KAIROS
HEALTH ARIZONA, INC.

GUÍA DE BENEFICIOS 2024–2025

MINGUS UHSD NO. 4

ANTES DE COMENZAR

CONOZCA KAIROS

¡Hola! Somos Kairos, el administrador de su plan de beneficios. Cuando tenga dudas sobre cualquier aspecto incluido en esta guía, puede hacernos preguntas. Somos sus amigables expertos; ¡estamos a su disposición para ayudarle!

CONSEJOS:

AÑO DEL PLAN

El plan de Kairos se extiende del 1 de julio al 30 de junio de cada año. Esto significa que cada 1 de julio se restablecerán los deducibles y los máximos de desembolso personal.

¿QUÉ HAY DE NUEVO?

Este año, se han introducido interesantes mejoras, que se indican en la sección correspondiente de la guía. Simplemente busque todo lo que esté marcado como "¡Nuevo!".

ACERCA DE ESTA GUÍA

Esta guía ofrece un resumen de las opciones de beneficios para ayudarle a tomar las decisiones correctas para usted y su familia.

Tenga a la mano una copia de la guía durante todo el año. Puede ser útil cuando se presentan situaciones específicas de atención de la salud.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN

ELIJA SU PLAN

Seleccione una opción de programa médico y decida a quién va a cubrir.

HAGA UNA CONTRIBUCIÓN A SU CUENTA

Si usted tiene la opción de inscribirse en un plan de salud con deducible alto (high deductible health plan, HDHP), no se pierda la oportunidad de hacer contribuciones a la cuenta de ahorros para la salud (health savings account, HSA).

CUIDE A SUS SERES QUERIDOS

Revise y actualice las designaciones de beneficiarios para los beneficios del seguro de vida según sea necesario.

¿SUS DEPENDIENTES AÚN SON ELEGIBLES?

Confirme que los dependientes de hasta 26 años aún sean elegibles para inscribirse.

ELIJA SUS OTRAS COBERTURAS

Si corresponde, revise y decida si desea elegir algún beneficio adicional pagado por el empleado.

¿TIENE PREGUNTAS?

COMUNÍQUESE CON KAIROS
888.331.0222
svc.kairoshealthaz.org

UMR
Beneficios médicos
844.212.6811
umr.com

MAXORPLUS
Beneficios de medicamentos de venta con receta
800.687.0707
maxorplus.com

TELADOC
Beneficios de telesalud
800.835.2362
teladoc.com

REGLAS DEL PLAN

¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

La elegibilidad varía según la empresa para la cual usted trabaja, pero las siguientes son algunas categorías generales de elegibilidad:

- ✓ Empleados a tiempo completo
- ✓ Empleados a tiempo parcial (si lo permite la empresa)
- ✓ Miembros activos del directorio o miembros del consejo, según lo permitan sus organizaciones
- ✓ Dependientes de empleados inscritos, incluidos:
  - — cónyuges legalmente casados
  - — parejas de unión libre (si lo permite la empresa; los hijos de las parejas de unión libre no son elegibles)
  - — hijos dependientes de hasta 26 años
  - — hijos solteros que tienen discapacidades mentales o físicas, y dependen completamente del empleado inscrito para su apoyo y manutención

¿CUÁNDO PUEDO HACER UN CAMBIO?

Usted puede hacer cambios o elegir beneficios una vez al año durante las inscripciones abiertas. Fuera de las inscripciones abiertas, el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) establece que debe ocurrir un "evento de vida que califica" para poder hacer cambios.

Si usted tiene un evento de vida que califica y necesita hacer un cambio en sus beneficios, debe notificar a la empresa dentro **de los 31 días** del evento. De lo contrario, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripciones abiertas.

Ejemplos de eventos de vida que califican que pueden hacer posible un cambio a mediados de año:

- Matrimonio, divorcio, separación legal o anulación de matrimonio
- Nacimiento, adopción, puesta en adopción o tutela legal de un hijo
- Muerte de un dependiente
- Cambio en el empleo de su cónyuge o pérdida involuntaria de la cobertura de salud del plan de otra empresa para la cual trabaja
- Cambio en el estado de elegibilidad de su dependiente

Los recién nacidos no se agregan automáticamente a su cobertura médica. Usted debe notificar a la empresa dentro de los 31 días de la fecha de nacimiento y pagar la cantidad total de la prima por el mes en que se agrega al hijo.

Si pierde una cobertura médica a través del Mercado a mediados de año, no podrá inscribirse en el plan de Kairos. Sin embargo, usted puede dejar su cobertura médica de Kairos para inscribirse en un plan del Mercado a mediados de año.

¿QUÉ SIGNIFICA TODO ESTO?

Hablemos de algunos términos del seguro de salud para que sean fáciles de entender.

DEDUCIBLE
Es la cantidad de dinero que usted tiene que pagar cada año del plan (de julio a junio) por los servicios cubiertos antes de que se activen sus beneficios del seguro de salud.

COASEGURO
Es un porcentaje de los costos médicos cubiertos que usted paga una vez que alcanza su deducible. El plan paga el resto.

MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL (OOP)
El Máximo de Desembolso Personal (Out-of-Pocket, OOP) es lo máximo que usted pagará por los servicios cubiertos durante el año del plan. El máximo de desembolso personal pone un tope a los costos de atención de la salud si usted alguna vez tiene una enfermedad o lesión importante.

DEDUCIBLE INTEGRADO
Cada miembro de la familia tiene su propio deducible Y hay un deducible para toda la familia. Después de que una persona alcanza su deducible, el plan comienza a pagar beneficios por esa persona. Una vez que se alcanza el deducible familiar, el plan paga beneficios por todos.

DEDUCIBLE NO INTEGRADO
Toda la familia comparte un solo deducible. Antes de que el plan comience a pagar los beneficios, se debe alcanzar el deducible familiar.

PLAN DE SALUD CON DEDUCIBLE ALTO (HDHP) VS. PLAN DE UNA ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO)
Un HDHP es un tipo de plan médico que tiene una prima mensual más baja, pero un deducible anual más alto. Por lo general, se asocia con una cuenta de ahorros para la salud (HSA) para ayudar a pagar los gastos médicos.

Un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) es un plan que tiene una prima mensual más alta, pero un deducible anual más bajo. Los planes PPO a veces tienen copagos por servicios, a diferencia de los HDHP.

DENTRO DE LA RED VS. FUERA DE LA RED
Los proveedores dentro de la red son contratados para prestar servicios a una tarifa con descuento. Los proveedores fuera de la red no. La mejor manera de ahorrar dinero en atención de la salud generalmente es atenderse dentro de la red.

PACIENTES HOSPITALIZADOS VS. AMBULATORIOS
Los servicios para pacientes hospitalizados son aquellos que usted recibe cuando es admitido en un hospital o en un centro y pasa al menos una noche. Los servicios ambulatorios pueden variar, pero son servicios que se reciben en un centro en el que usted no ha sido admitido.

AUTORIZACIÓN PREVIA
Es la aprobación previa que se requiere para que el plan cubra ciertos servicios, medicamentos de venta con receta y equipo médico. A veces se llama “preautorización” o “precertificación”.

¿Desea obtener más información?
Escanee el código para ver este video informativo

¿Cómo funciona mi plan médico?

USTED PAGA	USTED PAGA, KAIROS PAGA	KAIROS PAGA
DEDUCIBLE Los costos que usted cubre por su cuenta	**COASEGURO** Los costos que usted comparte con Kairos	**COSTOS POR ENCIMA DEL MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL** Una vez que usted alcanza su límite de desembolso personal, Kairos cubre los costos hasta el final del año del plan

USTED ALCANZA SU MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL

BENEFICIOS MÉDICOS

UMR

UMR es el procesador de reclamos médicos y usa la red UnitedHealthcare (UHC) Choice Plus. Esta es una red PPO, que es un grupo de proveedores de atención de la salud que hacen un descuento en lo que le cobran por los servicios. Si usted recibe servicios dentro de la red, estos le costarán menos.

¿Y qué hace Kairos?

KAIROS
El Plan

Kairos administra y financia todos los planes de atención de la salud y coberturas voluntarias. También trabajamos estrechamente con la empresa para la cual usted trabaja para administrar sus beneficios.

UnitedHealthcare
La Red Médica

Los planes médicos de Kairos usan la red de UnitedHealthcare. Si su médico le pregunta qué red tiene, usted le dirá: "United".

