



2026

EMPLOYEE BENEFITS GUIDE

for a healthy you



Nos complace

ofrecerle un paquete completo de beneficios a usted y a sus dependientes elegibles. Lea esta guía para conocer los beneficios disponibles para usted. Solo puede inscribirse o realizar cambios en sus beneficios durante la Inscripción Abierta o cuando tenga un Evento de Vida Calificado.

Disponibilidad de información resumida de salud

Su plan ofrece cobertura médica. Para ayudarlo a tomar una decisión informada, revise el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) de cada plan, disponible en Recursos Humanos.

S U S N U E V O S B E N E F I C I O S C
O M I E N Z A N

1 de octubre de 2026

Y CONTINÚAN HASTA EL

30 de septiembre de 2027

Contenido

- 3 Contactos importantes
- 4 Elegibilidad
- 5 Cómo inscribirse en línea
- 6 Mesa de ayuda para empleados
- 7 Qué está cambiando
- 8 Cobertura médica
- 11 Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)
- 14 Opciones de cuidado de salud
- 15 Freshbenies
- 20 Cobertura dental
- 22 Cobertura de la vista
- 24 Seguro de vida y AD&D
- 25 Seguro por discapacidad
- 26 Avisos legales

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, la ley federal les otorga más opciones para su cobertura de medicamentos recetados. Consulte la página 26 para más detalles.



Contactos importantes

Programa	Proveedor	N.º de grupo	Teléfono	Sitio web/Correo electrónico
Médico	Cigna	630490	866-494-2111	www.mycigna.com
Telemedicina	Freshbenies	BENIES4319	888-813-5468	www.freshbenies.com
Dental	Cigna	630490	866-494-2111	www.cigna.com
Visión	Cigna	630490	866-494-2111	www.cigna.com
Vida y AD&D / Vida voluntaria	New York Life	SOK069383	800-225-5595	www.newyorklife.com
Discapacidad a corto plazo	New York Life	SOK69383	800-225-5595	www.newyorklife.com
Recursos Humanos	Teresa Zavala		469-326-1546	tzavala@PanoramicDoors.com
Especialista en beneficios	Endeavor Risk Advisors Lisa Burkham, Gerente Sr. de Cuentas		972-220-0895	clientservice@endeavorrisk.com lisa@endeavorrisk.com

Elegibilidad

empleado

nuevo

quién es elegible

- Un empleado regular de tiempo completo que trabaja un promedio de 30 horas por semana

cuándo inscribirse

- Inscribise dentro de los 31 días posteriores a su fecha de inicio

cuándo comienza la cobertura

- El primer día del mes siguiente a los 30 días desde la fecha de contratación

empleado

quién es elegible

- Un empleado regular de tiempo completo que trabaja un promedio de 30 horas por semana

cuándo inscribirse

- Inscribise durante la inscripción abierta anual (OE) o cuando tenga un evento de vida calificado (QLE). Los cambios debido a un QLE deben realizarse dentro de los 31 días posteriores al evento

cuándo comienza la cobertura

- OE: Inicio del año del plan
- QLE: Consulte a Recursos Humanos

dependiente(s)

quién es elegible

- Su cónyuge legal o pareja de hecho
- Hijo(s) menores de 26 años, sin importar su condición de estudiante, dependencia o estado civil
- Hijo(s) mayores de 26 años que dependen totalmente de usted para su manutención debido a una discapacidad mental o física y que estén indicados como tales en su declaración de impuestos federal

cuándo inscribirse

- Debe inscribir a los dependientes durante su inscripción abierta anual (OE) o cuando usted o ellos tengan un evento de vida calificado (QLE). Los cambios debido a un QLE deben realizarse dentro de los 31 días posteriores al evento
- Al cubrir a dependientes, usted debe inscribirse y estar en los mismos planes

cuándo comienza la cobertura

- OE: Inicio del año del plan
- QLE: Consulte a Recursos Humanos

Eventos de Vida Calificados

CAMBIO DE COBERTURA FUERA DE LA INSCRIPCIÓN ABIERTA

Solo puede cambiar la cobertura durante el año del plan si tiene un Evento de Vida Calificado, como:

Matrimonio	Nacimiento	FMLA, evento de COBRA, sentencia o decreto judicial
Divorcio	Adopción/colocación para adopción	Volverse elegible para Medicare, Medicaid o TRICARE
Separación legal	Cambio en la elegibilidad de beneficios	Recibir una Orden Calificada de Manutención Médica para Menores
Anulación	Obtención o pérdida de cobertura de beneficios	
Fallecimiento	Cambio en el estado laboral que afecta los beneficios	

Tiene 31 días a partir del evento para notificar a Recursos Humanos y completar sus cambios.

Es posible que deba presentar documentos para verificar el cambio.



Cómo inscribirse en línea

Para comenzar el proceso de inscripción, inicie sesión en su cuenta de Paycom.

1	Todos los empleados elegibles deberán iniciar sesión en su cuenta de Paycom.
2	Inscríbase en sus beneficios 2026-2027.
3	Confirme o actualice su información personal y haga clic en Guardar y continuar.
4	Edite o agregue dependientes que necesiten estar cubiertos por sus beneficios. Una vez que todos los dependientes estén incluidos, haga clic en Guardar y continuar.
5	Siga los pasos en pantalla para cada beneficio y seleccione o rechace la cobertura.
6	Cuando termine de hacer sus elecciones de beneficios, revise sus selecciones. Si son correctas, haga clic en el botón <i>Haga clic para firmar y completar y enviar sus elecciones de inscripción.</i>

Mesa de ayuda para empleados

¿Tiene preguntas? Comuníquese con nuestro asesor de beneficios, Endeavor Risk Advisors

972-220-0895



También puede enviar sus preguntas
por correo electrónico a:

clientservice@endeavorrisk.com

Qué está cambiando...

Nos complace continuar nuestra asociación con Cigna para esta renovación. Si bien el asegurador sigue siendo el mismo, hay varias actualizaciones en el diseño de nuestros planes y beneficios para el próximo año.

Plan de copago con deducible

Nuestro plan de copago con deducible de \$3,000 será reemplazado por un plan de copago con deducible **de \$4,500. Los copagos de consultas médicas, especialistas y recetas no cambiarán.**

Plan HDHP/HSA

Nuestro plan HDHP/HSA con deducible de \$5,000 será reemplazado por un plan HDHP/HSA **con deducible de \$7,000.**

Nueva contribución del empleador a la HSA

Panoramic Doors ahora contribuirá a las Cuentas de Ahorro para Gastos Médicos (HSA) de los empleados inscritos en el plan HDHP. Los montos de contribución anual del empleador son:

Solo empleado: \$1,250

Empleado y cónyuge: \$2,500

Empleado y familia: \$3,500

Para recibir esta contribución del empleador, debe abrir una cuenta bancaria HSA. También puede contribuir a su HSA; sin embargo, sus contribuciones combinadas con la contribución del empleador no pueden exceder el límite de contribución anual del IRS.

Nuevo programa de recetas de \$0 a través de Freshbenies

Nos complace anunciar un nuevo programa de recetas de \$0 disponible a través de Freshbenies, que le brinda acceso a más de 1,400 recetas sin costo. Para participar, debe activar su cuenta de Freshbenies.



Cobertura médica

Las opciones de plan médico a través de Cigna lo protegen a usted y a su familia de dificultades financieras graves en caso de enfermedad o lesión. Tiene la opción de 2 planes:

- Cigna HDHP - Plan HSA de \$7,000
- Cigna Open Access Plus - Plan de \$4,500

Punto de servicio (POS)

Un plan de Punto de Servicio (POS) combina características de un HMO y un PPO. Usted selecciona un médico de atención primaria (PCP) que ayuda a coordinar su atención y brinda referencias a especialistas cuando sea necesario. Cuando recibe atención de proveedores dentro de la red, pagará menos y recibirá el nivel más alto de beneficios. Si elige acudir a proveedores fuera de la red, aún puede recibir cobertura, pero pagará más y podría ser responsable de presentar los reclamos usted mismo. Los servicios dentro de la red generalmente están cubiertos con copagos para consultas, atención de urgencia y recetas, mientras que otros servicios están sujetos al deducible y al coseguro. Generalmente se requieren referencias para la atención de especialistas a fin de garantizar el nivel más alto de cobertura.

Plan de salud con deducible alto (HDHP)

El HDHP le permite consultar a cualquier proveedor cuando necesite atención, pero pagará menos por la atención cuando acuda a proveedores dentro de la red. A cambio de un costo por cheque de pago más bajo para los beneficios médicos, debe cumplir con un deducible de plan más alto que se aplica a casi todos los gastos de atención médica, incluidas las recetas. Si se inscribe en el HDHP, podría ser elegible para abrir una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos.



Deducible anual

El monto que debe pagar cada año antes de que el plan comience a pagar una parte de los gastos médicos. Los gastos de todos los miembros de la familia que cuentan para el deducible del plan de salud se acumulan en conjunto; sin embargo, cada persona también tiene un límite en sus propios gastos acumulados individuales (el monto varía según el plan).



Copagos y coseguro

Estos gastos son la parte del costo que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos. Los copagos son un monto fijo en dólares y generalmente se pagan en el momento en que recibe la atención. El coseguro es su parte del monto permitido cobrado por un servicio y generalmente se le factura después de que la compañía de seguro médico concilia la factura con el proveedor.



