esto reducirá sus impuestos y le ayudará a acumular una mayor cantidad de ahorros para gastos de salud futuros.

## P. ¿Qué pasa con mi HSA si dejo mi plan de salud o Lazer Logistics?

**R.** Conservará su HSA, incluso si cambia de plan de salud o si ya no trabaja con Lazer Logistics. Si deja de estar inscrito en un plan de salud con deducible alto, no podrá hacer contribuciones nuevas a su HSA, pero podrá seguir retirando fondos para gastos contemplados. Nota: Como participante dado de baja, Health Equity le cobrará la cuota mensual administrativa de 2024.



# RESUMEN DE LA CUENTA DE AHORROS DE SALUD

## **P. ¿Existen beneficios de supervivencia asociadas a mi HSA?**

**R.** Su HSA se transferirá a su beneficiario designado. Si su cónyuge superviviente es su beneficiario, la transferencia estará exenta de impuestos. En caso contrario, su beneficiario estará sujeto a impuestos.

## **P. ¿Cómo se tratan fiscalmente las contribuciones a una HSA?**

**R.** Las contribuciones, hasta el límite máximo anual, son deducibles fiscalmente en su declaración federal de impuestos. La mayoría de los estados no exigen el pago de impuestos sobre las contribuciones a la HSA, pero algunos sí lo exigen. Consulte a su asesor fiscal para saber si el estado en el que vive sigue las regulaciones federales. El retiro de fondos de su HSA solo está sujeto al impuesto sobre la renta si utiliza el dinero para pagar gastos no contemplados.

## **P. Si le le otorgo cobertura a mi hijo de 25 años en mi plan médico HDHP de Aetna, ¿puedo utilizar el dinero de mi HSA para pagar sus gastos médicos?**

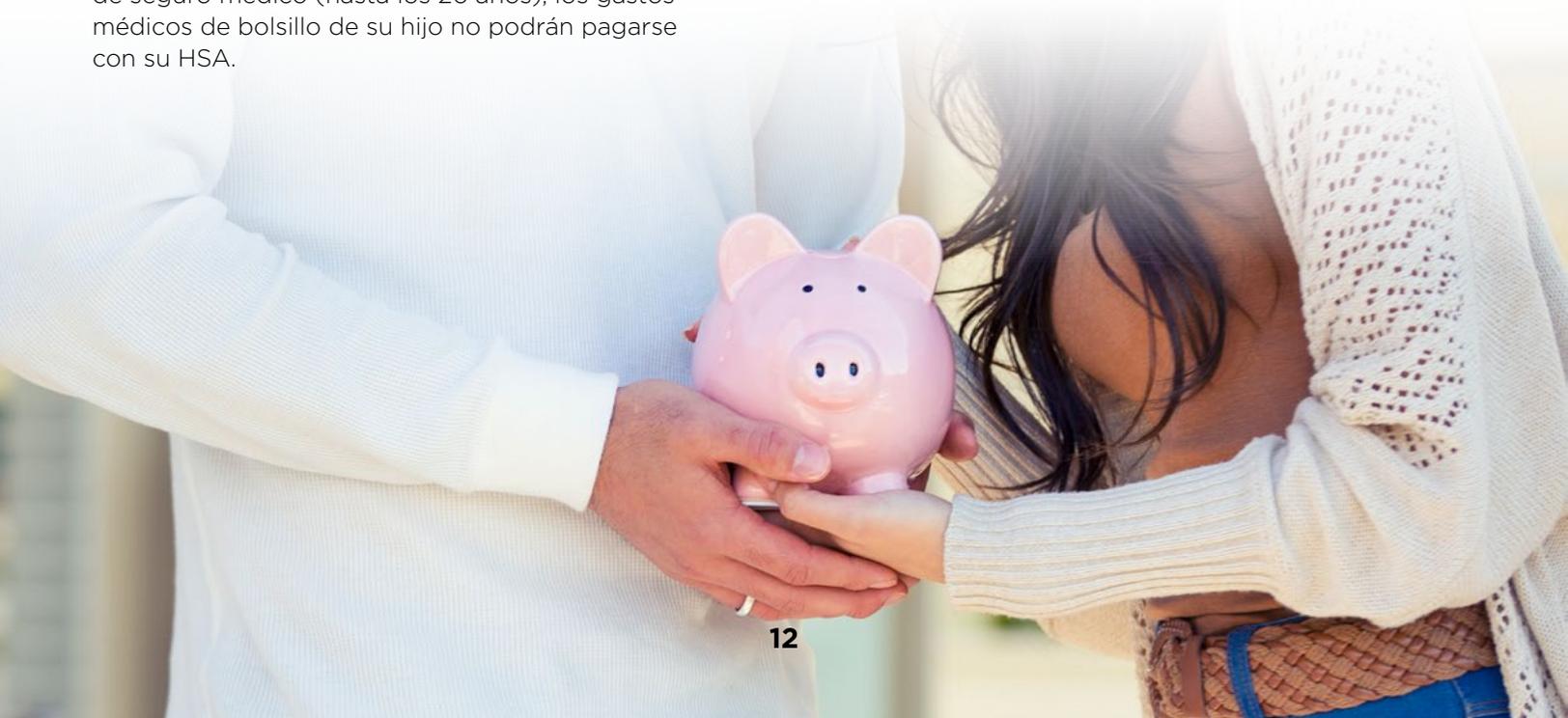
**R.** No. Sin embargo, cuando un hijo sigue dependiendo fiscalmente de usted (hasta los 19 años o, si es estudiante a tiempo completo, hasta los 24 años), los gastos médicos de su bolsillo pueden pagarse con su HSA. Cuando su hijo ya no dependa de usted en materia fiscal, sino solo de su plan de seguro médico (hasta los 26 años), los gastos médicos de bolsillo de su hijo no podrán pagarse con su HSA.

**Límites de contribución:** También puede optar por hacer contribuciones a través de deducciones en salario para ayudar a pagar los gastos elegibles y sin generar impuestos.

El máximo que puede aportar a una Cuenta de Ahorros para la Salud para 2024 es de \$4,150 para la cobertura de empleado y \$8,300 para todos los demás niveles de cobertura.

Recuerde que Lazer Logistics aportará \$400 para la cobertura de los empleados y \$800 para los demás niveles de cobertura.

**Contribución complementaria:** Los participantes de la HSA que tengan 55 años o más al final del año fiscal pueden contribuir con hasta \$1,000 adicionales (*catch-up contribution*) al año.





# PROGRAMAS DE APOYO AETNA

## Programa de elección inteligente

Elegir un médico es una de las decisiones de salud más importantes que puede tomar. El programa Aetna Smart Compare puede ayudarlo a encontrar médicos adecuados para usted y su familia.

Encuentre atención médica de calidad y con una buena relación costo-eficacia, y elija con confianza. Este programa evalúa a los médicos utilizando medicina basada en la evidencia, y también utiliza medidas nacionales estandarizadas para ayudarlo a localizar proveedores de calidad y rentables.

La designación Quality Care, Effective Care y Aexcel le facilita la búsqueda de médicos que cumplan con los estándares nacionales de calidad y con los criterios de referencia del mercado local de rentabilidad. Obtenga más información en **aetna.com**.

Si necesita encontrar atención médica, busque las “estrellas” azules o la designación Aexcel siempre que sea posible.

\*Si un médico no tiene la designación, no significa que proporcione un nivel de atención inferior. Podría significar que los datos de que disponemos no eran suficientes para incluir al médico en el programa. Todos los médicos que forman parte de la red de Aetna deben cumplir nuestros requisitos de acreditación (los cuales son independientes del programa Smart Compare).

## Aetna Concierge: su asistente personal

Usted tiene acceso a un asistente personal de salud: ¡Aetna Concierge!

Disponible de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (en su zona horaria local)

Concierge le ayuda con lo siguiente:

- localizar proveedores
- obtener estimaciones de sus costos
- programar visitas al médico
- saber cómo aprovechar al máximo sus beneficios
- hacerle la vida un poco más fácil

## PROGRAMA DE EMBARAZO SALUDABLE

**Obtenga ayuda personalizada durante el embarazo y el parto con el Programa de maternidad de Aetna.**

### Servicios y recursos especiales

Queremos ayudarla a tener un embarazo y un parto sin complicaciones y un bebé sano. Si visita a su médico con regularidad y se inscribe en el Programa de Embarazo Saludable (*Healthy Pregnancy Program*), recibirá apoyo integrado durante todas las etapas del embarazo, incluso después de que nazca el bebé.

**No hay costo adicional para los miembros del plan Aetna** y puede inscribirse hasta el final del embarazo.

### Inscríbase en estas prestaciones para obtener:

- Acceso gratuito a enfermeras experimentadas
- Identificación de sus riesgos y necesidades individuales
- Materiales y recursos educativos sobre el embarazo y el parto
- Acceso al Manual del Embarazo Saludable En Línea (*Online Healthy Pregnancy Owner's Manual*)
- Text4baby: un servicio gratuito que le envía 3 mensajes de texto a la semana durante todo el embarazo y durante el primer año de vida de su bebé.

Para obtener más información visite **aetna.com**.



# PROGRAMAS DE APOYO DE AETNA

## Teledoc

Teladoc® es una opción cómoda y accesible con una gran variedad de servicios médicos, como medicina general, dermatología y salud mental. Acceda a una asistencia de salud de calidad desde la comodidad de su casa, durante el descanso para almorzar o mientras viaja. Incluso puede recibir una receta en su farmacia local, cuando resulte necesario por cuestiones médicas.

- Conéctese con un médico, dermatólogo o terapeuta certificado
- Más de 1,000,000 de visitas de telesalud realizadas
- 95 % de satisfacción de los miembros
- Hable con un médico en cuestión de minutos
- Los médicos de Teladoc tienen un promedio de 20 años de experiencia\*.

## Médico general

- Hay médico con certificación de la junta disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana en el sitio web, por teléfono o por la app
- Trate la gripe, alergias, sinusitis, erupciones cutáneas, dolor de garganta y más

## Dermatología

- Acceda a su cuenta para subir imágenes de su problema de la piel
- Recibirá una respuesta a través del centro seguro de mensajes en línea de Teladoc en un plazo de dos días laborables.
- Trate problemas crónicos o complejos como la psoriasis, el eczema, el acné, etc.

## Salud conductual

- Puede programar una cita por video los 7 días de la semana
- Reciba apoyo para la ansiedad, los trastornos alimentarios, la depresión, problemas familiares y más

Citas disponibles por video solo para miembros y dependientes elegibles mayores de 18 años

<b>Psiquiatra</b>	\$160 o menos por sesión
Visita inicial	\$90 o menos por sesión
Visitas continuas	
<b>Psicólogo, trabajador social clínico, consejero o terapeuta certificados</b>	\$80 o menos por sesión

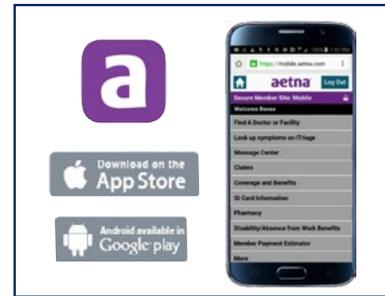
**PRIMEROS PASOS: [Teladoc.com/aetna](https://teladoc.com/aetna)**

**LLAME AL: 1-855-TELADOC (835-2362)**

## Aetna Health mobile app

### Recursos de gestión de atención médica al alcance de su mano

La app móvil Aetna Health le permite acceder fácilmente a su información de atención médica, y le ofrece herramientas para ayudarlo a calcular costos, administrar reclamaciones y encontrar proveedores, en cualquier momento y en cualquier lugar. Está diseñada para ser su recurso de atención médica cuando esté fuera de casa.