UMR
La Administración de Reclamos

UMR procesa sus reclamos médicos. Cuando usted consulta a su médico, este envía el reclamo a UMR. Si tiene preguntas sobre su cobertura médica, llame a Kairos o a UMR (no a United).

ADMINISTRE SUS BENEFICIOS

Cree su cuenta móvil en umr.com para aprovechar al máximo sus beneficios médicos. Necesitará tener su tarjeta de identificación a mano para poder registrarse.

Una vez que haya ingresado, podrá:

- ✓ Ver/imprimir/solicitar tarjetas de identificación
- ✓ Ver reclamos médicos
- ✓ Revisar su deducible y sus límites de desembolso personal
- ✓ Buscar la mejor atención y la más eficiente en costo

BUSQUE UN MÉDICO

Si quiere buscar un médico, ino es necesario iniciar sesión! En cambio, siga estos pasos simples:

- ✓ Visite umr.com
- ✓ Seleccione "Find a Provider" (Buscar un Proveedor)
- ✓ En la barra de búsqueda "Provider Network" (Red de Proveedores), escriba el nombre de la red: **UnitedHealthcare Choice Plus**
- ✓ Haga clic en "Search" (Buscar) y, a continuación, vea los proveedores
- ✓ Escriba su dirección o código postal

Ahora podrá buscar por nombre de proveedor, ubicaciones, servicios y mucho más.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

MAXORPLUS

Cuando usted se inscribe en la cobertura médica de Kairos, recibe automáticamente la cobertura de medicamentos de venta con receta a través de MaxorPlus. Este beneficio le permite surtir recetas a través de cualquier farmacia participante incluida en la red de farmacias MaxorPlus.

Regístrese en el portal para miembros de MaxorPlus para hacer lo siguiente:

- Localizar la farmacia de la red más cercana y eficiente en costo
- Ver el Formulario del plan (una lista de medicamentos de venta con receta que podrían estar cubiertos por el plan)
- Buscar su historial de recetas y los costos del plan

CONSEJOS PARA AHORRAR EN MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Según su tipo de medicamento, dosis y frecuencia, los gastos pueden aumentar rápidamente. Pero usted tiene opciones para reducir sus costos de desembolso personal. ¡Pruebe estos sencillos pasos para ahorrar algunos dólares!

TOME MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Los medicamentos genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que la versión de marca registrada de sus medicamentos. La única diferencia es que son mucho más baratos. Hable con el profesional que receta para saber si los medicamentos genéricos son adecuados para usted.

BUSQUE PRECIOS

Así como podría ir a la pesca de esas excelentes ofertas de *Black Friday*, usted puede comparar precios de medicamentos. Inicie sesión en el portal para miembros de MaxorPlus y use la calculadora de copagos para encontrar la farmacia más eficiente en costo cerca de usted. *(Créalo o no, no todas las farmacias cobran la misma cantidad por el mismo medicamento).*

USE EL PEDIDO POR CORREO

El servicio de pedido por correo le envía los medicamentos directamente a su domicilio. Si usted toma un medicamento genérico, le costará menos que si va a su farmacia local. Por ejemplo, si un medicamento de venta con receta cuesta $25 por un suministro de tres meses en una farmacia de venta al por menor, podría costar $20 a través del pedido por correo. ¡Es como obtener tres meses gratis cada año!

REGÍSTRESE PARA PARTICIPAR EN MYMAXORLINK

El programa de descuento myMaxorLink hace el trabajo por usted. Una vez inscrito, usted recibirá automáticamente información sobre medicamentos de venta con receta de menor costo, recordatorios específicos de su cobertura y otras novedades importantes de salud. Llame al 888.596.0723 para inscribirse o visite mymaxorlink.com/maxorplus.

ENFERMERAS DE *SU* LADO

PROGRAMA DE ENFERMERAS ASESORAS

KAIROSPRO NAVIGATORS

Manejar la atención de la salud y los seguros puede ser complicado y abrumador. Nosotros podemos ayudar con esas cuestiones. A través del programa de Enfermeras Asesoras de KairosPro (KairosPro Nurse Navigators), nuestras enfermeras internas especializadas le ayudan a guiarse por el sistema de atención de la salud, a elegir el mejor tratamiento y a mantener sus costos al mínimo.

Con este programa, usted tiene una persona real de su lado que no solo tiene formación clínica, sino que entiende su cobertura de seguro y está a su disposición para brindarle apoyo **sin costo para usted.**

¿Cómo pueden ayudarle nuestras enfermeras?

- ✓ Buscan proveedores dentro de la red
- ✓ Le ayudan con apelaciones y autorizaciones previas
- ✓ Revisan y controlan los reclamos
- ✓ Obtienen recetas e indicaciones médicas
- ✓ Controlan los medicamentos y tratamientos médicos de alto costo
- ✓ Coordinan los servicios médicos, las recetas y los suministros de equipo médico duradero
- ✓ Controlan las admisiones como paciente hospitalizado
- ✓ Le ayudan con las necesidades después del alta
- ✓ Supervisan y colaboran con los programas asociados de administración de casos
- ✓ Coordinan la reorientación de la atención, si corresponde
- ✓ Asisten a eventos de pruebas biométricas *in situ* y participan en las actividades de divulgación y seguimiento
- ✓ Investigan y conectan a los miembros con los recursos comunitarios

EXTRA: APOYO PERSONALIZADO PARA LA SALUD MENTAL

Hoy en día, buscar ayuda para los problemas de salud mental no difiere mucho de hablar con un proveedor sobre dolencias físicas: todo forma parte de cuidarse y de cuidar la salud. En este proceso, Kairos sabe que es importante encontrar un sistema de apoyo y orientación profesional que sean adecuados para usted. La buena noticia es que su equipo de Enfermeras Asesoras está a su disposición para ayudarle a:

- Buscar proveedores de salud mental dentro de la red
- Coordinar con su Programa de Asistencia al Empleado (Employee Assistance Program, EAP)
- Organizar los recursos después del alta
- ¡Y mucho más!

¿Desea hablar con una Enfermera Asesora? Llame al número que se indica a continuación o envíe un correo electrónico a nurse@kairoshealthaz.org.

UNA GUÍA HACIA EL BIENESTAR

PROGRAMAS DE BIENESTAR

Nuestros programas de bienestar —disponibles a través de **KairosPro Wellness**— incluyen una variedad de opciones para ayudar a promover una vida más saludable y más feliz. Aproveche estas ofertas sin costo (a menos que vea que se indica un costo).

KAIROSPRO WELLNESS

Programa de acondicionamiento físico Active&Fit

A partir de $28 por mes, obtendrá acceso a más de 18,000 centros de acondicionamiento físico sin contratos a largo plazo. También contará con videos de entrenamiento en línea, capacitación para la vida y opciones para inscribir a su cónyuge.

Centro de bienestar en línea

Nuestro centro en línea ofrece actividades de bienestar para que usted se mantenga encaminado y siga una dieta saludable, controle su peso, realice actividad física y mucho más.

Real Appeal

Es un programa en línea para bajar de peso que ayuda a los empleados a realizar cambios positivos en su estilo de vida y mejorar su salud general. Con la inscripción, recibirá un kit gratuito para tener éxito.

Herramienta de descuentos

A través de EmployeeNetwork.com, puede registrarse para recibir más de 300 descuentos exclusivos, que incluyen boletos para parques temáticos, conciertos, eventos deportivos y mucho más.

(Cuando se registre, use el **Código de la Compañía: Kairos Health**)

¡Nuevo!

Programas CARE (de ATENCIÓN)

Programa de atención de maternidad: Este programa es para embarazadas o aquellas que están planeando quedar embarazadas. ¡Incluye una recompensa de $25 por completarlo!

Programa de atención de condiciones crónicas: Este programa es para aquellos que necesitan ayuda para manejar condiciones crónicas como diabetes, EPOC, asma, hipertensión, etc.

Programa de atención de condiciones complejas: Reciba ayuda con casos complejos, como trasplantes, oncología, maternidad de alto riesgo y atención neonatal.

Aplicación móvil de CARE

Disfrute de soluciones de atención de la salud personalizadas e integradas a través de su dispositivo móvil.

Para inscribirse u obtener más información sobre estos programas, escanee el código o visite svc.kairoshealthaz.org.

LA PREVENCIÓN NO TIENE PRECIO

Queremos ayudarle a mantenerse saludable. Por eso, el plan de Kairos cubre los servicios de atención preventiva de forma gratuita, sin restricciones de edad, cuando usted visita a un proveedor dentro de la red.