Máximo de gastos de bolsillo

Este es el monto total que puede pagar de su bolsillo cada año calendario antes de que el plan pague el 100 por ciento de los gastos cubiertos durante el resto del año calendario. La mayoría de los gastos que cumplen con los requisitos de la red de proveedores cuentan para el máximo de gastos de bolsillo anual, incluidos los gastos pagados al deducible anual*, los copagos y el coseguro.



Tipos de planes

Encuentre un proveedor

- Llame al 800-244-6224
- Visite www.cigna.com
- Descargue la aplicación móvil

- EPO/PPO — Una red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica
- HMO - Una red que requiere que usted seleccione un Médico de Atención Primaria (PCP) que coordina su atención médica.
- POS - Combina aspectos de un PPO y un HMO
- HDHP - Un plan que tiene deducibles anuales más altos a cambio de primas más bajas

Servicios preventivos



Bienestar y manejo de la salud

Comprender el valor total de los beneficios cubiertos le permite asumir la responsabilidad de mantener una buena salud e incorporar hábitos saludables en su estilo de vida. Algunos ejemplos incluyen exámenes físicos regulares, mamografías e inmunizaciones. A través de los planes ofrecidos por Panoramic Doors, todas las personas cubiertas y los miembros de la familia son elegibles para recibir servicios de bienestar rutinarios como estos sin costo alguno; se eximen todos los copagos, coseguros y deducibles.

¿Qué servicios de atención preventiva están cubiertos?

El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. mantiene una lista regular de servicios recomendados que todos los planes de seguro que cumplen con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (es decir, la Reforma de Salud) deben cubrir al 100% para proveedores dentro de la red.

A continuación se muestra una lista de servicios comunes incluidos en los planes ofrecidos este año:

- Detección rutinaria de cáncer colorrectal
- Prueba rutinaria de próstata
- Procedimientos de laboratorio rutinarios
- Mamografías rutinarias
- Papanicolaou rutinario
- Cesación del tabaquismo
- Servicios de educación/asesoramiento sobre salud
- Asesoramiento en salud sobre ETS y VIH
- Pruebas de VPH y VIH
- Detección y asesoramiento sobre violencia doméstica
- Examen físico rutinario
- Cuidado del bebé sano y del niño
- Visitas de salud de la mujer e inmunizaciones
- Prueba rutinaria de densidad ósea
- Examen rutinario de mama
- Examen ginecológico rutinario
- Detección de diabetes gestacional
- Detección y asesoramiento sobre obesidad
- Examen rectal digital rutinario
- Colonoscopia rutinaria

Plan médico – Plan elegible para HDHP HSA

Resumen de cobertura

	Cigna - HDHP	
Red de proveedores	Open Access Plus	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible		
● Individual	\$7,000	N/A
● Familiar	\$14,000	N/A
Máximo de gastos de bolsillo		
● Individual	\$8,000	N/A
● Familiar	\$16,000	N/A
Beneficio máximo de por vida	Ilimitado	Ilimitado
Nivel general de cobertura	70%	N/A
	Usted paga	
Atención preventiva	\$0	N/A
Médico de atención primaria	30% después del ded.	N/A
Especialista	30% después del ded.	N/A
Laboratorio de diagnóstico y radiografía	30% después del ded.	N/A
Imágenes complejas	30% después del ded.	N/A
Atención de urgencia	30% después del ded.	N/A
Sala de emergencias	30% después del ded.	
Servicios hospitalarios para pacientes internados	30% después del ded.	N/A
Servicios ambulatorios	30% después del ded.	N/A
Medicamentos recetados – Farmacia minorista	Porcentaje después de cumplir el ded.	
Suministro de hasta 30 días	10%	N/A
● Genérico	10%	
● Marca preferida	10%	
● Marca no preferida		
Medicamentos recetados – Pedido por correo	Porcentaje después de cumplir el ded.	
Suministro de hasta 90 días	10%	N/A
● Genérico	10%	
● Marca preferida	10%	
● Marca no preferida		
Contribuciones quincenales del empleado	con abortos electivos	sin abortos electivos
Empleado	\$101.11	\$100.51
Empleado + Cónyuge	\$214.06	\$212.78
Empleado + Hijo(s)	\$193.52	\$192.37
Empleado + Familia	\$306.47	\$304.64

**Panoramic Doors contribuirá con un monto anual a su cuenta HSA según cómo se inscriba. Solo empleado \$1,250, Empleado y cónyuge \$2,500 y Empleado y familia \$3,500

Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos

Una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA) es una herramienta exenta de impuestos para complementar sus ahorros de jubilación y cubrir gastos de salud actuales y futuros.

Una HSA es un tipo de cuenta de ahorros personal que siempre le pertenece, incluso si cambia de plan de salud o de empleo. El dinero en su HSA (incluidos los intereses y las ganancias de inversión) crece libre de impuestos y se gasta libre de impuestos si se usa para pagar gastos médicos calificados actuales o futuros. No existe la regla de “úselo o piérdalo”: no pierde su dinero si no lo gasta en el año calendario, y no hay requisitos de adquisición de derechos ni disposiciones de pérdida. La cuenta se renueva automáticamente año tras año.

Elegibilidad para la HSA

Usted es elegible para abrir y contribuir a una HSA si:

- **Está inscrito en un HDHP elegible para HSA (solo el plan Cigna HDHP de \$7,000)**
- No está cubierto por otro plan que no sea un HDHP calificado, como el plan de salud de su cónyuge
- No está inscrito en una Cuenta de Gastos Flexibles de Cuidado de Salud
- No es elegible para ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona
- No está inscrito en Medicare, Medicaid o TRICARE
- No recibe beneficios de la Administración de Veteranos

También puede usar los fondos de la HSA para pagar los gastos de atención médica de sus dependientes, incluso si no están cubiertos por el HDHP.

****Panoramic Doors contribuirá con un monto anual a su cuenta HSA según cómo se inscriba. Solo empleado \$1,250, Empleado y cónyuge \$2,500 y Empleado y familia \$3,500. Estos montos contarán para el máximo de contribuciones permitidas.**

Información importante sobre la HSA

- Siempre pida a su médico de la red que presente los reclamos con su asegurador médico, dental o de la vista para que reciba el nivel más alto de beneficios. Puede pagarle al médico con su tarjeta de débito de la HSA cualquier saldo pendiente.
- Usted, y no su empleador, es responsable de conservar TODOS los registros y recibos de los reembolsos de la HSA en caso de una auditoría del IRS.
- Deberá comunicarse con su departamento de Recursos Humanos para conocer los pasos para abrir una cuenta bancaria HSA.

Contribuciones máximas

Sus contribuciones a la HSA no pueden exceder el monto máximo anual establecido por el Servicio de Impuestos Internos (IRS). El máximo de contribución anual de 2026 se basa en la opción de cobertura que elija:

- Individual – \$4,400
- Familiar (declaración conjunta) – \$8,750

Usted decide si usar el dinero de su cuenta para pagar gastos calificados o dejarlo crecer para uso futuro. Si tiene 55 años o más, puede hacer una contribución adicional anual (catch-up) de hasta \$1,000 a su HSA. Si cumple 55 años en cualquier momento durante el año del plan, es elegible para hacer la contribución adicional durante todo el año del plan.

Cómo abrir una HSA

Si cumple con los requisitos de elegibilidad, puede abrir una cuenta HSA. Deberá abrir una cuenta para recibir el dinero que Panoramic Doors le está otorgando. Recuerde que está limitado al saldo de su HSA. Para abrir una cuenta, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos.

Plan médico – Planes de copago POS

Resumen de cobertura

	Cigna POS – \$2,500	
Red de proveedores	Open Access	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible		
● Individual	\$4,500	N/A
● Familiar	\$9,000	N/A
Máximo de gastos de bolsillo		
● Individual	\$8,000	N/A
● Familiar	\$16,000	N/A
Beneficio máximo de por vida	Ilimitado	N/A
Nivel general de cobertura	70%	N/A
	Usted paga	
Atención preventiva	\$0	N/A
Médico de atención primaria	Copago de \$25	N/A
Especialista	Copago de \$50	N/A
Laboratorio de diagnóstico y radiografía	Copago de \$25	N/A
Imágenes complejas	30% después del ded.	N/A
Atención de urgencia	Copago de \$150	N/A
Sala de emergencias	\$750 más 30%	
Servicios hospitalarios para pacientes internados	30% después del ded.	N/A
Servicios ambulatorios	30% después del ded.	N/A
Medicamentos recetados – Farmacia minorista		
Suministro de hasta 30 días	\$15	N/A
● Genérico	\$40	
● Marca preferida	\$75	
● Marca no preferida		
Medicamentos recetados – Pedido por correo		
Suministro de hasta 90 días	\$45	N/A
● Genérico	\$120	
● Marca preferida	\$225	
● Marca no preferida		
Contribuciones quincenales del empleado	con abortos electivos	sin abortos electivos
Empleado	\$245.95	\$244.48
Empleado + Cónyuge	\$516.50	\$513.42
Empleado + Hijo(s)	\$467.30	\$464.52
Empleado + Familia	\$737.85	\$733.45

So many ways to help manage your health.

Get to know the full value of myCigna.



Now it's easier than ever to manage your health and make the most of your health plan with myCigna®.* From programs that help improve your health to tools that help manage your health spending, there's so much you can do.