### Manténgase conectado a la gestión de su asistencia de salud:

- Vea y comparta tarjetas de identificación de planes de salud por correo electrónico o fax
- Compruebe los saldos de las cuentas y los importes de los beneficios
- Recopile, haga un seguimiento de y comparta registros médicos personales anteriores y actuales.
- Vea y gestione reclamaciones
- Pague gastos de bolsillo a los proveedores

### Más herramientas geniales

Acceda a recursos que lo ayudarán a sacar el máximo partido a su plan de beneficios.

- Calcule por adelantado los costos de los procedimientos y afecciones más comunes
- Encuentre proveedores, hospitales y centros de atención rápida cercanos
- Conéctese con profesionales que le ayudarán 24 horas al día, 7 días a la semana

\*Para visitas médicas generales © 2019 Teladoc Health, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y el logotipo de Teladoc son marcas registradas de Teladoc Health, Inc. y no pueden utilizarse sin autorización escrita. Teladoc no está disponible para todos los miembros, y opera sujeto a la regulación estatal. Teladoc y los médicos de Teladoc son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna ni de los planes administrados por Aetna. Para obtener una descripción completa de las limitaciones de los servicios de Teladoc, visite [Teladoc.com/Aetna](https://teladoc.com/Aetna). 10E-195A-0917



# PROGRAMAS DE APOYO DE AETNA

## Clínicas sin cita previa

¿Tiene una necesidad médica menor? ¿Necesita atención para una enfermedad leve, pero el consultorio de su médico está cerrado? Tiene muchas opciones.

La red de Aetna incluye clínicas sin cita previa (de atención ambulatoria) para ofrecerle alternativas accesibles a la de urgencias. Con un coste promedio de hasta cinco veces menos.

Los centros cuentan con enfermeras practicantes y asistentes médicos. Tratan infecciones de oído, alergias rutinarias y otras necesidades médicas menores. Al igual que los centros de atención urgente, disponen de horario de tarde y fines de semana, sin necesidad de cita previa.

Si tiene dolor torácico, dificultad para respirar, hemorragia grave u otros síntomas que puedan ser graves o poner en peligro su vida, vaya a su servicio de urgencias.

Siete buenas razones para probar las clínicas sin cita previa

1. No se necesita cita previa. Puede entrar sin más.
2. Horarios cómodos. Algunas clínicas están abiertas los siete días de la semana, con horarios extendidos por la noche, los fines de semana y los festivos.
3. Precios más bajos. Copagos y desembolsos más bajos que en urgencias\*.
4. Menos esperas. El tiempo medio de espera en urgencias es de 2,4 horas, mientras que en las clínicas sin cita previa es de 24 minutos.
5. Muchos centros. Con más de 900 (y en aumento) clínicas independientes y sin cita previa en todo el país, puede encontrar un lugar cerca de su casa o trabajo. Incluso puede encontrar un centro en el Rite Aid®, CVS/pharmacy® o Walgreens® de su barrio.
6. Personal con experiencia. Las clínicas están supervisadas por un médico, con enfermeras especializadas o asistentes médicos in situ.
7. Recomendaciones. Si alguna vez necesita una atención más amplia, las clínicas pueden referirlo a un médico local, a urgencias o a un centro de atención de urgencias





# PLANES DENTALES

**Todos los empleados pueden elegir inscribirse en una de nuestras tres opciones de plan dental con Aetna.**

La cobertura dental está a su disposición por medio de Aetna. El plan lo ayuda a mantener una buena salud dental, ya que cubre el 100 % del costo de los cuidados preventivos: revisiones rutinarias y limpiezas.

	AETNA ENHANCED PPO		AETNA NAP PPO		AETNA VALUE PPO	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible anual</b>						
Individual/ familiar	\$50/\$150		\$50/\$150		\$50/\$150	
Exento de preventivo	Exento de preventivo		Exento de preventivo		Exento de preventivo	
<b>Máximo por año calendario</b>	\$1,500		\$1,000		\$1,000	
<b>Nivel de UCR fuera de la red</b>	Percentil 90		Percentil 90		MAC	
<b>Coseguro (a cargo de la compañía)</b>						
<b>Servicios preventivos / de diagnóstico</b>	100 %		100 %		100 %	
<b>Servicios básicos</b>	80 %		80 %		80 %	
<b>Servicios complejos</b>	50 %		50 %		50 %	
<b>Ortodoncia</b>	50 %		No corresponde		No corresponde	
Máximo de por vida de ortodoncia	\$1,500		No corresponde		No corresponde	
Elegibilidad para ortodoncia Adulto/niño	Adulto y niño		No corresponde		No corresponde	

**TENGA EN CUENTA QUE:** Los beneficios dentro y fuera de la red son las mismas.

Todos nuestros planes dentales utilizan la red nacional Aetna PPO. Para reducir al mínimo los gastos de bolsillo, le recomendamos que se atienda dentro de la red siempre que sea posible. Al acceder a los servicios dentro de la red, obtendrá la ventaja de los descuentos prenegociados con el proveedor, lo que se traduce en menos gastos de bolsillo.

	SUS COSTOS DE BENEFICIOS SEMANALES		
	Aetna Enhanced PPO Dental	Aetna Network Access Plan (NAP) Dental	Aetna Value PPO Dental
<b>Solo para empleados</b>	\$4.90	\$3.16	\$2.02
<b>Empleado + cónyuge</b>	\$9.44	\$6.08	\$3.88
<b>Empleado + hijo(s)</b>	\$11.05	\$7.11	\$4.55
<b>Empleado + familia</b>	\$15.77	\$10.16	\$6.49



# PLAN DE VISIÓN

Existe una manera muy efectiva de cuidar sus ojos: agregar la cobertura de visión a su inscripción de beneficios.

Lazer Logistics también ofrece cobertura de la vista a través de Aetna. El plan de visión le ayuda a ahorrar dinero en exámenes de la vista, gafas y lentes de contacto. Puede acudir a cualquier proveedor oftalmológico, pero pagará menos si acude a un proveedor de la red. Si consulta a un proveedor fuera de la red de Aetna Vision Preferred, el plan pagará cantidades específicas por su examen de la vista, gafas y lentes de contacto.

Visite [www.aetna.com](http://www.aetna.com) para encontrar un proveedor activo.

SU COBERTURA CON LOS MÉDICOS Y PROVEEDORES AFILIADOS DE AETNA VISION*.			
BENEFICIOS DEL PLAN	Descripción	Copago	Frecuencia
Examen de visión sana		\$10	Cada año calendario
<b>GAFAS RECETADAS</b>		<b>\$25</b>	
Marcos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación de \$130 para una amplia selección de monturas</li> <li>2 0% de descuento sobre la cantidad permitida</li> </ul>	Incluido en gafas graduadas	Cada dos años calendario
Lentes de contacto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes monofocales, bifocales rayadas y trifocales rayadas</li> <li>Lentes de policarbonato para niños</li> </ul>	Incluido en gafas graduadas	Cada año calendario
Opciones de lentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes progresivos estándar</li> <li>Lentes progresivas premium</li> <li>Descuento promedio de entre el 20 % y el 25 % sobre otras opciones de lentes</li> </ul>	\$90 Entre \$110 y \$135	Cada año calendario
Lentes de contacto (En lugar de gafas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestación de \$130 para lentes de contacto; no se aplica el copago</li> <li>Examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación)</li> </ul>	Hasta \$60	Cada año calendario
Ahorros y descuentos adicionales	<p><b>Gafas y gafas de sol</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>20 % de descuento en gafas y gafas de sol adicionales, de cualquier proveedor de la red</li> </ul>	<p><b>Corrección de la vista con láser</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Promedio de 15 % de descuento con respecto al precio regular o descuento del 5 % con respecto a un precio promocional; los descuentos solo están disponibles de parte de establecimientos con contrato</li> </ul>	

SU COBERTURA CON OTROS PROVEEDORES*.	
BENEFICIOS DEL PLAN	Reembolso
Examen	Hasta \$40
Marcos	Hasta \$45
Lentes de contacto	Lentes monofocales: hasta \$40      Lentes Trifocales Forradas: hasta \$80 Lentes bifocales forradas: hasta \$60      Lentes progresivas: hasta \$60
Lentes de contacto	Hasta \$105

GASTOS SEMANALES DE AETNA VISION	
Solo para empleados	\$1.27
Empleado + cónyuge	\$2.25
Empleado + hijo(s)	\$2.36
Empleado + familia	\$3.17

\*Es posible que la cobertura de las cadenas de clínicas sin cita previa afiliadas sea diferente. Una vez que su beneficio sea efectivo, visite [www.aetna.com](http://www.aetna.com) para obtener más información.



# SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

Lazer Logistics trabaja con Symetra Life Insurance Company para ayudar a proporcionar a usted ya su familia con beneficios de seguro de vida en caso de su muerte.

## Cobertura Básica Pagada por la Compañía

Proporcionamos seguro básico de vida y AD&D pagado por la empresa por un monto de \$15,000 a los empleados a tiempo completo. Todos los empleados deben designar un beneficiario en el momento de la inscripción inicial.

## Seguro voluntario de vida y AD&D

Puede contratar un seguro de vida y AD&D adicional para usted y los miembros de su familia.

<b>Seguro de vida/AD&amp;D para empleados</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El beneficio máximo es la menor de cinco veces sus ingresos anuales o \$500,000. Elija hasta \$150,000 sin Prueba de asegurabilidad si lo solicita cuando cumpla los requisitos por primera vez.</li><li>• Elija hasta \$150,000 sin Prueba de asegurabilidad si la solicita cuando reúna los requisitos por primera vez.</li></ul>
<b>Cónyuge Life/AD&amp;D</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si adquiere cobertura de Vida Voluntaria para usted, puede adquirir cobertura adicional para su cónyuge en incrementos de \$5,000.</li><li>• La prestación máxima disponible es la menor de su cobertura de Vida Voluntaria o \$500,000.</li><li>• Elija hasta \$25,000 sin Evidencia de Asegurabilidad si la solicita cuando reúne los requisitos por primera vez.</li></ul>
<b>Hijo Life/AD&amp;D</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si contrata Voluntary Life para usted, puede contratar cobertura para cada uno de sus hijos en incrementos de \$2,000 hasta un máximo de \$10,000.</li><li>• No se requiere prueba de asegurabilidad.</li></ul>

**NOTA:** Si deja Lazer Logistics, puede optar a llevarse este beneficio con usted.

**Prueba de asegurabilidad:** Usted debe proporcionar una prueba de buena salud para elegir ciertas cantidades de cobertura. Para ello suele ser necesario rellenar un formulario con información sobre su salud. En algunos casos puede ser necesario un examen médico.



# SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

## TARIFAS SEMANALES DE SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA Y AD&D PARA EMPLEADOS

El monto	EDAD										
	Entre 15 y 24	Entre 25 y 29	Entre 30 y 34	Entre 35 y 39	Entre 40 y 44	Entre 45 y 49	Entre 50 y 54	Entre 55 y 59	Entre 60 y 64	Entre 65 y 69	70 años o más
10000	\$0.34	\$0.27	\$0.31	\$0.44	\$0.63	\$1.00	\$1.61	\$2.44	\$3.81	\$6.62	\$11.81
20000	\$0.69	\$0.53	\$0.62	\$0.88	\$1.26	\$2.00	\$3.22	\$4.89	\$7.63	\$13.24	\$23.63
30000	\$1.03	\$0.80	\$0.93	\$1.32	\$1.88	\$3.00	\$4.83	\$7.33	\$11.44	\$19.86	\$35.44
40000	\$1.38	\$1.06	\$1.25	\$1.75	\$2.51	\$4.00	\$6.44	\$9.78	\$15.26	\$26.47	\$47.25
50000	\$1.72	\$1.33	\$1.56	\$2.19	\$3.14	\$5.00	\$8.05	\$12.22	\$19.07	\$33.09	\$59.07
60000	\$2.06	\$1.59	\$1.87	\$2.63	\$3.77	\$6.00	\$9.66	\$14.66	\$22.89	\$39.71	\$70.88
70000	\$2.41	\$1.86	\$2.18	\$3.07	\$4.39	\$6.99	\$11.28	\$17.11	\$26.70	\$46.33	\$82.69
80000	\$2.75	\$2.12	\$2.49	\$3.51	\$5.02	\$7.99	\$12.89	\$19.55	\$30.52	\$52.95	\$94.50
90000	\$3.09	\$2.39	\$2.80	\$3.95	\$5.65	\$8.99	\$14.50	\$21.99	\$34.33	\$59.57	\$106.32
100000	\$3.44	\$2.65	\$3.12	\$4.38	\$6.28	\$9.99	\$16.11	\$24.44	\$38.15	\$66.18	\$118.13
110000	\$3.78	\$2.92	\$3.43	\$4.82	\$6.90	\$10.99	\$17.72	\$26.88	\$41.96	\$72.80	\$129.94
120000	\$4.13	\$3.18	\$3.74	\$5.26	\$7.53	\$11.99	\$19.33	\$29.33	\$45.78	\$79.42	\$141.76
130000	\$4.47	\$3.45	\$4.05	\$5.70	\$8.16	\$12.99	\$20.94	\$31.77	\$49.59	\$86.04	\$153.57
140000	\$4.81	\$3.72	\$4.36	\$6.14	\$8.79	\$13.99	\$22.55	\$34.21	\$53.40	\$92.66	\$165.38
150000	\$5.16	\$3.98	\$4.67	\$6.58	\$9.42	\$14.99	\$24.16	\$36.66	\$57.22	\$99.28	\$177.20

## TARIFAS SEMANALES DE VIDA VOLUNTARIA CÓNYUGE Y AD&D

El monto	EDAD										
	Entre 15 y 24	Entre 25 y 29	Entre 30 y 34	Entre 35 y 39	Entre 40 y 44	Entre 45 y 49	Entre 50 y 54	Entre 55 y 59	Entre 60 y 64	Entre 65 y 69	70 años o más
5000	\$0.24	\$0.12	\$0.14	\$0.19	\$0.27	\$0.42	\$0.65	\$1.00	\$1.71	\$2.93	\$5.21
10000	\$0.48	\$0.25	\$0.27	\$0.37	\$0.54	\$0.84	\$1.31	\$2.00	\$3.42	\$5.85	\$10.42
15000	\$0.72	\$0.37	\$0.41	\$0.56	\$0.80	\$1.26	\$1.96	\$3.00	\$5.14	\$8.78	\$15.63
20000	\$0.96	\$0.49	\$0.54	\$0.75	\$1.07	\$1.68	\$2.61	\$4.01	\$6.85	\$11.70	\$20.84
25000	\$1.21	\$0.62	\$0.68	\$0.93	\$1.34	\$2.09	\$3.27	\$5.01	\$8.56	\$14.63	\$26.05

## TARIFAS SEMANALES DE VIDA VOLUNTARIA Y AD&D PARA HIJO(S)

El monto	Tasa
2000	\$0.21
4000	\$0.42
6000	\$0.63
8000	\$0.84
10000	\$1.05



# SEGURO POR ACCIDENTE

## Una lesión accidental puede costarle muy cara. Protéjase de gastos médicos inesperados.

Si usted y su familia son personas activas, lo más probable es que no le resulten extrañas las urgencias hospitalarias. Incluso con seguro médico, una caída montando en bicicleta o un esguince de tobillo de su hijo en el entrenamiento de fútbol pueden costarle un dineral en gastos de bolsillo. ¿Está preparado económicamente para hacer frente a todos los gastos médicos y no médicos del tratamiento y la recuperación de una lesión grave?

### Ayuda económica para recuperarse

- Independientemente del tipo de cobertura médica que tenga, tendrá gastos de bolsillo que podrían perjudicarlo económicamente.
- Aetna le paga beneficios en efectivo según las lesiones, los tratamientos y los servicios cubiertos.
- Los pagos le llegan directamente, y también puede pagar otros gastos, como el viaje al hospital, el cuidado de los niños y la pérdida de ingresos por faltar al trabajo.
- El beneficio "Child Organized Sport [Deporte organizado infantil]" le paga un 20 % adicional en efectivo por cada accidente si su hijo dependiente se lesiona mientras practica un deporte organizado<sup>1</sup>

### A continuación, verá un ejemplo de cómo funciona el seguro de accidentes<sup>2</sup>

Mientras John hacía *hiking* en un parque local, se cayó y se rompió el cartílago de la rodilla. Acudió a urgencias y pasó la noche en el hospital. El médico le puso una férula y lo citó para una visita de seguimiento. Así es cómo el seguro de accidentes compensó los gastos de John:

<b>Ambulancia</b>	\$300	Rodillera	\$100
<b>Admisión en el hospital</b>	\$1,000	Rayos X	\$100
<b>Visitas a la sala de emergencias</b>	\$150	Rotura del cartílago de la rodilla	\$750
<b>Internación hospitalaria (1 día)</b>	\$250	6 visitas de seguimiento	\$300
<b>Imágenes por resonancia magnética (MRI)</b>	\$200		

Beneficio económico total abonada por los servicios cubiertos: \$3,150

### Beneficio económico total abonada por los servicios cubiertos:

- Sin preguntas sobre salud y con cómodas deducciones en salario
- Protege sus ahorros en caso de imprevistos
- Le permite mantener la cobertura si cambia de trabajo o se jubila

### COSTO DE LOS BENEFICIOS SEMANALES DEL SEGURO POR ACCIDENTE

<b>Solo para empleados</b>	\$1.61
<b>Empleado + cónyuge</b>	\$2.56
<b>Empleado + hijo(s)</b>	\$3.15
<b>Empleado + familia</b>	\$4.92

1. Su hijo debe estar asegurado con el plan en la fecha en que se produjo el accidente. Su hijo debe tener 18 años o menos. 2.Solo con fines ilustrativos. Consulte su plan para conocer los importes y detalles específicos de la cobertura. 3. CDC Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hospital.htm>, 2015. 4. Kaiser Family Foundation y Health Research & Educational Trust, 2015. 5. 2014 Medical Expenditure Panel Survey, Consumer Health Ratings.com [https://www.huffingtonpost.com/simple-thrifty-living/top-10-reasonspeople-go-\\_b\\_6887642.html](https://www.huffingtonpost.com/simple-thrifty-living/top-10-reasonspeople-go-_b_6887642.html).

### LOS ACCIDENTES OCURREN. ¿QUÉ TAN BIEN PREPARADO ESTÁ FINANCIERAMENTE?

Más de 40 millones de estadounidenses recibieron tratamiento en urgencias por una lesión accidental<sup>3</sup>

El 63 % de los estadounidenses con seguro médico utilizó todos sus ahorros para pagar gastos médicos de bolsillo<sup>4</sup>

El costo medio de una visita a urgencias para personas de entre 45 y 64 años es de \$2,176<sup>5</sup>



# SEGURO POR ENFERMEDAD GRAVE

## Proteja sus ahorros de los imprevistos de la vida. Porque el seguro médico no lo cubre todo.

Los gastos de atención sanitaria están en aumento. Incluso con un seguro médico, frecuentemente usted sigue siendo responsable de los gastos médicos y no médicos relacionados con la recuperación de una enfermedad grave. El costo de los copagos y los deducibles, así como otros gastos como el cuidado de los niños, el transporte al médico y la pérdida de ingresos cuando no puede trabajar pueden suponer un verdadero revés económico. ¿Está preparado para gestionar estos gastos si a usted o a un familiar le diagnosticaran una enfermedad grave?

### Ayuda a proteger sus ahorros

- El Seguro por Enfermedad Grave complementa su plan médico, independientemente del tipo de cobertura que tenga.
- El plan le paga beneficios en efectivo en función de cada diagnóstico elegible, como un infarto de miocardio, un derrame cerebral o un cáncer
- También paga un beneficio por las enfermedades cubiertas, además de ofrecer beneficios por enfermedad recurrente\*.
- Los beneficios en efectivo se le abonan directamente, por lo que usted decide cómo utilizarlos.

### UNA ENFERMEDAD GRAVE AFECTARÍA TANTO A USTED COMO A SU FAMILIA

Cada minuto de cada día, un estadounidense cae gravemente enfermo<sup>1</sup>

Los gastos médicos representan aproximadamente el 62 % de las quiebras personales en EE. UU.<sup>2</sup>

El 72 % de las personas que se declararon en quiebra debido a gastos médicos tenían algún tipo de seguro médico<sup>2</sup>

### Así funciona el Seguro por Enfermedad Grave\*\*.

Sue sufre un infarto de miocardio y recibe un pago en efectivo de \$10,000 de su plan de Enfermedad Grave. Cuatro años más tarde, sufre un derrame cerebral y recibe un pago adicional de \$10,000 de su plan. Durante estas dos enfermedades, su plan le proporcionó ayuda económica para cubrir diversos gastos, como los pagos de la hipoteca y del coche, mientras se recuperaba.

CONDICIÓN	FÓRMULA	CONDICIÓN FÓRMULA BENEFICIO PARA CADA CONDICIÓN CUBIERTA
Infarto	100 % del beneficio cubierto X \$10,000	\$10,000
Derrame cerebral	100 % del beneficio cubierto X \$10,000	\$10,000

Beneficio económico total abonado: \$20,000

### El Seguro por Enfermedad Grave con Aetna es cómodo

- Conveniente deducción del salario
- Le permite mantener la cobertura si cambia de trabajo o se jubila
- Protege sus ahorros y le da tranquilidad cuando ocurre algo inesperado

Obtenga más información sobre el Seguro por Enfermedad Grave en [www.aetnaresource.com/n/lazer](http://www.aetnaresource.com/n/lazer)



# INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

## Plan de indemnización hospitalaria

Ya sea que esté planificando una hospitalización o que surja una inesperadamente, los costos pueden acumularse rápidamente. El Plan de Indemnización Hospitalaria de Aetna paga beneficios en efectivo cuando usted necesita hospitalizarse por una enfermedad, lesión, cirugía o incluso por dar a luz a un bebé.

El plan paga beneficios por una admisión hospitalaria, más un extra por cada día que permanezca en el hospital.

### COSTO SEMANAL DE LOS BENEFICIOS HOSPITAL SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Solo para empleados	\$2.84
Empleado + cónyuge	\$6.21
Empleado + hijo(s)	\$4.79
Empleado + familia	\$7.95

## La importancia de estar preparado para lo inesperado:

¿Sabía que, solo en 2020, los servicios hospitalarios costarán la impactante cifra de \$1.24 billones de dólares (\$1.24 trillion dollars)? No es de extrañar que los gastos médicos estén vinculados a entre el 60 % y el 65 % de todas las quiebras. Desgraciadamente, este fue el caso de \*Carter, un trabajador dedicado que fue negligente con su cuidado propio. Lo que empezó como una leve tos se convirtió rápidamente en una neumonía que le obligó a pasar una prolongada hospitalización. Afortunadamente, Carter había tenido la precaución de inscribirse en el Plan de Indemnización Hospitalaria de Aetna. Al presentar su solicitud por Internet, pudo recibir los beneficios directamente en su cuenta bancaria sin tener que cargar ninguna factura médica. Esta ayuda financiera ayudó a Carter con los salarios perdidos mientras se recuperaba y también cubrió parte de su deducible. Gracias al Plan de Indemnización Hospitalaria de Aetna, Carter ahora puede centrarse en recuperarse sin preocuparse por la carga financiera.