Entre los ejemplos de beneficios preventivos, se incluyen:

- ✓ Pruebas de detección del cáncer de próstata
- ✓ Vacunas antigripales y de otro tipo
- ✓ Exámenes de audición
- ✓ Mamografías
- ✓ Colonoscopias
- ✓ Exámenes de detección del cáncer
- ✓ Anticonceptivos genéricos
- ✓ Controles de presión arterial

EVITE IR A LA SALA DE EMERGENCIAS: USE TELADOC

TELADOC

Teladoc permite a quienes estén inscritos en el plan médico usar su teléfono o computadora para realizar una visita virtual en directo—cualquier día, en cualquier momento y lugar— con un profesional médico certificado por la Junta Médica.

Los beneficios de Teladoc incluyen medicina general, salud mental y dermatología para asuntos que no sean de emergencia, como los que se indican a continuación. Durante un tiempo limitado únicamente, todas las visitas están disponibles para los afiliados sin costo adicional (a menos que nuevas normas federales nos indiquen lo contrario).

MEDICINA GENERAL	SALUD MENTAL	DERMATOLOGÍA
• Síntomas de resfrío y gripe • Alergias y sinusitis • Conjuntivitis • Dolor de garganta • Síntomas de gripe • Medicamentos de venta con receta médicamente necesarios	• Estrés y ansiedad • Depresión • Traumas • Duelo • Síndrome de desgaste ocupacional • Administración de los medicamentos	• Eczema • Psoriasis • Reacciones a hiedra venenosa • Sarpullidos • Rosácea

¡ESPERE! ¿SE REGISTRÓ?

Debe crear una cuenta a través de Teladoc antes de poder acceder a sus beneficios. Regístrese con antelación para no tener que preocuparse cuando no se sienta bien. Para inscribirse, escanee el código QR o llame al número que se indica a continuación.

ATENCIÓN INMEDIATA A MENOR COSTO

Evite largas esperas

¿Sabía que el 60% de los pacientes tienen que esperar al menos 2 semanas para una visita al consultorio de su proveedor de atención primaria?

Evite altos costos

A continuación, se indica el costo promedio de los distintos tipos de visita:

Sala de emergencias: $2,800
Centro de atención de urgencia: $200
Teladoc: $0

Evite las largas colas, las esperas y los gastos de la sala de emergencias. Use sus beneficios de telesalud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para asuntos que no sean de emergencia.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Teladoc al 800.835.2362 o visite teladoc.com.

RECURSOS PARA LA VIDA LABORAL Y PERSONAL

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP) DE COMPSYCH

A todos nos viene bien un poco de ayuda a veces. En esos momentos, usted puede hacer uso del EAP. A través del Programa de Asistencia al Empleado (EAP) de ComPsych, usted puede hablar con un asesor sumamente capacitado y compasivo que puede ayudarles a usted y a su familia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con cosas como:

Terapia Gratuita a Corto Plazo

- ✓ Estrés y ansiedad
- ✓ Problemas maritales/de pareja
- ✓ Duelo, pérdida y adaptaciones en la vida
- ✓ Abuso de sustancias
- ✓ Manejo de la depresión menor

Su beneficio incluye 6 sesiones de terapia individuales por miembro de la familia, por asunto, por año, sin costo alguno para usted (o 12 para el personal de servicios de emergencias).

Soluciones para la Vida Laboral y Personal

Obtenga la ayuda que necesite cada día con las soluciones para la vida laboral y personal. Llame al número que se indica al final de la página para recibir ayuda con temas, que incluyen:

- ✓ Buscar cuidado para los hijos, mascotas o personas de la tercera edad
- ✓ Encontrar una vivienda
- ✓ Buscar ayuda financiera
- ✓ Preparar un testamento
- ✓ Enviar a un hijo a la escuela
- ✓ Planificar un proyecto o evento importante

RECURSOS EN LÍNEA

A través del sitio de Internet de ComPsych, tiene acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a información, herramientas y apoyo esenciales.

QUÉ ESPERAR:

- Descuentos en productos y servicios
- Videos, pódcast y artículos educativos
- Capacitaciones a pedido
- Obtenga respuestas personalizadas a sus preguntas con “Ask the Expert” (Pregúntele al Experto)

CÓMO ACCEDER:

1. Visite guidanceresources.com
2. Haga clic en “Register” (Registrarse)
3. Ingrese la Id. de Internet: **KAIROSEAP**
4. Termine de registrarse

¡HABLEMOS DE LOS PLANES!

$750 COPAY

DESCRIPCIÓN GENERAL

	DENTRO DE LA RED[3]	FUERA DE LA RED[3]
DEDUCIBLE[1]	$750/persona $1,500/persona + 1 $2,250/persona + 2 o más	$1,500/persona $3,000/persona + 1 $4,500/persona + 2 o más
MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL[2]	$5,000/persona $10,000/persona + 1 o más	Sin máximo
VISITAS AL CONSULTORIO	Copago de $25 por visita al médico de atención primaria Copago de $50 por visita al especialista	Deducible, después el 50%
TELADOC	Sin deducible, $0	No disponible
ATENCIÓN DE URGENCIA	Copago de $50	Deducible, después el 50%
SALA DE EMERGENCIAS	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 20%
SERVICIOS DE BIENESTAR Mamografías Colonoscopias Vacunas Visitas preventivas (para adultos/niños)	Sin deducible, $0	Deducible, después el 50%
ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA (12 visitas por año)	Copago de $25	Deducible, después el 50%
SERVICIOS DE AUDICIÓN Exámenes/Pruebas Aparato auditivo (1 por oído afectado cada 3 años)	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
SERVICIOS HOSPITALARIOS Servicios para pacientes hospitalizados Servicios para pacientes ambulatorios Pruebas de laboratorio/Radiografías para pacientes ambulatorios (incluyen imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías por emisión de positrones [PET] y tomografías computarizadas [CT])	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
SERVICIOS NO HOSPITALARIOS Pruebas de laboratorio (p. ej. Quest Select) Centro de radiología Centro de infusión	Copago de $25 Copago de $75 Copago de $250	Deducible, después el 50%
¡Nuevo! CENTROS DE EXCELENCIA BENEFICIO DE CIRUGÍA VOLUNTARIA Y ATENCIÓN DEL CÁNCER	Sin deducible, $0	No disponible

MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

FARMACIAS DE VENTA AL POR MENOR (suministro de 31 días)	• Genéricos: $10 • Preferidos: $60 • No preferidos: $110 • Especializados: 50% (máximo de $150)
PEDIDO POR CORREO (suministro de 90 días)	• Genéricos: $20 • Preferidos: $120 • No preferidos: $220

[1] Este plan tiene un deducible integrado individual y un máximo de desembolso personal. Esto significa que, aunque el deducible y el máximo de desembolso personal se aplican a toda la familia, ninguna persona será responsable de pagar más que su deducible individual antes de que el plan pague beneficios para esa persona, y ninguna persona será responsable de pagar más que su máximo de desembolso personal individual. Todos los beneficios están sujetos al deducible, a menos que se indique lo contrario. El deducible del plan médico no se aplica a los copagos por medicamentos de venta con receta obtenidos en farmacias de venta al por menor ni a través de pedido por correo.

[2] El máximo de desembolso personal incluye los deducibles, los copagos y los coaseguros por todos los beneficios del plan médico y de medicamentos de venta con receta.

[3] Los deducibles y los máximos de desembolso personal dentro y fuera de la red son separados. Esto significa que las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal dentro de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal fuera de la red. De forma similar, las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal fuera de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal dentro de la red.

Importante: Este resumen solamente pretende ser una breve descripción de los beneficios del plan. En caso de conflicto entre este resumen y el texto de los documentos del plan, regirán los documentos del plan. Kairos se reserva el derecho a cambiar, modificar, suspender, interpretar o cancelar algunos o todos los beneficios o servicios en cualquier momento.

¡Cambio!

