



## **Sprinklermatic FL LLC 2022-2023 Guía de Beneficios**

*Beneficios diseñados para usted*

# Bienvenido a su Guía de Beneficios de 2022-2023

SPRINKLERMATIC FL LLC se enorgullece de prestarles servicios a usted y su familia con nuestro Plan de beneficios de salud y bienestar 2022-2023. Entendemos que cada empleado tiene diferentes necesidades, por lo que desarrollamos un plan integral que les ayuda a protegerse y proteger a su familia en caso de enfermedad o lesión.

Esta Guía de información de beneficios da la información necesaria sobre planes y programas que le ayudará a comprender la variedad de opciones de beneficios a su disposición y, en última instancia, a inscribirse en los beneficios más adecuados a sus necesidades y las de su familia para el año del plan 2022-2023. Esperamos que nuestra guía pueda ser un recurso eficaz y completo mientras considera sus elecciones de beneficios.

## Índice

- Directorio de Ofertas de Beneficios ..... 3
- Información de Inscripción en los Beneficios..... 4
- Cómo Inscribirse..... 5
- Planes de Atención Médica..... 5
- Otras Formas de Ahorrar ..... 9
- Doctor On Demand ..... 10
- Planes Dentales ..... 11
- Plan de la Vista..... 13
- Beneficios Voluntarios ..... 15
- Avisos Anuales..... 17

*Este documento contiene un resumen en español de información sobre los beneficios de la próxima inscripción abierta. Si tiene dificultades para entender alguna parte de este documento, comuníquese con el Administrador de su Plan al 877-327-7823 Ext. 263 durante el horario laboral habitual o por correo electrónico a [giselle@sprinklermatic.net](mailto:giselle@sprinklermatic.net).*

**Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, bajo la ley federal tiene más opciones de cobertura de medicamentos recetados. Consulte la página 17 para obtener más detalles.**

# DIRECTORIO DE OFERTAS DE BENEFICIOS

Beneficio	Opciones de aseguradora	Contacto
 <b>Médico</b>	<b>Humana</b> Open Access HMO Plan <b>Humana</b> Programa de asistencia al empleado (EAP)	1-800-448-6262 <a href="http://www.humana.com">www.humana.com</a> 1-866-440-6556 (TTY: 711) <a href="http://www.humana.com/eap">www.humana.com/eap</a> username: eap3 password: eap3
 <b>Dental</b>	<b>Humana</b> DHMO HS190 <b>Humana</b> DPPO TRP185	1-800-448-6262 <a href="http://www.humana.com">www.humana.com</a>
 <b>Visión</b>	<b>Humana</b> Visión 130	1-800-448-6262 <a href="http://www.humana.com">www.humana.com</a>
 <b>Beneficios Voluntarios</b>	<b>AFLAC</b> Seguro de protección contra accidentes	1-800-433-3036 <a href="http://www.aflac.com">www.aflac.com</a>
	<b>AFLAC</b> Indemnización hospitalaria	1-800-433-3036 <a href="http://www.aflac.com">www.aflac.com</a>
	<b>AFLAC</b> Enfermedad grave	1-800-433-3036 <a href="http://www.aflac.com">www.aflac.com</a>

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, comuníquese con Recursos Humanos:  
 Giselle Aquino, HR Manager  
 877-327-7823 Ext. 263  
[giselle@sprinklermatic.net](mailto:giselle@sprinklermatic.net)

## Importante

Esta información no es asesoramiento contable, fiscal o legal; comuníquese con su profesional contable, fiscal o legal para obtener dicha orientación. No se debe confiar en esta información como un consejo con respecto a ninguna situación individual.

Es un resumen general de los beneficios cubiertos y no incluye todos los beneficios, limitaciones y exclusiones de la póliza. Si hay alguna discrepancia entre las ilustraciones contenidas en este documento y la propuesta o el contrato de la compañía de seguros, prevalecerán los materiales de la compañía de seguros. Consulte el contrato de la compañía de seguros para ver la lista completa de exclusiones.

# INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN LOS BENEFICIOS

## ¿Cuándo me inscribo?

Usted hará todas sus elecciones de beneficios para el próximo año durante la Inscripción abierta del 07/19/2022 a 07/23/2022. Durante este tiempo, podrá inscribirse en nuevos beneficios o cambiar sus elecciones actuales, así como agregar o eliminar dependientes. Cualquiera de estos cambios o adiciones adquirirán vigencia del 1 de agosto de 2022 al 31 de julio de 2023.

## ¿Cómo me inscribo?

- Todas las solicitudes de inscripción deben completarse mediante el Portal del empleado de ADP. Completar y devolver las solicitudes de inscripción es su responsabilidad.
- Pasos sobre cómo inscribirse a través de su aplicación móvil ADP incluidos en la página siguiente.

## ¿Quién puede inscribirse?

Rigen ciertas restricciones de elegibilidad para la inscripción en los beneficios. Si usted es un empleado que trabaja regularmente 30 horas o más por semana, será elegible para recibir beneficios el primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo a tiempo completo.

Si cumple con los requisitos anteriores, su cónyuge legal, pareja de hecho o hijos dependientes también son elegibles para nuestro plan de beneficios.

Como recordatorio, un hijo dependiente es:

- un hijo natural,
- hijo adoptado legalmente,
- hijastro(a),
- un niño del que ha sido designado tutor legal como padre de acogida,
- un hijo que debe cubrir bajo una orden de manutención infantil médica calificada, o
- un hijo con una discapacidad total y permanente, incapaz de mantenerse debido a una discapacidad mental o física y que usted mantiene financieramente

Tenga en cuenta que sus hijos dependientes por lo general son elegibles solo hasta los 26 años, pero pueden serlo hasta los 30 si cumplen con los requisitos específicos.

## Cómo hacer cambios en el plan

Deberá realizar todos los cambios de plan durante el período de inscripción abierta y no podrá realizar cambios adicionales en su cobertura durante el año a menos que ocurra un cambio de estado familiar calificado. A continuación, incluimos algunos ejemplos de eventos de cambio de estado familiar calificados:

### 1. Eventos especiales de inscripción (agregar cobertura para usted y/o sus dependientes).

- Pérdida involuntaria de otra cobertura grupal
- Adquisición de nuevos dependientes por matrimonio, nacimiento o adopción
- Cambio en la elegibilidad para Medicaid o CHIP

### 2. Sección 125 Eventos de cambio de estado del IRC (Agregar, cancelar o cambiar la cobertura para usted y/o sus dependientes).