\*Éste es simplemente un ejemplo sobre el tipo de ayuda que puede proveer un plan de indemnización hospitalaria.

## Beneficio por exámenes médicos de detección

Cada uno de estos planes complementarios de salud incluye un beneficio en efectivo de \$50 cuando un miembro cubierto se somete a un chequeo médico que cumpla los requisitos.

Este beneficio anual está disponible una vez por año del plan para cada miembro inscrito en cada uno de los planes.

Consulte los resúmenes de beneficios de cada plan para ver la lista completa de exámenes médicos de detección cubiertos.





# SEGURO POR DISCAPACIDAD LABORAL

## Proteja su sueldo si no puede trabajar. Sus ingresos son uno de sus activos más valiosos.

Nadie planea quedar discapacitado, pero una enfermedad o lesión grave puede afectar a cualquiera en cualquier momento y a cualquier edad, lo cual lo priva de su capacidad para ganar un sueldo. Casi el 25 % de los estadounidenses sufren una enfermedad o lesión que los incapacita y quedan discapacitados durante un tiempo antes de jubilarse.<sup>1</sup> Las discapacidades pueden ser consecuencia no solo de accidentes, sino de enfermedades como el infarto de miocardio, el cáncer o el derrame cerebral. ¿Cuánto tiempo puede vivir de sus ahorros si queda discapacitado?

## El valor del seguro por discapacidad para usted y su familia

El seguro por discapacidad debe ser parte integral de su plan de beneficios en el lugar de trabajo, ya que proporciona un flujo constante de ingresos para aliviar el estrés financiero de una discapacidad, enfermedad o lesión mientras usted está sin trabajar y no percibe su salario.

Por unos pocos dólares a la semana, puede contribuir a garantizar su seguridad financiera y la de quienes dependen de usted. Inscribirse en el seguro por discapacidad en el lugar de trabajo es sencillo y rentable, con cómodas deducciones en salario.

## Protección de ingresos cuando más la necesita

¿Sabía que si quedara incapacitado y no pudiera trabajar, el seguro por discapacidad le proporciona ingresos hasta que pueda volver al trabajo? Según su plan, puede cubrir lo siguiente, entre otros:

- Empezar una familia y tener un nuevo bebé
- Tener dolor de espalda, depresión u otros trastornos mentales
- Accidentes graves o diagnósticos que cambian la vida, como diabetes o cáncer.

## Es posible que subestime el riesgo de sufrir una enfermedad o lesión incapacitante.

- Más del 50 % de los estadounidenses discapacitados están en edad laboral, entre los 18 y los 64 años<sup>1</sup>
- Una mujer promedio tiene un 24 % de probabilidades de sufrir una discapacidad durante 3 meses o más a lo largo de su vida laboral<sup>1</sup>
- Un hombre promedio tiene un 21 % de probabilidades de sufrir una discapacidad durante 3 meses o más a lo largo de su vida laboral<sup>1</sup>
- El 95 % de las incapacidades no están cubiertas por los planes de indemnización por accidente laboral<sup>1</sup>

## Empleados de empresa y directivos

El Beneficio por Discapacidad Temporal comienza tras un periodo de espera de 14 días a partir del momento en que se produce la discapacidad no laboral. El beneficio por discapacidad a corto plazo (STD) le proporciona el 60 % de sus ingresos semanales, sin superar los \$2,500 semanales. El plan le pagará hasta que su médico considere que ha dejado de estar discapacitado, o hasta un máximo de 90 días.

## Empleados de Campo

Si usted elige los beneficios por discapacidad a corto plazo y sufre una discapacidad no relacionada con el trabajo y contemplada mientras es empleado en Lazer Logistics, su beneficio por STD comienza después de un periodo de espera de 14 días después de su discapacidad contemplada. Su beneficio STD le proporciona el 50 % de sus ingresos semanales, sin exceder los \$1,000 por semana. El plan pagará hasta que su médico considere que ya no está discapacitado o hasta un máximo de 90 días.

1. Council for Disability Awareness, 2015 [http://www.disabilitycanhappen.org/chances\\_disability/](http://www.disabilitycanhappen.org/chances_disability/).



# LIMITACIONES DE LA SUSCRIPCIÓN

## Discapacidad a corto plazo\*

Incluye un Período de Espera Extendido del Beneficio para los nuevos miembros.

El Periodo de Espera Extendido solo se aplica durante los primeros 12 meses de inscripción.

Para cualquier discapacidad causada por una enfermedad física, un embarazo o un trastorno mental, el periodo de espera extendido de la prestación es de 60 días en lugar de 14 días.

## Trabajador activo

Para tener derecho a percibir el beneficio por discapacidad temporal, debe entrar en la categoría de Trabajador Activo. Cuándo se considera que un trabajador es activo:

- cuando una persona cubierta puede realizar y está realizando todas las tareas habituales de su trabajo para la empresa
- a tiempo completo en:
  - en uno de los centros de trabajo habituales de la empresa;
  - algún lugar al que deba desplazarse por motivos de trabajo; o
  - cualquier otro lugar que el empleado o el empleador hayan acordado para el trabajo del empleado.

\*A los empleados que se hayan inscrito anteriormente al beneficio por discapacidad temporal de Lazer Logistics se les reconocerá el tiempo que hayan estado inscritos. El período de espera extendido no se aplicará a los empleados que compraron y mantuvieron sus pólizas hace más de 12 meses.





# GESTIÓN DE DISCAPACIDADES Y AUSENCIAS PLANES DE DISCAPACIDAD OBLIGATORIOS DEL ESTADO 2024

## Programas estatales de discapacidad

En la actualidad, New York\*, New Jersey, Hawaii, California y Rhode Island cuentan con programas estatales por discapacidad. Los trabajadores que sufren una enfermedad o accidente no relacionados con el trabajo y, en consecuencia, quedan sin ingresos, están protegidos por las leyes de beneficios por discapacidad del estado en el que los contrataron (es decir, donde realizan su trabajo), no en el que viven.

A continuación se ofrece un resumen de los beneficios estándar de estos estados para 2024:

	NEW YORK	NUEVA JERSEY	HAWÁI	CALIFORNIA	RHODE ISLAND
<b>Porcentaje del beneficio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>50 % del salario del empleado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>85 % del salario del empleado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>58 % del salario del empleado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 % para los empleados que ganan 1/3 o más del salario trimestral promedio de ese estado; 70 % para los empleados que ganan menos de 1/3 del salario trimestral promedio de ese estado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 % del salario del empleado</li> </ul>
<b>Máximo de beneficios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$170 por semana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$1.055 por semana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$765 por semana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$1.620 por semana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$1,007 semanales; beneficio por dependiente: \$10 o el 7 % de la tarifa semanal del beneficio</li> </ul>
<b>Duración del beneficio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>26 semanas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>26 semanas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>26 semanas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>52 semanas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>30 semanas</li> </ul>
<b>Período de eliminación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Periodo de espera de 7 días</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Periodo de espera de 7 días</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Periodo de espera de 7 días</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Periodo de espera de 7 días</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Periodo de espera de 7 días (con 1 día retroactivo)</li> </ul>

Además de los estados que exigen beneficios obligatorios por discapacidad a corto plazo, ahora hay una serie de leyes nuevas, las cuales se aprobaron recientemente, que exigen proporcionar a los empleados beneficios por baja médica retribuida que puedan utilizarse para el propio estado de salud grave del empleado.

Para 2024 esto incluye las siguientes zonas del país:

- California
- Connecticut
- Colorado
- Distrito de Columbia
- Massachusetts
- Nueva Jersey
- New York
- Oregón
- Rhode Island
- Washington

Tenga en cuenta que el plan por Discapacidad a Corto Plazo de Symetra no pagará los beneficios de STD si usted recibe una licencia médica paga. Por lo tanto, si trabaja en alguno de estos sectores, téngalo en cuenta a la hora de decidir si se inscribe o no en el programa de STD.



# DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

El beneficio por Discapacidad a Largo Plazo sustituye una parte de sus ingresos si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión. Los beneficios comienzan tras 90 días de discapacidad.

## Empleados de empresa y directivos

Su beneficio por Discapacidad a Largo Plazo le proporciona el 60 % de sus ingresos mensuales hasta \$15,000 al mes.

## Empleados de Campo

Si opta por un beneficio por Discapacidad a Largo Plazo (LTD), percibirá el 50 % de sus ingresos mensuales hasta un máximo de \$7,500 al mes.

Las beneficios por LTD se mantienen mientras siga discapacitado, tal y como se define en la póliza de seguro.

Si decide inscribirse en esta cobertura, pagará el costo total. El importe que pague dependerá de su edad y de sus ingresos. Dado que usted abona la prima de este programa, los pagos por reclamación de discapacidad se reciben sin impuestos.

## Evidencia de asegurabilidad

Si decide no inscribirse en el seguro de invalidez de larga duración cuando reúna los requisitos por primera vez y decide hacerlo más adelante, la cobertura estará sujeta a la evidencia de asegurabilidad (EOI).

## Discapacidad a largo plazo\*

Incluye una limitación de enfermedades preexistentes para los nuevos miembros. Una condición preexistente es una enfermedad o lesión, incluidas todas las condiciones y complicaciones relacionadas, por la que, en el periodo de referencia (3 meses) anterior a la fecha de entrada en vigor de la cobertura, una persona cubierta:

- recibe asesoramiento o tratamiento de un médico;
- toma medicamentos recetados; o
- recibe otro tipo de atención o tratamiento médico, incluida la consulta con un médico.

\*Los empleados previamente inscritos en el beneficio por discapacidad a largo plazo de Lazer Logistics recibirán un crédito por el tiempo que hayan estado inscritos. El período límite para condiciones preexistentes no se aplicará a los empleados que compraron y mantuvieron sus pólizas hace más de 12 meses.

TASAS DE DISCAPACIDAD VOLUNTARIA		
Edad	Tasa de discapacidad a corto plazo	Tasa de discapacidad a largo plazo
Entre 0 y 24	\$0.0358	\$0.00281
Entre 25 y 29	\$0.0383	\$0.00335
Entre 30 y 34	\$0.0374	\$0.00475
Entre 35 y 39	\$0.0399	\$0.00691
Entre 40 y 44	\$0.0464	\$0.00886
Entre 45 y 49	\$0.0513	\$0.01242
Entre 50 y 54	\$0.0594	\$0.01674
Entre 55 y 59	\$0.0757	\$0.02160
Entre 60 y 64	\$0.0920	\$0.02203
Entre 65 y 69	\$0.1034	\$0.02765
70 años o más	\$0.1034	\$0.03564

Consulte la tarifa por edad del cuadro anterior para calcular sus propias primas.

**Por ejemplo:** Bob tiene 45 años el 1/1/2024 y gana \$35,000 al año.

Beneficios de la STD		
<b>\$673.08</b>	/ 2	\$336.53
<b>Salario semanal</b>	Dividido por 2	Beneficio semanal
<b>\$336.53</b>	\$0.0513	\$17.26
<b>Beneficio semanal</b>	Veces "su tarifa"	Prima mensual
<b>\$17.26</b>	X 12 / 52	\$3.98
<b>Prima mensual</b>	Veces 12 dividido por 52	Primas semanales

Beneficios de la LTD		
<b>\$2,916.67</b>	\$0.01242	\$36.23
<b>Ingresos mensuales</b>	Veces "su tarifa"	Prima mensual
<b>\$36.23</b>	X 12 / 52	\$8.36
<b>Prima mensual</b>	Veces 12 dividido por 52	Primas semanales



# PROTECCIÓN ALLSTATE CONTRA EL ROBO DE IDENTIDAD

La tasa de incidencia nacional de robo de identidad es de alrededor del 5 %. Si se produce un robo o fraude, el soporte de reparación de Allstate, altamente capacitado y con sede en EE. UU., está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana.