$1,600 HDHP

DESCRIPCIÓN GENERAL

	DENTRO DE LA RED[3]	FUERA DE LA RED[3]
DEDUCIBLE[1]	$1,600/persona $3,200/persona + 1 o más	$3,000/persona $6,000/persona + 1 o más
MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL[2]	$3,500/persona $6,550/persona + 1 o más	Sin máximo
VISITAS AL CONSULTORIO	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
TELADOC	Sin deducible, $0	No disponible
ATENCIÓN DE URGENCIA	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
SALA DE EMERGENCIAS	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 20%
SERVICIOS DE BIENESTAR Mamografías Colonoscopias Vacunas Visitas preventivas (para adultos/niños)	Sin deducible, $0	Deducible, después el 50%
ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA (12 visitas por año)	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
SERVICIOS DE AUDICIÓN Exámenes/Pruebas Aparato auditivo (1 por oído afectado cada 3 años)	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
SERVICIOS HOSPITALARIOS Servicios para pacientes hospitalizados Servicios para pacientes ambulatorios Pruebas de laboratorio/Radiografías para pacientes ambulatorios (incluyen imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías por emisión de positrones [PET] y tomografías computarizadas [CT])	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
SERVICIOS NO HOSPITALARIOS Pruebas de laboratorio (p. ej. Quest Select) Centro de radiología Centro de infusión	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
CENTROS DE EXCELENCIA BENEFICIO DE CIRUGÍA VOLUNTARIA Y ATENCIÓN DEL CÁNCER	Deducible, después el 0%	No disponible

¡Nuevo!

MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Excepto por los medicamentos preventivos, usted debe alcanzar su deducible médico anual antes de que se aplique la siguiente lista de pagos.

FARMACIAS DE VENTA AL POR MENOR (suministro de 31 días)	• Genéricos: $10 • Preferidos: $60 • No preferidos: $110 • Especializados: 50% (máximo de $150)
PEDIDO POR CORREO (suministro de 90 días)	• Genéricos: $20 • Preferidos: $120 • No preferidos: $220

[1] Este plan tiene un deducible no integrado y un máximo de desembolso personal. Esto significa que las familias que se inscriban en el plan tendrán que alcanzar el deducible familiar completo antes de que el plan pague beneficios para cualquier miembro de la familia (que no sea atención preventiva/de bienestar). También significa que el máximo de desembolso personal se aplica a toda la familia en vez de aplicarse a los miembros individuales de la familia cubiertos. Todos los beneficios están sujetos al deducible, a menos que se indique lo contrario. El deducible del plan médico no se aplica a los copagos por medicamentos de venta con receta obtenidos en farmacias de venta al por menor ni a través de pedido por correo.

[2] El máximo de desembolso personal incluye los deducibles, los copagos y los coaseguros por todos los beneficios del plan médico y de medicamentos de venta con receta.

[3] Los deducibles y los máximos de desembolso personal dentro y fuera de la red son separados. Esto significa que las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal dentro de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal fuera de la red. De forma similar, las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal fuera de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal dentro de la red.

Importante: Este resumen solamente pretende ser una breve descripción de los beneficios del plan. En caso de conflicto entre este resumen y el texto de los documentos del plan, regirán los documentos del plan. Kairos se reserva el derecho a cambiar, modificar, suspender, interpretar o cancelar algunos o todos los beneficios o servicios en cualquier momento.

$5,000 HDHP

DESCRIPCIÓN GENERAL

	DENTRO DE LA RED[3]	FUERA DE LA RED[3]
DEDUCIBLE[1]	$5,000/persona $10,000/persona + 1 o más	$10,000/persona $20,000/persona + 1 o más
MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL[2]	$6,450/persona $12,900/persona + 1 o más	Sin máximo
VISITAS AL CONSULTORIO	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
TELADOC	Sin deducible, $0	No disponible
ATENCIÓN DE URGENCIA	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
SALA DE EMERGENCIAS	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 20%
SERVICIOS DE BIENESTAR Mamografías Colonoscopias Vacunas Visitas preventivas (para adultos/niños)	Sin deducible, $0	Deducible, después el 50%
ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA (12 visitas por año)	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
SERVICIOS DE AUDICIÓN Exámenes/Pruebas Aparato auditivo (1 por oído afectado cada 3 años)	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
SERVICIOS HOSPITALARIOS Servicios para pacientes hospitalizados Servicios para pacientes ambulatorios Pruebas de laboratorio/Radiografías para pacientes ambulatorios (incluyen imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías por emisión de positrones [PET] y tomografías computarizadas [CT])	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
SERVICIOS NO HOSPITALARIOS Pruebas de laboratorio/Radiografías Centro de radiología Centro de infusión	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
¡Nuevo! CENTROS DE EXCELENCIA BENEFICIO DE CIRUGÍA VOLUNTARIA Y ATENCIÓN DEL CÁNCER	Deducible, después el 0%	No disponible

MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Excepto por los medicamentos preventivos, usted debe alcanzar su deducible médico anual antes de que se aplique la siguiente lista de pagos.

FARMACIAS DE VENTA AL POR MENOR (suministro de 31 días)	• Genéricos: $10 • Preferidos: $60 • No preferidos: $110 • Especializados: 50% (máximo de $150)
PEDIDO POR CORREO (suministro de 90 días)	• Genéricos: $20 • Preferidos: $120 • No preferidos: $220

[1] Este plan tiene un deducible integrado individual y un máximo de desembolso personal. Esto significa que, aunque el deducible y el máximo de desembolso personal se aplican a toda la familia, ninguna persona será responsable de pagar más que su deducible individual antes de que el plan pague beneficios para esa persona, y ninguna persona será responsable de pagar más que su máximo de desembolso personal individual. Todos los beneficios están sujetos al deducible, a menos que se indique lo contrario. El deducible del plan médico no se aplica a los copagos por medicamentos de venta con receta obtenidos en farmacias de venta al por menor ni a través de pedido por correo.

[2] El máximo de desembolso personal incluye los deducibles, los copagos y los coaseguros por todos los beneficios del plan médico y de medicamentos de venta con receta.

[3] Los deducibles y los máximos de desembolso personal dentro y fuera de la red son separados. Esto significa que las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal dentro de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal fuera de la red. De forma similar, las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal fuera de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal dentro de la red.

Importante: Este resumen solamente pretende ser una breve descripción de los beneficios del plan. En caso de conflicto entre este resumen y el texto de los documentos del plan, regirán los documentos del plan. Kairos se reserva el derecho a cambiar, modificar, suspender, interpretar o cancelar algunos o todos los beneficios o servicios en cualquier momento.

CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)

Si se inscribe en un plan de salud con deducible alto (HDHP), es elegible para abrir una cuenta de ahorros para la salud con HealthEquity. Una HSA es una cuenta de ahorros personal que le permite reservar dinero antes de impuestos de su sueldo para usarlo en gastos médicos calificados. Algunos ejemplos de gastos calificados incluyen los deducibles y los copagos, las visitas al consultorio, los medicamentos de venta con receta, las vacunas y los exámenes, ¡y mucho más! Para obtener una lista completa, visite learn2.healthequity.com/kairos/qme.

Una vez que reciba su tarjeta de débito de HealthEquity, usted podrá usar su cuenta. Las nuevas tarjetas se emiten solamente para los que se inscriben por primera vez (o si vence una tarjeta existente). Dado que es su cuenta personal, comuníquese con HealthEquity si necesita una tarjeta de débito de reemplazo.

Ventajas de la HSA

Beneficio Triple en Impuestos
Las contribuciones son deducibles de impuestos, los fondos se incrementan sin responsabilidad impositiva y el dinero que se usa para gastos de salud no está gravado cuando se extrae.

Suyo para Siempre
El dinero de su HSA se transfiere cada año y es suyo, incluso si deja la empresa para la cual trabaja.

Incremente y Ahorre
Usted puede invertir los fondos y sus ganancias se incrementan exentas de impuestos. Después de los 65 años, usted puede usar la HSA como una cuenta tradicional para la jubilación.

USTED ES ELEGIBLE PARA UNA HSA SI:

- Está inscrito en un plan de salud con deducible alto calificado.
- No está cubierto al mismo tiempo por un plan de la empresa para la cual trabaja su cónyuge que no sea un HDHP.
- No está inscrito en Medicare ni en otro plan de atención de la salud no calificado.
- No puede figurar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

¿CUÁNTO PUEDE CONTRIBUIR?

NIVEL	CANTIDAD MÁXIMA
INDIVIDUAL	$4,150
FAMILIAR	$8,300
MAYORES DE 55 AÑOS	$1,000 adicionales

Aprenda a sacar el máximo provecho de su HSA

Usted puede contribuir la cantidad máxima estipulada por año calendario o desde el 1 de enero al 31 de diciembre. Esto es un poco diferente con respecto al año del plan de Kairos que se extiende de julio a junio. Usted es responsable de verificar la elegibilidad y de calcular sus contribuciones (incluida cualquier contribución de la empresa) para que no excedan la cantidad máxima anual.

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

La empresa para la cual trabaja les ofrece a los empleados elegibles un seguro básico de vida y por Muerte y Desmembramiento Accidental (Accidental Death & Dismemberment, AD&D). Este beneficio no tiene costo para usted y la inscripción es automática. Una vez que cumpla 65 años, la cantidad original se reducirá un 35% y, a los 70 años, se reducirá nuevamente un 50%.