View, print and send
ID cards



Find in-network doctors,
hospitals and medical services



Compare quality of care information,
including patient reviews from
Cigna HealthcareSM customers



Manage and track
claims



See cost estimates for
medical procedures



Use the click-to-chat feature
to connect with a live
Cigna Healthcare rep



Feel better protected Cigna Healthcare is as committed to helping protect your health information as we are to protecting your health and well-being. That's why we take certain steps to enhance the security of your personal health information on myCigna.

Visit [myCigna](#) today. Not registered yet? [Start here.](#)**

Customers under age 13 (and/or their parent/guardian) will not be able to register at [myCigna.com](#).



Download the myCigna App for your mobile device. Disponible en Español.



* Actual myCigna features may vary depending on your plan and customer profile.

The Apple logo is a trademark of Apple Inc., registered in the U.S. and other countries. App Store is a registered service mark of Apple Inc. Android and Google Play are trademarks of Google LLC. Amazon, Kindle, Fire and all related logos are trademarks of Amazon.com, Inc., or its affiliates.

Cigna Healthcare products and services are provided exclusively by or through operating subsidiaries of The Cigna Group.

956262 b 08/23 © 2023 Cigna Healthcare. Some content provided under license.

Opciones de cuidado de salud

Familiarizarse con sus opciones de atención médica puede ahorrarle tiempo y dinero.

Atención no urgente				
	Telesalud Acceso a atención por teléfono, video en línea o aplicación móvil, ya sea en casa, en el trabajo o de viaje; se pueden recetar medicamentos. 24 horas al día, 7 días a la semana	Alergias Tos/resfriado/gripe Sarpullido Dolor de estómago	\$	2-5 minutos
	Consultorio médico Generalmente, el mejor lugar para la atención preventiva de rutina; relación establecida; capacidad de tratar según el historial médico. El horario varía	Infecciones Dolor de garganta y faringitis estreptocócica Vacunas Lesiones/esguinces/distensiones menores	\$	15-20 minutos
	Clínica minorista Por lo general, cuesta menos de su bolsillo que la atención de urgencia; cuando no puede ver a su médico; ubicada en tiendas y farmacias. El horario varía según el horario de la tienda.	Infecciones comunes Lesiones menores Pruebas de embarazo Vacunas	\$	15 minutos
	Atención de urgencia Cuando necesita atención inmediata; generalmente se acepta sin cita previa. Generalmente incluye horario nocturno, de fin de semana y de días festivos	Esguinces y distensiones Fracturas menores Cortes pequeños que pueden requerir puntos de sutura Quemaduras e infecciones menores	\$\$	15-30 minutos
Atención de emergencia				
	Sala de emergencias del hospital Condiciones críticas o que ponen en riesgo la vida; tratamiento de trauma; facturas múltiples por médico e instalación. 24 horas al día, 7 días a la semana	Dolor en el pecho Dificultad para respirar Sangrado severo Visión borrosa o pérdida repentina de la visión Fracturas mayores	\$\$\$\$	4+ horas
	Sala de emergencias independiente Los servicios no incluyen atención de trauma; puede parecerse a un centro de atención de urgencia, pero las facturas médicas pueden ser 10 veces más altas. 24 horas al día, 7 días a la semana	La mayoría de las lesiones mayores excepto trauma Dolor severo	\$\$\$\$\$	varía

Nota: Los ejemplos de síntomas no incluyen todos los problemas de salud. Los tiempos de espera descritos son solo estimaciones. Esta información no pretende ser un consejo médico. Si tiene preguntas, llame al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación médica.



freshbenies®
A FRESH APPROACH TO BENEFITS

Reduzca los costos y la confusión de atención médica para su familia ...¡en una membresía fácil!



Advocacy PLUS

Apoyo de atención médica personalizado: pídale a su HealthPro que encuentre médicos altamente calificados, compare precios de procedimientos, reduzca los costos de recetas, revise y resuelva facturas médicas y más.



Telesalud General

Su atención de urgencia virtual 24/7 - Obtenga visitas ilimitadas de \$0 por resfriado, gripe, conjuntivitis, infecciones sinusales y más. Se le puede extender una receta, si es necesario.



Telesalud Conductual

Elija a su experto en salud mental - Obtenga visitas en video ilimitadas de \$0 con el terapeuta o psiquiatra de su elección para apoyo temporal o continuo.



Zero RX

Sus medicamentos por \$0 - Obtenga más de 1,400 recetas comunes por \$0, incluyendo atención tanto aguda como crónica.

Disponible en más de 60,000 farmacias a nivel nacional. Sin copagos. Sin deducibles. Sin límites. Se requiere receta médica.

Ahorros en recetas

Su receta para ahorrar - Use nuestra herramienta de precios y encuentre rápidamente el mejor precio local en la mayoría de los medicamentos de marca o genéricos en más de 60,000 farmacias a nivel nacional.

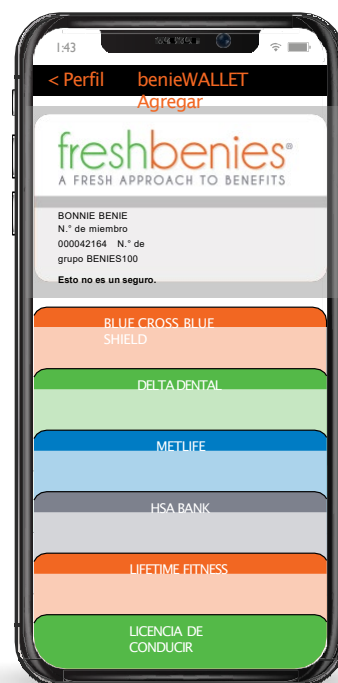


Uso este beneficio con toda la familia, desde la conjuntivitis de mi hija de siete años hasta infecciones respiratorias altas, infecciones urinarias y resfriados... Sin llamar al consultorio del médico, sin faltar al trabajo, sin faltar a la escuela ni sentarme con gente enferma en una sala de espera.
— Heather



benieWALLET

Tarjetas importantes listas en cualquier momento y lugar - Guarde y acceda a todas sus tarjetas en un solo lugar fácil: seguro, farmacia, clubes deportivos, pasaporte y más!



ACTIVE SU MEMBRESÍA

[en freshbenies.com.](https://freshbenies.com)

Haga clic en el banner "I'm new" (Soy nuevo) en la parte superior para crear su inicio de sesión.

Su estado puede tener requisitos específicos.

Este programa NO es una cobertura de seguro y no cumple con los requisitos mínimos de cobertura acreditable bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio ni bajo la ley de Massachusetts M.G.L. c. 111M y 956 CMR 5.00. Solo proporciona descuentos en los consultorios de proveedores de atención médica contratados, y cada miembro está obligado a pagar en su totalidad los cargos médicos con descuento en el momento del servicio. La gama de descuentos para servicios médicos o auxiliares proporcionados bajo el programa variará según el tipo de proveedor y el servicio médico o auxiliar recibido. Organización del plan de descuentos: New Benefits, Ltd., Attn: Compliance Department, PO Box 803475, Dallas, TX 75380-3475, 800-800-7616. Obtenga más información en freshbenies.com y dentro de la aplicación y el portal para miembros.



Telesalud Conductual: ¡Acceso aún más conveniente a expertos!

Además de su servicio de Telesalud General de freshbenies con visitas de \$0, su membresía incluye acceso conveniente y discreto a terapeutas y psiquiatras, ¡también con tarifas de visita de \$0!

Así es como funciona:

- Inicie sesión en su aplicación o portal de freshbenies para programar una visita de Salud Conductual en línea, o llame al número proporcionado
 - Siga las indicaciones para elegir el tipo de especialista que prefiera
 - Complete un breve cuestionario de admisión
 - Haga sus selecciones según los perfiles de los proveedores y sus preferencias
 - Obtenga apoyo temporal o establezca una relación continua
 - Solo los psiquiatras pueden recetar medicamentos, si lo consideran necesario
- Su servicio de Telesalud Conductual puede ayudar con...**

Ansiedad Depresión Problemas familiares Estrés TEPT
Trastorno de pánico Duelo Problemas matrimoniales ¡Y
MÁS!

© 2022 Recuro Health. Todos los derechos reservados. Recuro y el logotipo de Recuro Health son marcas registradas de Recuro y no pueden usarse sin permiso por escrito. Recuro no reemplaza al médico de atención primaria. Recuro no garantiza que se emita una receta. Recuro opera sujeto a la regulación estatal y puede no estar disponible en ciertos estados. Recuro no receta sustancias controladas por la DEA, medicamentos no terapéuticos y otros medicamentos que puedan ser dañinos por su potencial de abuso. Los médicos de Recuro se reservan el derecho de negar la atención por posible mal uso de los servicios. Las visitas iniciales de Telesalud Conductual en DE y AR deben ser por video. Para visitas posteriores, hay disponibilidad por teléfono o video.

Divulgaciones: Esto no es un seguro. Este programa de tarjeta de descuento tiene un período de cancelación de 30 días. El plan no es una cobertura de seguro y no cumple con los requisitos mínimos de cobertura acreditable bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio ni bajo la ley de Massachusetts M.G.L. c. 111M y 956 CMR 5.00. Obtenga más información en freshbenies.com. Organización del plan de descuentos: New Benefits, Ltd., Attn: Compliance Department, PO Box 803475, Dallas, TX 75380, 855-647-6762. Pueden aplicar algunas restricciones estatales.