Las innovadoras herramientas de Allstate y su completa monitorización te permiten ver y gestionar toda la información personal que usted y su familia comparten mientras compran o realizan operaciones bancarias, o mientras publican algo en las redes sociales, lo cual ayuda a prevenir el fraude y el robo de identidad. Incluso puedes recibir alertas de infracciones de empresas que puedan haber expuesto tus datos personales.

Características del plan:

- Huella digital de Allstate
- Supervisión de la *dark web*
- Servicio completo de corrección de fraudes 24/7
- Supervisión de transacciones financieras
- Alertas rápidas en tiempo real
- Supervisión y alertas de crédito
- Supervisión de direcciones IP
- Informes de exposición digital
- Protección de billeteras perdidas
- App móvil

## COSTOS SEMANALES DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO ALLSTATE PRO PLUS DE ROBO DE IDENTIDAD

Solo para empleados	\$2.30
Empleado + cónyuge	\$4.14
Empleado + hijo(s)	\$4.14
Empleado + familia	\$4.14

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN: 800-789-2720 | WWW.MYAIP.COM



# ASISTENCIA AL VIAJERO

Si viaja a más de 160 km de su domicilio o en un país extranjero, Assist America, nuestros servicios de emergencia para viajes, está aquí para ayudarle. Es fácil de usar. Solo tiene que ponerse en contacto directamente con Assist America llamando al **1-800-872-1414** si se encuentra en Estados Unidos, Canadá, Puerto Rico, las islas Vírgenes de los Estados Unidos o Bermuda, o llame al **1-609-986-1234** en cualquier otro lugar, siempre que necesite asistencia cuando viaje. El Centro de Respuesta de Asistencia en Viaje está disponible 24 horas al día, 365 días al año. Pueden ayudarle a usted y a las personas a su cargo con los siguientes servicios:

**Asistencia previa al viaje:** requisitos de pasaporte/visado, tipos de cambio de divisas, información sobre vacunación, asesoramiento sobre riesgos sanitarios, remisión al consulado/embajada.

**Transporte médico de urgencia:** Evacuación de urgencia, repatriación médicamente necesaria, retorno de los compañeros de viaje, retorno de los restos mortales.

**Servicios de asistencia personal de emergencia:** Servicios de interpretación/traducción, organización de viajes de emergencia, recuperación de equipaje perdido o robado, asistencia jurídica y/o fianza.

**Servicios de asistencia médica:** incluye derivaciones médicas a médicos y dentistas locales, seguimiento de casos médicos, asistencia para la prescripción y sustitución de gafas, y acuerdos de convalecencia.



# PROGRAMA DE AYUDA AL EMPLEADO (EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM, EAP)

Su programa de asistencia al empleado (EAP) para la conciliación de la vida laboral y familiar puede ayudarlo a encontrar soluciones para los retos cotidianos del trabajo y el hogar. También puede utilizarse para problemas más graves relacionados con el bienestar emocional y físico. Este servicio confidencial de apoyo, orientación y recursos está a su disposición o a la de un familiar directo sin costo alguno para usted.

Las cinco (5) primeras sesiones de asesoramiento presencial son gratuitas, después, deberá ponerse en contacto con su compañía de seguros para continuar el tratamiento.

Los beneficios del EAP son gratuitas, 100 % confidenciales, están a disposición de todos los empleados y familiares cubiertos, independientemente de su ubicación, y se puede acceder a ellos fácilmente a través de un número de teléfono gratuito con respuesta en directo, el cual está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana.

- Evaluación clínica telefónica y referencias ilimitadas
- Hasta 5 sesiones de evaluación profesional para empleados y familiares por año natural, más 5 adicionales con una reclamación de discapacidad cubierta.
- Referencias ilimitadas para el cuidado de niños y ancianos
- Consulta jurídica para un número ilimitado de asuntos al año
- Consulta financiera para un número ilimitado de asuntos al año
- Consulta ilimitada sobre el cuidado de mascotas
- Referencias y recursos educativos ilimitados
- Referencias y recursos ilimitados para cualquier servicio personal
- Referencias ilimitadas de recursos comunitarios
- Centro de recursos jurídicos en línea

## CÓMO ACCEDER A SUS BENEFICIOS DEL EAP

Llame al: **1-888-327-9573**

TDD: **1-800-697-0353**

En línea: **guidanceresources.com**

N.º de identificación de la web: **SYMETRA**

**Cuando llame por teléfono, mencione a Symetra como su empleador patrocinador**

Servicios de vida para ayudarlo a afrontar y planificar la pérdida de un ser querido.

Cuando llame a la línea de asistencia telefónica, podrá contar con la atención personalizada de asesores altamente calificados que le ayudarán a decidir qué servicios pueden ser los adecuados para usted.

- Asistencia para la planificación patrimonial: herramientas en línea que le muestran los pasos por seguir para preparar un testamento y crear otros documentos, como testamentos vitales, poderes notariales y directivas anticipadas.
- Planificación financiera: Consulte los servicios en línea que le ayudarán a gestionar sus deudas, calcular los pagos de hipotecas y préstamos, y ocuparse de otros asuntos financieros con seguridad.
- Preparativos funerarios: Utilice el sitio web para obtener orientación sobre cómo empezar, informarse sobre los costos funerarios, encontrar servicios relacionados con los funerales y tomar decisiones sobre los preparativos funerarios con anticipación.

Llame al: **1-888-327-9573** | login: **guidanceresources.com** | N.º de identificación de la web: **SYMETRA**

**Cuando llame por teléfono, mencione a Symetra como su empleador patrocinador**



# FETCH SEGURO PARA MASCOTAS

## Cómo funciona Fetch

1. Vaya a cualquier veterinario de Canadá o EE. UU.

Fetch le otorga la flexibilidad de continuar con su veterinario actual o de elegir un veterinario nuevo si lo desea. Incluso ofrecemos cobertura con especialistas y clínicas de urgencias.

2. Presente una reclamación en minutos

Solo tiene que hacer una foto de los documentos del veterinario, responder a algunas preguntas sobre el tratamiento de tu mascota y nosotros nos encargamos a partir de ahí.

3. Reciba el reembolso rápidamente

Una vez aprobada tu solicitud, te reembolsaremos hasta el 90 % de tu factura veterinaria inesperada en tan solo 2 días mediante un depósito directo.

## Qué incluye:

- ✓ Medicamentos con receta y suplementos de marca
- ✓ Ultrasonidos
- ✓ Objetos y toxinas ingeridos
- ✓ Análisis de sangre
- ✓ Todos los dientes cubiertos
- ✓ Visitas veterinarias de urgencia
- ✓ Problemas específicos de la raza, incluida la displasia de cadera
- ✓ Enfermedades de las encías
- ✓ Visitas virtuales, a domicilio y en consulta
- ✓ Especialistas
- ✓ Acupuntura y quiropráctica
- ✓ Hospitalizaciones
- ✓ Tarifas de examen por visita por enfermedad
- ✓ Diabetes e insulina
- ✓ Terapia física
- ✓ Exámenes de laboratorio
- ✓ Tratamiento oncológico
- ✓ Alergias
- ✓ Vómitos y diarrea
- ✓ Cirugía
- ✓ Problemas hereditarios y congénitos
- ✓ Tratamiento de la agresividad y la ansiedad por separación
- ✓ Radiografías y TAC
- ✓ ¡Y más!

**PÓNGASE EN CONTACTO CON FETCH  
PARA OBTENER SU PRESUPUESTO  
PERSONALIZADO Y GRATUITO.**

Llame al: **800-212-2698** o haga clic **AQUÍ**



# PLAN DE AHORROS PARA LA JUBILACIÓN 401 (K)

Una vez que reúna los requisitos, puede inscribirse en cualquier momento. Los trabajadores a tiempo completo mayores de 21 años pueden empezar a ahorrar el primer día del mes que le sigue a los primeros 90 días de trabajo. Una vez que reúna los requisitos, puede inscribirse en cualquier momento.

Puede hacer dos tipos de contribuciones:

- **Contribuciones antes de impuestos:** No paga impuestos sobre sus contribuciones ni sobre las ganancias de su cuenta hasta que retire el dinero en el futuro.
- **Contribuciones Roth después de impuestos:** Usted paga impuestos sobre sus aportaciones ahora y recibe dinero sin impuestos en el futuro.
- **Ahorro con impuestos diferidos:** Ahorre entre el 1 % y el 90 % de su salario para la jubilación hasta los límites establecidos por el IRS, incluidas las cotizaciones de recuperación si tiene más de 50 años.

## Contribución complementaria

Recibirá dinero gratis solo por participar. El empleador iguala dólar por dólar en el primer 4 % de sus contribuciones. Esto significa que si ahorra un 4 %, Lazer Logistics “igualará” y añadirá otro 4 % a su beneficio. (Es decir, tendrá un aumento automático del 4 % a partir de tu cuarto mes de empleo, si suponemos que usted mismo aporta al menos el 4 % completo).

El dinero está inmediatamente legitimado y otorgado al 100 % para su protección. Le pertenece. Si retira los fondos antes de los 59 años y medio, pagará impuestos con la misma tasa con la que siempre paga más una penalización del 10 % por retirada anticipada.

## Empiece a ahorrar y a invertir

Puede inscribirse, modificar el importe que ahorra o cambiar el modo de inversión de su cuenta en cualquier momento. El plan ofrece diversos fondos de inversión.

### A continuación le indicamos cómo empezar:

Visite **[www.mykplan.com](http://www.mykplan.com)**. Haga clic en “Register Now [Regístrese ahora]”. Su identificación de usuario es su número de la Seguridad Social. Su contraseña son los 4 últimos dígitos de su número de la Seguridad Social.

También puede llamar al **1-800-695-7526** para inscribirse.



### Bonificación por Recomendar Conductores

Pagaremos un bono de referencia a cualquier empleado que recomiende a un conductor al que luego Lazer Logistics contrate, cuando el candidato recomendado alcance los siguientes hitos:

- \$500 cuando el empleado llegue al hito de seis meses
- \$500 cuando el empleado celebre su primer aniversario
- \$1,000 cuando el empleado haya estado aquí por dos años

Para más detalles y requisitos, consulte a su gerente o a Recursos Humanos.



# LICENCIA DE MATERNIDAD

## Para ser elegible para estos beneficios:

- Debe haber trabajado a tiempo completo durante un mínimo de 1 año.
- Tiene un buen empleo en Lazer (es decir, no está en período de prueba).
- Le pedimos que solicite la licencia con un mínimo de 30 días de anticipación, si es posible. Si esto no es posible, por favor realice su solicitud lo antes posible una vez que tenga conocimiento.
- Las prestaciones de la licencia de maternidad remunerada son las siguientes:
  - Recibirás el 60% de tu salario durante las primeras 6 semanas de vacaciones.
  - Puede inscribirse en nuestra póliza de discapacidad a corto plazo que se proporciona y corre a su cargo (del empleado).
  - Si opta por tomar una licencia por discapacidad a corto plazo, debe tomarla antes de cualquier licencia pagada por PTO/enfermedad o sin goce de sueldo.
  - Puede usar el tiempo disponible de PTO y licencia por enfermedad, que son 100% pagados
  - Puede solicitar de 4 a 8 semanas de licencia adicional sin goce de sueldo.
  - El tiempo total de licencia de maternidad no debe exceder las 14 semanas.
  - Su seguro médico continuará durante su licencia de maternidad siempre que regrese a trabajar para Lazer según lo acordado previamente.
  - Antes del inicio de su licencia de maternidad, usted y su gerente crearán un plan de regreso al trabajo que también incluye el tiempo de licencia. Se espera que se comunique con Lazer o su gerente si el plan de licencia o el plan de regreso al trabajo necesita cambiar mientras está de licencia.