QUÉ INCLUYE SU BENEFICIO DE VIDA

- **Terapia de duelo:** Para ayudarles a usted, a sus dependientes y a sus beneficiarios a afrontar las pérdidas.
- **Descuentos y servicios de planificación para funerales:** Nos aseguramos de que se cumplan sus últimos deseos
- **Asistencia en viaje:** Acceso a servicios de emergencia mientras usted esté de viaje

¡CONSEJOS SOBRE LOS BENEFICIARIOS!

Durante la inscripción, se debe seleccionar un beneficiario. Si no se designa ningún beneficiario, la póliza designa un orden de pago: primero al cónyuge, luego a los hijos, a los padres, a los hermanos y, por último, al patrimonio asegurado.

Se pueden incluir varios beneficiarios y contingentes. Sin embargo, las categorías juntas deben sumar el 100%.

ELECCIÓN DEL BENEFICIARIO

- ✓ **¿Puedo nombrar a un niño como beneficiario?** ¡Sí! Sin embargo, no se pueden pagar los beneficios a un menor. Los beneficios se pagarían a un tutor designado por un tribunal o a un fideicomiso creado para el menor.
- ✓ **¿Y a una mascota?** Es una pregunta interesante, pero lamentablemente no. Las mascotas no son personas jurídicas y no se les pueden pagar beneficios.
- ✓ **¿Puedo elegir a una organización benéfica, una organización sin fines de lucro o una escuela?** Sí. Necesitaremos el número de identificación fiscal correspondiente.
- ✓ **¿Puedo elegir a una funeraria o un fideicomiso?** Por supuesto.

SEGURO SUPLEMENTARIO DE VIDA Y POR AD&D

Usted tiene la oportunidad de contratar una cobertura adicional de seguro de vida para usted, su cónyuge elegible y sus hijos dependientes. Usted es responsable de pagar el costo de este beneficio, según lo indicado en el resumen del plan.

A diferencia del seguro básico de vida, la cantidad de su seguro suplementario de vida no se reducirá con la edad. Sin embargo, lo que usted paga como desembolso personal aumentará a medida que usted envejezca.

CANTIDADES DE LA COBERTURA

	USTED	SU CÓNYUGE	SUS HIJOS
CANTIDADES DISPONIBLES	$10,000–$500,000 en incrementos de $10,000 No puede exceder 5 veces su salario anual	$10,000–$250,000 en incrementos de $10,000 No puede exceder la cantidad combinada de sus beneficios básicos y suplementarios de vida	Hasta 15 días: $1,000 De 15 días a 26 años: $2,000–$10,000 en incrementos de $2,000
CANTIDAD DE EMISIÓN GARANTIZADA	$150,000	$30,000	$10,000

DECLARACIÓN DEL PROCESO DE SALUD

Es posible que usted tenga que llenar un formulario de declaración de salud (statement of health, SOH) para que se apruebe su seguro suplementario de vida. A continuación, se indican las personas que deben llenar un formulario.

Si se inscribe durante las inscripciones abiertas anuales y:
- Elige el seguro suplementario de vida por primera vez
- Aumenta la cantidad del seguro suplementario de vida

Si se inscribe como una nueva contratación y:
- Elige una cantidad mayor a la cantidad de emisión garantizada de arriba

Si no llena el formulario de declaración de salud, no se aprobará la cantidad solicitada.

Si se necesita un formulario de declaración de salud, comuníquese con la empresa para la cual trabaja o con Kairos al número que se indica a continuación. Deberá asegurarse de tener los números de grupo correspondientes cuando envíe el formulario para su aprobación.

COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Usted tiene la opción de elegir un plan integral que le proporciona pagos únicos en efectivo además de cualquier otro pago que pueda recibir de su plan médico. A continuación, se indican algunos de los beneficios cubiertos en caso de ser hospitalizado por un accidente o una enfermedad.

BENEFICIOS CUBIERTOS	LÍMITES	SITUACIÓN	CANTIDAD
BENEFICIO DE ADMISIÓN	1 vez por año	Admisión	$500
		Unidad de Cuidados Intensivos (ICU) Admisión Suplementaria	$500
BENEFICIO DE INTERNACIÓN	15 días por año	Internación	$200
		Internación Suplementaria en la Unidad de Cuidados Intensivos	$200
BENEFICIO DE REHABILITACIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	15 días por año	Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados	$200
BENEFICIO DE EXÁMENES DE SALUD	1 vez por año, por persona	Examen de Salud	$50

BENEFICIOS DE EXÁMENES DE SALUD DISPONIBLES

Al realizarse una prueba o un examen de detección cubiertos, usted y sus dependientes elegibles recibirán $50 cada año. Para ver los exámenes de detección cubiertos y enviar un formulario de reclamo, visite el sitio de Internet de Kairos o llame al número que se indica a continuación.

EJEMPLO DE BENEFICIO

Susan tiene dolor de pecho en su casa y, cuando se comunica con su médico, este le indica que se dirija al hospital local. Al llegar, el médico examina a Susan y le informa que necesita ser admitida inmediatamente en la Unidad de Cuidados Intensivos para una evaluación y tratamiento adicionales. Después de dos días en la Unidad de Cuidados Intensivos, Susan es trasladada a una habitación estándar y pasa dos días más para recuperarse en el hospital. Susan es dada de alta y referida a su médico de atención primaria para tratamiento de seguimiento y observación. Su médico de atención primaria ahora controla atentamente la salud general de Susan.

El beneficio se pagaría de la siguiente manera:

Admisión regular en el hospital	$500
Admisión suplementaria en la Unidad de Cuidados Intensivos	$500
Internación regular en el hospital (3 días)	$600
Internación suplementaria en la Unidad de Cuidados Intensivos (1 día)	$200

Total recibido: $1,800

SEGURO CONTRA ENFERMEDADES CRÍTICAS

Usted tiene la opción de elegir un plan integral que le proporciona pagos únicos en efectivo además de cualquier otro pago que pueda recibir de su plan médico. En la siguiente tabla, se indican los beneficios cubiertos en caso de tener una enfermedad crítica que califique, por ejemplo:

- ✓ Cáncer
- ✓ Enfermedades cardiovasculares
- ✓ Fibrosis quística
- ✓ Diabetes Tipo 1
- ✓ Ataque cardíaco
- ✓ Derrame cerebral
- ✓ COVID-19
- ✓ Insuficiencia renal

Hay más de 20 condiciones que califican. Consulte el certificado de cobertura para obtener más información. Y recuerde que hay disponible un beneficio de $50 para realizarse exámenes de salud por persona, por año.

Importante: Se aplican limitaciones por condiciones preexistentes. Si se solicitó, recomendó, indicó o recibió asesoramiento, tratamiento o atención durante los tres meses anteriores a la fecha de vigencia de la cobertura, no se pagarán los beneficios si la condición cubierta se produce durante los seis primeros meses de cobertura.

	BENEFICIO INICIAL	REQUISITOS
Empleado	$10,000, $20,000 o $30,000	*La cobertura está garantizada, siempre que usted esté activo en el trabajo*
Cónyuge/Hijos	50% del beneficio inicial del empleado	*La cobertura está garantizada, siempre que el empleado esté activo en el trabajo y el cónyuge/los hijos no estén sujetos a una restricción médica según lo establecido en el certificado.*

EJEMPLO DE BENEFICIO

Este ejemplo muestra cómo se pagaría el seguro contra enfermedades críticas a un empleado que eligió un beneficio de $20,000:

Ataque cardíaco	Primer diagnóstico verificado	Beneficio inicial de $20,000 o 100%
Insuficiencia renal	Primer diagnóstico verificado, dos años después	Beneficio inicial de $20,000 o 100%
Ataque cardíaco	Segundo diagnóstico verificado, cuatro años después	Beneficio por recurrencia de $20,000 o 100%

SEGURO CONTRA ACCIDENTES

Usted tiene la opción de elegir un plan integral que le proporciona pagos únicos en efectivo además de cualquier otro pago que pueda recibir de su plan médico. La siguiente tabla muestra algunos de los beneficios/servicios cubiertos en caso de sufrir un accidente que califique.

Importante: Los beneficios se reducen en un 35% a los 65 años y nuevamente en un 50% a los 70 años.