- Pérdida o ganancia involuntaria de otra cobertura grupal
- Divorcio
- Muerte del cónyuge o hijo cubierto
- Cambio en la situación laboral
- Derecho a Medicare

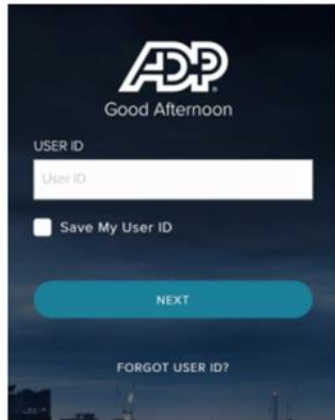
Si cree que tuvo un evento de cambio de estado familiar calificado, deberá verificar el evento con Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores al hecho. (60 días en el caso de elegibilidad de Medicaid o CHIP).

# CÓMO INSCRIBIRSE

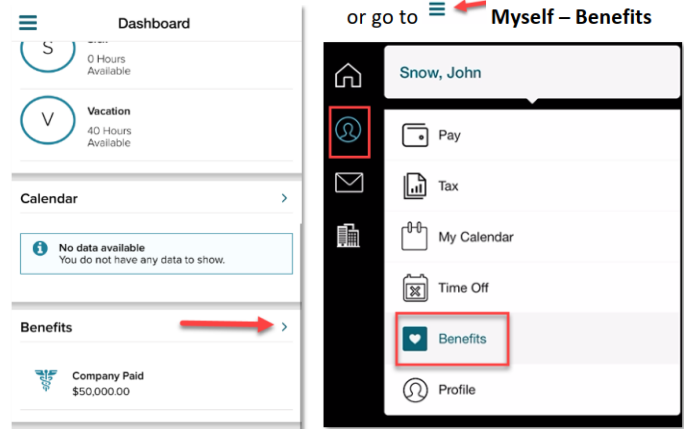
## Características de las soluciones móviles de ADP

- Información del Plan De Beneficios
- Inscripción Abierta

**1** Ingrese su ID de usuario y contraseña, inicie sesión



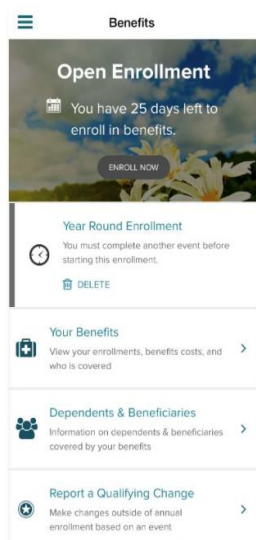
**2** Desde el tablero, desplácese hacia abajo hasta Beneficios



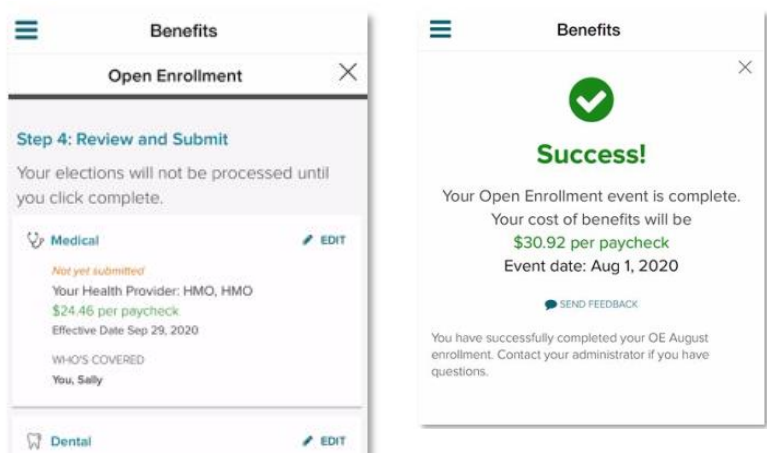
Desde aquí, debería poder buscar la información de sus beneficios, ver sus inscripciones, los costos de los beneficios (nómina semanal) y ver quién tiene cobertura médica, dental o de la vista.

Asegúrese de pasar por todas las pantallas de inscripción y confirme sus opciones para las pólizas que se ofrecen. Si NO desea participar en los beneficios que ofrece Sprinklermatic FPS, aún DEBE pasar por las pantallas y RENUNCIAR a los beneficios. Tómese un tiempo y revise los siguientes pasos para obtener más información sobre los beneficios que se ofrecen.

**3** Para comenzar, haga clic en Inscribirse ahora



**4** Revisar Y Enviar



# PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA

SPRINKLERMATIC FL LLC ofrece plan de atención médica de la **Humana**:

- Plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO),

Aquí hay una mirada más cercana de cómo funcionan las opciones del plan de atención médica de la **Humana**. Encontrará más información destacada del plan, así como sus contribuciones en la siguiente página.

**Plan HMO:** este plan solo cubre servicios prestados por proveedores de atención médica en la red del plan, con la excepción de verdaderas emergencias.

**Planes de acceso abierto adicional:** esta versión de un plan HMO es de acceso abierto. No tiene que seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP). Puede visitar a un especialista sin referencias.

## Glosario de seguros

Aquí hay una lista de términos relevantes relacionados con seguros para ayudarlo a explorar la información provista en esta guía.

- **Proveedor de atención médica:** el proveedor de atención médica es una persona o empresa que le brinda un servicio de atención médica, como un dentista, un médico de atención primaria, un quiropráctico, un trabajador social clínico, etc.
- **Dentro de la red:** los médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores se consideran dentro de la red cuando han llegado a un acuerdo para atender a los miembros del plan de salud. Los planes de salud cubren una mayor parte del costo cuando se usan proveedores de atención médica dentro de la red que fuera de la red.
- **Servicios de atención preventiva:** servicios cubiertos destinados a prevenir enfermedades o identificar enfermedades mientras son más fáciles de tratar. Los ejemplos de servicios de atención preventiva incluyen exámenes de detección, chequeos y asesoramiento al paciente para prevenir enfermedades, dolencias u otros problemas de salud. Su póliza específica lo que califica como cobertura preventiva del 100%.
- **Copago:** el copago es un monto fijo en dólares que un miembro del plan paga a un médico, cuidador u otro proveedor médico o farmacia participante de la red cada vez que recibe servicios de atención médica.
- **Coseguro:** la parte de una factura médica elegible que debe pagar un miembro del plan. Los montos del coseguro suelen ser un porcentaje de la factura médica elegible total, como por ejemplo el 20 %. El coseguro se aplica después de que el miembro alcanza un monto de copago o deducible requerido. El coseguro es parte de ciertos planes de atención médica.
- **Deducible:** el monto fijo en dólares que un miembro del plan debe pagar por los servicios elegibles antes de que la aseguradora comience a aplicar los beneficios del seguro. Los deducibles son parte de ciertos planes de atención médica y se basan en el período de beneficios específico del miembro del plan.
- **Gasto máximo de bolsillo:** el monto en dólares más alto que deberá pagar durante su período de beneficios por servicios médicos cubiertos de proveedores de la red. Consulte el beneficio de su plan para obtener una lista de los servicios incluidos.