# SERVICIO DE ASISTENCIA SOBRE BENEFICIOS

## Nuestro servicio de asistencia sobre beneficios está a su disposición

Conformado por profesionales dedicados que conocen sus planes de seguros, el Servicio de Ayuda sobre Beneficios está diseñado para ser su servicio personal de respuesta y apoyo sobre beneficios para una amplia gama de preguntas o problemas relacionados con los seguros a lo largo del año.

## Soporte sobre beneficios

Para consultas generales sobre las tarjetas de identificación, elegibilidad para la inscripción e información de la red de proveedores, recibirá una respuesta inmediata.

Para cuestiones complejas sobre beneficios que involucren reclamos, el Servicio de Asistencia sobre Beneficios se comunicará con la aseguradora en su nombre, lo que requerirá que usted complete un formulario de autorización de la HIPAA. Después, el Servicio de Asistencia sobre Beneficios trabajará con usted directamente hasta que se resuelva el problema.

Este servicio es gratuito y completamente confidencial; Lazer Logistics no compartirá sus preguntas.

Se invita a los cónyuges y familiares a usar el Servicio de Asistencia sobre Beneficios también. Además, tenemos personal de habla hispana y acceso a la Línea de idiomas de AT&T, que ofrece asistencia en más de 170 idiomas.

## PÓNGASE EN CONTACTO CON EL SERVICIO DE ASISTENCIA SOBRE BENEFICIOS

Teléfono: **877-373-6535** de 8:00 a. m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes ET.

Correo electrónico: **BenefitsHelpDesk@epicbrokers.com**.





# INFORMACIÓN DE CONTACTO

Utilice estos recursos para obtener respuestas a sus preguntas sobre prestaciones.

PLAN	ADMINISTRADORA	SITIO WEB	NÚMERO DE TELÉFONO
Plan médico	Medical Aetna Pharmacy Navitus	www.aetna.com www.navitus.com	1-800-843-4112 1-866-333-2757
Plan odontológico	Aetna	www.aetna.com	1-800-843-4112
Plan de la visión	Aetna	www.aetna.com	1-800-843-4112
Cuenta de ahorros para la salud	HealthEquity	www.healthequity.com	1-877-582-6224
Seguro de vida / seguro AD&D	Symetra	Correo electrónico del Servicio de Atención al Cliente: LADCLA@symetra.com	1-877-377-6773
Seguro por accidente Seguro por enfermedad grave Indemnización hospitalaria	Aetna	www.aetna.com	1-800-843-4112
Programa de Ayuda al Empleado (Employee Assistance Program, EAP)	ComPsych	guidanceresources.com N.º de identificación web: SYMETRA	Llame al: 1-888-327-9573 Cuando llame por teléfono, mencione a Symetra como su empleador patrocinador
Seguro para mascotas	Fetch	www.fetchpet.com	800-212-2698
Plan de jubilación 401(k)	ADP	www.mykplan.com	1-800-695-7526
Discapacidad a corto plazo, Discapacidad a largo plazo	Symetra	Correo electrónico del Servicio de Atención al Cliente: LADCLA@symetra.com	1-877-377-6773
Telemedicina	Teladoc	www.teladoc.com/aetna	1-855-835-2362
Servicio de asistencia sobre beneficios	EPIC	BenefitsHelpDesk@epicbrokers.com	877-373-6535
Beneficios corporativo de RR. HH.		benefitsmail@lazerlogistics.com	1-678-771-2921



# AETNA CONCIERGE: SU ASISTENTE PERSONAL

**LLAME AL 1-800-843-4112.**

**Estamos de lunes a viernes,  
de 8 a. m. a 6 p. m.**

Fuera del horario de atención, le atenderá el equipo de Servicios para Miembros de Aetna.

**Su Aetna ConciERGE es el servicio personal de respuesta y apoyo para una amplia gama de preguntas sobre beneficios y seguros. Un conserje trabajará con usted hasta responder a su pregunta o resolver su problema.**

Aetna se encarga de que todos los datos personales sean totalmente confidenciales. Los cónyuges e hijos también pueden llamar al asistente Aetna ConciERGE. El personal cuenta con representantes que hablan español. También hay disponibles servicios adicionales de traducción de idiomas.



# AVISOS

## Ayuda con las primas según Medicaid y el CHIP

Si usted y su hijo son elegibles para Medicaid o para el Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) y es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de ayuda con las primas que lo pueda ayudar a pagar la cobertura con los fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de ayuda con las primas, pero es posible que pueda contratar una cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted y las personas a su cargo ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados mencionados a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para saber si hay ayuda disponible con las primas.

Si usted o las personas a su cargo NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o una de las personas a su cargo podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al **1-877-KIDS NOW** o visite [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo inscribirse. Si cumple los requisitos, consulte si su estado tiene un programa que lo pueda ayudar a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o las personas a su cargo son elegibles para ayuda con las primas según Medicaid o CHIP, y si también son elegibles según el plan de su empleador, este lo debe dejar inscribirse en el plan de su empleador si es que aún no está inscrito. Esta es una oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de que se lo considere elegible para recibir la ayuda con las primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame a **1-866-444-EBSA (3272)**.

**Si vive en uno de los siguientes estados, es posible que sea elegible para la ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2023. Comuníquese con el estado para obtener más información sobre la elegibilidad.**

**Para ver si otros estados incluyeron un programa de ayuda para las primas desde el 31 de julio de 2023 o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:**

**Departamento del Trabajo de EE. UU. (U.S. Department of Labor)**

Gestión de beneficios para empleados  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa) | 1-866-444-EBSA (3272)

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**

Centros para servicios de Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov) | 1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

Número de control OMB 1210-0137 (expira el 31/1/2026)

### ALABAMA: Medicaid

<http://myalhipp.com> | 1-855-692-5447

### ALASKA: Medicaid

**El programa Health Insurance Premium Payment (Pago de primas del seguro de salud) de Alaska:**

<http://myakhipp.com> | 1-866-251-4861

[CustomerService@MyAKHIPP.com](mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com)

**Eligibilidad para Medicaid:**

<http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx>

### ARKANSAS: Medicaid

<http://myarhipp.com> | 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

### CALIFORNIA: Medicaid

**Programa de pago de las primas del seguro de enfermedad (HIPP)**

<http://dhcs.ca.gov/hipp> | 1-916-445-8322

[hipp@dhcs.ca.gov](mailto:hipp@dhcs.ca.gov)

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

**Sitio web de Health First Colorado:**

<https://www.healthfirstcolorado.com>

**Centro de contacto de Health First Colorado:**

1-800-221-3943/relé del estado 711

**CHP+:** <https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/hcpf/child-health-plan-plus>

**Servicio al cliente de CHP+:** 1-800-359-1991/relé del estado 711

**Programa Complementario de Seguro de Salud (Health Insurance Buy-In Program, HIBI):**

<https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program>

**Servicio al cliente de HIBI:** 1-855-692-6442

### FLORIDA: Medicaid

<https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html> | 1-877-357-3268

### GEORGIA: Medicaid

**GA HIPP:** <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp> | 1-678-564-1162, Press 1

**GA CHIPRA:** <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra> | 1-678-564-1162, Press 2

### INDIANA: Medicaid

**El plan Healthy Indiana (Indiana saludable) para adultos con bajos ingresos de los 19 a los 64 años:**

<http://www.in.gov/fssa/hip> | 1-877-438-4479

**El resto de los Medicaid:**

<https://www.in.gov/medicaid> | 1-800-457-4584

### IOWA: Medicaid y CHIP (Hawki)

**Medicaid:** <https://dhs.iowa.gov/ime/members> | 1-800-338-8366

**Hawki:** <http://dhs.iowa.gov/Hawki> | 1-800-257-8563

**HIPP:** <https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp> | 1-888-346-9562

### KANSAS: Medicaid

<https://www.kancare.ks.gov> | 1-800-792-4884

**HIPP:** 1-800-967-4660



# AVISOS

---

## KENTUCKY: Medicaid

### Sitio de Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP):

<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>  
1-855-459-6328  
KIHIPPPROGRAM@ky.gov

**KCHIP:** <https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx>  
1-877-524-4718

**Medicaid:** <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

---

## LOUISIANA: Medicaid

Sitio [www.medicaid.la.gov](http://www.medicaid.la.gov) o [www.ldh.la.gov/lahipp](http://www.ldh.la.gov/lahipp)  
1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPPP)

---

## MAINE: Medicaid

[https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en\\_US](https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US)  
1-800-442-6003 TTY: Relé de Maine al 711

### Prima del seguro de enfermedad privado:

1-800-977-6740 TTY: Relé de Maine al 711  
<https://www.maine.gov/dhhs/ofa/applications-forms>

---

## MASSACHUSETTS: Medicaid y CHIP

<https://www.mass.gov/masshealth/pa>  
1-800-862-4840 TTY: 711  
Correo electrónico: [masspremassistance@accenture.com](mailto:masspremassistance@accenture.com)

---

## MINNESOTA: Medicaid

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

---

## MISURI: Medicaid

<http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>  
1-573-751-2005

---

## MONTANA: Medicaid

<http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>  
1-800-694-3084 | [HSHIPPPProgram@mt.gov](mailto:HSHIPPPProgram@mt.gov)

---

## NEBRASKA: Medicaid

<http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>  
1-855-632-7633 | Lincoln: 1-402-473-7000 |  
Omaha: 1-402-595-1178

---

## NEVADA: Medicaid

<http://dhcfp.nv.gov> | 1-800-992-0900

---

## NEW HAMPSHIRE: Medicaid

<https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program> |  
1-603-271-5218  
**Número gratuito del programa HIPPP:** 1-800-852-3345, ext. 5218

---

## NEW JERSEY: Medicaid y CHIP

**Medicaid:** <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid> | 1-609-631-2392  
**CHIP:** <http://www.njfamilycare.org/Default.aspx> | 1-800-701-0710

---

## NUEVA YORK: Medicaid

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

---

---

## CAROLINA DEL NORTE: Medicaid

<https://medicaid.ncdhhs.gov> | 1-919-855-4100

---

## NUEVA DAKOTA: Medicaid

<https://www.hhs.nd.gov/healthcare>  
1-844-854-4825

---

## OKLAHOMA: Medicaid y CHIP

<http://www.insureoklahoma.org> | 1-888-365-3742

---

## OREGON: Medicaid

<http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>  
1-800-699-9075

---

## Pennsylvania: Medicaid y CHIP

<https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPPProgram.aspx> | 1-800-692-7462

**CHIP:** Children's Health Insurance Program (CHIP) ([pa.gov](http://pa.gov))  
1-800-986-KIDS (5437)

---

## RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP

<http://www.eohhs.ri.gov>  
1-855-697-4347 o 1-401-462-0311 (línea directa de RIte Share)

---

## CAROLINA DEL NORTE: Medicaid

<https://www.scdhhs.gov> | 1-888-549-0820

---

## DAKOTA DEL SUR: Medicaid

<http://dss.sd.gov> | 1-888-828-0059

---

## TEXAS: Medicaid

Website: <https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program>  
1-800-440-0493

---

## UTAH: Medicaid y CHIP

**Medicaid:** <https://medicaid.utah.gov>  
**CHIP:** <http://health.utah.gov/chip> | 1-877-543-7669

---

## VERMONT: Medicaid

<http://www.greenmountaincare.org> | 1-800-250-8427

---

## VIRGINIA: Medicaid y CHIP

<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>  
<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>  
**Medicaid:** 1-800-432-5924 **CHIP:** 1-800-432-5924

---

## WASHINGTON: Medicaid

<https://www.hca.wa.gov> | 1-800-562-3022

---

## WEST VIRGINIA: Medicaid

<https://dhhr.wv.gov/bms>  
<http://mywvhipp.com>  
**Medicaid:** 1-304-558-1700  
**Línea gratuita de CHIP:** 1-855-MyWVHIPPP (1-855-699-8447)

---

## WISCONSIN: Medicaid y CHIP

<https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>  
1-800-362-3002

---

## WYOMING: Medicaid

<https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility>  
1-800-251-1269

---



## AVISO DE COBERTURA VÁLIDA DE MEDICARE

### **Aviso importante acerca de nuestra cobertura para medicamentos con receta médica y Medicare**

#### **Aviso de cobertura válida**

---

Este aviso solo se aplica si usted y/o su(s) dependiente(s) están inscritos en un plan médico de Lazer Spot, Inc. y reúnen los requisitos para Medicare. Si esto no se aplica a usted, puede ignorar este aviso.