	CANTIDAD DEL BENEFICIO
LESIÓN ACCIDENTAL	
Fractura/Dislocación	$200–$10,000
Quemadura de Segundo o Tercer Grado	$100–$15,000
Conmoción Cerebral	$500
Coma	$10,000
TRATAMIENTO MÉDICO EN CASO DE ACCIDENTE	
Ambulancia	Terrestre: $400/Aérea: $1,250
Atención de Emergencia	$100–$200
Atención Inicial No de Emergencia/Seguimiento Médico	$100
Terapia (incluida la fisioterapia)	$50
HOSPITAL	
Admisión/Admisión Suplementaria en la Unidad de Cuidados Intensivos	$1,500 el día de la admisión
Internación/Internación Suplementaria en la Unidad de Cuidados Intensivos (se pagan hasta 15 días por accidente)	$300 por día
Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados	$200 por día
OTROS	
Muerte accidental	$50,000
Pérdida funcional/desmembramiento accidental	$1,000–$50,000
Parálisis accidental	$25,000-$50,000
Alojamiento	$200 por día
Beneficio de exámenes de salud	$50

EJEMPLO DE BENEFICIO

Molly, la hija de Kathy, estaba yendo a la escuela en bicicleta. En el camino, se cayó al suelo, quedó inconsciente y fue trasladada en ambulancia a la sala de emergencias local para recibir tratamiento. El médico de la sala de emergencias le diagnosticó una conmoción cerebral y un diente roto. Indicó una tomografía computarizada para comprobar también si Molly había sufrido fracturas faciales porque tenía la cara muy hinchada. Molly fue dada de alta y referida a su médico de atención primaria para tratamiento de seguimiento, y su dentista le reparó el diente roto con una corona.

Ambulancia (terrestre)	$400
Atención de emergencia	$200
Seguimiento médico	$100
Pruebas médicas	$200
Conmoción cerebral	$500
Diente roto (reparado con corona)	$300

Total recibido: $1,700

COBERTURA LEGAL PREPAGADA

Nuestros planes legales a través de MetLife brindan acceso a una red nacional de más de 17,000 abogados para ayudarle a resolver las cuestiones importantes de la vida. A través del programa, usted puede realizar consultas con abogados por teléfono y en el despacho sobre una amplia variedad de asuntos legales.

VENTAJAS LEGALES PREPAGADAS

- ✓ Asesoramiento telefónico y consulta en el despacho sobre una cantidad ilimitada de asuntos legales (se pueden aplicar exclusiones)
- ✓ Acceso a abogados en persona o por teléfono, por correo electrónico o a través de la aplicación móvil
- ✓ Garantía de devolución de dinero
- ✓ Sin deducibles ni copagos
- ✓ Sin formularios de reclamo
- ✓ Sin límites de uso

Elija un plan que se adapte a sus necesidades.	LOW PLAN (PLAN BAJO)	HIGH PLAN (PLAN ALTO) (ADEMÁS DE LOS BENEFICIOS DEL LOW PLAN)
EL DINERO IMPORTA	• Defensa en caso de cobranza de deudas • Defensa frente al robo de identidad • Negociaciones con acreedores • Pagarés • Defensa en caso de problemas de recaudación fiscal	• Servicios de LifeStages de recuperación de la identidad • Quiebra personal • Representación en auditorías de impuestos
VIVIENDA Y BIENES RAÍCES	• Escrituras • Defensa en caso de desalojo • Ejecución hipotecaria • Hipotecas • Asistencia con el depósito de seguridad • Negociaciones con inquilinos	• Disputas sobre límites territoriales y títulos de propiedad • Evaluaciones del impuesto sobre bienes inmuebles • Refinanciación y segunda hipoteca • Compra o venta de viviendas • Solicitudes de zonificación
PLANIFICACIÓN DEL PATRIMONIO	• Anexos • Testamentos complejos • Apoderados para la atención de la salud • Testamentos vitales • Poderes legales (financieros, para atención de la salud, para el cuidado de los hijos, para inmigración) • Testamentos simples	• Fideicomisos revocables e irrevocables
ASUNTOS FAMILIARES Y PERSONALES	• Declaraciones juradas • Curatela • Cartas de requerimiento • Defensa en caso de embargo del salario • Tutela • Cambio de nombre • Problemas con bienes muebles • Protección frente a la violencia doméstica • Revisión de CUALQUIER documento legal personal • Audiencias escolares	• Adopción • Asistencia para la inmigración • Defensa en tribunales juveniles, incluidos asuntos penales • Asuntos de patria potestad • Acuerdo prenupcial

Exclusiones: *Casos por conducir bajo los efectos (driving under the influence, DUI) de sustancias, divorcio, delitos graves, asuntos laborales, asuntos legales preexistentes.*
Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, consulte el documento del plan.

PROTECCIÓN FRENTE AL ROBO DE IDENTIDAD

Proteger su información personal es más importante que nunca. Para ayudar a nuestros miembros a reducir el riesgo de que les roben la identidad, Kairos ofrece un paquete integral de beneficios a través de Aura.

Usted tiene la opción de inscribirse en uno de los tres planes que se ofrecen. Las contribuciones mensuales se deducirán de su sueldo.

SE REQUIERE UN PASO DE INSCRIPCIÓN APARTE. Una vez que se inscriba, recibirá un correo electrónico de Aura con un enlace e instrucciones para terminar de registrarse. Debe realizar su elección antes de que finalice el período de inscripciones abiertas. Una vez que lo haga, no podrá cambiar su plan.

Elija el plan que sea adecuado para usted.

	TOTAL	PREMIER	ULTIMATE
PROTECCIÓN FRENTE AL FRAUDE FINANCIERO			
Alertas y monitoreo de su informe crediticio	1 Agencia	3 Agencias	3 Agencias
Monitoreo de títulos de propiedad de viviendas y vehículos	✓	✓	✓
Asistencia para la prevención del fraude fiscal	✓	✓	✓
CreditLock de Experian			✓
Simulador de la calificación crediticia			✓
PROTECCIÓN FRENTE AL ROBO DE IDENTIDAD			
Asistente de privacidad	✓	✓	✓
Monitoreo de antecedentes penales y judiciales, y registros públicos	✓	✓	✓
Monitoreo de la Internet profunda	✓	✓	✓
Monitoreo de direcciones de USPS	✓	✓	✓
Alertas, control de la privacidad y monitoreo de redes sociales		✓	✓
PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD Y DE LOS DISPOSITIVOS			
Administrador de contraseñas	✓	✓	✓
Monitoreo de direcciones IP	✓	✓	✓
Seguridad de wifi (VPN) y antivirus	1 Dispositivo por Adulto	2 Dispositivos por Adulto	Dispositivos Ilimitados
SEGURIDAD DE LA FAMILIA			
Caja fuerte digital	✓	✓	✓
Plan de protección para compartir con la familia	✓	✓	✓
Lista de verificación para la seguridad infantil	✓	✓	✓

Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, consulte el documento del plan.

Si tiene preguntas, comuníquese con Aura al 855.443.7748 o visite identityguard.com.

SEGURO PARA MASCOTAS

Consiga la mejor cobertura de salud para su perro o gato a través de su paquete de beneficios voluntarios. Con dos planes económicos y una opción de beneficios de bienestar de $500, nunca ha habido un mejor momento para inscribirse en My Pet Protection®, disponible únicamente a través del programa de beneficios de su lugar de trabajo.

OBTENGA REEMBOLSOS EN EFECTIVO DE LAS FACTURAS VETERINARIAS
Elija su nivel de reembolso del 50% o del 70%.

FÁCIL DE USAR
Los planes básicos tienen un deducible anual de $250 y beneficios anuales de $7,500.

EXCLUSIVA PARA USTED
Esta oferta es exclusiva para los miembros de Kairos.