Zero Rx: Su receta para medicamentos por \$0

Pague \$0 por más de 1,400 recetas comúnmente prescritas para atención aguda y crónica, para usted y su familia. Sin copago, sin deducible, en serio.



Así es como funciona:

- Inicie sesión en su aplicación o portal de freshbenies y seleccione el ícono de Zero Rx
- Busque en la lista de Zero Rx para ver si su medicamento está disponible por \$0
- Si es así, use Encontrar una farmacia para localizar un proveedor cerca de usted (incluye cadenas nacionales y farmacias locales del vecindario)
- Muestre su tarjeta digital de Zero Rx al farmacéutico al momento de pagar
CONSEJO: Dígale al farmacéutico que este es un plan de recetas, no un programa de descuento.

Incluye el 95% de las 200 recetas más comunes, disponibles en 60,000 farmacias a nivel nacional

**Metformina (diabetes) Atorvastatina (colesterol)
Amoxicilina (antibiótico) Lisinopril (presión
arterial) Sertralina (depresión/ansiedad)
¡Y MÁS!**

Escanee para ver la lista completa de más de 1,400 recetas



Preguntas y respuestas sobre el uso de su servicio Zero Rx

P: ¿Quién puede usar Zero Rx?

Respuesta: Usted, su cónyuge y todos los dependientes ante el IRS están incluidos en su membresía de freshbenies, incluso si no están en su plan médico.

P: ¿Dónde puedo surtir mis recetas de Zero Rx?

Respuesta: En más de 60,000 farmacias minoristas a nivel nacional, incluidas las grandes cadenas de supermercados, Walgreens, CVS, Costco y farmacias locales del vecindario.

Desde su aplicación y portal de freshbenies, abra Zero Rx y seleccione Encontrar una farmacia para encontrar una opción cerca de usted.

P: ¿Es Zero Rx un programa de descuento?

Respuesta: No. Cuando muestre su tarjeta de Zero Rx en la farmacia, dígales que este es un plan de recetas
- NO es un programa de descuento.

P: ¿Necesito usar mi seguro?

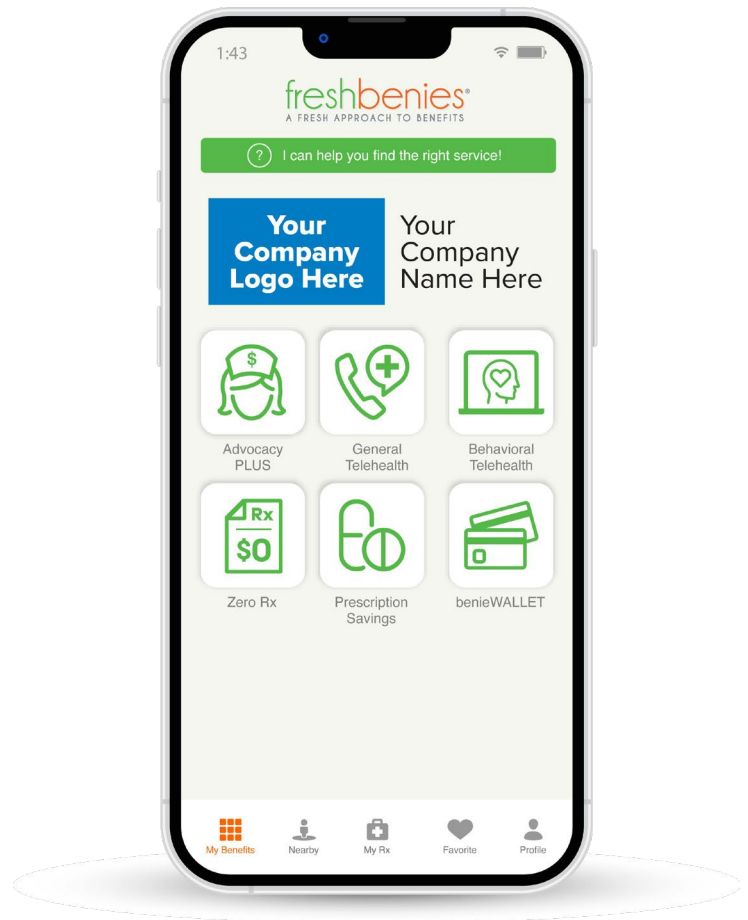
Respuesta: No. Zero Rx es completamente independiente de cualquier seguro. Este servicio le da acceso a recetas de \$0 fuera de su plan médico.

P: ¿Tiene algún costo usar Zero Rx? Respuesta: No. No hay costo adicional para usted; está incluido en su membresía de freshbenies.

P: ¿Cambian las recetas de la lista de Zero Rx? Respuesta: Sí, pero solo una vez al año. Por lo general, se producen 20 o menos cambios en la actualización anual según las tendencias actuales del mercado.

P: ¿Qué debo hacer si mi medicamento no está en la lista de Zero Rx?

Respuesta: ¡Aún puede ahorrar! Use su servicio de Ahorros en recetas para encontrar el mejor precio en una farmacia local cerca de usted.



P: Veo algunos medicamentos de venta libre en la lista de Zero Rx. ¿Necesito una receta médica para pagar \$0?

Respuesta: Sí. Si su médico le recomienda usar un medicamento de venta

libre que está en la lista de Zero Rx, pida una receta para poder pagar \$0 en la farmacia.

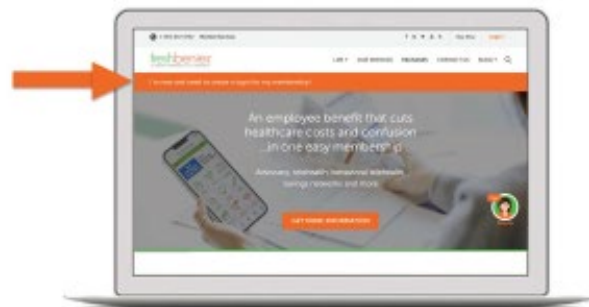
Descargue la aplicación de freshbenies para tener todos sus servicios al alcance de su mano

3 STEPS to use your services

freshbenies®
A FRESH APPROACH TO BENEFITS

1 Activate your membership

Simply visit freshbenies.com
and click the "I'm new"
banner to create your login.



2 Explore all your services in your app or portal

Scan QR code to download the app. Then tap any service icon to see how it works.



3 Use your benies & save

Your freshbenies membership includes your immediate family so have them download the app, too!

Now you're ready to cut healthcare costs & confusion!



Encuentre un proveedor

- Llame al 800-244-6224
- Visite www.cigna.com
- Descargue la aplicación móvil

Cobertura dental

Resumen de cobertura

La cobertura dental es como el seguro médico regular: usted paga una prima y luego su seguro cubrirá parte o la totalidad del costo de muchos servicios dentales.

Atención preventiva

El cuidado dental profesional puede diagnosticar o ayudar a prevenir problemas dentales comunes, incluidos el dolor de muelas, la inflamación de encías, la caries dental, el mal aliento y la sequedad bucal. Si estas condiciones no se tratan, pueden empeorar y convertirse en problemas dolorosos y costosos, como enfermedad de las encías o incluso pérdida de dientes.

Ideal para familias

Esta cobertura también es ideal para familias. Dado que el trabajo dental puede ser muy costoso, el cuidado dental proactivo, como las limpiezas de rutina, puede ayudar a evitarles a los niños problemas costosos a medida que crecen.

Cuidado de rutina

La cobertura dental le permite visitar a un dentista cuando lo necesite para recibir atención preventiva y diagnóstica a bajo costo.

Atención diagnóstica

Además, los profesionales de la salud dental pueden detectar problemas de salud más graves, incluidos algunos tipos de cáncer. Eso hace que sea aún más importante visitar al dentista regularmente.

Tratamientos especializados

Con el seguro dental, está invirtiendo en su sonrisa y en su salud general. Más allá de las limpiezas y el cuidado de rutina, la cobertura dental también puede ayudar a pagar tratamientos más especializados, como endodoncias o empastes.

Consulte todo lo que cubre su plan revisando la declaración de beneficios y el resumen. Comuníquese con Recursos Humanos si tiene alguna pregunta.



Cobertura dental

Resumen de cobertura

*Existen beneficios dentro y fuera de la red para el plan PPO. Puede consultar a cualquier proveedor dental, pero pagará menos y obtendrá el nivel más alto de beneficios con proveedores dentro de la red. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle la diferencia (balance billing). El DHMO no tiene beneficios fuera de la red.

	Opciones Duales de Cigna	
	Plan PPO MAC	Plan DHMO
Deducible del año calendario • Individual • Familiar	\$50 \$150	N/A N/A
Beneficio máximo del año calendario Por individuo	\$1,500	N/A
	Usted paga	Usted paga
Atención preventiva Exámenes orales y limpiezas 2 veces al año, radiografías de rutina	\$0	0%
Atención restaurativa básica Empastes, extracciones	20% después del deducible	Copagos varían
Atención restaurativa mayor Endodoncia/periodoncia, coronas, puentes, dentaduras	50% después del deducible	Copagos varían
Ortodoncia (hijos dependientes menores de 19 años)	50%	Copago de \$400
Máximo de por vida de ortodoncia	\$1,500	N/A
Contribuciones quincenales del empleado		
	Plan PPO	
Plan DHMO		
Empleado	\$3.31	\$1.77
Empleado + Cónyuge	\$6.50	\$3.14
Empleado + Hijo(s)	\$8.20	\$3.85
Empleado + Familia	\$12.47	\$5.57



Encuentre un proveedor

- Llame al 800-244-6224
- Visite www.cigna.com
- Descargue la aplicación móvil

Cobertura de la vista

Resumen de cobertura

Al igual que otras formas de seguro, con la cobertura de la vista usted paga una prima y la compañía de seguros cubrirá parte o la totalidad de sus costos de la vista.