## RESUMEN DEL PLAN

## OA HMO 21 On Hand

	Dentro de la red
<b>Deducible por año calendario (DED)</b>	
Individual	\$7,900
Familiar	\$15,800
<b>Coseguro del miembro</b>	0%
<b>Gasto máximo de bolsillo por año calendario</b>	
Individual	\$7,900
Familiar	\$15,800
<b>Consulta médica</b>	
Cuidado preventivo	Cobertura total
Médico de atención primaria (PCP)	Red preferida sin cargo, Proveedor de red 0% después del DED
Especialista	0% después del DED
Telemedicina / Visita Virtual	Visita virtual de la red preferida: Sin cargo, sin deducible
<b>Servicios de laboratorio y diagnóstico por imágenes</b>	
Laboratorio independiente: análisis de sangre	0% después del DED
Servicios avanzados Incluye MRI, PET, CT	0% después del DED
<b>Servicios hospitalarios</b>	
Pacientes hospitalizados	0% después del DED
Cirugía ambulatoria	0% después del DED
<b>Atención médica de emergencia</b>	
Atención de urgencias	0% después del DED
Sala de emergencias	0% después del DED
<b>Medicamentos recetados (suministro para 30 días)</b>	
Nivel 1	\$5 de copago
Nivel 2	\$5 de copago
Nivel 3	0% después del DED
Nivel 4	0% después del DED
Especialidad	0% después del DED
<b>Pedido por correo (suministro para 90 días)</b>	Nivel 1-2; 2,5 veces al por menor; Nivel 3-5 0% después del deducible
<b>Aportes de nómina</b>	<b>Semanalmente</b>
Solo empleado	\$46.78
Empleado + Cónyuge	\$140.35
Empleado + Hijo(s)	\$126.31
Familiar	\$219.88

Las instalaciones de laboratorio de **Humana**:



Puede buscar proveedores participantes visitando [www.humana.com](http://www.humana.com)

Find a Doctor – HMO Network es [HMO Premier](#)

Find a Dentist - DHMO [HumanaDental DHMO HS190](#) or DPPO [PPO/Traditional Preferred](#)

Find a Vision - [Humana Insight Network](#)

## APLICACIÓN MÓVIL MYHUMANA

### Acceda a su información de salud en cualquier momento y en cualquier lugar

Ya sea que prefiera descargar una aplicación móvil, usar su dispositivo móvil o recibir mensajes de texto, tiene la capacidad de administrar sus necesidades de atención médica prácticamente en cualquier lugar y en cualquier momento. Use la aplicación MyHumana Mobile para:

- Ver sus planes y detalles de cobertura
- Ver reclamos médicos, dentales y de farmacia
- Ver, enviar por fax o guardar tarjetas de identificación médicas, dentales y de farmacia
- Ver información de cobertura de la vista o tarjetas de identificación
- Encuentre un médico, farmacia, dentista, hospital, centro de atención de urgencia o clínica minorista en su red
- Investigue los precios de los medicamentos

### Descargue la aplicación móvil MyHumana:

Descargue la aplicación MyHumana Mobile desde su tienda de aplicaciones. Busque “MyHumana” en Google Play® o App Store®.

---

## CUIDADO PREVENTIVO – VISITAS DE PERSONA SALUDABLE

Estos planes cubren ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de alcanzar su deducible. Los servicios deben ser realizados por un Proveedor DENTRO DE LA RED. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en [www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/](http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/)

### Pantallas disponibles para atención preventiva

- Presión arterial
- Colesterol (a cierta edad o en alto riesgo)
- Colorrectal
- Diabetes (tipo 2: adultos de 40 a 70 años con sobrepeso)

**Vacunas disponibles para atención preventiva:** las dosis y las edades varían

- [Influenza \(flu shot\)](#)
- [Hepatitis](#)
- [Pneumococcal](#)
- [Tetanus](#)

### Servicios de mujer sana para atención preventiva

- [Breast cancer mammography screenings](#) cada 1 o 2 años para mujeres mayores de 40 años
- Prueba de Papanicolaou (también llamada prueba de Papanicolaou) cada 3 años para mujeres de 21 a 65 años



## OTRAS FORMAS DE AHORRAR

En lugar de una HSA, existen otras formas de ahorrar en gastos de atención médica y mantenerse dentro del presupuesto.

### 1. Averigüe sobre los programas de medicamentos con descuento en las farmacias locales:

Farmacia	Oferta
Winn-Dixie	GRATIS: ciertos medicamentos de mantenimiento y antibióticos Suministro de 30 días desde \$4   Suministro de 90 días desde \$10
Walmart	Suministro de 30 días desde \$4   Suministro de 90 días desde \$10

\*Pueden aplicar cargos de membresía. Las ofertas están sujetas a cambios

### 2. Averigüe sobre los reembolsos de medicamentos de marca en línea

Sitio web	Descripción
<a href="http://www.needymeds.org">www.needymeds.org</a>	Encuentre ayuda con el costo de los medicamentos
<a href="http://www.gskforyou.com">www.gskforyou.com</a>	Ayuda con medicamentos y vacunas de GSK para pacientes elegibles
<a href="http://www.rxpharmacycoupons.com">www.rxpharmacycoupons.com</a>	Busque cupones de medicamentos para usar en su farmacia local
<a href="http://www.goodrx.com">www.goodrx.com</a>	Compare precios de medicamentos, imprima cupones gratis y ahorre al comprarlos
<a href="http://www.internetdrugcoupons.com">www.internetdrugcoupons.com</a>	Cientos de cupones gratuitos para medicamentos de fabricantes

### 3. Utilice centros quirúrgicos y de diagnóstico independientes cuando sea posible.

#### Servicios ambulatorios

- Ahorre en una cirugía cubierta al utilizar un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red y no afiliado a un hospital.