---

Lea este aviso detenidamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura de medicamentos recetados con Lazer Spot, Inc. y sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si considera inscribirse, debe comparar la cobertura del empleador, incluidos los medicamentos cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare se ofrece desde 2006 a todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como una organización para el mantenimiento de la salud (*Health Maintenance Organization*, HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer una mayor cobertura por una prima mensual superior.
2. Lazer Spot, Inc. ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida bajo el(los) plan(es) de Lazer Spot, Inc. en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y por lo tanto se considera Cobertura Acreditable. Como su cobertura es una cobertura acreditable, puede mantenerla y no pagar una prima mayor (una sanción) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

#### **¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare?**

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando llega a ser elegible por primera vez para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable de medicamentos recetados por motivos ajenos a su voluntad, también será elegible para un período de inscripción especial (Special Enrollment Period, SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

#### **¿Qué sucede con su cobertura del empleador si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?**

Su cobertura de plan de salud paga otros gastos de salud además de los medicamentos recetados. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, usted y sus dependientes serán elegibles para recibir todos sus beneficios de salud y medicamentos recetados actuales. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandonar la cobertura de su empresa, tenga en cuenta que usted y sus dependientes serán elegibles para recibir beneficios de salud y de medicamentos recetados en el futuro.



# AVISOS

## **¿Cuándo pagará una prima (penalización) más alta por unirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

También debe saber que si abandona o pierde la cobertura de su empresa y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en los 63 días continuos siguientes a la finalización de la cobertura, es posible que tenga que pagar una prima más alta (una penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días consecutivos o más tiempo sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que su prima mensual aumente en al menos un 1 % de su prima mensual de beneficiario base de Medicare por cada mes que estuvo sin cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, es posible que su prima sea consecuentemente 19 % más alta que la prima de beneficiario base de Medicare, como mínimo. Podría tener que pagar esta prima más alta (sanción) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, tendría que esperar hasta el próximo octubre para inscribirse.

## **Si desea más información sobre este aviso o sobre la cobertura de medicamentos con receta de su empresa...**

Comuníquese con la persona listada a continuación para obtener más información. **TENGA EN CUENTA QUE:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

## **Para obtener más información sobre sus opciones en virtud de la cobertura para medicamentos con receta médica de Medicare...**

Puede encontrar información detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta médica en el manual "Medicare y usted". Medicare le enviará anualmente un ejemplar del manual por correo. Es posible que se comuniquen directamente con usted desde los planes de medicamentos de Medicare.

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

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (el número de teléfono se encuentra en la parte interna de la contraportada de su copia del manual "Medicare y usted") para obtener ayuda personalizada.
- Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

**Recuerde: Guarde este Aviso de Cobertura válida. Si decide unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que le pidan que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para mostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe pagar o no una prima (una penalización) más alta.**

10/15/23

Lazer Spot, Inc.  
Kim Glass, Benefits Manager  
6525 Shiloh Road  
Alpharetta, GA 30005  
678-771-2921



## **Notificación de derechos especiales de inscripción**

---

Si un empleado que cumple los requisitos rechaza la inscripción en un plan de salud grupal para él, o su cónyuge o dependientes debido a la cobertura de otro seguro médico o plan de salud grupal, el empleado que cumple los requisitos puede inscribirse a sí mismo y a los dependientes que cumplan los requisitos en este plan si se pierde la elegibilidad para la otra cobertura (o porque la empresa deja de contribuir a esta otra cobertura). No obstante, el empleado que reúna los requisitos debe solicitar la inscripción en los 30 días siguientes a la finalización de la otra cobertura (o después de que la empresa deje de contribuir a la misma).

Además, si un empleado admisible adquiere un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, el empleado admisible podrá inscribirse a sí mismo y a cualquier dependiente admisible, siempre que solicite la inscripción en los 30 días siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Además, los empleados que reúnan los requisitos y las personas a su cargo que reúnan los requisitos pero no estén inscritos, podrán inscribirse en un plazo de 60 días después de dejar de reunir los requisitos para la cobertura de un plan de Medicaid o del Plan de Seguro Médico para Niños (*Children's Health Insurance Plan, CHIP*) o de que se determine que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera de un plan de Medicaid, CHIP o estatal con respecto a la cobertura del plan.

**Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, póngase en contacto con su plan de salud.**

## **Aviso sobre la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos**

---

Los planes grupales de salud y las emisoras de seguros de salud por lo general no pueden, conforme a la ley federal, restringir los beneficios de la duración de la estadía en el hospital en relación con el nacimiento para la madre o el niño recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de un nacimiento por cesárea. Sin embargo, la legislación federal en general no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultarlo con la madre, le dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, si corresponde). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, en virtud de la legislación federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estancia no superior a 48 horas (o 96 horas). Si desea más información sobre los beneficios de maternidad, póngase en contacto con su plan de salud.

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

---

Si usted tuvo o se someterá a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con mastectomías, la cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, en el caso de:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el cual se realizó una mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para generar una apariencia simétrica.
- Prótesis y
- Tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.

Estos beneficios se proporcionarán sujeto a los mismos deducibles y al coseguro que se apliquen a otros beneficios médicos y quirúrgicos que se proporcionen en virtud de este plan. Si desea más información sobre los beneficios de WHCRA, póngase en contacto con su plan de salud.



## **Aviso sobre prácticas de privacidad de la HIPAA**

---

### **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

Este Aviso de Prácticas de Privacidad (el “Aviso”) describe las obligaciones legales del Plan de Salud de Lazer Spot, Inc. Health Plan (el “Plan”) patrocinado por Lazer Spot, Inc (“Patrocinador del Plan”) y sus derechos legales con respecto a su información médica protegida en poder del Plan en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA), la Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica (*Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act*, Ley HITECH) y los reglamentos de modificación posteriores (“Norma de Privacidad HIPAA”). Entre otras cosas, este Aviso describe cómo pueden utilizarse o divulgarse su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de asistencia de salud, o para cualquier otro fin permitido o exigido por la ley. Estamos obligados a proporcionarle este Aviso de Privacidad HIPAA de conformidad con la HIPAA.

La Norma de Privacidad HIPAA protege solo cierta información médica conocida como “información de salud protegida”. En general, la información de salud protegida es información médica, incluida la información demográfica, ya sea provista por usted, o creada o recibida por un proveedor de atención médica, un centro de intercambio de información médica, un plan de salud o su empleador en nombre de un plan de salud grupal, a partir de la cual es posible identificarlo como individuo, y que se relaciona con lo siguiente:

- Su estado de salud física o mental pasado, actual o futuro;
- Su beneficio de asistencia de salud; o
- El pago pasado, presente o futuro por su beneficio de asistencia de salud.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, póngase en contacto con la persona que se indica al final de este aviso.

### **Nuestras responsabilidades**

La ley exige a Spot, Inc. lo siguiente:

- Mantener la privacidad de su información de salud protegida;
- Otorgarle ciertos derechos con respecto a su información de salud protegida;
- Proporcionarle una copia de este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida; y
- Seguir los términos del Aviso vigente.

Nos reservamos el derecho a modificar los términos de este Aviso y a establecer nuevas disposiciones relativas a su información de salud protegida que conservamos, según lo permita o exija la ley. Si realizamos algún cambio sustancial en este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de Privacidad HIPAA revisado electrónicamente o por correo de primera clase a la última dirección conocida que conste en nuestros archivos.



## **Cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida**

De acuerdo con la ley, podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida en determinadas circunstancias sin su permiso. Las siguientes categorías describen las distintas formas en que podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida. No se indicará cada uso o divulgación en cada categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite utilizar y divulgar información se encuadrarán en una de las categorías.

**Para tratamiento.** Podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida para facilitar el tratamiento o los servicios médicos por parte de proveedores. Podemos revelar información de salud sobre usted a proveedores, incluidos médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que participe en su atención. Por ejemplo, podríamos revelar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para determinar si estas recetas anteriores contraindican una receta pendiente.

**Para pago.** Podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida para determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan, para facilitar el pago del tratamiento y los servicios que recibe de los proveedores de atención médica, y para determinar la responsabilidad de los beneficios conforme al Plan o para coordinar la cobertura del Plan. Por ejemplo, podemos informar a su proveedor de atención médica sobre su historial médico para determinar si un tratamiento en particular es experimental, de investigación o necesario en términos médicos, o para determinar si el Plan cubrirá el tratamiento. También podemos compartir su información de salud protegida con un proveedor de servicios de revisión de utilización o precertificación. Podemos compartir o discutir su información de salud protegida con los miembros de su familia u otras personas involucradas en su cuidado o en el pago de su cuidado, a menos que usted se oponga por escrito y proporcione la objeción al contacto HIPAA del Plan que aparece al final de este Aviso. Del mismo modo, podemos compartir su información de salud protegida con otra entidad para ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamaciones de salud o a otro plan de salud para coordinar los pagos de beneficios. En cualquiera de estos casos, solo divulgaremos la información necesaria para resolver el asunto en cuestión.

**Para operaciones de atención médica.** Podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida para otras operaciones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del Plan. Por ejemplo, podemos utilizar información de salud en relación con la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad; suscripción, clasificación de tarifas de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentación de reclamaciones para la cobertura de exceso de pérdidas; realización u organización de programas de revisión médica, servicios jurídicos, servicios de auditoría y detección de fraudes y abusos; planificación y desarrollo empresarial, como la gestión de costos; y gestión empresarial y actividades administrativas generales del Plan. Sin embargo, no utilizaremos su información genética con fines de suscripción.

**Alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida para enviarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle.

**A los asociados comerciales.** Podemos contratar a personas o entidades conocidas como Socios Comerciales para que desempeñen diversas funciones en nuestro nombre o presten determinados tipos de servicios. Para realizar estas funciones o prestar estos servicios, los Socios Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, transmitirán, utilizarán y/o divulgarán su información de salud protegida, pero solo después de que acuerden por escrito con nosotros implementar las salvaguardas adecuadas con respecto a su información de salud protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a un Socio Comercial para procesar sus reclamos de beneficios del Plan o para proporcionar servicios de apoyo, como administración de utilización, administración de beneficios de farmacia o subrogación, pero solo después de que el Asociado Comercial celebre un contrato de Asociado Comercial con nosotros.

**Según lo requiera la ley.** Divulgaremos su información de salud protegida cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida cuando así lo exijan las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de salud pública.



**Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Podemos usar y divulgar su información médica protegida cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación solo se haría a alguien capaz de ayudar a prevenir esta amenaza. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida en un procedimiento relativo a la autorización de un médico.