Atención preventiva La cobertura de la vista es importante porque un oftalmólogo puede detectar problemas oculares antes de que empeoren. Una visita con su oftalmólogo puede determinar si necesita lentes correctivos y, de ser así, la receta correcta. Otras inquietudes oculares que se abordarán en un examen de la vista incluyen la detección de afecciones o enfermedades, como el glaucoma y las cataratas, que pueden provocar pérdida de visión.

Planes Los planes de la vista generalmente cubren cosas como armazones de anteojos, lentes, lentes de contacto y exámenes anuales de la vista. En la mayoría de los casos, los planes tienen un monto fijo en dólares que pagarán por ciertos artículos. Por ejemplo, un plan puede pagar hasta \$130 por armazones, y cualquier monto que exceda esa cantidad corre por su cuenta. Sin embargo, los detalles de su plan pueden variar.

Cobertura La cobertura de la vista generalmente no cubre cirugías ni servicios experimentales para la vista. Sin embargo, el seguro de la vista puede ayudar a reducir los costos de algunos procedimientos, como la cirugía láser de los ojos, incluso si no está cubierto al 100%. Esto dependerá del plan.

Atención diagnóstica Los oftalmólogos incluso pueden ayudar a detectar algunos tipos de cáncer, lo que hace que las visitas regulares sean aún más importantes.

Revise su declaración de beneficios para ver todo lo que cubre su plan de la vista. Comuníquese con Recursos Humanos si tiene alguna pregunta.



Cobertura de la vista

Resumen de cobertura

Nuestro plan de la vista ofrece atención de calidad para ayudar a preservar su salud y su visión. Los exámenes regulares pueden detectar ciertos problemas médicos, como diabetes y colesterol alto, además de problemas de visión y de los ojos. Puede buscar atención con cualquier proveedor de la vista, pero el plan pagará el nivel más alto de beneficios cuando consulte a proveedores dentro de la red. La cobertura se ofrece a través de Cigna, utilizando la red de proveedores de Cigna Vision.

Red Cigna Vision		
	Dentro de la red Usted paga	Reembolso fuera de la red
Examen	\$10	Hasta \$45
Lentes • Visión sencilla • Bifocales con línea • Trifocales con línea • Lenticulares	Copago de \$20 Copago de \$20 Copago de \$20 Copago de \$20	Hasta \$32 Hasta \$55 Hasta \$65 Hasta \$80
Armazones	Asignación de \$130	Hasta \$71
Lentes de contacto En lugar de armazones y lentes • Electivos	Asignación de \$130	Hasta \$105
Frecuencia del beneficio		
Examen	Una vez cada 12 meses	
Lentes	Una vez cada 12 meses	
Armazones	Una vez cada 12 meses	
Lentes de contacto	Una vez cada 12 meses	
Contribuciones quincenales del empleado		
Empleado	\$3.40	
Empleado + Cónyuge	\$6.80	
Empleado + Hijo(s)	\$6.87	
Empleado + Familia	\$10.96	



Seguro de vida y AD&D

Resumen de cobertura Vida grupal y AD&D

El seguro de vida no es algo divertido de pensar, pero si tiene personas que dependen de usted económicamente, el seguro de vida se trata realmente de protegerlas en caso de que le suceda algo a usted: su beneficiario designado cobraría un beneficio financiero tras su fallecimiento.

La cobertura de seguro de vida grupal es una red de seguridad patrocinada por el empleador en caso de que ocurra lo peor, sin costos de bolsillo para usted. Si cree que necesita cobertura adicional, también puede inscribirse en el seguro de vida voluntario.

Características del plan	Vida grupal y AD&D
Monto del beneficio del empleado	• \$50,000
Cobertura AD&D	• \$50,000
Reducción por edad	• 65% a los 65 años • 50% a los 70 años
Conversión/Portabilidad	• Incluido

La vida grupal está 100% cubierta por el empleador, con la opción de que los empleados agreguen vida voluntaria

Vida voluntaria y AD&D

Los empleados deben completar un formulario EOI si exceden el monto de emisión garantizada o no se inscribieron como nuevos empleados.

El seguro de vida voluntario es similar al seguro de vida grupal, excepto que usted lo paga. Puede brindar seguridad financiera adicional a su familia en caso de que ocurra lo peor.

Con el seguro de vida voluntario, usted paga una prima mensual y luego sus beneficiarios reciben un monto garantizado en caso de su fallecimiento. Los planes suelen ser flexibles y le permiten establecer sus montos de contribución y pago, dándole más control.

Si bien este tipo de seguro no es agradable de pensar, puede ser un salvavidas vital para su familia.

Cómo designar a un beneficiario

Un beneficiario es la persona o entidad que usted elige para recibir los beneficios por fallecimiento de sus pólizas de seguro de vida y AD&D. Puede nombrar a más de un beneficiario y puede cambiar de beneficiarios en cualquier momento. Si nombra a más de un beneficiario, debe indicar cuánto recibirá cada uno (por ejemplo, 50% o 25%).

Características del plan	Vida básica - Voluntario
Monto del beneficio del empleado	• Incrementos de \$10,000 (Máximo \$500,000 o 5 veces el salario anual)
Monto de AD&D	• Debe coincidir con el monto de Vida
Emisión garantizada para empleados (nuevas contrataciones)	• \$100,000
Monto del beneficio del cónyuge	• Incrementos de \$5,000 • No puede exceder el 100% de la elección del empleado
Emisión garantizada para el cónyuge (nuevas contrataciones)	• \$25,000
Monto del beneficio para dependientes	• \$10,000
Conversión/Portabilidad	• Incluido



Seguro por discapacidad

Resumen de cobertura

El seguro por discapacidad ofrece protección parcial de ingresos si usted no puede trabajar debido a un accidente o enfermedad cubiertos. Ofrecemos protección de Discapacidad a Corto Plazo (STD) a través de New York Life. El empleador paga el 100% de la prima.

Discapacidad a corto plazo

La cobertura STD paga un porcentaje de su salario semanal si está temporalmente discapacitado y no puede trabajar debido a una enfermedad, embarazo o lesión no relacionada con el trabajo. Los beneficios de STD no se pagan si la discapacidad se debe a una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Si una condición médica está relacionada con el trabajo, se considera Compensación para Trabajadores, no STD.

**Discapacidad a corto plazo	
Monto del beneficio del empleado	66.7% del salario semanal
Monto máximo del beneficio	Hasta \$2,500 por semana
Período de eliminación (accidente o enfermedad)	7 días
Duración del beneficio	25 semanas

Avisos legales

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998

En octubre de 1998, el Congreso promulgó la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998. Este aviso explica algunas disposiciones importantes de la Ley. Por favor, revise esta información cuidadosamente.

Según lo especificado en la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer, un participante del plan o beneficiario que elija la reconstrucción mamaria en relación con una mastectomía también tiene derecho a los siguientes beneficios:

- Todas las etapas de la reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica; y
- Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Los planes de salud deben determinar la forma de la cobertura en consulta con el médico tratante y el paciente. La cobertura de la reconstrucción mamaria y los servicios relacionados puede estar sujeta a deducibles y montos de coseguro consistentes con los que se aplican a otros beneficios del plan.

Derechos especiales de inscripción

Este aviso se proporciona para asegurar que usted comprenda su derecho a solicitar cobertura de seguro médico grupal. Debe leer este aviso incluso si planea rechazar la cobertura en este momento.

Pérdida de otra cobertura o elegibilidad para Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si está rechazando la cobertura para usted o sus dependientes debido a otro seguro médico o cobertura de plan de salud grupal, es posible que más adelante pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la otra cobertura de usted o sus dependientes). Sin embargo, debe inscribirse dentro de los 31 días posteriores a la finalización de la otra cobertura de usted o sus dependientes (o después de que el empleador que patrocina esa cobertura deje de contribuir a ella).

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad bajo un plan de Medicaid o CHIP, o si usted o sus dependientes se vuelven elegibles para un subsidio bajo Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan. Debe notificarlo dentro de los 60 días posteriores a que usted o su dependiente sean dados de baja de dicha asistencia, o se determine que son elegibles para ella.

Matrimonio, nacimiento o adopción

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe inscribirse dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento o colocación para adopción.

Para más información o asistencia

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con:

Panoramic Doors,
Teresa Zavala
15050 Frye Road
Fort Worth, TX 76155

Su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea este aviso cuidadosamente y consérvelo en un lugar donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Panoramic Doors 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. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Si ni usted ni ninguno de sus dependientes cubiertos son elegibles para Medicare o lo tienen, este aviso no se aplica a usted ni a los dependientes, según sea el caso. Sin embargo, debe conservar una copia de este aviso en caso de que usted o un dependiente califiquen para la cobertura de Medicare en el futuro.

Tenga en cuenta, sin embargo, que avisos posteriores podrían reemplazar este aviso.

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible a partir de 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura a través de un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o un Plan Medicare Advantage que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Panoramic Doors ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan médico de Panoramic Doors, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y se considera Cobertura Acreditable.