#### Centros de diagnóstico independientes

- Ahorre en resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, radiografías, etc. al hacérselas en centros de diagnóstico independientes participantes.

### 4. Ahorre tiempo y dinero al elegir el nivel adecuado de atención.

Clinica de cuidado conveniente	Atención de urgencias	Sala de emergencias
\$	\$\$	\$\$\$
Para servicios de atención preventiva y resfriados comunes cuando su médico no esté disponible. Esta es una opción de bajo costo.	Para atención inmediata en situaciones sin riesgo de vida. La atención costará menos que en la sala de emergencias y por lo general es más rápida.	Para lesiones con riesgo de vida, ya que las salas de emergencias están mejor equipadas para emergencias médicas. Los seguimientos en la sala de emergencias no están cubiertos, por lo que es mejor programar una visita de seguimiento con su PCP.

# DOCTOR ON DEMAND

Atención de calidad que está virtualmente disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana

## El mismo precio que la visita al consultorio de su PCP

**Doctor On Demand** está ahí para sus necesidades de salud diarias. Consulte a un médico certificado por la junta, psiquiatra o terapeuta con licencia, para atención que no sea de emergencia, en minutos desde su hogar, oficina o mientras viaja en los Estados Unidos, desde su teléfono inteligente, tableta o computadora. Es fácil.

Para las necesidades de salud diarias, **Doctor on Demand** generalmente cuesta menos que una visita a la sala de emergencias o atención de urgencia.

DOCTOR ON DEMAND	COSTO
<b>Problemas de salud cotidianos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Resfriados, Influenza Y Dolor De Garganta.</li><li>• Infecciones Respiratorias Superiores</li><li>• Depresión Leve A Moderada Y Ansiedad.</li><li>• Problemas De La Piel Y Los Ojos</li><li>• Infecciones Del Tracto Urinario</li><li>• Recetas Y Recargas</li><li>• Laboratorios Y Proyecciones</li></ul>	\$0-56
<b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Depresión</li><li>• Estrés</li><li>• Ansiedad</li><li>• Terapia de conversación</li><li>• Trauma</li><li>• Otros problemas de salud mental que no sean de emergencia</li></ul>	El costo de una visita variará según su plan. Sabrás el costo de tu visita cuando programes tu cita.

## DESCARGUE LA APLICACIÓN MÓVIL DOCTOR ON DEMAND HOY

1. Vaya a App Store o Google Play para obtenerlo en su teléfono inteligente o tableta. También puede visitar [DoctoronDemand.com](http://DoctoronDemand.com)
2. Ingrese la información de su seguro de salud; seleccione Humana e ingrese su ID de grupo y su ID de miembro.
3. Ingrese un método de pago (siempre verá su costo por adelantado).
4. Consulte a un médico en cuestión de minutos.



# PLANES DENTALES

SPRINKLERMATIC FL LLC ofrece dos Planes dentales de la **Humana**:

- Un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental (DHMO) y
- Un plan de la Organización de Proveedores Dentales Preferidos (DPPO)

A continuación, incluimos una explicación de cada plan. La página siguiente proporciona información destacada del plan y sus contribuciones.

**Plan DHMO:** Si decide inscribirse en el plan DHMO, tenga en cuenta que usted y sus dependientes inscritos deberán seleccionar un dentista de atención primaria que participe en la red del plan. Para recibir beneficios en el plan DHMO, su dentista de atención primaria debe brindarle atención dental o derivarlo a un especialista para recibir dichos servicios. Si recibe servicios por fuera de estos requisitos, usted mismo será responsable de pagar la factura dental completa. Consulte el programa de cargos para el paciente de su dentista de atención primaria para conocer los procedimientos y los copagos correspondientes. Un plan DHMO le brinda un beneficio máximo ilimitado.

**Plan DPPO:** El plan DPPO le brinda la libertad de recibir atención dental de cualquier dentista con licencia de su elección. Recibirá el nivel más alto de beneficios del plan si selecciona un dentista de la red contratado por la PPO en lugar de un dentista fuera de la red que no haya aceptado brindar servicios a las tarifas negociadas. Se aplicará un beneficio máximo por año calendario a los servicios dentro y fuera de la red.

**Nota:** Puede buscar proveedores visitando [www.humana.com/dental-insurance](http://www.humana.com/dental-insurance) e ingrese sus criterios de búsqueda.

- DHMO HumanaDental DHMO HS190
- DPPO PPO/Traditional Preferred



## RESUMEN DEL PLAN

RESUMEN DEL PLAN	DHMO
<b>Visita al consultorio (D9430)</b>	Sin cargo
Limpieza de rutina (1110/1120) 2 en cualquier 12 meses	Sin cargo
Radiografías de rutina	Sin cargo
Amalgama (Relleno) (2140)	Sin cargo
Extracción	\$15 de copago
Endodoncia – Molar (3330)	\$190 de copago
Periodoncia (D4210)	\$110 de copago
Ortodoncia - Niño / Adulto	\$1,650/\$1,650
Implantes – máximo \$1,500	50% coseguro
<b>Aportes de nómina</b>	<b>Semanalmente</b>
Solo empleado	\$4.06
Empleado + Cónyuge	\$7.14
Empleado + Hijo(s)	\$8.84
Familiar	\$11.22

## RESUMEN DEL PLAN

RESUMEN DEL PLAN	DPPO	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Beneficio máximo por año calendario</b>	Ilimitado	
<b>Deducible por año calendario (DED)</b>		
Individual	\$50	\$50
Familia	\$150	\$150
<b>Servicios preventivos</b>		
Exámenes (3 por año calendario)	El plan paga el 100%, no se aplica DED	El plan paga el 100%, no se aplica DED
Limpiezas (3 por año calendario)	El plan paga el 100%, no se aplica DED	El plan paga el 100%, no se aplica DED
Radiografías	El plan paga el 100%, no se aplica DED	El plan paga el 100%, no se aplica DED
<b>Servicios básicos (después del DED)</b>		
Empastes, Cirugía Oral, Pero y Endo	80%	80%
<b>Servicios principales</b>		
Coronas, prótesis dentales, puentes	El plan paga el 50% después del DED	El plan paga el 50% después del DED
Implantes	Descubierto	Descubierto
<b>Ortodoncia; \$2,000 máximo de por vida</b>		
	A los 19 años solo el 50%	
<b>Aportes de nómina</b>	<b>Semanalmente</b>	
Solo empleado	\$7.31	
Empleado + Cónyuge	\$14.61	
Empleado + Hijo(s)	\$21.89	
Familiar	\$29.97	