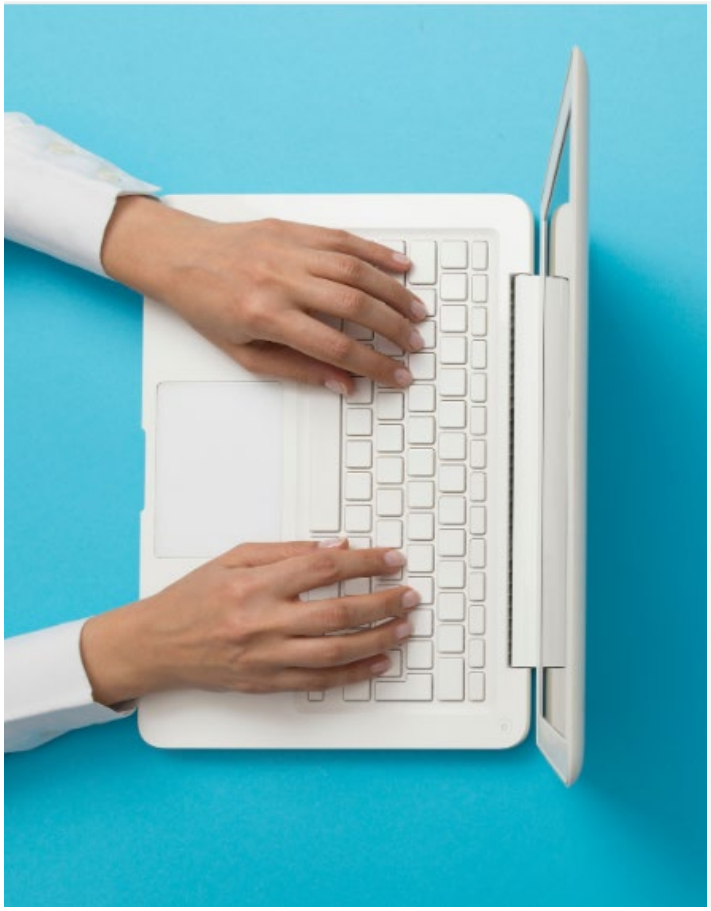
VAYA A CUALQUIER VETERINARIO, EN CUALQUIER LUGAR
Sin redes ni aprobaciones previas.

Cuando esté listo para inscribirse, hágalo en petinsurance.com/kairoshealthaz.

EXTRA: Hay planes disponibles para aves, reptiles y mascotas exóticas. Para obtener más información o inscribirse, llame a Nationwide al número que se indica a continuación.

IMPORTANTE:

Este beneficio no se deduce de su sueldo. Usted será responsable de pagar la prima mensual directamente a Nationwide.



ESTA GUÍA SOLAMENTE PRETENDE SER UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SU PLAN

Esta guía intenta describir los detalles y cambios importantes de los planes de salud de Kairos de forma clara, sencilla y concisa. En caso de conflicto entre la guía y el texto de los documentos del plan, regirán los documentos del plan. Kairos se reserva el derecho a cambiar, modificar, suspender, interpretar o cancelar algunos o todos los beneficios o servicios en cualquier momento.

RECORDATORIO SOBRE EL AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICARE

Si usted o sus dependientes elegibles actualmente son elegibles para Medicare o comenzarán a serlo durante los próximos 12 meses, asegúrese de entender si la cobertura de medicamentos de venta con receta que elija a través del grupo es o no acreditable con (tiene el mismo valor que) la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare.

Kairos ha determinado que la cobertura de medicamentos de venta con receta de las siguientes opciones de planes de medicamentos de venta con receta es acreditable: Plan Core; Plan Copay; $1,200 PPO; $1,600 HDHP; $2,500 HDHP; y $5,000 HDHP.

Si tiene preguntas sobre lo que esto significa para usted, lea el Aviso de Cobertura Acreditable de la Parte D de Medicare del plan, que puede solicitar a Kairos. Para ello, llame al 888.331.0222.

RECORDATORIO SOBRE EL AVISO DE PRIVACIDAD

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 exige que los planes de salud cumplan con reglas de privacidad. El objetivo de estas reglas es proteger su información de salud personal para que no sea usada ni divulgada de manera inadecuada. Las reglas también le dan derechos adicionales con respecto al control de su propia información de atención de la salud.

El aviso de privacidad de la Ley HIPAA de este plan explica cómo el plan de salud de grupo usa y divulga su información de salud personal. Se le proporciona una copia de este aviso cuando usted se inscribe en el plan. Visite HHS.gov para obtener más información sobre este tipo de avisos.

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER (WHCRA) DE 1998

Usted o sus dependientes pueden tener derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos de Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA) de 1998. En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente para todo lo siguiente:

- todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- la cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- prótesis; y
- tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Se aplican los límites del plan, los deducibles, los copagos y los coaseguros a estos beneficios. Para obtener más información sobre los beneficios de la Ley WHCRA, comuníquese con Kairos al 888.331.0222.

CAMBIOS A MEDIADOS DE AÑO EN SUS ELECCIONES DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

IMPORTANTE: Después de que finalice el período de inscripciones abiertas, por lo general no se le permitirá cambiar sus elecciones de beneficios ni agregar/eliminar dependientes hasta las inscripciones abiertas del año siguiente, a menos que usted tenga un evento de inscripción especial o un evento de cambio de situación a mediados de año según se indica a continuación:

Evento de inscripción especial: Si usted rechaza su inscripción o la de sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que tienen otra cobertura de un seguro de salud o de un plan de salud de grupo, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si la empresa para la cual trabaja deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días después de que termine su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que la empresa deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si usted tiene un dependiente nuevo como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción, quizás pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días después del matrimonio, del nacimiento, de la adopción o de la puesta en adopción.

Usted y sus dependientes también pueden inscribirse en este plan si usted (o sus dependientes):

- tiene(n) un cambio en la cantidad o la situación de los dependientes (por ejemplo, nacimiento, adopción, fallecimiento);
- tiene(n) un cambio en la situación laboral, el horario de trabajo o la residencia del empleado/cónyuge/dependiente que afecte la elegibilidad para los beneficios;
- tiene(n) una Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos (Qualified Medical Child Support Order, QMSCO);
- tiene(n) un cambio en el derecho a Medicare o Medicaid, o pierde(n) la elegibilidad para estos;
- tiene ciertos cambios en el costo de la cobertura, la composición de esta o la reducción de la cobertura del plan del empleado o del cónyuge;
- tiene(n) cobertura a través de Medicaid o de un Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (State Children's Health Insurance Program, S-CHIP) y usted (o sus dependientes) pierde(n) la elegibilidad para esa cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días después de que finalice la cobertura de Medicaid o del S-CHIP;
- comienza(n) a ser elegible(s) para un programa de asistencia con las primas a través de Medicaid o del S-CHIP. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días después de que se determine que usted es (o sus dependientes son) elegible(s) para dicha asistencia.

Para solicitar una inscripción especial o para obtener más información, comuníquese con Kairos al 888.331.0222.

Evento de cambio de situación a mediados de año: Debido a que Kairos paga los beneficios antes de impuestos, estamos obligados a seguir las normas del Servicio de Impuestos Internos (IRS) con respecto a si se pueden cambiar los beneficios a mediados del año de un plan y cuándo. Los siguientes eventos pueden permitir ciertos cambios en los beneficios a mediados de año, si lo permite el IRS y el respectivo plan Section 125 Plan de la empresa para la cual usted trabaja, que es la autoridad definitiva:

- cambio de estado civil legal (por ejemplo, matrimonio, divorcio/separación legal, fallecimiento);
- cambio en la cobertura del plan del empleado o del cónyuge; y
- cambios según los derechos de inscripción especial y las licencias conforme a la Ley de Licencia Médica y Familiar (Family and Medical Leave Act, FMLA).

Usted debe notificar al plan por escrito dentro de los 31 días a partir del evento de cambio de situación a mediados de año. Para ello, comuníquese con Kairos al 888.331.0222. El plan determinará si su solicitud de cambio está permitida y, si es así, los cambios entrarán en vigencia prospectivamente el primer día del mes siguiente al evento de cambio de situación aprobado (excepto en el caso de los niños recién nacidos y adoptados, que están cubiertos retroactivamente a la fecha de nacimiento, adopción o puesta en adopción).

Perder la cobertura médica a través del Mercado de Seguros de Salud no se considera un evento de vida que califica para Kairos, y no se le permitirá inscribirse en el plan a mediados de año. Sin embargo, usted puede dejar su cobertura médica de Kairos para inscribirse en un plan del Mercado a mediados de año. Deberá proporcionar un comprobante de cobertura dentro de los 31 días a partir de su inscripción.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) (Ley Pública 104-13) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El Departamento de Trabajo indica que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que sea aprobada por la OMB conforme a la PRA y muestre un número de control de la OMB que sea actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información, a menos que se exhiba un número de control de la OMB que sea actualmente válido. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.). Además, a pesar de cualquier otra disposición legal, ninguna persona puede estar sujeta a un recargo por no cumplir con una recopilación de información si esta no exhibe un número de control de la OMB que sea actualmente válido. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del U.S.C.