Debido a que su cobertura actual es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare, puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, siempre que se inscriba dentro de los períodos de tiempo específicos.

Puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare. Si decide esperar para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, puede inscribirse más adelante, durante el período de inscripción anual de la Parte D de Medicare, que se lleva a cabo cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre, pero como regla general, si retrasa su inscripción en la Parte D de Medicare después de ser elegible por primera vez, es posible que deba pagar una prima más alta (una multa).

Debe comparar su cobertura actual, incluidos qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y el costo de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Consulte la descripción resumida del plan para obtener un resumen de la cobertura de medicamentos recetados del Plan. Si no tiene una copia, puede obtenerla comunicándose con Panoramic Doors al número de teléfono o dirección que se indica al final de esta sección.

Si elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y cancela su cobertura actual de medicamentos recetados de Panoramic Doors, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura. Para recuperar la cobertura, tendría que volver a inscribirse en el Plan, de acuerdo con las reglas de elegibilidad e inscripción del Plan. Debe revisar la descripción resumida del Plan para determinar si y cuándo se le permite agregar cobertura.

Si cancela o pierde su cobertura actual y no tiene cobertura de medicamentos recetados durante 63 días o más antes de inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, su prima mensual será al menos un 1% más alta por cada mes que no tuvo cobertura, durante todo el tiempo que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Por ejemplo, si transcurren diecinueve meses sin cobertura, su prima siempre será al menos un 19% más alta de lo que hubiera sido sin esa interrupción en la cobertura.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados:

Comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos al
214-842-7091.

NOTA: Recibirá este aviso anualmente y en otros momentos en el futuro, como antes del próximo período en que pueda inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y si esta cobertura cambia. También puede solicitar una copia.

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

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y Usted". Recibirá una copia del manual por correo todos los años de parte de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos recetados de Medicare se comuniquen directamente con usted.

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

- Visite www.medicare.gov.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y Usted" para obtener su número de teléfono) para recibir ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. La información sobre esta ayuda adicional está disponible en la Administración del Seguro Social (SSA) en línea, en www.socialsecurity.gov, o puede llamarlos al 800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-325-0778.

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso al inscribirse, para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y si debe o no pagar una prima más alta (una multa).

11/01/2026

Panoramic Doors

Recursos Humanos

15050 Frye Road

Fort Worth, TX 76155

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Fecha de vigencia del aviso: 23 de septiembre de 2013

El Plan de Panoramic Doors está obligado por ley a tomar medidas razonables para garantizar la privacidad de su información de salud personalmente identificable y a informarle sobre:

1. los usos y divulgaciones que el Plan hace de la Información de Salud Protegida (PHI);
2. sus derechos de privacidad con respecto a su PHI;
3. las obligaciones del Plan con respecto a su PHI;
4. su derecho a presentar una queja ante el Plan y ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; y

5. la persona u oficina a contactar para obtener más información sobre las prácticas de privacidad del Plan.

El término "Información de Salud Protegida" (PHI) incluye toda la información de salud identificable individualmente transmitida o mantenida por el Plan, sin importar su forma (oral, escrita, electrónica).

Sección 1 – Aviso de usos y divulgaciones de PHI

Usos y divulgaciones requeridos de PHI

A solicitud suya, el Plan está obligado a darle acceso a su PHI para que pueda inspeccionarla y copiarla.

El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos puede requerir el uso y divulgación de su PHI para investigar o determinar el cumplimiento del Plan con las regulaciones de privacidad.

Usos y divulgaciones para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

El Plan y sus asociados comerciales usarán la PHI sin su autorización para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. El Plan y sus asociados comerciales (y cualquier asegurador de salud que proporcione beneficios a los participantes del Plan) también pueden divulgar lo siguiente a la Junta de Fideicomisarios del Plan: (1) PHI para fines relacionados con la administración del Plan (pago y operaciones de atención médica); (2) información resumida de salud para fines de suscripción de seguros de salud o de pérdida excesiva, o para fines de modificación del Plan; y (3) información de inscripción (si una persona es elegible para los beneficios del Plan). Los Fideicomisarios han modificado el Plan para proteger su PHI según lo requiere la ley federal.

El tratamiento es la provisión, coordinación o gestión de la atención médica y los servicios relacionados. También incluye, entre otros, consultas y referencias entre uno o más de sus proveedores.

Por ejemplo, el Plan puede divulgar a un médico tratante el nombre de su radiólogo tratante para que el médico pueda solicitar sus radiografías al radiólogo tratante.

El pago incluye, entre otros, acciones para determinar la cobertura y el pago (incluida la facturación, el procesamiento de reclamos, la subrogación, las revisiones de necesidad médica e idoneidad de la atención, la revisión de utilización y las preautorizaciones).

Por ejemplo, el Plan puede informar a un médico tratante si usted es elegible para la cobertura o qué porcentaje de la factura pagará el Plan.

Las operaciones de atención médica incluyen, entre otras, la evaluación y mejora de la calidad, la revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud, la suscripción, la fijación de tarifas de primas y otras actividades de seguros relacionadas con la creación o

renovación de contratos de seguro. También incluye la gestión de casos, la realización o coordinación de revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, incluidos los programas de cumplimiento contra el fraude y el abuso, la planificación y el desarrollo empresarial, la gestión empresarial y las actividades administrativas generales. Sin embargo, no se puede usar ni divulgar información genética para fines de suscripción.

Por ejemplo, el Plan puede usar información para proyectar los costos futuros de los beneficios o auditar la precisión de sus funciones de procesamiento de reclamos.

Usos y divulgaciones que requieren que se le dé la oportunidad de estar de acuerdo o en desacuerdo antes del uso o la divulgación.

A menos que usted se oponga, el Plan puede proporcionar partes relevantes de su información de salud protegida a un familiar, amigo u otra persona que usted indique que participa en su atención médica o en ayudarlo a recibir el pago de su atención médica. Además, si usted no puede aceptar u oponerse a estas divulgaciones debido, por ejemplo, a una situación de emergencia, el Plan divulgará la información de salud protegida (según lo determine el Plan) en su mejor interés. Después de la emergencia, el Plan le dará la oportunidad de oponerse a futuras divulgaciones a familiares y amigos.

Usos y divulgaciones para los cuales no se requiere su consentimiento, autorización u oportunidad de oponerse.

Se permite al Plan usar y divulgar su PHI sin su autorización en las siguientes circunstancias:

1. Para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.
2. La información de inscripción puede proporcionarse a los Fideicomisarios.
3. La información resumida de salud puede proporcionarse a los Fideicomisarios para los fines designados anteriormente.
4. Cuando lo exija la ley.
5. Cuando esté permitido para fines de actividades de salud pública, incluido cuando sea necesario para informar defectos de productos y permitir el retiro de productos del mercado. La PHI también puede divulgarse si usted ha estado expuesto a una enfermedad transmisible o corre el riesgo de propagar una enfermedad o afección, si así lo exige la ley.

6. Cuando lo exija la ley para informar a las autoridades públicas sobre abuso, negligencia o violencia doméstica, si existe una creencia razonable de que usted puede ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. En tal caso, el Plan le informará con prontitud que dicha divulgación se ha realizado o se realizará, a menos que ese aviso pudiera causar un riesgo de daño grave. Con el fin de informar sobre abuso o negligencia infantil, no es necesario informar al menor que dicha divulgación se ha realizado o se realizará. La divulgación generalmente puede hacerse a los padres del menor u otros representantes, aunque puede haber circunstancias bajo la ley federal o estatal en las que no se les permita el acceso a la PHI del menor.
7. El Plan puede divulgar su PHI a una agencia de supervisión de salud pública para actividades de supervisión requeridas por la ley. Esto incluye usos o divulgaciones en investigaciones civiles, administrativas o penales; inspecciones; acciones de licencia o disciplinarias (por ejemplo, para investigar quejas contra proveedores); y otras actividades necesarias para la supervisión adecuada de los programas de beneficios gubernamentales (por ejemplo, para investigar fraude de Medicare o Medicaid).
8. El Plan puede divulgar su PHI cuando sea necesario para procedimientos judiciales o administrativos. Por ejemplo, su PHI puede divulgarse en respuesta a una citación o solicitud de exhibición de pruebas.
9. Cuando sea necesario para fines de aplicación de la ley, incluido con el fin de identificar o localizar a un sospechoso, prófugo, testigo material o persona desaparecida. También, al divulgar información sobre una persona que es o se sospecha que es víctima de un delito, pero solo si la persona acepta la divulgación o el Plan no puede obtener el consentimiento de la persona debido a circunstancias de emergencia. Además, el funcionario encargado de hacer cumplir la ley debe declarar que la información no está destinada a usarse en contra de la persona, que la actividad inmediata de aplicación de la ley se vería afectada de manera material y adversa al esperar obtener el consentimiento de la persona, y que la divulgación es en el mejor interés de la persona, según lo determine el Plan a su mejor juicio.
10. Cuando se requiera entregar información a un forense o médico examinador con el fin de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte u otras funciones autorizadas por la ley. Asimismo, se permite la divulgación a directores de funerarias, de conformidad con la ley aplicable, según sea necesario para llevar a cabo sus funciones respecto del fallecido.