## PLAN DE LA VISTA

Puede recibir los siguientes beneficios de la vista cuando se inscribe en el plan de la vista de la **Humana**:

- Cada 12 meses, la **Humana** cubre su examen de la vista y lentes o lentes de contacto
- Cada 24 meses, la **Humana** cubre sus marcos

**Nota:** Puede buscar proveedores en <https://www.humana.com/vision-insurance> e ingresar sus criterios de búsqueda: Find a Vision Center - Humana Insight Network

A continuación, se encuentran los puntos destacados del plan y sus contribuciones.

### RESUMEN DEL PLAN

### VISIÓN

	Dentro de la red
<b>Examen: 1 cada 12 meses</b>	\$10 de copago
<b>Lentes: 1 cada 12 meses</b>	
Soltero	\$15 de copago
Bifocales	\$15 de copago
Trifocales	\$15 de copago
<b>Marcos: 1 cada 24 meses</b>	Asignación de \$130, luego 20% de descuento en el saldo restante
<b>Lentes de contacto<sup>1</sup>: 1 cada 12 meses</b>	Hasta \$130
<b>Cirugía LASIK</b>	No cubierto
<b>Aportes de nómina</b>	<b>Semanalmente</b>
Solo empleado	\$1.43
Empleado + Cónyuge	\$2.86
Empleado + Hijo(s)	\$3.02
Empleado + Familia	\$4.58

Además de los proveedores independientes de Humana, la red también incluye ubicaciones minoristas específicas.



# PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

Entendemos que usted y los miembros de su familia pueden experimentar una variedad de desafíos personales o relacionados con el trabajo. El Programa de asistencia al empleado a través de **Humana** es un beneficio pagado por la empresa que se ofrece a usted y a los miembros de su familia y le brinda acceso confidencial a recursos, información y asesoramiento.

Con la aplicación **LifeWorks de Humana**, puede conectarse rápida y fácilmente a todos sus recursos y herramientas de EAP y a nuestro nuevo centro de conexión. Descargue la aplicación EAP de App Store o Google Play y tendrá acceso instantáneo a EAP cuando lo necesite, dondequiera que esté.

## Conéctese con un profesional de EAP

- Interactuar con un experto en salud mental cuando sea conveniente para usted, desde su teléfono inteligente o tableta.

## Encuentre recursos locales

- Obtenga la ayuda que usted o los miembros de su hogar necesitan, en su comunidad o cerca del trabajo.

## Explorar temas de bienestar

- Encuentre información útil sobre carrera y trabajo, familia y relaciones, salud y bienestar en cualquier momento que lo necesite, en cualquier lugar donde se encuentre.

## Usar el centro de conexión

- Conéctese con tres nuevas experiencias de bienestar: Talkspace, Stop, Breathe and Think o Five Minute Journal, dondequiera que esté y cuando esté listo.

## ¡Nunca ha sido tan fácil aprovechar al máximo su programa EAP!

Descargue la aplicación **LifeWorks de Humana** desde App Store o Google Play:

- Nombre de usuario de la aplicación EAP: **hum**
- Contraseña de la aplicación EAP: **hum**

## LA VIDA ES MÁS FÁCIL. PARA ASISTENCIA GRATUITA Y CONFIDENCIAL DE EAP

Llame: 1-844-264-3286

TTY: 711

Inicie sesión: [www.login.lifeworks.com](http://www.login.lifeworks.com)

Nombre de usuario: **hum**

Contraseña: **eap**

# BENEFICIOS VOLUNTARIOS



## Seguro de protección contra accidentes

Ayuda a brindar estabilidad financiera para los gastos diarios y el tratamiento médico si ocurre un accidente cubierto. Beneficios incluidos:

- Ambulancia
- Tratamiento en la sala de emergencias
- Quiropráctica y terapias alternativas
- El manejo del dolor
- Reparación/reemplazo de prótesis
- Bienestar

Aportes de nómina	Semanalmente
Solo empleado	\$2.84
Empleado + Cónyuge	\$4.39
Empleado + Hijo(s)	\$5.46
Empleado + Familia	\$7.01

## Plan de Indemnización Hospitalaria

Alivia la carga financiera de las visitas al hospital al proporcionar beneficios en efectivo para ayudar con los gastos de bolsillo no cubiertos por su seguro médico principal. Sus beneficios incluyen:

- Hospitalización
- Admisión hospitalaria
- Cuidados intensivos hospitalarios
- Unidad reductora de cuidados intensivos intermedios
- Gastos de subsistencia diarios
- Cobertura para recién nacidos 60 días desde el nacimiento

Aportes de nómina	Semanalmente
Solo empleado	\$11.02
Empleado + Cónyuge	\$21.31
Empleado + Hijo(s)	\$17.66
Empleado + Familia	\$27.95

## Enfermedad grave

Pago de una suma global de \$10,000 al momento del diagnóstico de:

- Cáncer interno/invasivo
- Ataque al corazón
- Carrera
- Insuficiencia renal en etapa terminal
- Trasplante de Órgano Mayor
- Paro cardíaco repentino

<b>Empleado</b>	<b>Semanalmente</b>
<b>Edad</b>	<b>\$10,000 Beneficio</b>
18-25	\$0.99
26-30	\$1.30
31-35	\$1.54
36-40	\$2.02
41-45	\$2.44
46-50	\$2.90
51-55	\$4.51
56-60	\$4.45
61-65	\$9.09
66+	\$15.96

<b>Cónyuge</b>	<b>Semanalmente</b>
<b>Edad</b>	<b>\$10,000 Beneficio</b>
18-25	\$0.65
26-30	\$0.81
31-35	\$0.93
36-40	\$1.17
41-45	\$1.37
46-50	\$1.61
51-55	\$2.41
56-60	\$2.38
61-65	\$4.70
66+	\$8.13



## AVISOS ANUALES

### **Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare Aviso importante de SPRINKLERMATIC FL LLC**

#### **Acerca de su cobertura de medicamentos recetados y Medicare**

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

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

- 1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare se puso a disposición en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.**
- 2. SPRINKLERMATIC FL LLC ha determinado que, en promedio, para todos los participantes del plan, se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan de salud pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es de cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.**

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de SPRINKLERMATIC FL LLC como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura de SPRINKLERMATIC FL LLC será el pagador principal de sus beneficios de medicamentos recetados y Medicare pagará de forma secundaria. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare se reducirá significativamente. Por lo general, Medicare pagará principalmente por sus beneficios de medicamentos recetados si participa en la cobertura de SPRINKLERMATIC FL LLC como ex empleado.