Se calcula que el tiempo que requiere esta recopilación de información pública es de aproximadamente siete minutos por encuestado en promedio. Se recomienda a las partes interesadas que envíen sus comentarios sobre el cálculo aproximado de la cantidad de tiempo que requiere o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas las sugerencias para reducir el tiempo, a la Oficina para la Investigación y las Normas de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos a: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210, o por correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov, y que hagan referencia al Número de Control 1210-0137 de la OMB.

ACCESO DIRECTO A UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) Y A UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA/GINECOLÓGICA

Los planes médicos ofrecidos por Kairos no requieren la selección ni designación de un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP). Usted tiene la posibilidad de visitar a cualquier proveedor de atención de la salud de la red o fuera de la red; sin embargo, el pago del plan puede ser menor si usted usa un proveedor fuera de la red.

Además, no necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (ni siquiera de un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de parte de un profesional de atención de la salud que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de atención de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para algunos servicios o seguir un plan de tratamiento previamente aprobado o procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de atención de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con Kairos al 888.331.0222.

RECORDATORIO SOBRE LA COBERTURA DE COBRA

En cumplimiento con una disposición de la ley federal denominada continuación de la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA), este plan les ofrece a sus empleados elegibles y a sus dependientes cubiertos (conocidos como beneficiarios que califican) la oportunidad de elegir la continuación temporal de su cobertura de salud de grupo cuando dicha cobertura finalizaría de otro modo debido a ciertos eventos (denominados eventos que califican).

Se enviará por correo un aviso general de COBRA a todos los empleados elegibles dentro de los 90 días a partir de su fecha de vigencia. Los beneficiarios que califican tienen derecho a elegir la cobertura de COBRA cuando ocurran eventos que califican y, como resultado de estos eventos, la cobertura para dichos beneficiarios finalice. Los beneficiarios que califican y que eligen la continuación de la cobertura de COBRA deben pagarla por su cuenta.

Entre los ejemplos de eventos que califican, se incluyen el fin del empleo por cualquier motivo que no sea una conducta inadecuada grave, la reducción de las horas de trabajo que hace que el empleado no sea elegible para la cobertura, el fallecimiento del empleado, el divorcio/la separación legal o que un hijo deje de ser un dependiente elegible.

Además de considerar a COBRA como una forma de continuar la cobertura, podría haber otras opciones de cobertura para usted y su familia. Por ejemplo, sería conveniente que obtenga cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud. (Consulte cuidadodesalud.gov/es/).

En el Mercado, usted podría ser elegible para un crédito fiscal que reduzca las primas mensuales de la cobertura del Mercado y puede consultar cuáles serán las primas, los deducibles y los costos de desembolso personal antes de tomar la decisión de inscribirse. Ser elegible para COBRA no limita su elegibilidad para la cobertura ni para un crédito fiscal a través del Mercado. Además, usted podría calificar para una oportunidad de inscripción especial en otro plan de salud de grupo para el que sea elegible (como el plan de un cónyuge) si solicita la inscripción en un plazo de 30 días, aunque el plan generalmente no acepte personas inscritas tardíamente.

El período máximo de cobertura de COBRA suele ser de 18 o de 36 meses, según el evento que califica que haya ocurrido.

Para tener la oportunidad de elegir la cobertura de COBRA después de un divorcio/separación legal o de que un hijo deje de ser un dependiente en el plan, usted o un miembro de su familia deben informar ese evento al plan por escrito a más tardar 60 días después de que ocurra. El aviso se debe enviar a Kairos por correo de primera clase y debe incluir el nombre del empleado, el evento que califica, la fecha del evento y la documentación correspondiente que respalde el evento (como los documentos de divorcio).

Si tiene preguntas sobre COBRA, comuníquese con Kairos al 888.331.0222 o visite DOL.gov.

ASISTENCIA CON LAS PRIMAS CONFORME A MEDICAID Y AL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o para el Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), y usted es elegible para la cobertura de salud de la empresa para la cual trabaja, es posible que su estado tenga un programa de asistencia con las primas que pueda ayudar a pagar la cobertura con los fondos del CHIP o de Medicaid. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid ni para el CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia con las primas, pero es posible que puedan contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov/es.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o en el CHIP, y viven en uno de los estados que se indican a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o del CHIP de su estado para saber si ofrecen asistencia con las primas.

Si usted o sus dependientes actualmente NO están inscritos en Medicaid ni en el CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o del CHIP de su Estado, llame al 877-KIDS-NOW o visite espanol.insurekidsnow.gov para saber cómo solicitarlos. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que podría ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por la empresa para la cual trabaja.

Si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia con las primas conforme a Medicaid o al CHIP, así como para el plan de la empresa para la cual trabaja, esta debe permitirle inscribirse en su plan si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días a partir de que se determine que es elegible para la asistencia con las primas.

Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de la empresa para la cual trabaja, comuníquese con el Departamento de Trabajo a través de www.askebsa.dol.gov o llame al 866.444.EBSA (3272).

ASISTENCIA CON LAS PRIMAS CONFORME A MEDICAID Y AL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia con el pago de las primas del plan de salud de la empresa para la cual trabaja. La siguiente lista de estados está actualizada al 1 de enero de 2024. Para obtener más información sobre elegibilidad, consulte a su estado.

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio de Internet: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de la Prima del Seguro de Salud de AK Sitio de Internet: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	**CALIFORNIA – Medicaid**
Sitio de Internet: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio de Internet del Programa de Pago de la Prima del Seguro de Salud (Health Insurance Premium Payment, HIPP): http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	**FLORIDA – Medicaid**
Sitio de Internet de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es/ Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Servicio de Retransmisión del Estado 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de Retransmisión del Estado 711 Programa de Adquisición de Seguros de Salud (Health Insurance Buy-In Program, HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio al Cliente del HIBI: 1-855-692-6442	Sitio de Internet: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	**INDIANA – Medicaid**
Sitio de Internet del HIPP de GA: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presione 1 Sitio de Internet de la Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program Reauthorization Act, CHIPRA) de GA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presione 2	Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años Sitio de Internet: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás programas de Medicaid Sitio de Internet: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	**KANSAS – Medicaid**
Sitio de Internet de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio de Internet de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio de Internet del HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono del HIPP: 1-888-346-9562	Sitio de Internet: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono del HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	**LOUISIANA – Medicaid**
Sitio de Internet del Programa de Pago de la Prima del Seguro de Salud Integrado de Kentucky (Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program, KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio de Internet del Programa de Seguro de Salud para Niños de Kentucky (Kentucky Children's Health Insurance Program, KCHIP): https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio de Internet de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio de Internet: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	**MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP**
Sitio de Internet de Inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión de Maine: 711 Página de Internet de Primas de Seguros de Salud Privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Servicio de retransmisión de Maine: 711	Sitio de Internet: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	**MISSOURI – Medicaid**
Sitio de Internet: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739	Sitio de Internet: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid Sitio de Internet: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov	**NEBRASKA – Medicaid** Sitio de Internet: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid Sitio de Internet de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	**NEW HAMPSHIRE – Medicaid** Sitio de Internet: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito del HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218
NEW JERSEY – Medicaid y CHIP Sitio de Internet de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio de Internet del CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono del CHIP: 1-800-701-0710	**NEW YORK – Medicaid** Sitio de Internet: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid Sitio de Internet: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	**NORTH DAKOTA – Medicaid** Sitio de Internet: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP Sitio de Internet: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	**OREGON – Medicaid y CHIP** Sitio de Internet: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP Sitio de Internet: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio de Internet del CHIP: Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono del CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	**RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP** Sitio de Internet: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea Directa de RIte Share)
SOUTH CAROLINA – Medicaid Sitio de Internet: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	**SOUTH DAKOTA – Medicaid** Sitio de Internet: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid Sitio de Internet: Programa de Pago de la Prima del Seguro de Salud (Health Insurance Premium Payment, HIPP) | Departamento de Servicios Humanos y de Salud de Texas Teléfono: 1-800-440-0493	**UTAH – Medicaid y CHIP** Sitio de Internet de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio de Internet del CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT – Medicaid Sitio de Internet: Programa de Pago de las Primas del Seguro de Salud (HIPP) | Departamento de Acceso de Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427	**VIRGINIA – Medicaid y CHIP** Sitio de Internet: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid Sitio de Internet: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	**WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP** Sitio de Internet: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito del CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP Sitio de Internet: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	**WYOMING – Medicaid** Sitio de Internet: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si algún otro estado ha agregado un programa de asistencia con las primas desde el 1 de enero de 2024 o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado
dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
866.444.EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
cms.hhs.gov
877.267.2323, opción 4 del menú, ext. 61565

KAIROS HEALTH ARIZONA, INC.