11. Cuando sea conforme con la ley aplicable y los estándares de conducta ética, si el Plan, de buena fe, cree que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad de una persona o del público, y la divulgación se hace a una persona razonablemente capaz de prevenir o reducir la amenaza, incluido el objetivo de la amenaza.
12. Cuando esté autorizado y en la medida necesaria para cumplir con la compensación para trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.

Salvo que se indique lo contrario en este aviso, los usos y divulgaciones solo se harán con su autorización por escrito, sujeta a su derecho de revocar dicha autorización.

Usos y divulgaciones que requieren su autorización por escrito.

Otros usos o divulgaciones de su información de salud protegida no descritos anteriormente solo se realizarán con su autorización por escrito. Por ejemplo, en general y sujeto a condiciones específicas, el Plan no usará ni divulgará sus notas psiquiátricas; el Plan no usará ni divulgará su información de salud protegida con fines de mercadeo; y el Plan no venderá su información de salud protegida, a menos que usted proporcione una autorización por escrito para hacerlo. Puede revocar las autorizaciones por escrito en cualquier momento, siempre que la revocación sea por escrito. Una vez que el Plan reciba su revocación por escrito, esta solo será efectiva para usos y divulgaciones futuros. No será efectiva para ninguna información que se haya usado o divulgado basándose en la autorización por escrito antes de recibir su revocación por escrito.

Sección 2 – Derechos de las personas

Derecho a solicitar restricciones sobre los usos y divulgaciones de PHI

Puede solicitar al Plan que restrinja los usos y divulgaciones de su PHI. Sin embargo, el Plan no está obligado a aceptar su solicitud (excepto que el Plan debe cumplir con su solicitud de restringir la divulgación de su información confidencial para pago u operaciones de atención médica si usted pagó en su totalidad, de su bolsillo, los servicios a los que se relaciona la información).

Usted o su representante personal deberán presentar una solicitud por escrito para ejercer este derecho. Dichas solicitudes deben hacerse al Funcionario de Privacidad del Plan.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

El Plan atenderá solicitudes razonables de recibir comunicaciones de PHI por medios alternativos o en ubicaciones alternativas si es necesario para evitar una divulgación que pudiera ponerlo en riesgo.

Usted o su representante personal deberán presentar una solicitud por escrito para ejercer este derecho.

Dichas solicitudes deben hacerse al Funcionario de Privacidad del Plan.

Derecho a inspeccionar y copiar la PHI

Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su PHI contenida en un "conjunto de registros designado", mientras el Plan mantenga la PHI. Si la información que solicita está en un conjunto de registros designado electrónico, puede solicitar que estos registros se transmitan electrónicamente a usted o a una persona designada.

Información de Salud Protegida (PHI)

Incluye toda la información de salud identificable individualmente transmitida o mantenida por el Plan, sin importar su forma.

Conjunto de registros designado

Incluye los registros médicos y de facturación sobre personas mantenidos por o para un proveedor de atención médica cubierto; los sistemas de registros de inscripción, pago, facturación, adjudicación de reclamos y gestión de casos o médica mantenidos por o para el Plan; u otra información utilizada total o parcialmente por o para el Plan para tomar decisiones sobre las personas. La información utilizada para control de calidad o análisis de revisión por pares y que no se usa para tomar decisiones sobre personas no forma parte del conjunto de registros designado.

La información solicitada se proporcionará dentro de los 30 días si se mantiene en el sitio, o dentro de los 60 días si se mantiene fuera del sitio. Se permite una única extensión de 30 días si el Plan no puede cumplir con el plazo.

Usted o su representante personal deberán presentar una solicitud por escrito para solicitar acceso a la PHI en su conjunto de registros designado. Dichas solicitudes deben hacerse al Funcionario de Privacidad del Plan.

Si se le niega el acceso, a usted o a su representante personal se le proporcionará una denegación por escrito, que establezca el motivo de la denegación, una descripción de cómo puede apelar la decisión del Plan y una descripción de cómo puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

El Plan puede cobrar una tarifa razonable, basada en el costo, por copiar registros a solicitud suya.

Derecho a enmendar la PHI

Tiene derecho a solicitar al Plan que enmiende su PHI o un registro sobre usted en su conjunto de registros designado, mientras la PHI se mantenga en dicho conjunto de registros.

El Plan tiene 60 días después de que se haga la solicitud para actuar sobre ella. Se permite una única extensión de 30 días si el Plan no puede cumplir con el plazo. Si la solicitud se niega total o parcialmente, el Plan debe proporcionarle una denegación por escrito que explique el motivo de la denegación. Usted o su representante personal pueden entonces presentar una declaración por escrito en desacuerdo con la denegación y hacer que esa declaración se incluya con cualquier divulgación futura de su PHI.

Dichas solicitudes deben hacerse al Funcionario de Privacidad del Plan.

Usted o su representante personal deberán presentar una solicitud por escrito para solicitar la enmienda de la PHI en su conjunto de registros designado.

Derecho a recibir un informe de las divulgaciones de PHI

A solicitud suya, el Plan también le proporcionará un informe de las divulgaciones de su PHI realizadas por el Plan durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. Sin embargo, dicho informe no incluirá las divulgaciones de PHI realizadas: (1) para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica; (2) a personas sobre su propia PHI; (3) conforme a su autorización; (4) antes del 14 de abril de 2003; y (5) cuando de otro modo esté permitido por la ley y las prácticas de privacidad del Plan. Además, el Plan no necesita dar cuenta de ciertas divulgaciones incidentales.

Si el informe no puede proporcionarse dentro de los 60 días, se permiten 30 días adicionales si se le entrega a la persona una declaración por escrito de los motivos de la demora y la fecha en que se proporcionará el informe.

Si solicita más de un informe dentro de un período de 12 meses, el Plan cobrará una tarifa razonable, basada en el costo, por cada informe subsiguiente.

Dichas solicitudes deben hacerse al Funcionario de Privacidad del Plan.

Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso a solicitud

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso. Dichas solicitudes deben hacerse al Funcionario de Privacidad del Plan.

Una nota sobre los representantes personales

Puede ejercer sus derechos a través de un representante personal. Se le exigirá a su representante personal que presente evidencia de su autoridad para actuar en su nombre antes de que se le otorgue acceso a su PHI o se le permita realizar cualquier acción en su nombre. La prueba de dicha autoridad puede tomar una de las siguientes formas:

1. un poder notarial para fines de atención médica;
2. una orden judicial que designe a la persona como tutor o curador del individuo; o
3. una persona que sea el padre o la madre de un menor no emancipado generalmente puede actuar como representante personal del menor (sujeto a la ley estatal).

El Plan se reserva el derecho de negar el acceso a su PHI por parte de un representante personal para brindar protección a las personas vulnerables que dependen de otros para ejercer sus derechos bajo estas reglas y que puedan estar sujetas a abuso o negligencia.

Sección 3 – Las obligaciones del Plan

El Plan está obligado por ley a mantener la privacidad de la PHI y a proporcionar a las personas (participantes y beneficiarios) un aviso de las obligaciones legales y las prácticas de privacidad del Plan.

Este Aviso entra en vigor el 23 de septiembre de 2013, y el Plan está obligado a cumplir con los términos de este Aviso. Sin embargo, el Plan se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y de aplicar los cambios a cualquier PHI recibida o mantenida por el Plan antes de esa fecha. Si se cambia una práctica de privacidad, se proporcionará una versión revisada de este Aviso a todos los participantes para quienes el Plan aún mantenga PHI. El Aviso revisado se distribuirá de la misma manera en que se proporcionó el Aviso inicial o de cualquier otra manera permitida.

Si se publica la versión revisada de este Aviso, también recibirá una copia del Aviso o información sobre cualquier cambio material y cómo recibir una copia del Aviso en el próximo envío anual del Plan. De lo contrario, la versión revisada de este Aviso se distribuirá dentro de los 60 días posteriores a la fecha de vigencia de cualquier cambio material en las políticas del Plan respecto de los usos o divulgaciones de PHI, los derechos de privacidad de la persona, las obligaciones del Plan u otras prácticas de privacidad indicadas en este Aviso.

Estándar del mínimo necesario

Al usar o divulgar PHI, o al solicitar PHI de otra entidad cubierta, el Plan hará esfuerzos razonables para no usar, divulgar o solicitar más de la cantidad mínima de PHI necesaria para lograr el propósito previsto del uso, la divulgación o la solicitud, teniendo en cuenta las limitaciones prácticas y tecnológicas. Cuando lo exija la ley, el Plan restringirá las divulgaciones al conjunto de datos limitado, o de otra manera según sea necesario, a la información mínima necesaria para lograr el propósito previsto.

Sin embargo, el estándar del mínimo necesario no se aplicará en las siguientes situaciones:

1. divulgaciones a, o solicitudes por parte de, un proveedor de atención médica para el tratamiento;
2. usos o divulgaciones hechos a la persona;
3. divulgaciones hechas al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.;
4. usos o divulgaciones que sean exigidos por la ley; y
5. usos o divulgaciones que sean necesarios para el cumplimiento del Plan con las regulaciones legales.

Información desidentificada

Este aviso no se aplica a la información que ha sido desidentificada. La información desidentificada es información que no identifica a una persona y respecto de la cual no existe una base razonable para creer que la información pueda usarse para identificar a una persona.