También puede optar por cancelar su cobertura de SPRINKLERMATIC FL LLC. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y dejar su cobertura actual de SPRINKLERMATIC FL LLC, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con SPRINKLERMATIC FL LLC y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima de beneficiario base de Medicare por mes por cada mes que no tenía esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima del beneficiario base de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente octubre para unirse.

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

Póngase en contacto con la persona que figura a continuación para obtener más información. **Nota:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de SPRINKLERMATIC FL LLC cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

## **Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...**

En el manual "Medicare & You" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Recibirá una copia del manual por correo de Medicare todos los años. También puede ser contactado directamente por 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 a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la contraportada de su copia del manual "Medicare y Usted" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la web en [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 acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima mayor (una penalización).**

Fecha: agosto 26, 2022

Nombre de la entidad/remitente: SPRINKLERMATIC FL LLC

Contacto--Puesto/Oficina: Giselle Aquino / Human Resources Manager

Dirección: 4740 Davie Road Davie, FL 33314

Número de teléfono: 877-327-7823 Ext 263

## Aviso de Derechos de Inscripción Especial de HIPAA

Si está rechazando la inscripción en la cobertura de salud grupal para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de 30 días o cualquier período más largo que corresponda según el plan después de que termine su cobertura suya o a la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días o cualquier período más largo que corresponda según el plan después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación para adopción.

Por último, usted y/o sus dependientes pueden tener derechos especiales de inscripción si se pierde la cobertura de Medicaid o un programa de seguro médico estatal ("CHIP"), o cuando usted y/o sus dependientes obtengan elegibilidad para la asistencia estatal premium. Tiene 60 días a partir de la ocurrencia de uno de estos eventos para notificar a la compañía e inscribirse en el plan.

Es posible que tenga tiempo adicional para solicitar la inscripción debido a COVID-19. Para solicitar inscripción especial u obtener más información, comuníquese con:

Giselle Aquino

877-327-7823 Ext 263

[Giselle@sprinklermatic.net](mailto:Giselle@sprinklermatic.net)

## Aviso de la Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer (WHCRA)

¿Sabe que su plan, según lo exige la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998, brinda beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluyendo linfedema?

Estos beneficios se brindarán con los mismos deducibles y coseguros correspondientes a otros beneficios médicos y quirúrgicos ofrecidos por este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, comuníquese con el administrador de su plan.

## Aviso de la Ley de protección de la salud de los recién nacidos y las madres (NMHPA)

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier duración de la estadía en el hospital en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después del parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dar el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir que una hospitalización no exceda las 48 horas (o 96 horas).



## Nuevas opciones del mercado de seguros de salud y su cobertura de salud

Formulario aprobado

OMB No. 1210-0149

### Parte A: Información general

Ahora que las partes clave de la ley de atención médica han entrado en vigencia, hay una nueva forma de comprar un seguro médico: El mercado de seguros de salud. Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece su empleador.

#### ¿Qué es el mercado de seguros de salud?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece "compras únicas" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado comienza en el otoño de 2021 para la cobertura a partir del 1 de enero de 2022.

#### ¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro de salud en el mercado?

Puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar.

## ¿La cobertura de salud del empleador afecta la elegibilidad para ahorros premium a través del mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con ciertos estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura o no le ofrece cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a otros miembros de su familia) es más del 9,83% (para el 2021) de los ingresos de su hogar para el año, o si la cobertura que brinda su empleador no cumple el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, usted puede ser elegible para un crédito fiscal.<sup>1</sup>

**Nota:** Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, puede perder la contribución del empleador (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador, así como su contribución de empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye de los ingresos para fines del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

## ¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre su cobertura ofrecida por su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con su departamento de Recursos Humanos.

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y sus costos. Visite [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro de salud e información de contacto para un Mercado de seguros de salud en su área.

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

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

<b>3. Nombre del empleador</b>	<b>4. Número de identificación del empleador (EIN, sigla en inglés)</b>	
Sprinklermatic FL LLC	65-0733326	
<b>5. Dirección del empleador</b>	<b>6. Número de teléfono del empleador</b>	
4740 Davie Road	877-327-7823 Ext 263	
<b>7. Ciudad</b>	<b>8. Estado</b>	<b>9. Código Postal</b>
Davie	Florida	33314
<b>10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo?</b>		
Giselle Aquino		
<b>11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)</b>	<b>12. Dirección de email</b>	
	Giselle@sprinklermatic.net	

<sup>1</sup>Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

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

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:
  - Todos los empleados.
  - Algunos empleados. Los empleados elegibles son:
    - Empleados que trabajen 30 horas o más a la semana.
- Con respecto a los dependientes:
  - Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:
    - Cónyuge o pareja de hecho e hijos hasta los 26 o 30 años, si califican
  - No ofrecemos cobertura.

Si está marcada, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted pretende ser asequible, según los salarios de los empleados.

\*\*Incluso si su empleador pretende que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento premium a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento de la prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (tal vez es un empleado por horas o trabaja a comisión), si recién obtuvo el empleo a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, es posible que aún califique para un descuento premium.

Si decide comprar cobertura en el Mercado, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lo guiará en el proceso. Aquí está la información del empleador que ingresará cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

## Asistencia premium bajo Medicaid y el Programa de seguro médico para niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia premium que puede ayudarlo a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia premium, pero puede comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para más información visite [www.healthcare.gov](https://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en un estado que se detalla a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia de prima disponible.