**A los patrocinadores del plan.** Con el fin de administrar el plan, podemos revelar información de salud protegida a determinados empleados de la empresa. Sin embargo, dichos empleados solo utilizarán o divulgarán esa información según sea necesario para realizar las funciones de administración del plan o según lo exija la Ley HIPAA, a menos que usted haya autorizado otros tipos de divulgaciones. Su información de salud protegida no puede utilizarse para fines laborales sin su autorización específica.

## Special Situations

Además de lo anterior, las siguientes categorías describen otras posibles formas en que podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida sin su autorización específica. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos a qué nos referimos y presentaremos algunos ejemplos. No se indicará cada uso o divulgación en cada categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite utilizar y divulgar información se encuadrarán en una de las categorías.

**Donación de órganos o tejidos.** Si usted es donante de órganos, podremos divulgar su información de salud protegida después de su fallecimiento a organizaciones que se ocupan de la obtención de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

**Fuerzas Armadas.** Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su información de salud protegida según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar información de salud protegida sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

**Compensación laboral.** Podremos divulgar su información de salud protegida para programas de indemnización por accidentes laborales o similares, pero solo en la medida en que lo autoricen las leyes relativas a la indemnización por accidentes laborales y programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, y en la medida en que sea necesario para cumplir dichas leyes.

**Riesgos de la salud pública.** Podremos divulgar su información de salud protegida para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- notificar nacimientos y defunciones;
- informar de abusos o negligencias infantiles;
- notificar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a las personas la retirada de productos que puedan estar utilizando;
- notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
- notificar a la autoridad gubernamental competente si creemos que un paciente ha sido víctima de malos tratos, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta revelación si usted está de acuerdo, o cuando lo exija o autorice la ley.

**Actividades de supervisión de salud.** Podremos revelar su información de salud protegida a una agencia de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias. Estas actividades son necesarias para el que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derecho civil.



**Demandas y disputas.** Si usted está implicado en una demanda o en un litigio, podremos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podremos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una citación, solicitud de presentación de evidencia u otro procedimiento legal por parte de alguien implicado en una disputa legal, pero solo si se han realizado esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden judicial o administrativa que proteja la información solicitada.

**Cumplimiento de la ley.** Podremos divulgar su información de salud protegida si así nos lo solicita un funcionario encargado del cumplimiento de la ley:

- en respuesta a una orden judicial, citación, orden de arresto, emplazamiento o proceso similar;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- sobre la víctima de un delito si, en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la víctima;
- sobre un fallecimiento que creamos que pueda ser el resultado de una conducta delictiva; y
- sobre conductas delictivas.

**Médicos forenses y directores de funerarias.** Podemos revelar información de salud protegida a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información de salud sobre pacientes a directores de funerarias, según sea necesario para el desempeño de sus funciones.

**Seguridad nacional y actividades de inteligencia.** Podemos revelar su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Reclusos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley si es necesario: (1) para que la institución le preste asistencia sanitaria; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o (3) para la seguridad de la institución penitenciaria.

**Investigación.** Podremos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando:

- se hayan eliminado los identificadores individuales; o
- cuando una junta de revisión institucional o una junta de privacidad haya revisado la propuesta de investigación y los protocolos establecidos para garantizar la privacidad de la información solicitada, y apruebe la investigación.

## Divulgaciones obligatorias

A continuación se describen las divulgaciones de su información de salud protegida que estamos obligados a realizar.

**Auditorías gubernamentales.** Estamos obligados a revelar su información de salud protegida a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando la Secretaría esté investigando o determinando nuestro cumplimiento de la norma de privacidad HIPAA.

**Divulgación de información.** Cuando usted lo solicite, estamos obligados a revelarle la parte de su información de salud protegida que contenga expedientes médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones sobre sus beneficios de salud. También estamos obligados, cuando lo solicite, a proporcionarle un informe de la mayoría de las divulgaciones de su información de salud protegida si la divulgación se realizó por motivos distintos al pago, tratamiento u operaciones de atención sanitaria, y si su información de salud protegida no se divulgó en virtud de su autorización individual.



## Otras divulgaciones

**Representantes personales.** Divulgaremos su información de salud protegida a personas autorizadas por usted, o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre que usted nos proporcione una notificación/autorización por escrito y cualquier documento acreditativo (por ejemplo, un poder notarial). Nota: En virtud de la norma de privacidad de la HIPAA, no estamos obligados a revelar información a un representante personal si creemos de manera razonable que:

- usted ha sido o puede ser objeto de violencia doméstica, maltrato o abandono por parte de dicha persona; o
- tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerle en peligro; y
- en el ejercicio de su criterio profesional, no le conviene tratar a esa persona como su representante personal.

**Cónyuges y otros familiares.** Salvo excepciones limitadas, enviaremos todo el correo al empleado. Esto incluye el correo relacionado con el cónyuge del empleado y otros familiares cubiertos por el Plan, e incluye el correo con información sobre el uso de los beneficios del Plan por parte del cónyuge del empleado y otros familiares e información sobre la denegación de cualquier beneficio del Plan al cónyuge del empleado y otros familiares. Si una persona cubierta por el Plan ha solicitado restricciones o comunicaciones confidenciales (véase más abajo el apartado “Sus Derechos”), y si hemos accedido a la solicitud, enviaremos el correo según lo dispuesto en la solicitud de restricciones o comunicaciones confidenciales.

**Autorizaciones.** Otros usos o divulgaciones de su información médica protegida no descritos anteriormente solo se harán con su autorización por escrito. Por ejemplo, en general y con sujeción a condiciones específicas, no utilizaremos ni divulgaremos sus notas psiquiátricas; no utilizaremos ni divulgaremos su información de salud protegida para fines de marketing; y no venderemos su información de salud protegida, a menos que usted nos lo autorice por escrito. Usted puede revocar las autorizaciones por escrito en cualquier momento, siempre que la revocación se haga por escrito. Una vez que recibamos su revocación por escrito, solo será efectiva para futuros usos y divulgaciones. No será efectiva para ninguna información que pueda haber sido utilizada o divulgada en virtud de la autorización escrita y antes de recibir su revocación por escrito.

## Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida:

**Derecho de inspeccionar y copiar.** Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar cierta información de salud protegida que se puede utilizar para tomar decisiones sobre sus beneficios del Plan. Si la información que usted solicita se guarda de manera electrónica, y usted solicita una copia electrónica, le proporcionaremos una copia en la forma y formato electrónicos que usted solicite, si la información se puede producir fácilmente en esa forma y formato; si la información no se puede producir fácilmente en esa forma y formato, lo ayudaremos llegar a un acuerdo sobre la forma y el formato. Si no podemos llegar a un acuerdo sobre la forma y el formato electrónicos, le facilitaremos una copia en papel.

Para inspeccionar y copiar su información de salud protegida, debe presentar su solicitud por escrito a la persona que se indica al final de este Aviso. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copia, envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en determinadas circunstancias muy limitadas. Si se le deniega el acceso a su información médica, puede solicitar que se revise la denegación presentando una solicitud por escrito a la persona indicada al final de este Aviso.

**Derecho de enmendar.** Si cree que la información de salud protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por o para el Plan. Para solicitar una modificación, debe hacerlo por escrito y enviarla a la persona indicada al final de este aviso. Debe justificar su solicitud.



# AVISOS

Podemos rechazar su solicitud de modificación si no la presenta por escrito o no incluye un motivo que la justifique. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita enmendar información que:

- no forma parte de la información de salud conservada por o para el Plan;
- no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación
- no forma parte de la información que usted puede consultar y copiar; o
- ya es exacta y completa.

Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo y cualquier divulgación futura de la información en disputa incluirá su declaración.

**Derecho de recibir información acerca de las divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar un “informe” de determinadas divulgaciones de su información de salud protegida. La contabilidad no incluirá (1) divulgaciones con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) divulgaciones hechas a usted; (3) divulgaciones hechas de conformidad con su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones con fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones de otro modo permisibles.

Para solicitar esta lista o relación de divulgaciones, debe presentarla por escrito a la persona indicada al final de este Aviso. En su solicitud deberá indicar el período de tiempo que desea que abarque la contabilidad, que no podrá ser superior a seis años antes de la fecha de la solicitud. Su solicitud debe indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, papel o medio electrónico). La primera lista que solicite en un periodo de 12 meses se le facilitará gratuitamente. Si desea listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de proporcionarle la lista. Le informaremos del costo que eso implica y usted puede decidir si retira o modifica su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo.

**Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de su información de salud protegida que utilicemos o divulguemos para tratamientos, pagos u operaciones de asistencia sanitaria. También tiene derecho a solicitar que se limite la información de salud protegida que revelemos a alguien que participe en su atención o en el pago de la misma, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no utilicemos ni divulguemos información sobre una intervención quirúrgica a la que se haya sometido. Salvo lo dispuesto en el párrafo siguiente, no estamos obligados a acceder a su solicitud. No obstante, si aceptamos la solicitud, respetaremos la restricción hasta que usted la revoque o se lo notifiemos.

Accederemos a cualquier solicitud de restricción si (1) salvo que la ley exija lo contrario, la divulgación se realiza a un plan de salud con el fin de llevar a cabo operaciones de pago o de atención sanitaria (y no con el fin de llevar a cabo un tratamiento); y (2) los datos de salud protegidos se refieren únicamente a un artículo o servicio de atención sanitaria por el que el proveedor de atención sanitaria implicado ha sido pagado en su totalidad por usted u otra persona. Para solicitar restricciones, debe enviar su solicitud por escrito a la persona indicada al final de este aviso.

En su solicitud, debe indicarnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites; por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

**Derecho de solicitar comunicados confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted, sobre asuntos médicos, de cierta manera o en cierta ubicación. Por ejemplo, puede pedir que nos pongamos en contacto con usted solo en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito a la persona que se indica al final de este aviso. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. La solicitud debe especificar cómo y dónde desea que nos comuniquemos con usted. Adaptaremos todas las solicitudes razonables.



# AVISOS

***Derecho a ser notificado sobre un incumplimiento.*** Tiene derecho a que se le notifique en caso de que nosotros (o un Socio comercial) descubramos una violación de información de salud protegida no segura.

***Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.*** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos una copia en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso por un medio electrónico, sigue teniendo derecho a una copia en papel de este.

## **Reclamos**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante el Plan, póngase en contacto con la persona que se indica a continuación. Todos los reclamos deben presentarse por escrito.

No se le penalizará ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante nosotros.

## **Contacto de HIPAA**

**Kim Glass, Gerente de Beneficios**  
**Lazer Spot, Inc.**  
**6525 Shiloh Road**  
**Alpharetta, GA 30005**  
**678-771-2921**





Esta Guía de Beneficios no es un Resumen de la Descripción del Plan y no pretende proporcionar todos los detalles de los programas de beneficios ofrecidos por Lazer Logistics. Los detalles completos de los planes de beneficios se pueden encontrar en los documentos oficiales del plan, que rigen en todos los casos. Lazer Logistics se reserva el derecho, a su discreción, de modificar, enmendar o eliminar cualquiera de sus planes de beneficios, programas, prácticas o políticas que la empresa requiera, incluyendo, pero no limitado a, requerir o aumentar las contribuciones hacia cualquier beneficio que considere apropiado, a su sola discreción, de conformidad con la ley aplicable. Nada de lo contenido en este folleto se interpretará como la creación de una obligación expresa o implícita por parte de Lazer Logistics para mantener dichos planes de beneficios, programas, políticas o prácticas. Lazer Logistics no respalda a ningún proveedor médico o de otro tipo, ni representa o garantiza la calidad de la atención que prestan. La decisión de utilizar cualquier proveedor es responsabilidad del participante. En caso de conflicto entre esta guía, las Descripciones Resumidas del Plan y/o los Documentos del Plan, prevalecerán los Documentos del Plan.