Información resumida de salud

El Plan puede divulgar "información resumida de salud" a los Fideicomisarios para obtener cotizaciones de primas de seguro o para modificar, enmendar o terminar el Plan. La "información resumida de salud" resume el historial de reclamos, los gastos de reclamos o el tipo de reclamos experimentados por los participantes, y excluye la información identificable de acuerdo con HIPAA.

Notificación de violación de seguridad

El Plan está obligado por ley a mantener la privacidad de la PHI de los participantes y a proporcionar a las personas un aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad. En caso de una violación de seguridad de PHI no protegida, el Plan notificará a las personas afectadas sobre dicha violación.

Sección 4 – Su derecho a presentar una queja ante el Plan o el Secretario de HHS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Plan. Dichas quejas deben hacerse al Funcionario de Privacidad del Plan.

Puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Hubert H. Humphrey Building, 200 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20201. El Plan no tomará represalias contra usted por presentar una queja.

Sección 5 – A quién contactar en el Plan para obtener más información

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o los temas que aborda, puede comunicarse con el Funcionario de Privacidad del Plan. Dichas preguntas deben dirigirse al Funcionario de Privacidad del Plan en:

Panoramic Doors

Teresa Zavala

15050 Frye Road
Fort Worth, TX 76155
214-842-7091

Conclusión

El uso y la divulgación de PHI por parte del Plan están regulados por una ley federal conocida como HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico). Puede encontrar estas reglas en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales, Partes 160 y 164. El Plan tiene la intención de cumplir con estas regulaciones. Este Aviso intenta resumir las regulaciones. Las regulaciones prevalecerán sobre cualquier discrepancia entre la información de este Aviso y las regulaciones.

Asistencia para el pago de primas bajo Medicaid y el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y también es elegible para la cobertura de salud de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudar 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 serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero es posible que pueda comprar cobertura de seguro individual a través

del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia para el pago de primas 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 alguno de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, o llame al **1-877-KIDS NOW** o visite **www.insurekidsnow.gov** para averiguar cómo presentar la solicitud. 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 la asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o CHIP, así como elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan del empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina una oportunidad de "inscripción especial", y debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a que se determine que es elegible para la asistencia para el pago de primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el

Alabama – Medicaid

Sitio web:
<http://www.myalhipp.com/> 214-842-7091; 1-855-692-5447

Alaska – Medicaid

Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud de AK Sitio web: <http://myakhipp.com/> Teléfono: 1-866-251-4861
Correo electrónico:
CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad de Medicaid:
<https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

Arkansas – Medicaid

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

California– Medicaid

Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) Sitio web:
<http://dhcs.ca.gov/hipp> Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

Colorado – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)

Sitio web de Health First Colorado:
<https://www.healthfirstcolorado.com/>
Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Retransmisión estatal 711 CHP+:
<https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Retransmisión estatal 711
Programa de Compra de Seguro de Salud (HIBI): <https://www.mycohibi.com/>
Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

Florida – Medicaid

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

Georgia – Medicaid

Sitio web de GA HIPP:
<https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>
Teléfono: 678-564-1162, Presione 1
Sitio web de GA CHIPRA:
<https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>
Teléfono: 678-564-1162, Presione 2

Indiana – Medicaid

Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años. Sitio web:
<http://www.in.gov/fssa/hip/>
Teléfono: 1-877-438-4479
Todos los demás programas de Medicaid
Sitio web:
<https://www.in.gov/medicaid/> Teléfono 1-800-457-4584

Iowa – Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid:
<https://dhs.iowa.gov/ime/members>
Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366
Sitio web de Hawki:
<http://dhs.iowa.gov/Hawki> Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
Sitio web de HIPP:
<https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp>
Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562

Kansas – Medicaid

Sitio web:
<https://www.kancare.ks.gov/>
Teléfono: 1-800-792-4884
Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

Kentucky – Medicaid

Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro de Salud de Kentucky (KI-HIPP)
Sitio web:
<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
Teléfono: 1-855-459-6328
Correo electrónico:
KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov>
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Medicaid de Kentucky:
<https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

Luisiana – Medicaid

Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

Maine – Medicaid

Sitio web de inscripción:
https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: Retransmisión de Maine 711
Página web de primas de seguro médico privado:
<https://www.maine.gov/dhhs/offi/applications-forms>
Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: Retransmisión de Maine 711

Massachusetts – Medicaid y CHIP

Sitio web:
<https://www.mass.gov/masshealth/pa> Teléfono: 1-800-862-4840
TTY: 711
Correo electrónico:
masspremassistance@accenture.com

Minnesota – Medicaid

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

Misuri – Medicaid

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

Montana – Medicaid

Sitio web:
<https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP> Teléfono: 1-800-694-3084
Correo electrónico: HSHIPPPProgram@mt.gov

Nebraska – Medicaid

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

Nevada – Medicaid

Sitio web de Medicaid:
<http://dhcfp.nv.gov> Teléfono de
Medicaid: 1-800-992-0900

Nuevo Hampshire – Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>
Teléfono: 603-271-5218
Número gratuito para el programa HIP: 1-800-852-3345 ext.5218

Nueva Jersey – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid:
<http://www.state.nj.us/humanservices/dm-ahs/clients/medicaid/> Teléfono de
Medicaid: 609-631-2392
Sitio web de CHIP:
<http://www.njfamilycare.org/index.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710

Nueva York – Medicaid

Sitio web:
https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Teléfono: 1-800-541-2831

Carolina del Norte – Medicaid

Sitio web:
<https://medicaid.ncdhhs.gov>
Teléfono: 919-855-4100

Dakota del Norte – Medicaid

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

Oklahoma – Medicaid y CHIP

Sitio web:
<http://www.insureoklahoma.org> Teléfono:
1-888-365-3742

Oregón – Medicaid

Sitio web:
<https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
Teléfono: 1-800-699-9075

Pensilvania – Medicaid y CHIP

Sitio web:
<https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx> Teléfono: 1-800-692-7462
Sitio web de CHIP:
<https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx>
Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

Rhode Island – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>
Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311
(Línea directa de Rte Share)

Carolina del Sur – Medicaid

Sitio web:
<https://www.scdhhs.gov>
Teléfono: 1-888-549-0820

Dakota del Sur - Medicaid

Sitio web:
<https://dss.sd.gov>
Teléfono: 1-888-828-0059

Texas – Medicaid

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

Utah – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid:
<https://medicaid.utah.gov> Sitio web de CHIP:
<https://health.utah.gov/chip> Teléfono: 1-877-543-7669

Vermont– Medicaid

Sitio web:
<https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program>
Teléfono: 1-800-250-8427

Virginia – Medicaid y CHIP

Sitio web:
<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 web:
<https://www.hca.wa.gov/>
Teléfono: 1-800-562-3022

Virginia Occidental – Medicaid y CHIP

Sitio web:
<https://dhhr.wv.gov/bms/>
<http://mywvhipp.com/>
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700
Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIP (1-855-699-8447)

Wisconsin – Medicaid y CHIP

Sitio web:
<https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercare-replu/p-10095.htm>
Teléfono: 1-800-362-3002

Wyoming – Medicaid

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

Para ver si algún otro estado ha agregado un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de enero de 2024, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, puede comunicarse con:

Departamento de Trabajo de EE.
UU. Administración de Seguridad de
Beneficios para Empleados
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
1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

Derechos de continuación de la cobertura bajo COBRA

Según la Ley Federal Consolidada Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA), si usted está cubierto bajo el plan de salud grupal de Panoramic Doors, usted y sus dependientes elegibles pueden tener derecho a continuar su cobertura de beneficios de salud grupal bajo el plan de Panoramic Doors después de haber dejado de trabajar para la empresa. Si desea elegir la cobertura de COBRA, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos para conocer los plazos aplicables para elegir la cobertura y pagar la prima inicial.

Información de contacto del Plan

Panoramic Doors
15050 Frye Road
Fort Worth, TX 76155
214-842-7091

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, usted está protegido contra la facturación sorpresa o la facturación del saldo.

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

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

“Fuera de la red” describe a los proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se denomina “facturación del saldo”. Este monto probablemente sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y es posible que no cuente para su límite anual de gastos de bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero es tratado inesperadamente por un proveedor fuera de la red.

Usted está protegido contra la facturación del saldo por:

- Servicios de emergencia – Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de que su condición se estabilice, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones de no recibir facturación del saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.
- Ciertos servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red – Cuando recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, ciertos proveedores allí pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, médico hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo.

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

Nunca se le exige que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco se le exige que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro dentro de la red de su plan.

Cuando la facturación del saldo no está permitida, usted también tiene las siguientes protecciones:

- Usted es responsable únicamente de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Su plan de salud generalmente debe:
 - » Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle obtener aprobación previa para los servicios (autorización previa).
 - » Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - » Basar lo que usted le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red, y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
 - » Contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red hacia su deducible y límite de gastos de bolsillo.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, puede comunicarse con su proveedor de seguro. Visite www.cms.gov/nosurprises para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.



Guía de Beneficios para Empleados 2026

Este folleto destaca las principales características del programa de beneficios para empleados de Panoramic Doors. No incluye todas las reglas, detalles, limitaciones y exclusiones del plan. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por documentos legales, incluidos los contratos de seguro. En caso de que haya alguna inconsistencia entre este folleto y los documentos legales del plan, los documentos del plan prevalecerán. Panoramic Doors se reserva el derecho de cambiar o discontinuar sus planes de beneficios para empleados en cualquier momento.



Preparado por Endeavor Risk Advisors para
Panoramic Doors.