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

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir ayuda con la prima a través de Medicaid o CHIP, y también son elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de los requisitos para recibir asistencia**

**de prima.** Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

**Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:**

<b>ALABAMA-Medicaid</b>	<b>CALIFORNIA-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>
<b>ALASKA-Medicaid</b>	<b>COLORADO-Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y salud infantil Plan Plus (CHP+)</b>
El sitio web del Programa de pago de primas de AK Health Insurance: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad para Medicaid: <a href="http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx">http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx</a>	Sitio web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a> Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ State Relay 711 CHP+: <a href="https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus">https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus</a> Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): <a href="https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program">https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program</a> Servicio al cliente del HIBI: 1-855-692-6442
<b>ARKANSAS-Medicaid</b>	<b>FLORIDA-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: <a href="https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html</a> Teléfono: 1-877-357-3268
<b>GEORGIA-Medicaid</b>	<b>MAINE-Medicaid</b>
Un sitio web de HIPP: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a> Teléfono: 678-564-1162, Presione 1, sitio web de GA CHIPRA: <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a> Teléfono: (678) 564-1162, Presione 2	Sitio web de la inscripción: <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a> Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711  Página web de primas de seguros de salud privados: <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a> Teléfono: -800-977-6740. TTY: Maine relay 711

<p align="center"><b>INDIANA-Medicaid</b></p> <p>Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años          Sitio web: <a href="http://www.in.gov/fssa/hip/">http://www.in.gov/fssa/hip/</a>          Teléfono: 1-877-438-4479          Todos los demás Medicaid          Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a> Teléfono 1-800-457-4584</p>	<p align="center"><b>MASSACHUSETTS-Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a>          Teléfono: 1-800-862-4840</p>
<p align="center"><b>IOWA-Medicaid y CHIP (Hawki)</b></p> <p>Sitio web de Medicaid:  <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members">https://dhs.iowa.gov/ime/members</a>          Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366          Sitio web de Hawki:  <a href="http://dhs.iowa.gov/Hawki">http://dhs.iowa.gov/Hawki</a>          Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563          Sitio web de HIPP: <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp">https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp</a>          Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p align="center"><b>MINNESOTA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp">https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</a>          Teléfono: 1-800-657-3739</p>
<p align="center"><b>KANSAS-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a>          Teléfono: 1-800-792-4884</p>	<p align="center"><b>MISSOURI-Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a>          Teléfono: 573-751-2005</p>
<p align="center"><b>KENTUCKY-Medicaid</b></p> <p>Pago de la prima del seguro médico integrado de Kentucky          Sitio web del programa (KI-HIPP):  <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a>          Teléfono: 1-855-459-6328          Correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPPI.PROGRAM@ky.gov">KIHIPPI.PROGRAM@ky.gov</a></p> <p>Sitio web de KCHIP: <a href="https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx">https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</a>          Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Kentucky Medicaid: <a href="https://chfs.ky.gov">https://chfs.ky.gov</a></p>	<p align="center"><b>MONTANA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a>          Teléfono: 1-800-694-3084</p>
<p align="center"><b>LOUISIANA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://www.medicicaid.la.gov">www.medicicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.lahipp.la.gov">www.lahipp.la.gov</a>          Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p align="center"><b>NEBRASKA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a>          Teléfono: 1-855-632-7633          Lincoln: 402-473-7000          Omaha: 402-595-1178</p>
<p align="center"><b>NEVADA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcnp.nv.gov">http://dhcnp.nv.gov</a>          Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p align="center"><b>CAROLINA DEL SUR-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a> Teléfono: 1-888-549-0820</p>
<p align="center"><b>NEW HAMPSHIRE-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm">https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm</a>          Teléfono: 603-271-5218          Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, extensión 5218</p>	<p align="center"><b>DAKOTA DEL SUR-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a>          Teléfono: 1-888-828-0059</p>



<b>NUEVA JERSEY-Medicaid y CHIP</b>	<b>TEXAS-Medicaid</b>
Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a> Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a> Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	Sitio web: <a href="http://gethipptexas.com/">http://gethipptexas.com/</a> Teléfono: 1-800-440-0493
<b>NUEVA YORK-Medicaid</b>	<b>UTAH-Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a> Teléfono: 1-800-541-2831	Sitio web de Medicaid: <a href="https://medicaid.utah.gov/">https://medicaid.utah.gov/</a> Sitio web de CHIP: <a href="http://health.utah.gov/chip">http://health.utah.gov/chip</a> Teléfono: 1-877-543-7669
<b>CAROLINA DEL NORTE-Medicaid</b>	<b>VERMONT-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a> Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: <a href="http://www.greenmountaincare.org/">http://www.greenmountaincare.org/</a> Teléfono: 1-800-250-8427
<b>DAKOTA DEL NORTE-Medicaid</b>	<b>VIRGINIA-Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="http://www.nd.gov/dhs/services/medicalsev/medicaid/">http://www.nd.gov/dhs/services/medicalsev/medicaid/</a> Teléfono: 1-844-854-4825	Sitio web: <a href="https://www.coverva.org/en/famis-select">https://www.coverva.org/en/famis-select</a> <a href="https://www.coverva.org/en/hipp">https://www.coverva.org/en/hipp</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924
<b>OKLAHOMA-Medicaid y CHIP</b>	<b>WASHINGTON-Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a> Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a> Teléfono: 1-800-562-3022

Para ver si otros estados han agregado un programa de ayuda con la prima desde el 31 de julio de 2021, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de EE. UU.  
 Administración de seguridad 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 EE. UU.  
 Centros de servicios de Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
 1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

### **Declaración de la Ley de Reducción de Papeleo**

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995 (Pub. L 104-13) (PRA), no se requiere que las personas respondan a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por OMB bajo la PRA, y muestre un número de control de OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. Ver 44 U.S.C. 3507. Además, a pesar de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control OMB válido actualmente. Ver 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de informes públicos para esta recopilación de información promedia aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre el cálculo de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Políticas e Investigación, con atención a: Oficial de autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, NW, Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y haga referencia al número de control de OMB 1210-0137.

Número de control de OMB 1210-0137 (vence el 1/31/2023)

## Modelo de Aviso general de los derechos de continuidad de cobertura de COBRA

**\*\* Derechos de continuidad de cobertura de COBRA\*\***

### ***Introducción***

Usted recibió este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso tiene información importante sobre su derecho a la continuidad de cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la continuidad de cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y lo que debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando se vuelve elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuidad de la cobertura de COBRA.

El derecho a la continuidad de cobertura de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuidad de cobertura de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal se termine. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, debe revisar la Descripción resumida del plan del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

**Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal.** Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de seguros médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual es elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscritos tardíos.

### ***¿Qué es la continuidad de cobertura de COBRA?***

La continuidad de cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, finalizaría debido a un evento de la vida. Esto también se denomina "evento calificativo". Los eventos específicos que califican se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificativo, se debe ofrecer la continuidad de cobertura de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura del Plan se pierde debido al evento calificativo. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuidad de cobertura de COBRA deben pagar la continuidad de cobertura de COBRA.

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

- Se reducen sus horas de trabajo, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte.

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

- Su cónyuge muere;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte;
- Su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- El padre-empleado muere;
- Se reducen las horas de trabajo del padre-empleado;
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte;
- El padre-empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

### ***¿Cuándo está disponible la continuidad de cobertura de COBRA?***

El Plan ofrecerá la continuidad de cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el administrador del plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento calificativo. El empleador debe notificar al administrador del plan de los siguientes eventos calificativos:

- La finalización del empleo o la reducción de horas de empleo;
- La muerte del empleado;
- El empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).

**Para todos los demás eventos calificativos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o la pérdida de la elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al administrador del plan dentro de 60 días o un período más largo permitido según los términos del Plan. después de que ocurra el evento calificativo.**

### ***¿Cómo se proporciona la continuidad de cobertura de COBRA?***

Una vez que el administrador del plan reciba la notificación de que ha ocurrido un evento calificativo, se ofrecerá la continuidad de cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la continuidad de cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuidad de cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuidad de cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuidad de cobertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos calificativos, o un segundo evento calificativo durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que se puede extender este período de 18 meses de continuidad de cobertura de COBRA:

### ***Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la continuidad de cobertura de COBRA***

Si el Seguro Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y usted notifica al administrador del plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de la continuidad de cobertura de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuidad de cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la continuidad de cobertura de COBRA.

### ***Segunda extensión de evento calificativo del período de continuidad de cobertura de 18 meses***

Si su familia experimenta otro evento calificativo durante los 18 meses de la continuidad de cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de la continuidad de cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento calificativo. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la continuidad de cobertura de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificativo hubiese causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si no hubiese ocurrido el primer evento calificativo.

### ***¿Existen otras opciones de cobertura además de la continuidad de cobertura de COBRA?***

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

### ***¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuidad de cobertura de COBRA después de que finalice la cobertura de mi plan de salud grupal?***

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses<sup>2</sup> para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, comenzando

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

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

Si está inscrito tanto en la continuidad de cobertura de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador principal) y la continuidad de cobertura de COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare. Para obtener más información visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

### ***Si tiene preguntas***

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de continuidad de cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos por Jubilación de Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Precio y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo en su área o visite [www.dol.gov/agencias/ebsa](http://www.dol.gov/agencias/ebsa). (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

### ***Mantenga informado a su Plan de los cambios de dirección***

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al administrador del plan.

### ***Información de contacto del plan***

Nombre de la entidad/remitente: SPRINKLERMATIC FL LLC

Contacto--Puesto/Oficina: Giselle Aquino / Human Resource Manager

Dirección: 4740 Davie Road Davie, FL 33314

Número de teléfono: 877-327-7823 Ext 263

---

<sup>2</sup> <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-ab/part-a-part-b-sign-up-periods>.

# Aviso del programa de bienestar de la EEOC

## AVISO SOBRE EL PROGRAMA DE BIENESTAR

El programa de bienestar del portador es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa se administra de acuerdo con las reglas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación de Información Genética de 2008 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, según corresponda, entre otros. Si elige participar en el programa de bienestar, se le pedirá que complete una evaluación voluntaria de riesgos para la salud o "HRA" que hace una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si tiene o ha tenido ciertas afecciones médicas (p. Ej., cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca). También se le pedirá que complete un examen biométrico, que incluirá un análisis de sangre para afecciones específicas. No es necesario que complete la HRA o que participe en el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que elijan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo por participar en el programa. Aunque no está obligado a completar la HRA ni a participar en la evaluación biométrica, solo los empleados que lo hagan recibirán el incentivo.

Puede haber incentivos adicionales disponibles para los empleados que participan en ciertas actividades relacionadas con la salud o logran ciertos resultados de salud. Si no puede participar en ninguna de las actividades relacionadas con la salud o lograr cualquiera de los resultados de salud requeridos para ganar un incentivo, puede tener derecho a una adaptación razonable o un estándar alternativo. Puede solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo comunicándose con Recursos Humanos.

La información de su HRA y los resultados de su evaluación biométrica se usarán para brindarle información que lo ayude a comprender su salud actual y los riesgos potenciales, y también se pueden usar para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar. También se le anima a compartir sus resultados o inquietudes con su propio médico.

### **Protecciones contra la divulgación de información médica**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica identificable. Aunque el programa de bienestar y nuestra empresa pueden utilizar la información agregada que recopila para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, el programa de bienestar nunca revelará su información personal ni públicamente ni al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud suya para una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo permita expresamente la ley. La información médica que lo identifica y que se proporciona en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y nunca se utilizará para tomar decisiones con respecto a su empleo.

Su información médica no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ninguna manera, excepto en la medida en que lo permita la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni se le exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información médica como una condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquiera que reciba su información con el propósito de brindarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. Las únicas personas que recibirán su información médica identificable son una enfermera titulada, un médico o un asesor de salud, con el fin de brindarle los servicios del programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus registros personales, la información almacenada electrónicamente se cifrará y ninguna información que proporcione como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar una decisión de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar toda violación de la privacidad de los datos y, en caso de que ocurra una violación a la privacidad de los datos que involucre la información que usted proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato.

No puede ser discriminado en el trabajo debido a la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar, ni puede ser objeto de represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con Recursos Humanos.

## Aviso de protección del paciente

La aseguradora generalmente requerirá la designación de un proveedor de atención primaria. Tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Hasta que haga esta designación, [name of group health plan or health insurance issuer] designará uno para usted. Si desea información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con Recursos Humanos.

Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de SPRINKLERMATIC FL LLC ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se requiera que el profesional de la atención médica cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, un plan de tratamiento aprobado previamente o que cumpla con los procedimientos para hacer derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con Recursos Humanos.



*Diseñada por: Marsh McLennan Agency FL*